



KONAČNI PROGRAM KNJIGA SAŽETAKA

6. KONFERENCIJA O PALIJATIVNOJ SKRBI

s međunarodnim sudjelovanjem
„Deset godina organizirane palijativne skrbi u Hrvatskoj -
iskustva i perspektive razvoja“

3. - 5. studenog 2023., Hotel Amphora, Split, Hrvatska

6th CONFERENCE ON PALLIATIVE CARE

with International Participation
„Ten years of organized palliative care in Croatia -
experiences and development perspectives“

3 - 5 November 2023, Hotel Amphora, Split, Croatia

Organizatori / Organizers:



6. KONFERENCIJA O PALIJATIVNOJ SKRBI s međunarodnim sudjelovanjem

**“Deset godina organizirane palijativne skrbi u Hrvatskoj -
iskustva i perspektive razvoja”**

3. - 5. studenog 2023.

Hotel Amphora, Split, Hrvatska

6th CONFERENCE ON PALLIATIVE CARE with international participation

**„Ten years of organized palliative care in Croatia -
experiences and development perspectives“**

3 – 5 November 2023

Hotel Amphora, Split, Croatia

KONAČNI PROGRAM I KNJIGA SAŽETAKA
FINAL PROGRAM & BOOK OF ABSTRACTS

Organizatori / Organizers



www.palijativnaskrb2023.com

Dragi kolege i prijatelji!

S velikim zadovoljstvom vas pozivamo na **6. konferenciju o palijativnoj skrbi s međunarodnim sudjelovanjem**, koja se održava u Splitu, **od 3. do 5. studenog 2023.**

Nakon pet konferencija održanih u Istri odlučili smo promijeniti mjesto održavanja i na taj način podržati razvoj palijativna skrbi i u drugim dijelovima Hrvatske.

U Splitu su se u palijativnoj skrbi u posljednje vrijeme dogodili značajni pomaci i ovom konferencijom im želimo dati vjetar u leđa.

Očekujemo veliki broj vaših izlaganja, zanimljive i korisne rasprave i kvalitetne zaključke. Smatramo da je, nakon 10-tak godina razvoja palijativne skrbi, trenutak da se osvrnemo na postignuto i pogledamo u budućnost koja sve brže dolazi. Kakve su perspektive razvoja palijativne skrbi, što reformske mjere donose palijativnim bolesnicama, a što pružateljima palijativne skrbi, tko i kako će palijativna skrb pružati u vremenima sve većeg nedostatka stručnog kadra, a uz istovremeno sve malobrojnije i sve opterećenije obitelji?

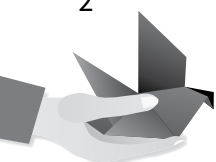
To su neka od pitanja i tema koja smatramo ključnim za razvoj palijativne skrbi u Hrvatskoj. Nadamo se da će se za njih naći mjesta i u vašim radovima.

I ovog puta ćemo imati goste iz inozemstva, renomirane stručnjake koji će nam omogućiti usporedbu i realno sagledavanje stanja palijativne skrbi u našim sredinama.

Domaćin i suorganizator Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije potrudit će se da ovaj skup pamтите i po neslužbenom dijelu, a druženje i neformalni dio smo uvijek smatrali jednako važnim za razvoj palijativne skrbi kao i službeni.

S radošću vas očekujemo u Splitu!

Predsjedatelji Organizacijskog odbora
dr. **Ante Ivančić**, dr. **Marko Rađa** i dr. **Vlasta Vučevac**



ORGANIZATORI

- Hrvatsko društvo za palijativnu medicinu Hrvatskog liječničkog zbora
- Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije

ORGANIZACIJSKI ODBOR

Ante Ivančić, Marko Rađa, Vlasta Vučevac, Marion Tomičić, Amneris Milano Bekavac, Daniel Ferlin, Branko Bazdan, Vedrana Iveta, Željana Tomić, Gabrijela Tenžera, Dubravka Ledina, Kadira Slivar, Zdrvka Đapić Kolak, Vesna Fridl, Marija Grančić, Mira Talaja, Mirjana Gojsalić, Merica Šarčević, Nikša Matas, Linda Veronika, Mate Krce

ZNANSTVENI ODBOR

Marin Golčić, Blaženka Horvat, Milica Katić, Dragan Soldo, Mario Božac, Marijana Braš, Veljko Dorđević, Vikica Krolo, Jasminka Stepan Giljević, Ranko Stevanović, Gordana Štirjan Marković, Vida Demarin, Dragan Trivanović, Katja Čulav, Diego Brumini, Samir Husić, Nađa Mladinić, Linda Veronika, Mate Krce, Makić Joško, Branka Polić, Dijana Luetić, Viomir Višić, Ivana Marasović Šušnjara

MJESTO ODRŽAVANJA

Hotel Amphora, Split, Hrvatska

SLUŽBENI JEZICI KONGRESA

Službeni jezici kongresa su hrvatski i engleski. Simultano prevođenje neće biti osigurano.

KOTIZACIJE

Sudionici	Kotizacija na licumjesta pri registraciji*
Redovna	250,00 € / (1.883,62 kn)
Medicinske sestre, fizioter.	190,00 € / (1.431,55 kn)
Studenti, volonteri, osobe u pratnji	120,00 € / 904,14 kn

Kotizacija uključuje:

pristup svim predavanjima i radionicama, konferencijske materijale, piće dobrodošlice, stanke uz kavu, te bodove strukovnih komora.

TEHNIČKA ORGANIZACIJA

Prijave za sudjelovanje, smještaj, obavijesti za sudionike, izlagače, oglašivače i sponzore, tehnička organizacija – kongresna agencija:

VIVID ORIGINAL d.o.o.

Maksimirska cesta 112a, HR-10000 Zagreb, Hrvatska



Vivid
Original

Kontakt: Goran Grbic

M +385 98 1706 028

@goran.grbic@vivid-original.com



PROGRAM

6. konferencije o palijativnoj skrbi s međunarodnim sudjelovanjem
„Deset godina organizirane palijativne skrbi u Hrvatskoj - iskustva i perspektive razvoja“
6th Conference on Palliative Care with international participation
„Ten years of organized palliative care in Croatia - experiences and development perspectives“

Petak, 3. studenoga 2023. / Friday, 3 November 2023

- 15:00 – 17:00 Registracija sudionika
- 17:00 – 17:30 Otvorenje skupa i pozdravi: Ministarstvo zdravstva, Splitsko-dalmatinska županija, Grad Split
Conference opening and welcoming speeches: Ministry of Health of the Republic of Croatia, Split-Dalmatia County, City of Split

PLENARNA PREDAVANJA / PLENARY LECTURES

Predsjedavajući / Chairpersons: Vlasta Vučevac, Marko Rađa

- 17:30 – 17:50 **VLASTA VUČEVAC:** Palijativna skrb u Hrvatskoj. Kako omogućiti kontinuirano pristupačnu palijativnu skrb
- 17:50 – 18:10 **RENATA PECOTIĆ:** Poremećaji spavanja kod palijativnih bolesnika
- 18:10 – 18:30 **VELJKO ĐORĐEVIĆ:** Klinička empatija u palijativnoj medicini
- 18:30 – 19:00 **IWONA ZAPOROWSKA-STRACHOWIAK (Poljska / Poland)**
The last days of patient's life in palliative care
- 19:00 – 19:20 **SILVA BUTKOVIĆ SOLDO:** Neurorehabilitacija u palijativnoj skrbi
- 19:20 – 19:50 Predstavljanje knjige: „Susreti – putovanje prema Novoj ekologiji uma“
MARIJANA BRAŠ

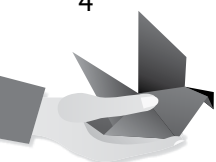
Subota, 4. studenoga 2023. / Saturday, 4 November 2023

- 08:00 – 17:00 Registracija sudionika

PLENARNA PREDAVANJA / PLENARY LECTURES

Predsjedavajući / Chairpersons: Ante Ivančić, Jasminka Stepan Giljević

- 09:00 – 09:20 **MARIJANA BRAŠ:** Psihoterapijske intervencije u palijativnoj medicini - kada, koje, kako i zašto
- 09:20 – 09:40 **ANTE IVANČIĆ:** Što je palijativna medicina bez obiteljske i što je obiteljska medicina bez palijativne?
- 09:40 – 10:10 **JULIJANA VEREBES (Austrija / Austria):** Što je kvaliteta života?
- 10:10 – 10:30 **KATIJA ĆULAV:** Morfij - dar bogova. Čega se bojimo?
- 10:30 – 10:50 **JASMINKA STEPAN GILJEVIĆ:** Provođenje pedijatrijske palijativne skrbi u Hrvatskoj, osvrt pedijatrijskog onkologa
- 10:50 – 11:10 **BRANKA POLIĆ:** Izazovi pedijatrijske palijativne skrbi
- 11:10 – 11:40 **Stanka za kavu / Coffee break**
- 11:40 – 12:10 **IWONA ZAPOROWSKA- STRACHOWIAK (Poljska / Poland):** The role of hospice in the community: Palliative care in Poland
- 12:10 – 12:40 **MAJA EBERT MOLTARA (Slovenija / Slovenia):**
Izazovi u organizaciji palijativne skrbi - iskustvo iz Slovenije
- 12:40 – 13:10 **JULIJANA VEREBES (Austrija / Austria):** Palijativna sedacija kao ultimativna terapija
- 13:10 – 15:00 **Ručak / Lunch**



	A	B	C
15:00 - 16:00	<p>Mobilni palijativni tim - očekivanja i mogućnosti Predsjedavajući / <i>Chairpersons:</i> Tjaša Kovačević Cuculić, Željana Tomić</p> <p>ANA KOTARSKI Problemi rada na terenu mobilnih palijativnih timova</p> <p>TJAŠA KOVAČEVIĆ CUCULIĆ Specijalistički mobilni palijativni timovi (MPT – ograničenja i izazovi – prikaz slučaja</p> <p>SANJA KARDUM Suradnja u palijativnoj skrbi</p> <p>ŽELJANA TOMIĆ Koordinacijski centar za palijativnu medicinu Split</p>	<p>Palijativna skrb u zajednici Predsjedavajući / <i>Chairpersons:</i> Daniel Ferlin, Nikolina Bonković</p> <p>DANIEL FERLIN Onkološka terapija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti – doprinos kvaliteti života palijativnih bolesnika</p> <p>NIKOLINA BONKOVIĆ Patronažne sestre u palijativnoj skrbi</p> <p>ANTONIA MATKOVIĆ PULJEK Volonteri u palijativnoj skrbi - mogućnosti uključivanja i primjeri dobre prakse</p> <p>ŽELJKO MIŠKULIN Branitelj pomaže branitelju</p>	<p>Medicinske sestre i koordinatori u mobilnom palijativnom timu Predsjedavajući / <i>Chairpersons:</i> Dubravka Ledina, Hermina Fridl</p> <p>ANGELA GAŠPAROVIĆ Timska suradnja u kući pacijenta</p> <p>MAJA FILIPOVIĆ Komunikacija u palijativnoj skrbi</p> <p>HERMINA FRIDL Prikaz rada Centra za koordinaciju palijativne skrbi DZ Vinkovci</p> <p>SIMONA MILKOVIĆ Sindrom sagorijevanja medicinskih sestara/tehničara u palijativnoj skrbi na području Republike Hrvatske</p>
	D	E	F
16:00 - 17:30	<p>Edukacija i istraživanje u palijativnoj skrbi Predsjedavajući / <i>Chairpersons:</i> Marion Tomičić, Gabrijela Tenžera</p> <p>MARION TOMIČIĆ Edukacijski kontinuum</p> <p>IVA ŠUŠTERČIĆ Uloga regionalnog centra kompetentnosti Mlinarska u edukaciji palijativne skrbi</p> <p>MIRJANA TELEBUH Znanje studenata fizioterapije i sestrinstva o palijativnoj skrbi</p> <p>TINA JELIĆ BALTA Usavršavanje medicinskih sestara u palijativnoj skrbi</p>	<p>Hospiciji i bolnički sustav u PS Predsjedavajući / <i>Chairpersons:</i> Selma Pernar, Nada Tadić</p> <p>NADA TADIĆ Kompleksnost planiranja skrbi za palijativne bolesnike - OB Pula</p> <p>TANJA ILIĆ BEGOVIĆ Prikaz slučaja bolesnika – kroz integrirani pristup</p> <p>IVANA MARASOVIĆ ŠUŠNJARA Pokazatelji stacionarne palijativne skrbi u Splitsko-dalmatinskoj županiji</p> <p>MARIJA GRANČIĆ Palijativni i kompleksni bolesnik u bolničkom sustavu skrbi, prikaz slučaja kroz integrirani pristup</p>	<p>Zdravstvena njega i fizikalna terapija u kući palijativnog bolesnika Predsjedavajući / <i>Chairpersons:</i> Renata Možanić, Vlatka Mrzljak</p> <p>DANIJELA SOPIĆ Uloga medicinske sestre/tehničara zdravstvene njege u kući u pružanju skrbi za palijativnog bolesnika</p> <p>MARINKA ŠIMUNOVIĆ GAŠPAR Skrb o palijativnom i palijativnom umirućem bolesniku u vrijeme pandemije COVID-19 kroz statističke podatke LOM i zdravstvene njege u kući</p>



16:00 - 17:30 **GABRIJELA TENŽERA**
Uloga mentora iz palijativne skrbi u nastavi na studiju sestrištva

ĐURĐICA STANEŠIĆ
Zdravstvena njega palijativnih bolesnika: osnovni ergonomski principi u sestrišnoj skrbi

SELMA PERNAR
Važnost ranog prepoznavanja palijativnog pacijenta u bolnici i organiziranja palijativnih odjela

DUBRAVKA LEDINA
Titriranje analgezije kod uznapredovalog stadija maligne bolesti - ambulantno ili u instituciji palijativne skrbi: za i protiv

MARJANA MUCIĆ
Evaluacija sustava palijativne skrbi s osvrtom na hospicij

VLATKA MRZLJAK
Osiguranje kontinuirane i kvalitetne skrbi za oboljele od Alzheimerove demencije kroz ustanove za zdravstvenu njegu

JOSIPA GERIĆ
Uloga fizikalne terapije u kući u održavanju kvalitete života palijativnog bolesnika

PETRA BEDIĆ
Uloga medicinske sestre u održavanju kvalitete života palijativnog bolesnika u stacionaru ustanove za zdravstvenu njegu

20:00 Domjenak / Reception

Nedjelja, 5. studenoga 2023. / Sunday, 5 November 2023

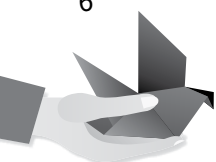
08:30 – 11:00 Registracija sudionika

PLENARNA PREDAVANJA / PLENARY LECTURES

Predsjedavajući / Chairpersons: Vlasta Vučevac, Katija Čulav

09:00 – 09:30 **CHRISTINE DRUMMOND (Australija / Australia) - ZOOM**
Playing to your strengths' – developing a world class palliative care system using learnings from football

	G	H	I
09:30 – 10:30	<p>Organizacija i koordinacija sustava palijativne skrbi / Palliative care organization and coordination Predsjedavajući / Chairpersons: Vitomir Višić, Vesna Liber</p> <p>VESNA LIBER Nedostaci i potreba za standardizacijom: percepcije koordinatora palijativnog tima o ulozi obiteljskih njegovatelja u kućnoj palijativnoj skrbi</p> <p>VITOMIR VIŠIĆ Psihijatrijska bolnica Ugljan i razvoj palijativne skrbi</p> <p>JELENA BILIĆ Upravljanje i vodstvo u palijativnoj skrbi</p>	<p>Psihološka i duhovna PS Psychological and spiritual palliative care Predsjedavajući / Chairpersons: Maja Božić Šakić, Dina Linda Veronika</p> <p>VINKA BEŠLIĆ Duhovnost i duhovnik u palijativnoj skrbi</p> <p>MAJA BOŽIĆ ŠAKIĆ Interpersonalnost u palijativnoj skrbi - hagioterapijski pristup</p> <p>ELA PEJIĆ Proces prilagodbe na bolest i potrebe u očuvanju psihološke dobrobiti bolesnika i njegove obitelji iz perspektive bolesnika s palijativnim potrebama</p>	<p>Evaluacija sustava PS Predsjedavajući / Chairpersons: Ahnetka Stjepanović, Inga Vučica</p> <p>ANA GRANOŠA Znanje zdravstvenih djelatnika Osječko-baranjske županije o palijativnoj skrbi</p> <p>INGA VUČICA Procjena potreba za palijativno-gerijatrijskom skrbi stanovništva Splitsko-dalmatinske županije</p> <p>AHNETKA STJEPANOVIĆ Evaluacija palijativne skrbi u Domu zdravlja Vukovar</p>



09:30 – 10:30 **LIDIJA VETEROVSKA MILJKOVIĆ (Sjeverna Makedonija/ North Macedonia)**
Steps of hospice palliative care in the Republic of North Macedonia since 1998 till now

DINA LINDA VERONIKA
Savjetovanje i terapija u procesu žalovanja

EMA SLAPNIČAR
Stavovi i mišljenja specijalizirana obiteljske medicine o sustavu palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj – pilot studija

	J	K	L
10:30 – 11:30	<p>Prevenција, liječenje i praćenje simptoma kod palijativnih bolesnika / Prevention, treatment and monitoring of symptoms in palliative patients Predsjedavajući / Chairpersons: Dubravka Ledina, Jasminka Korade</p> <p>ANDREJ PETRANOVIĆ Dispneja kod pleuranog izljeva i ascitesa – korist mobilnog ultrazvuka</p> <p>JASMINKA KORADE Dekubitus - kapitulacija zdravstvene njege</p> <p>DUBRAVKA LEDINA Terapija boli u palijativnoj skrbi – što je novo?</p> <p>MARINA SURINA Način primjene terapije palijativnim bolesnicima od strane mobilnog palijativnog tima</p>	<p>Opća palijativna skrb u vlastitom domu i domu za starije Predsjedavajući / Chairpersons: Sanja Žužić Furlan, Danijela Rogošić</p> <p>SANJA ŽUŽIĆ FURLAN Palijativna skrb pacijenta s malignom bolešću</p> <p>MAJA VREBALOV CINDRO Suradnja liječnika obiteljske medicine, koordinatora za palijativnu skrb i mobilnog palijativnog tima</p> <p>DANIJELA ROGOŠIĆ Pristup palijativnom korisniku u domu za starije i nemoćne</p> <p>MARIJA MUFIĆ Dom za starije osobe kao mjesto pružanja skrbi za palijativnog korisnika</p>	<p>Komunikacija i suradnja u PS Predsjedavajući / Chairpersons: Karolina Omašić, Vesna Bralić</p> <p>VESNA BRALIĆ Najčešći komunikacijski problemi u donošenju odluka: nerealna očekivanja od profesionalaca</p> <p>KAROLINA OMAŠIĆ Etički izazovi i kompleksnost palijativne skrbi: Osiguranje kvalitete na kraju života</p> <p>OSMAN KUČUK (Bosna i Hercegovina / Bosnia and Herzegovina) Da li je živjeti duže benefit?</p> <p>TOMI KOVAČEVIĆ Palijativna medicina kao integrativni dio liječenja u pulmologiji</p>
11:30 – 12:00	Stanka za kavu i poster sekcija / Coffee break and poster session		
12:00 – 13:00	<p>Okrugli stol: Budućnost hrvatske palijativne skrbi u izazovnim vremenima Predstavnici Ministarstva zdravstva, Splitsko-dalmatinske županije, HDPM, CEPAMET, domova zdravlja, HUOM, HDOD, KOHOM, HUBOL, nevladine udruge</p> <p>Round table: The future of Croatian palliative care in challenging times Ministry of Health, Split-Dalmatia County, HDPM, CEPAMET, Health Care Centers, HUOM, HDOD, KOHOM, HUBOL, NGOs</p>		

POSTERI / POSTERS

- 1. IVONA STIPICA SAFIĆ:** Obiteljski liječnik kao temelj sustava palijativne skrbi
- 2. MIRELA STANIĆ-POPOVIĆ, Gordana Šimunković, Ivana Novoselec:** Pedijatrijska palijativna skrb
- 3. PETRA BELUŠIĆ, Ema Đukić, Đino Lovrinić, Tina Zaviđić:** Kennedyev terminalni ulkus

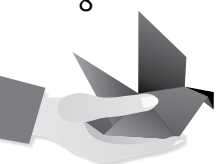


SAŽECI

6. konferencije o palijativnoj skrbi s međunarodnim sudjelovanjem
DESET GODINA ORGANIZIRANE PALIJATIVNE SKRBI U HRVATSKOJ -
ISKUSTVA I PERSPEKTIVE RAZVOJA

ABSTRACTS

6th Conference on Palliative Care with international participation
TEN YEARS OF ORGANIZED PALLIATIVE CARE IN CROATIA -
EXPERIENCES AND DEVELOPMENT PERSPECTIVES



USMENA IZLAGANJA *ORAL PRESENTATIONS*



TIMSKA SURADNJA U KUĆI PACIJENTA

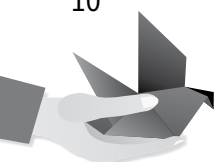
Angela Gašparović, Maja Filipović

Dom zdravlja Županja, Županja, Hrvatska

angelagasparovic99@gmail.com

Ključne riječi: palijativna skrb; patronažna služba; multidisciplinarni tim; palijativni pacijent.

Palijativna skrb je sustavna zdravstvena zaštita za pacijenta čija bolest ne djeluje na procese kurativnog liječenja. Kod pacijenata kojima je potrebna palijativna skrb prednost se daje kvaliteti života, a ne kvantiteti. Kvaliteta života postiže se ujedinjenjem emocionalnih, duševnih, religioznih i tjelesnih potreba pacijenta. Patronažna služba je nezaobilazna u radu palijativne službe zbog temeljnog koncepta očuvanja, unaprjeđenja i vraćanja poremećenog zdravlja. Liječnik obiteljske medicine zajedno s multidisciplinarnim timom skrbe za zdravstvenu zaštitu zajednice i pacijenta. Proširivanje tima može biti fleksibilno i određeno bolesnikovim potrebama, jer se time poboljšava kvaliteta skrbi za pacijenta kojemu je potrebna palijativna skrb. Patronažna sestra skrbi za veliki broj pacijenata koji boluju od kroničnih bolesti, pokretnih ili nepokretnih. Takvim pristupom u radu, ima veća saznanja o potrebama palijativnog pacijenta, što doprinosi poboljšanju suradnje između Centra za koordinaciju mobilnog palijativnog tima i patronažne djelatnosti te kvaliteti provođenja zdravstvene njege. U kući pacijenta i njegove obitelji, medicinske sestre su odgovorne za kontinuiranu procjenu i planiranje svih potreba u provođenju zdravstvene njege. Komunikacijom i suradnja s liječnikom obiteljske medicine i patronažnom službom omogućuje se kompletniji prikaz zdravstvenog stanja palijativnog pacijenta. Mobilni palijativni tim zajedno s Centrom za koordinaciju koji djeluje na području Doma zdravlja Županja u značajnoj mjeri pruža kontinuiranu i cjelovitu zdravstvenu skrb multidisciplinarnim pristupom, kroz suradnju s drugim stručnjacima. Pružanjem multidisciplinarnog palijativne skrbi doprinosi se očuvanju kvalitete života pacijenta. Holističkim pristupom pomoći pacijentu, poboljšava se očuvanje dostojanstva bolesnika. U palijativnu skrb potrebno je uključiti zdravstvene, nezdravstvene stručnjake i volontere kako bi cjelovito zbrinuli pacijenta kojemu je potrebna palijativna skrb.



ULOGA MEDICINSKE SESTRE/TEHNIČARA ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI U PRUŽANJU SKRBI ZA PALIJATIVNOG BOLESNIKA

Danijela Sopić, Renata Možanić

Udruga medicinskih sestara zdravstvene njega u kući, Zagreb, Hrvatska

udruga.znjuk@gmail.com

Ključne riječi: palijativna skrb; holistički pristup; zdravstvena njega u kući.

U kontekstu palijativne skrbi, medicinske sestre/tehničari zdravstvene njega u kući imaju ključnu ulogu u pružanju kontinuirane i sveobuhvatne zdravstvene njega palijativnim bolesnicima u njihovim domovima, što naglašava holistički pristup i prilagodbu skrbi specifičnim potrebama svakog pacijenta. U djelatnosti zdravstvene njega u kući skrb o palijativnom bolesniku regulirana je dijagnostičko-terapijskim postupkom (DTP) Njega 4 koji podrazumijeva zdravstvenu negu izrazito teškog ili umirućeg bolesnika (palijativna skrb), a medicinske sestre/tehničari navedene djelatnosti, uz liječnika obiteljske medicine, palijativni tim i medicinske sestre iz patronažne djelatnosti, čine neizostavni dio primarne zdravstvene zaštite zauzimajući važno mjesto u multidisciplinarnom timu.

Njihova uloga očituje se u često svakodnevnoj prisutnosti, bliskoj interakciji s pacijentom i obitelji, pravodobnom prepoznavanju promjena u fizičkom i emocionalnom stanju pacijenta te komunikaciji s ostatkom tima što vodi bržim i efikasnijim intervencijama, poboljšavajući kvalitetu života bolesnika i obitelji. Pružanje skrbi u poznatom okruženju ima dubok emocionalni i psihološki značaj za pacijente. Omogućava im da umru dostojanstveno, na mjestu koje su sami izabrali, što je ključno za poštovanje ljudskih prava.

Rad u kući pacijenta nosi sa sobom brojne izazove, uključujući prostorne, socijalne i materijalne što se ponajprije odnosi na ograničene resurse i potrebu za prilagodbom okoline. Stoga je za učinkovito djelovanje medicinske sestre/tehničara nužna stručnost i prilagodljivost uvjetima te poznavanje protokola komuniciranja, prijenosa informacija i donošenja odluka kao i zadržavanje profesionalnog odnosa prema svim sudionicima u pružanju zdravstvene skrbi.



KOMUNIKACIJA U PALIJATIVNOJ SKRBI

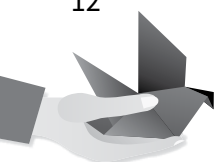
Maja Filipović, Angela Gašparović

Dom zdravlja Županja, Županja, Hrvatska

mkljaic24@gmail.com

Ključne riječi: palijativni pacijent; multidisciplinarni pristup; komunikacijske vještine.

Palijativna skrb na primarnoj razini zdravstvene zaštite temelji se na cjelovitom pristupu pacijentu i njegovoj obitelji te očuvanju kvalitete života bolesnika. Pravilno provođenje komunikacijskih vještina pomaže boljem i empatičnijem razumijevanje palijativnog pacijenta. Komunikacija podrazumijeva temeljni aspekt u pogledu zdravstvene zaštite i osnova je za učinkovitost kompletnog koncepta provođenja palijativne skrbi. Razlozi loše i nedovoljno kvalitetne komunikacije između zdravstvenog osoblja i palijativnog pacijenta često znaju biti: nedovoljno obrazovanje zdravstvenog osoblja, veliko emotivno opterećenje zdravstvenog osoblja, nedostatak sadržaja o komunikaciji u obrazovanju zdravstvenog osoblja, prejako emotivno proživljavanje bolesnikovih patnji. Obavijesti koje zdravstveno osoblje daje pacijentu poradi liječenja smanjuju njegovu napetost i nestvarna očekivanja. S bolesnikom je potrebno stvoriti odnos uzajamnog povjerenja kroz koji će shvatiti da bez straha može iskazati sve svoje probleme. Bez poticaja na razgovor pacijent možda nikada neće otvoreno izraziti svoju želju za razgovorom o bolesti niti će navesti svoje strahove u vezi s bolesti. Poznato je da je osnovna svrha terapijske komunikacije slušanje drugih, razumijevanje drugih, davanje podrške suosjećanja savjeta i uputa, odnosno pomaganje drugima komunikacijom. Sva pomagачka zanimanja usmjerena su cjelovitom rješavanju problema pojedinca u potrebama. Teška tjelesna bolest predstavlja jak stres za pojedinca sa svim posljedicama koje jaki stresovi mogu imati na tjelesno, psihičko i socijalnu funkcioniranje. Angažiranje zdravstvenog osoblja oko umirućih pacijenata često je nedostatan. S umirućim pacijentima potrebno je uspostaviti stalan kontakt te uzajamno povjerenje pacijenta i zdravstvenih djelatnika kako bi se proces umiranja učinio što manje bolnim i što podnošljivijim.



PRISTUP PALIJATIVNOM KORISNIKU U DOMU ZA STARIJE I NEMOĆNE

Danijela Rogošić

Ustanova Dom Vita, Split, Hrvatska

jonjicdanijela.dj@gmail.com

Ključne riječi: palijativna skrb; palijativni pristup; terminalni bolesnik; palijativni bolesnik; multidisciplinarni pristup.

Palijativna skrb je aktivna i cjelovita briga ne samo za osobu koja je definirana terminom 'palijativnog bolesnika', već i za sve osobe koje su bliske i imaju utjecaj na život palijativne osobe. Naglasak je na palijativnom pristupu, definiranju razlike u terminologiji palijativni vs. terminalni bolesnik, te na multidisciplinarnom pristupu ovakvoj vrsti korisnika u domu za starije i nemoćne.

Palijativni pristup korisniku odnosi se na timski rad (medicinske sestre i tehničari, njegovateljice, socijalni radnik, fizioterapeut itd.) i umrežavanje svih postojećih resursa (suradnja sa civilnim, vladinim i privatnim sektorima).

Razlike između terminalnog vs. palijativnog bolesnika:

Terminalna faza bolesti je vrijeme kada specifično liječenje više ne donosi rezultata i kada ga treba prekinuti, te kada treba nastaviti sa simptomatskim liječenjem. Palijativna, za razliku od terminalne faze, uključuje i oboljele od izlječive bolesti te kroničnih bolesti, kao i pacijente koji se bliže kraju života.

Multidisciplinarni pristup palijativnom korisniku podrazumijeva:

- medicinski pristup
- socijalni pristup
- psihološki pristup
- duhovni pristup

Ciljevi multidisciplinarnog pristupa su:

- ublažiti bol i patnju bolesnika
- poboljšati kvalitetu života bolesnika
- poboljšati kvalitetu života svih osoba koji su u bliskom kontaktu s bolesnikom.



SURADNJA U PALIJATIVNOJ SKRBI

Sanja Kardum, Danica Janošević, Darja Matešić, Simona Milković

Dom zdravlja Zadarske županije, Zadar, Hrvatska

Dom zdravlja Osječko-baranjske županije, Osijek, Hrvatska

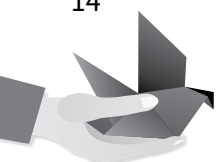
sanja.kardum27@gmail.com

Ključne riječi: palijativna skrb; mobilni palijativni tim; suradnja; sindrom kratkog crijeva; port a catheter; kvaliteta života.

Rad prikazuje suradnju mobilnih palijativnih timova (MPT) Osječko-baranjske i Zadarske županije u cilju poboljšanja kvalitete života pacijentice.

Kvaliteta života bolesnika sa sindromom kratkog crijeva (SKC) ograničena je zbog stalne potrebe za parenteralnom prehranom i nadoknadom tekućine i elektrolita. Ljetovanje na moru uz promjenu mjesta prebivališta bilo je moguće tek dobrom suradnjom MPT-a dviju naših županija. Toj suradnji prethodila je priprema koja je započela više od jedan mjesec prije samog dolaska pacijentice na ljetovanje. Palijativna služba nije jednako razvijena u svim županijama. Palijativna služba DZ Zadarske županije nije do sada primjenjivala infuziju na Port a catheter. Bilo je potrebno pribaviti opremu i naučiti novu vještinu.

Suradnjom palijativnih timova unaprijeđena je kvaliteta života pacijentice sa SKC. Porastao je njezin osjećaj da zdravstvena struka brine o njoj i prati je u njezinom životu s bolešću. Ova suradnja je bila i povod za intenzivniju suradnju sa stručnjacima na sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti te učenjem nove vještine koja je neophodna u palijativnoj skrbi. Ostvarena je, ne samo bolja kvaliteta života pacijentice, već su uspostavljene nove suradnje unutar palijativne skrbi RH kao i unaprjeđenje i izjednačivanje njezine kvalitete na području naše domovine.



NAČIN PRIMJENE TERAPIJE PALIJATIVNIM BOLESNICIMA OD STRANE MOBILNOG PALIJATIVNOG TIMA

Marina Surina

Dom zdravlja Primorsko-goranske županije, Rijeka, Hrvatska

marina.surina@domzdravlja-pgz.hr

Ključne riječi: mobilni palijativni tim; palijativna skrb; simptomi; terapija.

Mobilni palijativni tim pruža palijativnu skrb bolesnicima u kućnim uvjetima.

Za kvalitetno pružanje palijativne skrbi bolesnicima u njihovim domovima potreban je educiran, stručan tim zbog specifičnosti pristupa bolesnicima s brojnim tegobama.

Zbog osnovne bolesti i pridruženih otežavajućih simptoma kao što su nemogućnost gutanja ili otežano gutanje, mučnina, povraćanje i drugi poremećaji, način primjene terapije kod velikog broja palijativnih bolesnika primjenjuje se i drugim putevima od uobičajenih.

Osim peroralne, intramuskularne, intravenozne i drugih vrsta primjene, izbor kod palijativnih pacijenata je subkutana primjena radi očuvanja vena i nemogućnosti drugih načina primjene neovisno da li se radi o izoliranoj primjeni lijeka, infuziji ili postavljanju elastomerske pumpe.

Prednost ovog načina primjene je kontinuirano, polagano plasiranje terapije ili hidracije koje manje opterećuje krvožilni sustav. Također se sprječava period preniske ili previsoke doze lijeka u krvi.

U slučaju da bolesnik ima ugrađen centralni venski kateter porth- a-cath, terapija se primjenjuje putem njega. U tom slučaju MPT provjerava i održava prohodnost redovitom heparinizacijom istog.

Skupine lijekova koji se mogu i smiju primijeniti putem subkutane infuzije su opijatni analgetici, antiemetici, kortikosteroidi i neki antipsihotici i sedativi.

Lijekovi i otopine koje se inače primjenjuju intravenski mogu se primijeniti i putem porth-a-catha.

Dobra komunikacija i edukacija obitelji ili skrbnika nužna je za postizanje cilja, a to je ublažavanje boli i ostalih simptoma koji narušavaju kvalitetu života bolesnika.



SKRB O PALIJATIVNOM I PALIJATIVNOM UMIRUĆEM BOLESNIKU U VRIJEME PANDEMIJE COVID-19 KROZ STATISTIČKE PODATKE LOM I ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI

Marinka Šimunović Gašpar¹, Vlatka Mrzljak^{2,3}

¹Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, Hrvatska

²Ustanova za zdravstvenu njegu Vlatka Mrzljak, Oroslavje, Hrvatska

³Hrvatsko katoličko sveučilište, Zagreb, Hrvatska

marinka.simunovic-gaspar@hzjz.hr

Ključne riječi: palijativni bolesnik; liječnik obiteljske medicine; zdravstvena njega u kući.

Cilj istraživanja: Obzirom na sve veću zahtjevnost rada na terenu u vidu znatnog povećanja postotka palijativnih i palijativnih umirućih bolesnika uz prikaze slučajeva javlja se potreba prikazivanja konkretnih statističkih podataka o broju (postotku) pruženih usluga - provedenih intervencija u kući prilikom skrbi za iste. Cilj je prikazati broj prve kućne posjete liječnika obiteljske medicine palijativnom bolesniku (OM102) u Hrvatskoj ukupno i prema spolu u periodu od 2018. do 2022. godine te broj postupaka provedenih u zdravstvenoj njezi u kući - skrb za umirućeg bolesnika, ukupno za razdoblje od 2018. do 2021. godine u Hrvatskoj, prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo.

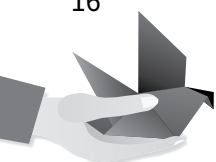
Metode: Koristi se deskriptivna analiza podataka te podaci iz CEZIH-a, koji su obrađeni u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo i u Hrvatskom zdravstveno statističkom ljetopisu 2018 - 2021 (HZJZ).

Rezultati: U razdoblju od 2019. do 2022. godine bilježi se pad broja prve kućne posjete liječnika obiteljske medicine palijativnom bolesniku (OM102). U 2019. godini zabilježeno je ukupno 9.634, za razliku na ukupno 7.873 u 2022. godini, što predstavlja ukupno smanjenje od 18,3 %, a sve uspoređujući pandemijske godine 2020., 2021., i 2022. godine kad broj posjeta iz godine u godinu pada.

Broj postupaka provedenih u zdravstvenoj njezi u kući - skrb za umirućeg bolesnika u 2021. godini (2.033), bilježi pad od 25 % u odnosu na predpandemijsku 2019. godinu (2.715).

Zaključak: Vidljivo je da je pandemija COVID-19 doprinijela padu broja posjeta kako kod LOM, tako i kod zdravstvene njege u kući. Na broj zabilježenih postupaka moguće utječe i razlika između zabilježenih postupaka i stvarno provedenih postupaka kako kod LOM, tako i kod zdravstvene njege u kući.

Sve više se prepoznaje važnost i potreba zdravstvene njege u kući oko palijativnog i palijativnog umirućeg bolesnika, kao i kompletna palijativna skrb. Podizanje svijesti o važnosti edukacije mogu pridonijeti poboljšanju kvalitete pristupa bolesniku.



OSIGURANJE KONTINUIRANE I KVALITETNE SKRBI ZA OBOLJELE OD ALZHEIMEROVE DEMENCIJE KROZ USTANOVE ZA ZDRAVSTVENU NJEGU

Vlatka Mrzljak^{1,2,3}, Marinka Šimunović Gašpar⁴

¹*Ustanova za zdravstvenu njegu Vlatka Mrzljak, Oroslavje, Hrvatska*

²*Hrvatsko katoličko sveučilište, Zagreb, Hrvatska*

³*Visoka škola Ivanić-Grad, Ivanić-Grad, Hrvatska*

⁴*Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, Hrvatska*

vlatka.mrzljak@kr.t-com.hr

Ključne riječi: ustanova za zdravstvenu njegu; Alzheimerova demencija; holistički i multidisciplinarni pristup.

Činjeničnim slijedom produljenog životnog vijeka ljudi te znanstveno potkrijepljeni saznanjima da svake 3 minute jedna osoba razvije neki oblik demencije, a u namjeri osiguranja i dostupnosti smjernica za pravilnu skrb oboljelih od demencije posebice od Alzheimerove demencije koja čini 60 do 80 % slučajeva demencije prezentacijom knjige Alzheimerova demencija – od dijagnostike do zdravstvene skrbi kroz ustanove za zdravstvenu njegu, a koja se sastoji od 13 znanstvenih članaka, predstaviti će se smjernice za osiguranje potrebne kvalitetne skrbi oboljelih od navedene bolesti.

Cilj istraživanja: Istraživanje je provedeno od 1. 10. 2022. do 31. 1. 2023. godine. Cilj provedenog istraživanja jest otkriti probleme s kojima se susreću članovi obitelji i oboljeli od Alzheimerove demencije te pronaći najprihvatljivije načine i modele rješavanja prisutnih problema.

Metode: Pregledom znanstvene literature istražena su područja od izravne važnosti vezano uz zbrinjavanje oboljelih osoba od Alzheimerove demencije primjenom najsuvremenijih metoda i resursa pri pružanju cjelovite skrbi.

Rezultati: Apostrofiranom i valoriziranom spremnošću i utvrđenom potrebom za kvalitetnom i kontinuiranom skrbi za oboljele od Alzheimerove demencije kroz edukativni dio prema bolesnicima, članovima obitelji i zdravstvenom osoblju, a sukladno stvarnim u praksi potvrđenim zahtjevima i potrebama ustanove za zdravstvenu njegu sa svim raspoloživim resursima u potpunosti su primjerene za efikasno i efektivno zbrinjavanje oboljelih od Alzheimerove demencije kroz institucionalni i izvaninstitucionalni oblik skrbi uz podršku i suradnju s ostalim članovima multidisciplinarnog tima.

Zaključak: Značajni doprinos znanstvenog rada je nominacija djelatnosti zdravstvene njege u kući ključnim čimbenikom u pružanju kvalitetne, dostupne i kontinuirane skrbi palijativnog bolesnika na razini primarne zdravstvene zaštite.



ULOGA FIZIKALNE TERAPIJE U KUĆI U ODRŽAVANJU KVALITETE ŽIVOTA PALIJATIVNOG BOLESNIKA

Josipa Gerić¹, Marinka Šimunović Gašpar², Vlatka Mrzljak^{1,2,4}

¹Ustanova za zdravstvenu njegu Vlatka Mrzljak, Oroslavje, Hrvatska

²Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, Hrvatska

³Hrvatsko katoličko sveučilište, Zagreb, Hrvatska

⁴Visoka škola Ivanić-Grad, Ivanić-Grad, Hrvatska

vlatka.mrzljak@kr.t-com.hr

Ključne riječi: fizikalna terapija u kući; kvaliteta života palijativnog bolesnika.

Uloga fizioterapeuta u provođenju fizikalne terapije kod palijativnih bolesnika zbog u najvećem postotku općeprisutne nemogućnosti provođenja aktivnog načina života te prisutnosti rizika od kognitivnog propadanja od iznimne je važnosti.

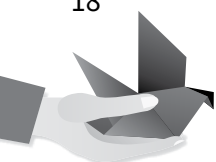
Cilj istraživanja: Cilj je prikazati ukupan broj bolesnika kojima je pružena usluga fizikalne terapije u kući u Hrvatskoj u periodu od 2020. do 2022. godine te ukupan broj bolesnika kojima je pružena usluga fizikalne terapije u kući na području Krapinsko-zagorske županije u periodu od 2018. do 2022. godine prema podacima dostupnima Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo.

Metode: Koristi se deskriptivna analiza podataka te podaci iz CEZIH-a, a koji su obrađeni u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo.

Rezultati: U razdoblju od 2020. do 2022. godine bilježi se znatan rast broja bolesnika kojima je pružena usluga fizikalne terapije u kući u Hrvatskoj, a među kojima su i palijativni bolesnici. U 2020. godini zabilježeno je ukupno 20.330 bolesnika kojima je pružena usluga fizikalne terapije u kući u Hrvatskoj, 2021. godine njih 24.099, a 2022. godine 26.484., uzimajući pri tome u obzir da su 2020., 2021., i 2022. godina pandemijske godine.

Na području Krapinsko-zagorske županije u istim je godinama također zamijećen znatan porast broja bolesnika kojima je pružena usluga fizikalne terapije; 2020. godine 795 osoba, 2021. godine 943, a 2022. godine 1 092.

Zaključak: Značajni doprinos znanstvenog rada je nominacija djelatnosti fizikalne terapije u kući i uloge fizioterapeuta kao ključnog čimbenika u pružanju kvalitetne, dostupne i kontinuirane skrbi palijativnog i ostalih bolesnika na razini primarne zdravstvene zaštite.



UPRAVLJANJE I VODSTVO U PALIJATIVNOJ SKRBI

Jelena Bilić

Dom zdravlja Zagreb-Istok, Zagreb, Hrvatska

jelenkobilic@gmail.com

Ključne riječi: upravljanje; vodstvo; palijativna skrb.

Cilj: Upravljanje procesima palijativne skrbi zahtijeva poznavanje organizacije palijativne skrbi, ovisno je o dostupnosti resursa, potrebama i planiranjem palijativne skrbi. Za svaku određenu promjenu u praksi ili upravljanjem procesima zahtijeva i određene kompetencije koordinatora palijativne skrbi. Opis poslova koordinatora palijativne skrbi definiran zakonskim okvirom upravo to i omogućava.

Metode: Prepoznavanje prilika i razvoj ključne su odrednice za uspješan rad.

Vodstvo u palijativnoj skrbi zahtijeva pristup koji uključuje i okuplja sve potrebne stručnjake za razvoj palijativne skrbi. Poseban naglasak u vodstvu imaju etički aspekti palijativne skrbi koje možemo promatrati kroz širu sociološku sliku kao posebno osjetljivu temu društvene zajednice. Svako krivo postupanje i krive procjene mogu srušiti sliku u javnosti o palijativnoj skrbi.

Zato vodstvo možemo usmjeriti na edukaciju i pokušati biti „uzor” empatije, pristupa, javnog istupanja i upotrijebiti javnost kao partnera u promicanju palijativne skrbi.

Potrebno je razvijati vodstvo u kliničkoj praksi palijativne skrbi za promicanje izvrsnosti i prakse utemeljene na dokazima, vodstvo u istraživanju, vodstvo u politici i zagovaranju za usmjeravanje ka promjena u zdravstvenoj skrbi i pristupu te vodstvo u obrazovanju kako bi se osigurao razvoj vještina palijativne skrbi za sve zdravstvene profesije koje započinju s radom.

Prema teoriji, vodstvo uključuje utjecaj na stavove, uvjerenja, ponašanja i osjećaje drugih.

Rezultati: Vodstvo u palijativnoj skrbi može utjecati na mnoge skupine počevši od pacijenata i obitelji, do zdravstvenih ustanova i kolega, na šire zajednice s naglaskom na kvalitetu i učinkovito korištenje resursa.

Zaključak: Vodstvo u palijativnoj skrbi pokazuje kako je palijativna skrb dio kvalitetne zdravstvene skrbi.



VOLONTERI U PALIJATIVNOJ SKRBI - MOGUĆNOSTI UKLJUČIVANJA I PRIMJERI DOBRE PRAKSE

Antonia Matković Puljek

Udruga "MI" - Split (Regionalni volonterski centar Split), Split, Hrvatska

antonia@udruga-mi.hr

Ključne riječi: volontiranje; volonteri; palijativna skrb.

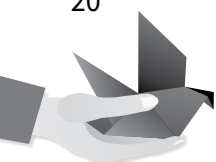
Volontiranje je dobrovoljno darivanje vremena, truda, znanja i vještina za dobrobit druge osobe ili zajednice, bez primanja novčane naknade. Pomažući drugima, volonteri i sami razvijaju određene vještine, znanja, ali i prva stručna iskustva.

U palijativnoj skrbi, volonteri mogu imati važnu ulogu pružajući emocionalnu podršku pacijentima i njihovim obiteljima te poboljšavajući kvalitetu života u terminalnim fazama bolesti.

Pritom treba obratiti pažnju na nekoliko aspekata uključivanja volontera:

- Edukacija i osposobljavanje: osiguravanje odgovarajuće obuke volonterima kako bi razumjeli specifične potrebe pacijenata u palijativnoj skrbi i kako bi se osjećali sigurno u svojim ulogama
- Razvijanje timskog rada: integracija volontera u multidisciplinarni tim palijativne skrbi omogućava bolju koordinaciju i podršku pacijentima.
- Podrška i supervizija volontera: volonteri u izazovnim volonterskim ulogama trebaju imati podršku i superviziju iskusnog medicinskog osoblja, kako bi se povećale dobrobiti njihovog uključivanja, a potencijalna šteta svela na minimum.

Kroz ovo usmeno izlaganje dotaknut ćemo se načina uključivanja volontera u palijativnu skrb i ponuditi primjere dobre prakse iz Hrvatske i inozemstva, potičući daljnje istraživanje i suradnju u ovom važnom aspektu palijativne skrbi.



PATRONAŽNE SESTRE U PALIJATIVNOJ SKRBI

Nikolina Bonković

Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije, Split, Hrvatska

nikolina.bonkovic@gmail.com

Ključne riječi: patronaža; palijativni tim.

Danas se smatra da palijativnu skrb u zajednici treba osigurati uz „kontinuum specijalizacije“. Skrb se pruža u rasponu od primarne zdravstvene skrbi pa do službi čija je osnovna djelatnost ograničena na pružanje palijativne skrbi. Palijativna skrb može se pružati kao palijativni pristup ili kao opća palijativna skrb kako u nespecijaliziranim, tako i u specijaliziranim službama palijativne skrbi.

Nespecijalizirane službe palijativne skrbi su: patronažna služba, liječnici opće prakse, službe za kućnu njegu, jedinice u općim bolnicama, starački domovi. Velik dio palijativne skrbi osiguravaju nespecijalizirane službe, a očekuje se da će tako biti i u budućnosti. Uzimajući to u obzir nespecijalizirani stručnjaci moraju imati jednostavan pristup do specijaliziranih konzultanata radi savjeta i podrške.

Patronažne sestre imaju važnu ulogu u općoj palijativnoj skrbi zbog dobrog poznavanja obitelji. One tijekom svog svakodnevnog rada prepoznaju palijativnog pacijenta, koji do tada nije bio uključen u specijalističku palijativnu skrb, prepoznaju potrebe te stvaraju cjelovitu sliku o dinamici cijele obitelji kad nastupi neizlječiva, uznapredovala bolest nekog člana.

Patronažne medicinske sestre kontinuirano surađuju s koordinatorom za palijativnu skrb kroz prijavu novih palijativnih pacijenata, te konzultaciju o zdravstvenom stanju pacijenta.

Uz to rad će sadržavati prikaz slučajeva iz svakodnevnog rada patronažne sestre, te prikaz statistike.



SPECIJALISTIČKI MOBILNI PALIJATIVNI TIMOVI (MPT) – OGRANIČENJA I IZAZOVI

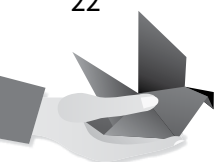
Tjaša Kovačević Cuculić

Dom zdravlja Primorsko-goranske županije, Rijeka, Hrvatska

tjasa.kovacevic.cuculic@domzdravlja-pgz.hr

Ključne riječi: specijalistički mobilni palijativni tim; bolesnik; obitelj; kućni uvjeti; primjena terapije; komunikacija; edukacija.

Specijalistički palijativni tim pruža specijaliziranu palijativnu skrb bolesnicima kojima je ona potrebna u njihovom domu te psihosocijalnu podršku njima, njihovim obiteljima i njegovateljima. MPT ima savjetodavnu ulogu u vidu pružanja specijalističkog savjetovanja obiteljskih liječnika te patronažnih sestara i sestara iz ZNJUK s kojima surađuje u pružanju skrbi. Specifičnost rada MPT je mjesto pružanja skrbi, a to je dom bolesnika. Fokus djelovanja MPT je bolesnik o kojem najčešće skrbe članovi obitelji i/ili njegovatelji. Obzirom da su oni među najvažnijim karikama u kvalitetnoj skrbi bolesnika, od izrazite je važnosti da MPT s bolesnikom i s obitelji uspostavi komunikaciju temeljenu na povjerenju i poštivanju. MPT osvještava važnost uloge obitelji koju oni imaju u pružanju skrbi u okviru svojih mogućnosti te ih educira i priprema za predstojeći period. Pružanje skrbi u domu palijativnih bolesnika koji pate od niza simptoma i pratećih komorbiditeta ima određena ograničenja u postupanju. Upravo ta ograničenja predstavljaju izazov u radu MPT, vodeći računa da su sigurnost i udobnost bolesnika na prvom mjestu. Najučestalije ograničenje je otežana primjena terapije kao posljedica djelomičnog ili potpunog nedostatka akta gutanja, povraćanja i ostalih razloga. To zahtjeva različite puteve primjene u odnosu na uobičajene. U palijativnoj skrbi se preferira subkutana primjena. Ukoliko je postavljen centralni venski put koristi se primjena putem port-a-catha. Značajno ograničenje predstavlja refrakternost, osobito na analgetsku terapiju. Hitna stanja su poseban izazov za odluku o postupanju MPT. Neadekvatni psihosocijalni uvjeti i okruženje te izostanak njegovatelja ili skrbnika također predstavljaju ograničenje MPT u pružanju skrbi. Edukacija, bolja komunikacija i suradnja među svim dionicima palijativne skrbi bi pridonijela boljoj skrbi i poboljšala kvalitetu života bolesnicima i obitelji u njihovim domovima.



ULOGA MEDICINSKE SESTRE U ODRŽAVANJU KVALITETE ŽIVOTA PALIJATIVNOG BOLESNIKA U STACIONARU USTANOVE ZA ZDRAVSTVENU NJEGU

Petra Bedić, Kristina Šalković, Josipa Mrzljak, Vlatka Mrzljak

Ustanova za zdravstvenu njegu Vlatka Mrzljak, Oroslavje, Hrvatska

vlatka.mrzljak@kr.t-com.hr

Ključne riječi: stacionar ustanove za zdravstvenu njegu; socijalni i profesionalni identitet; kvaliteta života palijativnog bolesnika; medicinska sestra.

Uloga medicinske sestre u održavanju kvalitete života palijativnog bolesnika smještenog u stacionar ustanove za zdravstvenu njegu osim kroz zadovoljavanje 14 osnovnih ljudskih potreba i ostalih definiranih odgovora temeljenih na teoriji Virginie Henderson dodatno dolazi do izražajnosti kroz kontinuiranu primjenu empatije prema palijativnom bolesniku i članovima njegove obitelji kao vrijednosti u svrhu očuvanja i njegovanja održivosti vlastitog identiteta bolesnika do samog kraja njegova života. Također, važnost i uloga medicinske sestre u procesu skrbi za palijativne bolesnike očituje se kroz primjenu procesa zdravstvene njege po načelima Florence Nightingale – začetnice modernog sestринства.

Cilj istraživanja: Cilj je prikazati načela i metode skrbi za palijativnog bolesnika kroz primjenu načela i teorija prihvaćenih u sestринstvu, a kroz njegovanje i održavanje identiteta individue iz sociološke perspektive.

Metode: Pregledom znanstvene literature istražena su područja izravne povezanosti s zdravstvenom njegom i zdravstvenom skrbi palijativnog bolesnika u institucionalnoj skrbi te očuvanjem socijalnog i profesionalnog identiteta medicinske sestre koja skrbi za palijativnog bolesnika i načinima očuvanja socijalnog identiteta bolesnika.

Rezultati: Apostrofiranom i utvrđenom od iznimne važnosti uloge medicinske sestre u održavanju kvalitete života palijativnog bolesnika u stacionaru ustanove za zdravstvenu njegu kroz očuvanje socijalnog i profesionalnog identiteta nominira se djelatnost stacionarnog smještaja u zdravstvenim ustanovama u situacijama u kojima izvaninstitucionalni smještaj nije moguć

Zaključak: Značajni doprinos znanstvenog rada je apliciranje djelatnosti stacionarnog smještaja u ustanovama za zdravstvenu njegu kroz promociju važnosti uloge medicinske sestre kao ključnog resursa u osiguranju i očuvanju kvalitetne, dostupne i kontinuirane skrbi palijativnog bolesnika u institucionalnom obliku skrbi.



ZNANJE STUDENATA FIZIOTERAPIJE I SESTRINSTVA O PALIJATIVNOJ SKRBI

Mirjana Telebuh, Želimir Bertić, Margareta Begić

Zdravstveno veleučilište Zagreb, Zagreb, Hrvatska

mtelebuh@zvu.hr

Ključne riječi: studenti; fizioterapija; medicinske sestre; palijativna skrb.

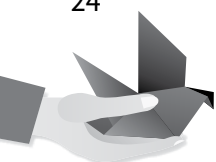
Uvod: Zdravstveni stručnjaci fizioterapeuti i medicinske sestre, kao dio palijativnog tima, u kliničkoj praksi često se susreću sa skrbi palijativnog bolesnika. Zbog dužeg životnog vijeka, bolje medicinske skrbi i broj palijativnih bolesnika je sve veći. Program Studija fizioterapije i Studija sestrinstva obuhvaća i znanja o palijativnoj skrbi. Zbog toga su neophodna njihova znanja o ovoj temi.

Cilj: Cilj istraživanja je ustanoviti u kojoj su mjeri studenti fizioterapije i studenti sestrinstva upoznati s palijativnom skrbi te razlikuje li se znanje studenata fizioterapije i studenata sestrinstva. Nadalje, utvrdit će se putem kojih kanala se studenti fizioterapije/sestrinstva dodatno informiraju i uče o palijativnoj skrbi.

Metode: Ispitanici su ciljana populacija koja obuhvaća studente studija fizioterapije i studija sestrinstva Zdravstvenog veleučilišta u Zagrebu. Ispitanici su studenti prve, druge i treće godine studija fizioterapije, studija i prve, druge i treće godine studija sestrinstva, redovnih i izvanrednih studija. Svi ispitanici su ispunjavali upitnik kreiran za ovo istraživanje preko linka Google Forms platforme.

Rezultati: Očekivani rezultati će dati jasnu predodžbu o razini znanja o palijativnoj skrbi studenata fizioterapije/sestrinstva svih studijskih godina, te redovnih i izvanrednih studijskih programa. Pri tome pretpostavka je da studenti Studija sestrinstva imaju veća znanja o palijativnoj skrbi u odnosu na studente Studija fizioterapije.

Zaključak: Rezultati ovog istraživanja mogli bi poslužiti kao platforma za daljnja istraživanja o znanju o palijativnoj skrbi svih zdravstvenih stručnjaka koji se educiraju za ovu vulnerabilnu populaciju bolesnika.



EVALUACIJA PALIJATIVNE SKRBI U DOMU ZDRAVLJA VUKOVAR

Ahnetka Stjepanović, Zvonimir Gvozdanović

Dom zdravlja Vukovar, Vukovar, Hrvatska

koordinator@dzvukovar.hr

Ključne riječi: evaluacija; palijativna skrb.

Evaluacija sustava palijativne skrbi je proces koji je potrebno kontinuirano provoditi. Naime, samo kroz kontinuiranu evaluaciju mogu se identificirati područja koja zahtijevaju potrebna poboljšanja pa čak i određene izmjene.

U ovom radu bit će prikazana palijativna skrb u Domu zdravlja Vukovar utemeljena na rezultatima i praćenju desetogodišnjeg rada palijativnog mobilnog tima i koordinatora kroz procjenu ključnih elemenata kao što su (dostupnost, kvaliteta, resursi i financiranje, suradnja sa ostalim dionicima koji su uključeni u pružanje palijativne skrbi, uspostavljanje jasnih protokola i smjernica, edukacija zdravstvenih djelatnika, informiranost lokalne zajednice te ostalih profesionalaca, volontera i prikupljanje povratnih informacija od samih pacijenata i njihovih obitelji).

Kroz prikaz ključnih elemenata ukazat će se na još uvijek velike probleme koji postoje u provođenju palijativne zdravstvene skrbi, a koji onda utječu na nezadovoljstvo samih pacijenata, obitelji, a i samih zdravstvenih djelatnika koji provode palijativnu zdravstvenu skrb.

Nameće se zaključak, kako još uvijek organizacijski postoji rascjepkanost u pružanju palijativne skrbi na svim područjima u Republici Hrvatskoj.

Kako bi se pružila kvalitetna palijativna skrb pacijentima uz podršku i razumijevanje svih njihovih individualnih potreba i želja, vrijeme je da zdravstveni profesionalci usmjere svoju pozornost na istraživanja, dodatnu edukaciju vezanu uz poboljšanje pružanja palijativne skrbi, a ne da se još uvijek bave organizacijskim problemima.



NAJČEŠĆI KOMUNIKACIJSKI PROBLEMI U DONOŠENJU ODLUKA: NEREALNA OČEKIVANJA OD PROFESIONALACA

Vesna Bralić, Dubravka Ledina, Gabrijela Tenžera, Neda Ivana Simunić

Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije, Stacionar palijativne skrbi Hospicij Matošić, Split, Hrvatska
vesna.bralic@dz-sdz.hr

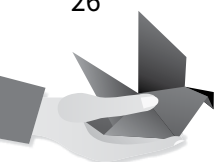
Ključne riječi: palijativna skrb; pacijent s potrebama iz palijativne skrbi; komunikacija; nerealna očekivanja profesionalaca.

Uvod: Poteškoće s kojima se susreću zdravstveni djelatnici u palijativnoj skrbi pri donošenju odluka o tome da li je pacijentu s palijativnim potrebama potreban određeni terapijski ili medicinsko dijagnostički postupak predstavljaju izazov u svakodnevnom radu.

Cilj: Predočiti kako zdravstveni djelatnici štete umirućim pacijentima zbog nerealnih očekivanja u ishodu liječenja te kvalitete skrbi te ustvrditi zašto dolazi do provođenja određenih intervencija, za koje će se mnogi stručnjaci složiti da su nepotrebni te da njihov ishod rezultira smanjenjem kvalitete života pacijenta sa potrebama iz palijativne skrbi.

Rasprava: Svjesni smo činjenice da se mnogi postupci koji se provode u svrhu zbrinjavanja pacijenta s potrebama iz palijativne skrbi često nisu potrebni ili se provode bespotrebno jer koristi od toga nema pacijent ni njegova obitelj već se pacijentima u velikom broju slučajeva produžava patnja. To se odnosi na one intervencije za koje se smatra da će osobi produžiti život i poboljšati kvalitetu života, ali u kojima je mogućnost dobrobiti za pacijenta iznimno mala i daleko nadmašena potencijalnim rizicima i patnjom pacijenta. U praksi se jako često odrađuju terapijski postupci koje nazivamo „placebo za obitelj“. Takvi postupci apsolutno nemaju nikakvu korist za pacijenta te se postavlja pitanje da li su s etičkog aspekta opravdani i da li prelaze u distanziju.

Zaključak: Zbog rapidnog napretka medicine u dijagnostičkim intervencijama i novih saznanja o terapijskim postupcima, ostaje veliki izazov na zdravstvenim djelatnicima da u pravovremenom trenutku prepoznaju pacijenta s potrebama iz palijativne skrbi, da u odgovarajućem trenutku prestanu s nepotrebim intervencijama te da pacijentu s potrebama za palijativnom skrbi u posljednjim trenucima pruže kvalitetu života i skrb koja mu je uistinu potrebna kako bi mu omogućili mirnu i „dobru smrt“, a ne prolongirali patnju pacijenta i njegove obitelji.



TITRIRANJE ANALGEZIJE KOD UZNAPREDOVALOG STADIJA MALIGNNE BOLESTI -AMBULANTNO ILI U INSTITUCIJI PALIJATIVNE SKRBI: ZA I PROTIV

Dubravka Ledina, Barbara Degen

Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije, Split, Hrvatska

dubravka.ledina@dz-sdz.hr

Ključne riječi: bol; palijativni pacijent; titriranje analgezije; institucija palijative skrbi.

Uvod: Maligna bol je kronična bol koja se javlja tijekom maligne bolesti, oko 75 – 85 % pacijenata u svom tijeku bolesti će imati bol, a 50% pacijenata neće imati adekvatno izreguliranu bol. Titriranje analgezije i sam put do cilja, tj. zadovoljavajućeg kupiranja boli jako je raznolik, često težak i kontroverzan postupak te podrazumijeva pristanak na kompromise.

Rasprava: U današnje vrijeme postoje razni analgetici, ujedno je porasla svjesnost o važnosti kontroliranja boli kako kod pacijenata i njihovih obitelji tako i kod kolega liječnika. Unatoč tome, (mi u mobilnim palijativnim timovima) susrećemo se sa situacijama kod pacijenata koji pate poradi nedovoljno kontrolirane boli, a da pri tome što pacijent, što obitelj bol „jednostavno“ podnosi, ili ju je spremno i dalje podnositi, iz želje da ostanu u vlastitim domovima. Pitamo se, koliko je korektno uputiti pacijenta u instituciju palijative skrbi u svrhu efikasnijeg i bržeg titriranja analgezije, uzimajući pri tome u obzir da ipak ne možemo garantirati postizanje adekvatne analgezije i terapije koja se može nastaviti davati u kućnim uvjetima.

Zaključak: Bol je čest simptom od koje pate palijativni pacijenti, njegova kontrola ključna je stavka u palijativnoj skrbi. Postupak titriranja analgezije zahtjeva individualnu evaluaciju i reevaluaciju kroz vrijeme. Želje palijativnih pacijenata i njihovih obitelji treba svakako poštivati, međutim procijene profesionalaca palijativne skrbi glede odleđivanja metoda titriranja analgezije nisu nimalo manje važni, dapače trebamo iskoristiti napredak medicine i u svrhu poboljšanja kvalitete života kako pacijenata u palijativnim situacijama tako i umirućih pacijenata.



POREMEĆAJI SPAVANJA U PALIJATIVNOJ SKRBI

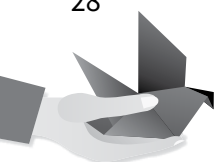
Renata Pecotić

Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu, Zavod za neurozanost, Split, Hrvatska

renata.pecotic@mefst.hr

Ključne riječi: poremećaji spavanja; higijena spavanja; nesanica, palijativa.

Spavanje je jedna od temeljnih životnih potreba i najzagonetniji oblik ljudskog ponašanja. Neovisno o kojoj životnoj dobi govorimo, spavanje je ključno u očuvanju zdravlja, prevenciji bolesti i postizanju bolje kvalitete života. Poremećaj spavanja česti su u osoba koje se nalaze u palijativnoj skrbi. Najčešći poremećaji spavanja uključuju nesanicu, poremećaje ritma budnosti i spavanja, prekomjernu dnevnu pospanost, poremećaje disanja tijekom spavanja, sindrom nemirnih nogu. Poremećaji spavanja stalni su izvor patnje pacijenata na palijativnoj skrbi. Simptomi kao što su poteškoće s uspavlivanjem, održavanje cjelovitosti ciklusa spavanja, rano buđenje ili spavanje koje ne donosi osjećaj odmorenosti i naspavanosti, ukazuju na postojanje poremećaja spavanja kojima se ne pridaje dovoljno pozornosti. Loša kvaliteta spavanja može imati posljedične učinke na percepciju boli, umor, raspoloženje i kvalitetu života. To nije samo prevladavajući simptom u populaciji primarne zdravstvene zaštite, već može zahvatiti i više od 60% populacije palijativne skrbi. Osim složenosti liječenja, nesanica često služi kao znak upozorenja za liječnike na neka druga temeljna stanja i bolesti od kojih pacijent pati i liječi se. Stoga je bitno da liječnici palijativne skrbi prepoznaju stanja i neobične simptome koji mogu proizaći iz neprepoznatih i neliječenih poremećaja spavanja. Isto tako potrebno je podići svijest liječnika u palijativnoj skrbi ali i korisnika palijativne skrbi o važnosti provođenja mjera za unaprjeđenje higijene spavanja o čemu se malo zna i govori. Primjenom mjera i postupaka u cilju poboljšanja higijene spavanja, a koji su znanstveno utemeljeni može se pomoći u prevenciji poremećaja spavanja i postići bolja kvaliteta spavanja. Poremećaji spavanja česti su u bolesnika s uznapređovalom bolešću i povezani su sa značajnim morbiditetom u tim skupinama bolesnika. Liječnici bi trebali u bolesnika s uznapređovalom bolešću rutinski provjeravati prisutnost simptoma poremećaja spavanja, budući da su mnogi poremećaji spavanja podložni jednostavnim terapijskim postupcima i intervencijama s posljedičnim poboljšanjem kvalitete života. Općenito se može zaključiti da podizanje javne svijesti o važnosti dobrog, dovoljnog i kvalitetnog spavanja u svim dobnim skupinama društva može pomoći stvaranju navika zdravog životnog stila koji može postati dodatni imperativ u postizanju boljeg fizičkog i psihičkog zdravlja te prevenciji brojnih bolesti na dobrobit društva.



STEPS OF HOSPICE PALLIATIVE CARE IN THE REPUBLIC OF NORTH MACEDONIA SINCE 1998 TILL NOW

Lidija Veterovska Miljkovic, Lidija Pavleska, Marika Ivanovska, Jovanka Jakimovska, Lazo Jordanovski

PHI Specialized Hospital for Geriatric and Palliative Medicine“13 November“; Skopje, Republic of North Macedonia

jordanovski_lazo@yahoo.com

Key words: hospice care; domiciliary palliative care.

Background: Republic of North Macedonia is country in western Balkan with population of 2,084,910 inhabitants. The life expectancy of the population is 72.41 years for male and 77.0 years for females. The number of patients older than 65 comprise 37, 94 % from the total morbidity. Five most common causes of death in our country are diseases of the circulatory system, malignant neoplasm, symptoms and undefined conditions, respiratory diseases, injuries and poisoning. Number of newly registered cases of cancer is around 7000 cases per year. Because of these facts, the health system assumes liability for the care of the population, in order to reduce the sufferings and provide a longer, higher quality life.

Methods: Situation analysis and clinical researches for the palliative care in our country from 1998 till now

Results: In 1998 the first plan for the development of palliative care was created; in the period 1998-2000 two specialized institutions for palliative care were built; in 2003 palliative care was integrated into the Health Care System and national standards were defined; in 2004 the domiciliary palliative care program was developed; in continuity the health care services are financed by the Health Insurance Fund. Type of services offered in our country: Hospice Sue Ryder in Skopje for who need palliative care with capacity of 75 beds. Most of the hospitalized patients are with malignant disease and with other chronic progressive diseases who needs palliative care. In Hospice Sue Ryder in Skopje we have day care hospital with capacity of 6 beds. Hospice Sue Ryder in Bitola specialized institution for palliative care with capacity of 72 beds. Domiciliary palliative care treats around 100 patients per year. From 2020 we have ambulance for palliative care patients.

Conclusion: Next steps for the improvement of the palliative care in our country: Dispersion of the domiciliary palliative care and creation of in hospital units for palliative care in other public hospitals; strengthening of specialized units and services for palliative care; improvement of the standards for palliative care according to the Evidence Based Medicine.



SINDROM SAGORIJEVANJA MEDICINSKIH SESTARA/ TEHNIČARA U PALIJATIVNOJ SKRBI NA PODRUČJU REPUBLIKE HRVATSKE

Simona Milković, Dragica Pavlović, Danica Janošević

Dom zdravlja Osječko-baranjske županije, Osijek, Hrvatska

simonamilkovic@gmail.com

Ključne riječi: medicinske sestre/tehničari; palijativna skrb; sindrom sagorijevanja.

Neusklađenost između zahtjeva vezanih uz posao i okoline, odnosno nemogućnosti da se tim zahtjevima udovolji dovode do profesionalnog stresa. Jedan od njegovih krajnjih negativnih ishoda je sagorijevanje na poslu, koje se najšire može shvatiti kao proces koji dovodi do potpune profesionalne iscrpljenosti i u konačnici može rezultirati apatijom. Palijativna skrb je aktivna i cjelovita briga za osobu čija bolest više ne reagira na kurativno liječenje. Ona ne ublažava samo fizičke simptome već pomaže i kod psihičkih, socijalnih i duhovnih poteškoća, a ujedno pruža podršku i članovima obitelji tijekom pacijentove bolesti, a i u žalovanju nakon pacijentove smrti. Medicinske sestre/tehničari sudjeluju u poslovima koji se izravno tiču ljudi i njihovih života, na što se nikada do kraja ne mogu profesionalno adaptirati. Zdravstvena struka svrstana je u visoko stresne profesije koja od medicinskih sestara i tehničara zahtijeva tjelesni, umni i emocionalni angažman. Slijedom navedenoga, može se reći da su zdravstveni djelatnici u svom svakodnevnom radu, kao i postavljanju i ostvarivanju dugoročnih profesionalnih ciljeva, izloženi različitim i složenim zahtjevima posla, koji mogu postati izvori njihovog stresa i utjecati na radno i životno zadovoljstvo.

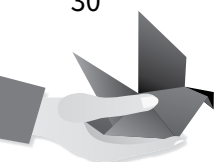
Cilj istraživanja: Cilj istraživanja je ispitati prisutnost sindroma sagorijevanja medicinskih sestara / tehničara u palijativnoj skrbi na području Republike Hrvatske.

Ispitanici: Ispitivanje će se provesti na medicinskim sestrama / tehničarima u organizacijskoj jedinici palijativne skrbi domova zdravlja (služba za koordinaciju, mobilni palijativni tim, stacionar/hospicij) i bolničkom Odjelu palijativne skrbi na području Republike Hrvatske.

Metode: Kao metoda istraživanja bit će korištena anonimna anketa koji se sastoji od dva dijela. Prvi dio je upitnik s općim sociodemografskim podacima. Drugi dio je Upitnik intenziteta sagorijevanja na poslu.

Rezultati: Rezultati istraživanja pokazat će postoji li razlika prisutnosti sindroma sagorijevanja medicinskih sestara/tehničara prema dobi, godinama radnog staža, zanimanju na radnom mjestu te prema području rada.

Zaključak: Medicinske sestre/tehničari trebali bi osvijestiti mogućnost nastanka sindroma sagorijevanja na poslu kako bi mogli pravovremeno prepoznati uzroke i posljedice, do kojih profesionalni stres, te posljedično sindrom sagorijevanja, može dovesti.



PROBLEMI RADA NA TERENU MOBILNIH PALIJATIVNIH TIMOVA

Ana Kotarski, Dijana Šekelja

Dom zdravlja Zagreb-Istok, Zagreb, Hrvatska

kotarski.ana1@gmail.com

Ključne riječi: rad mobilnih palijativnih timova; edukacija specijalističkih timova; problemi u praksi; rad koordinatora.

Prema Bijeloj knjizi o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi mobilni palijativni timovi trebali bi provoditi palijativnu skrb na specijalističkoj razini te biti visoko kvalificirani i adekvatno educirani. Međutim, što se događa u stvarnosti?

Provode li ovog trenutka naši mobilni palijativni timovi na terenu palijativnu skrb na općoj ili specijalističkoj razini? Koliko lako dolaze do potrebnih lijekova, koliko lako dolaze do nužne komunikacije sa drugim specijalistima? Koliko smo multidisciplinarni? Koliko je zapravo palijativna skrb besplatna za pacijenta? Koju smo vrstu strukturirane edukacije prošli kako bismo adekvatno i stručno zbrinuli naše pacijente, uključujući i djecu? Koliko se u našim uvjetima razlikuje palijativna skrb koju pruža liječnik obiteljske medicine od palijativne skrbi koju pruža mobilni palijativni tim koji bi trebao raditi na specijalističkoj razini?

Radom na terenu dolazimo do mnogih prepreka i poteškoća. Neka od njih zahtijevaju promjene u više sustava (npr. zakonodavstvo), a neka ne zahtijevaju velike financijske ni zakonodavne zahvate i, uvjetno rečeno, mogla bi se lako riješiti. Glavne prepreke u operativnom radu mobilnih palijativnih timova su: nedostatak multidisciplinarnosti, nedostatak nacionalnih smjernica i pravnog okvira u rješavanju etičkih problema i planiranja skrbi, nepostojanje "profesionalne mreže" i jednostavne komunikacije s primarnom, sekundarnom i tercijarnom zdravstvenom zaštitom, nedostatak hospicijskog smještaja, otežano nabavljanje lijekova koji se koriste u kući pacijenta itd.

Isto tako, naglasak treba staviti na edukaciju. Čak se i u dokumentu Atlas palijativne medicine u Europi 2019. navodi kako je nedostatak mogućnosti edukacije u više navrata identificiran kao barijera razvoju palijativne skrbi u Europi. Prema tom dokumentu, neke europske zemlje imaju posebne specijalizacije iz palijativne skrbi, neke subspecijalizacije, a neke dodatne potrebne kompetencije. Postoji li konkretni plan za razvijanje subspecijalizacija ili specijalizacija u Hrvatskoj - obzirom da o tome ovisi i ujednačenost djelovanja mobilnih palijativnih timova diljem Hrvatske?

Također, u različitim dijelovima RH i koordinatori palijativne skrbi različito djeluju - jesu li u praksi koordinatori uistinu izdvojeni iz mobilnog palijativnog tima ili su dio njega? Naše iskustvo je da su ovog trenutka koordinatori dio tima, te da su neophodni u koordinaciji skrbi vezane za pacijente.



INTERPERSONALNOST U PALIJATIVNOJ SKRBI - HAGIOTERAPIJSKI PRISTUP

Maja Božić Šakić

Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije, Split, Hrvatska

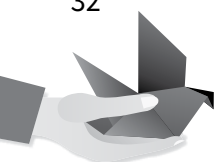
onkologija.bozic@gmail.com

Ključne riječi: interpersonalnost; palijativna skrb; hagioterapija.

Međuljudski odnosi za čovjeka su od životne važnosti. Čovjek je biće okruženo drugim ljudima, s njima živi, surađuje i zdrav je samo kad može uspostaviti dobar odnos s njima.

Palijativna skrb je djelatnost bitno određena i utemeljena na čovjekoljubivom stavu, nije moguće pružiti potrebnu pomoć bolesnicima bez zauzetog i empatičnog odnosa prema njima. Kvalitetna i učinkovita skrb i njen daljnji razvoj nije moguć bez dobrih odnosa među svim dionicima skrbi, djelatnicima različitih službi, različitih organizacijskih oblika. Ipak nemoguće je da odnosi uvijek ostaju skladni, neminovno dolazi do konflikata, razmimoilaženja, svađa. Međuljudski konflikti, kroz njih doživljeno zlo najdublje nas bole, teško ih podnosimo i često nas dovode do manjka zdravlja duha.

Hagioterapija se bavi istraživanjem i terapijom čovjekove duhovno-antropološke dimenzije. Proučava patnje duhovne duše i posreduje posebni vid duhovne pomoći. Interpersonalnost kao specifična ljudska sposobnost značajno je područje trauma i ranjenosti pa hagioterapijska pomoć može biti od velike vrijednosti za povratak u ravnotežu i zdravlje. Vodi nas putevima ponovne uspostave osobnog dostojanstva i integriteta, poučava nas i osposobljava za prihvaćanje sebe, stvarnosti i drugog čovjeka. Doživljavajući vlastitu neotuđivu vrijednost, cjelovitost i sigurnost na nov način sagledavamo smisao i veličinu ovog puta oslobađanja od zarobljenosti uvredama. U tom procesu postajemo ponovo slobodni i s novom snagom sposobni odlučiti se za poštivanje, razumijevanje i opraštanje drugima. Izlazimo iz povrijeđenosti, vezanosti na zlo koje smo doživjeli kroz to, postajemo ponovo možemo voljeti sebe i druge, biti dobri, živjeti slobodno.



DEKUBITUS - KAPITULACIJA ZDRAVSTVENE NJEGE

Jasminka Korade, Katija Čulav

Dom zdravlja Zagreb-Zapad, Zagreb, Hrvatska

jasminka.jurisa712@gmail.com

Ključne riječi: dekubitalni ulcus; edukacija; toaleta; prevencija dekubitalnih ulcusa; enteralna prehrana; palijativna skrb; zdravstvena njega.

Donosimo ovu temu kako bi podsjetili na postojeći problem te potaknuli na promišljanje o unapređenju postupaka usmjerenih ka sprječavanju nastanka te boljem tretiranju nastalih rana.

Svjedoci smo sve veće pojavnosti dekubitalnih ulcusa na terenu. Pacijenti koji su upućeni na kućno liječenje vraćaju se svojoj obitelji koja nije educirana za pravilnu toaletu dekubitusa, nažalost u pravilu petkom poslijepodne. Obitelj, ukoliko je educirana, može preuzeti brigu do dolaska profesionalaca, međutim kada to nije odrađeno adekvatno to za ranu primjerice drugog stupnja znači da će u ponedjeljak biti rana 4.stupnja. Prikazat ćemo slučaj pacijentice M.G.,1936 godište, koja je otpuštena s bolničkog liječenja na kućnu skrb, koju zatičemo s dekubitusima od kojih jedan 4.stupnja, veličine 4 dječje šake, pratimo zacjeljivanje nakon uvođenja enteralnih pripravaka, primjene adekvatnoj obloga te edukacije obitelji o daljnjoj skrbi.

Naš je dojam da se, unatoč brojnim pripravci ma u kliničkoj prehrani usmjerenih na poboljšanje nutritivnog statusa i regeneraciju tkiva, dekubitus smatra samo lokalnim oboljenjem i da će se primjenom modernih obloga doći do zadovoljavajućih rezultata, a o malnutriciji i potrebi uvođenja enteralne prehrane se ne razmišlja, kao ni o utjecaju na pojavnost bolova, a trebalo se razmišljati i prije nego što je krenula skrb o rani.

Potrebno je revidirati i unaprijediti protokole za prevenciju i liječenje dekubitusa, ponuditi kvalitetne edukacije svim profilima zdravstvenih djelatnika koji su uključeni u liječenje bolesnika s dekubitusom.

Smatramo da pravovremenim uključivanjem kvalitetne zdravstvene skrbi, edukacijom obitelji/njegovatelja o preventivnim mjerama za progresijom dekubitalnih ulcusa, uključivanjem enteralnih pripravaka u prehranu bolesnika doprinijelo bi se prevenciji i uspješnijem zbrinjavanju dekubitalnih ulcusa.



ZDRAVSTVENA NJEGA PALIJATIVNIH BOLESNIKA: OSNOVNI ERGONOMSKI PRINCIPI U SESTRINSKOJ SKRBI

Durđica Stanešić, Iva Šušterčić, Kristina Vokić

Škola za medicinske sestre Mlinarska, Regionalni centar kompetentnosti Mlinarska, Zagreb, Hrvatska
dstanesic1@gmail.com

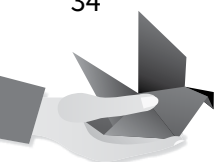
Ključne riječi: ergonomski principi u sestrinskoj skrbi; sestrinska skrb; transfer korisnika; edukacija; RCK Mlinarska.

Medicinske sestre/medicinski tehničari provode zdravstvenu njegu u ustanovama u zdravstvenom sustavu, sustavu socijalne skrbi i domu korisnika. Tijekom provođenja sestrinske skrbi izloženi su kontinuiranim dinamičkim tjelesnim, mentalnim i emocionalnim naporima. Zdravstveni problemi nastaju kada je opterećenje veće od postojećih kapaciteta djelatnika. U sestrinska skrb za palijativne bolesnike nužno je integrirati ergonomske principe kako bi se olakšalo provođenje zdravstvene njege, osigurala sigurnost pri radu, prevenirale ozljede pri radu, osigurala sigurnost i udobnost korisnika. Osnovni ergonomski principi koji se koriste u zdravstvenoj njezi palijativnih bolesnika su:

1. Procjena i prilagodba okoline. Prilagodba okoline uključuje postavljanje kreveta, stolica, svjetla i drugih elemenata koji osiguravaju sigurnost i udobnost.
2. Procjena funkcionalne sposobnost korisnika i korištenje prisutnih resursa. Funkcionalnu sposobnost korisnika potrebno je provjeriti prije svake intervencije jer se mijenja tijekom bolesti ali i tijekom jednog dana; može biti različita ujutro nakon buđenja i u popodnevnim satima.
3. Plan rada u timu ili s članovima obitelji.
4. Izrada individualnog plana sestrinske skrbi.
5. Prilagodba komunikacije s korisnikom i članovima tima.
6. Poštivanje prirodnog obrasca kretanja.
7. Pravilno pozicioniranje korisnika. Pravilan položaj sprječava bolne ili neugodne pozicije i pritisak na određene dijelove tijela. Osiguravamo ga korištenjem pomagala za pravilno pozicioniranje.
8. Korištenje ergonomske opreme.
9. Pravilan radni položaj i radna visina.
10. Primjena principa nagnute ravnine, principa poluge i principa čamca pri pozicioniranju i transferu korisnika.
11. Emocionalna potpora korisniku i članovima obitelji.

Primjena ovih principa tijekom izvođenja intervencija osigurava kvalitetu rada, povećava efikasnost sestrinske skrbi i sprječava ozljede na radu i pojavu bolesti uzrokovanih radom i bolesti vezanih uz rad. Zdravstvene djelatnike nužno je educirati o ergonomskim principima u radu, integrirati ih u svaku intervenciju: analizirati intervencije, uočiti napore i primijeniti tehnike za smanjenje opterećenja.

U svrhu unaprjeđenja obrazovanja medicinskih sestara u području ergonomije, Škola za medicinske sestre Mlinarska, Zagreb kroz projekt Regionalni centar kompetentnosti Mlinarska gradi Centar za ergonomiju i salutogenezu gdje će se provoditi edukacije zdravstvenih djelatnika o ergonomiji.



PALIJATIVNI I KOMPLEKSNI BOLESNIK U BOLNIČKOM SUSTAVU SKRBI - PRIKAZ SLUČAJA KROZ INTEGRIRANI PRISTUP

Marija Grančić, Tanja Ilić Begović, Branimira Huljev Tolušić

Klinički bolnički centar Split, Split, Hrvatska

mgrancic@kbsplit.hr

Ključne riječi: palijativna skrb; planirani otpust; integrirana zdravstvena skrb; kompleksni pacijent.

Iako se smatra da palijativna skrb nudi širok spektar usluga, ciljevi palijativnog liječenja su jasni: podići kvalitetu života bolesnika s neizlječivom ili složenom bolesti, smanjiti patnje, ukloniti bol i druge neugode simptome, pružajući bolesniku (i obitelji) zdravstvenu, psihološku, socijalnu, emocionalnu i duhovnu pomoć. Timski rad i multidisciplinarni pristup imperativ je uspješnog pružanja palijativne skrbi na svim razinama zdravstvene zaštite, ima bitniju ulogu u pomaganju i pružanju podrške pacijentu i obitelji nego same medicinsko/farmakološke intervencije. Jednako tome, integrirani pristup uključuje, povezuje, jača koordinaciju pružanja zdravstvenih i socijalnih usluga kao odgovor na fragmentirane procese elemenata zdravstvene skrbi.

U KBC Split, Odjelu integrirane zdravstvene skrbi, susrećemo se s pacijentima, (osim onih u potrebi za palijativnom skrbi ili produženim liječenjem) neriješenih formalno pravnih pitanja, beskućnicima, osobama s invaliditetom, osobama bez socijalne i obiteljske podrške, koje nisu sposobne skrbiti same o sebi, osobama za koje se sumnja ili saznaje o postojanju nasilja u obitelji, zlostavljanju ili zanemarivanju u obitelji.

Prikaz slučaja 1: Pacijent F.Š., 75. boluje od zloćudne bolesti mokraćnog mjehura, akutnog bubrežnog zatajenja, povećanih upalnih vrijednosti te opće slabosti. Živi sam. Pronašao ga susjed u lošem općem stanju. Socijalnu mrežu nema razvijenu.

Prikaz slučaja 2: Pacijent N.T., 79. hospitaliziran zbog gangrene stopala, učinjena amputacija desne natkoljenice. U djetinjstvu prilikom eksplozije izgubio desno oko i lijevu ruku. Živi sam. Jasno ističe da ne pristaje na smještaj u državni dom.

Prikaz slučaja 3: Pacijent T.D., 37. boluje od epilepsije, primljen u bolnicu zbog tvrdokorne vrućice, srčanog aresta, bubrežnog zatajenja. Ima intelektualne poteškoće. Obiteljska dinamika uredna.

Zaključak: Unatoč angažiranosti dostupnih elemenata sustava zdravstvene skrbi, integraciju u pružanju zdravstvene skrbi, najčešći problem po otpustu iz bolnice predstavlja smještaj u drugu zdravstvenu ustanovu, nedovoljan broj posteljnih kapaciteta, u palijativnoj skrbi, produženom liječenju, ustanovama socijalne skrbi, ili kod privatnih pružatelja skrbi. Drugi problem su obitelji pacijenata koje najčešće ne prihvaćaju novonastalu situaciju, nisu spremne preuzeti pacijenta na kućnu njegu.



DISPNEJA KOD PLEURANOG IZLJEVA I ASCITESA – KORIST MOBILNOG ULTRAZVUKA

Andrej Petranović

Dom zdravlja Zagrebačke županije, Ispostava Velika Gorica, Velika Gorica, Hrvatska

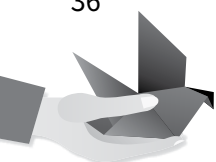
petranovic.andrej@gmail.com

Ključne riječi: pleuralni izljev; ascites; torakocenteza; paracenteza; ultrazvuk.

Maligni pleuralni izljev (MPI) se javlja kod oko 15% onkoloških pacijenata. Svake godine u Europi se pojavi 100 000 novih slučajeva MPI. Najčešći je kod zloćudnih tumora pluća, dojke, limfoma, ginekoloških tumora i mezotelioma. Prosječna stopa preživljenja nakon inicijalne dijagnoze MPI iznosi 3-12 mjeseci. Dispneja je njegov najčešći simptom i javlja se kod više od polovice bolesnika s MPI, te može znatno narušiti kvalitetu života bolesnika. Ultrazvuk toraksa jednostavna je metoda evaluiranja pleuralnog izljeva, osjetljivija od rentgena pluća. Glavni cilj liječenja MPI je učinkovito olakšati dispneju minimalno invazivnim postupkom sa što manje potrebe za ponavljanjem postupka i za hospitalizacijom. Torakocenteza pod kontrolom ultrazvuka najčešće je prvi korak u terapiji MPI. Ne postoje apsolutne kontraindikacija za torakocentezu. Prednosti torakocenteze su jednostavnost postupka, odličan sigurnosni profil s niskim rizikom komplikacija, te mogućnost vanbolničke provedbe postupka. Najčešće komplikacije su pneumotoraks, krvarenje, reekspanzijski plućni edem.

Ascites može biti još jedan od uzroka dispneje kod palijativnih pacijenata. Do nje najčešće dovodi ograničavanjem potpune ekspanzije pluća te bazalnim atelektazama. Abdominalna paracenteza pod kontrolom ultrazvuka jednostavna je, a vrlo učinkovita metoda liječenja dispneje uzrokovane ascitesom.

U radu mobilnog palijativnog tima Doma zdravlja Zagrebačke županije ispostava Velika Gorica mobilni ultrazvuk se koristi od 2019. godine. Kratki prikazi slučajeva, te prikaz ukupnih dosadašnjih intervencija u pogledu torakocenteza te paracenteza pod kontrolom ultrazvuka istaknut će njegove prednosti kao sastavnog dijela opreme mobilnog palijativnog tima. Upotreba mobilnog ultrazvuka u vanbolničkim uvjetima može doprinijeti donošenju boljih kliničkih odluka, te preciznijem i bržem provođenju invazivnih terapijskih procedura. Također ovaj pristup je mnogo pošteniji i ugodniji za pacijenta, te smanjuje sveukupni financijski trošak, a ubrzano dovodi do olakšavanja simptoma. Međutim, upotreba ultrazvuka u kućnim uvjetima i dalje je rijetkost u palijativnoj skrbi uslijed visokih inicijalnih troškova te manjka edukacije i bojazni njegovog korištenja u vanbolničkim uvjetima za invazivne terapijske procedure.



PROCES PRILAGODBE NA BOLEST I POTREBE U OČUVANJU PSIHOLOŠKE DOBROBITI BOLESNIKA I NJEGOVE OBITELJI IZ PERSPEKTIVE BOLESNIKA S PALIJATIVNIM POTREBAMA

Ela Pejić, Miranda Čanadić-Freljeh

Dom zdravlja Osječko-baranjske županije, Osijek, Hrvatska

elapejic17@gmail.com

Ključne riječi: bolesnik s palijativnim potrebama; obiteljski njegovatelj; podrška; obitelj; palijativna skrb.

Uvod: U trenutku postavljanja dijagnoze većina osoba proživljava psihološki distress kojeg obilježavaju teške emocije i brojna pitanja. Pri prilagodbi na bolest mogu se javiti strah i osjećaj bespomoćnosti koji mogu biti snažni motivatori za ustrajanje u liječenju. Bolesnici s palijativnim potrebama su često konceptualizirani kao primatelji pomoći i podrške, međutim, uzajamna podrška između bolesnika i njegove obitelji su od iznimnog značaja za kvalitetu obiteljskih odnosa, a samim time i provođenja dobre palijativne skrbi koja osigurava kvalitetu života bolesnika i njegove obitelji.

Cilj: Prikazati psihološke, socijalne i duhovne potrebe bolesnika s palijativnim potrebama iz perspektive bolesnika te način pružanja podrške obiteljskom njegovatelju i cijeloj obitelji.

Rasprava: Osim fizičkih potreba, u palijativnoj skrbi je neophodno zadovoljiti potrebe iz psihološke, socijalne i duhovne dimenzije. To su najčešće potrebe za poštovanjem, komunikacijom, informacijama, dostojanstvom, sigurnosti, pronalaženjem smisla i svrhe života, potrebe za osjećajem nade i ljubavi, vlastitim mirom, osjećajem kontrole te uključuje druženje i prihvaćanje pomoći bliskih osoba. Bolesnici s palijativnim potrebama se uvelike oslanjaju na pomoć iz neformalnih izvora podrške kao što je obitelj. Značajne osobe za bolesnika pružaju fizičku, psihološku, socijalnu i egzistencijalnu podršku bolesniku. Kod bolesnika i njegove obitelji se često javlja distress, a okupacijske metode poput slušanja glazbe, slikanja ili brige za životinje mogu biti djelotvorne u smanjenju anksioznosti. U literaturi se ne pronalazi puno istraživanja kako bolesnici pružaju podršku svojoj obitelji. Dobra komunikacija, obostrano iskazivanje potreba, priznanje i razumijevanje dovodi do izgradnje zajedničkog pogleda na određenu situaciju koji rezultira lakšim donošenju odluka i prihvaćanju specifične situacije koji uz međusobno dijeljenje optimizma dovodi do bolje povezanosti unutar obitelji i smanjenju opterećenja obiteljskog njegovatelja i bolesnika.

Zaključak: Bolesnik s palijativnim potrebama ima potrebe iz svih dimenzija, a u zadovoljenju istih je potrebna podrška stručnjaka i šire zajednice. Obostrano pružanje podrške ima pozitivan učinak na bolesnika koji ga čini aktivnim dionikom u skrbi. Pružanje podrške obiteljskim njegovateljima od strane samog bolesnika je od iznimne važnosti u očuvanju otpornosti obitelji i psihološke dobrobiti cjelokupne obitelji.



ETIČKI IZAZOVI I KOMPLEKSNOŠT PALIJATIVNE SKRBI: OSIGURANJE KVALITETE NA KRAJU ŽIVOTA

Karolina Omašić, Mario Begović, Lazar Manojlović

Dom zdravlja Vukovar, Vukovar, Hrvatska

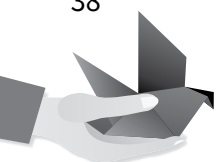
karolina.tutis@gmail.com

Ključne riječi: etičke dileme; kompleksni pacijent; palijativna skrb; mobilni palijativni tim.

Kompleksnu dimenziju palijativne skrbi predstavljaju etički izazovi koji se javljaju u skrbi na kraju života. Jedan od glavnih izazova je poštivanje autonomije pacijenta. Nerijetko, pacijenti ne mogu donositi odluke o svom liječenju, stoga je važno odrediti tko su te osobe koje mogu donositi odluku u pacijentovo ime, uvažavajući njegove želje i vrijednosti. Palijativna skrb u svom pristupu zahtjeva iskrenost i povjerljivost prema pacijentu i obitelji kako bi se zadovoljile njihove emocionalne potrebe. Poštivanje želja i intimnosti pacijenata ispred sebe postavlja i pitanje dostojanstva te zahtjeva posebnu pažnju tijekom procesa umiranja. Provođenje palijativne skrbi uključuje i pitanje resursa, pa se s toga postavlja pitanje da li je palijativna skrb jednako i pravedno dostupna svim pacijentima kojima je potrebna i da li je pacijentima osigurana dosljedna i kontinuirana skrb. Palijativna skrb često uključuje odluke o prestanku liječenja, upotrebi jakih analgetika i druga etička pitanja koja zahtijevaju pažljivo promišljanje.

Zbrinjavanje pacijenata u palijativnoj skrbi često ima nepredvidive ishode. Kroz ovaj rad bit će predstavljeno nekoliko realnih situacija u kojima je mobilni palijativni tim rješavao kompleksne probleme kod pacijenata. Najčešći problemi koji se javljaju odnose se na bol, dispneju, mučninu i povraćanje, gubitak apetita, oralni mukozitis, disfagiju, anksioznost i depresiju. Učinkovito rješavanje ovih problema uključuje suradnju različitih stručnjaka uključujući doktora medicine, doktora dentalne medicine, liječnika obiteljske medicine, medicinsku sestru, psihologa, duhovnika i posebno educirane volontere.

Palijativna skrb zahtjeva ravnotežu između medicinskih, moralnih i emocionalnih aspekata te je suočena s nizom etičkih izazova koji zahtijevaju pažljivo donošenje odluka i postupaka kako bi se osiguralo najbolje moguće iskustvo skrbi za pacijenta i obitelj.



ULOGA REGIONALNOG CENTRA KOMPETENTNOSTI MLINARSKA U EDUKACIJI PALIJATIVNE SKRBI

Iva Šušterčić, Ines Štivić, Tanja Dornik

Škola za medicinske sestre Mlinarska, Zagreb, Hrvatska

sustercici@gmail.com

Ključne riječi: palijativna skrb; edukacija; regionalni centar kompetentnosti.

U Hrvatskoj se provode različiti programi edukacije o palijativnoj skrbi, kako za liječnike i medicinske sestre, tako i za ostale zdravstvene radnike. Ovi programi obuhvaćaju teorijsku i praktičnu obuku o pristupu palijativnoj skrbi, upravljanju simptomima, komunikaciji s pacijentima i obiteljima te etičkim aspektima skrbi prema pacijentima s neizlječivim bolestima. Također, edukacija potiče interdisciplinarnu suradnju među različitim stručnjacima kako bi se osigurala najbolja skrb za pacijente.

Osim edukacije zdravstvenih radnika, u Hrvatskoj se također radi na edukaciji javnosti o palijativnoj skrbi. Organizacije, udruge i bolnice provode različite kampanje i projekte kako bi informirali građane o tome što je palijativna skrb i kako mogu pristupiti ovakvoj skrbi ako je potrebna za njih ili njihove obitelji. Ova edukacija pomaže smanjiti stigmu i strahove vezane uz palijativnu skrb te promovira otvoren i suosjećajan pristup prema pacijentima koji se suočavaju s teškim bolestima.

U ovom predavanju biti će predstavljen Regionalni centar kompetentnosti Mlinarska i njegova uloga u programima edukacije iz palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj. Regionalni centri kompetentnosti predstavljaju središta izvrsnosti stručnog obrazovanja i usavršavanja, gdje će se provoditi različiti programi redovnog stručnog obrazovanja, profesionalnog razvoja, te cjeloživotnog učenja, zajedno s drugim formalnim i neformalnim oblicima obrazovanja, kao što su praktično učenje na radnom mjestu, natjecanja i demonstracije znanja i vještina.

Visokokvalitetno srednjoškolsko i neprekidno strukovno obrazovanje koje će se realizirati u ovim centrima, bit će usmjereno prema različitim skupinama polaznika, uključujući učenike, odrasle, studente, nastavnike, i mentore kod poslodavaca, zaposlene i nezaposlene osobe.

Ključne karakteristike centara kompetentnosti uključuju inovativne modele učenja, izvanredne nastavnike, predavače i mentore kod poslodavaca, te visokokvalitetnu infrastrukturu. Također, centri će aktivno surađivati s različitim partnerima, uključujući javni sektor, gospodarske subjekte i druge relevantne institucije u široj zajednici, kako bi razvili konstruktivne i kreativne oblike suradnje.

Kroz sustavnu obuku zdravstvenih stručnjaka i podizanje svijesti javnosti, Hrvatska stvara okruženje u kojem palijativna skrb postaje pristupačna i kvalitetna opcija za sve pacijente kojima je potreban takav oblik skrbi.



PROCJENA POTREBA ZA PALIJATIVNO-GERIJATRIJSKOM SKRBI STANOVNIŠTVA SPLITSKO-DALMATINSKE ŽUPANIJE

Inga Vučica, Jasna Ninčević

Nastavni zavod za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije, Split, Hrvatska

inga.vucica@gmail.com

Ključne riječi: palijativno-gerijatrijska skrb; Splitsko-dalmatinska županija; procjena potreba; uzroci smrti; samačka kućanstva.

Cilj rada je procijeniti potrebe za palijativno-gerijatrijskom skrbi u Splitsko-dalmatinskoj županiji.

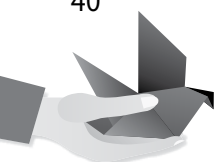
Uz demografske promjene sve starijeg stanovništva, statistički pokazatelji smrtnosti se mijenjaju. S produljenjem očekivanog životnog vijeka pacijenti će sve dulje preživljavati s kroničnom onesposobljavajućom bolešću, a posljedično će im palijativna skrb trebati u dužem vremenskom razdoblju. Trend rastućeg broja samačkih kućanstava u starijoj dobi posebno ističe taj problem.

Metode rada: Izvor podataka za procjenu potreba za palijativnom skrbi stanovništva Splitsko-dalmatinske županije (SDŽ) je mortalitetna elektronska baza podataka Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije prema definiranim dijagnozama potrebnim palijativne skrbi (bolesti skupine Novotvorina, neonkološke kronične onesposobljavajuće bolesti - neurološke, srčane, cerebrovaskularne, plućne, bubrežne).

Rezultati rada: U 2020. godini, koja po podacima značajno ne odstupa od drugih godina, u SDŽ registrirano je 2.669 umrlih potrebnih palijativne skrbi (49% od svih umrlih), od toga 2.248 u dobnoj skupini 65+ (84% umrlih potrebnih palijativne skrbi). Muškaraca je bilo 1117 (49,7%) specifične stope smrtnosti 28,6/1.000, a žena 1131 (50,3%) sa specifičnom stopom smrtnosti 21,3/1.000. Od toga 1.056 (47%) smrtnih slučajeva uzrokovano je novotvorinama, a 1192 (53%) neonkološkim kroničnim bolestima. Najviše umrlih neonkoloških kroničnih bolesnika potrebnih palijativne skrbi je iz skupine bolesti cirkulacijskog sustava (675), te iz skupine organskih duševnih poremećaja (153).

Prema Popisu stanovništva Hrvatske 2021. od sveukupnog broja samačkih kućanstava u SDŽ (38.962) više od polovine su činili stanovnici dobi 65 i više godina (20.774; 53%).

Zaključak: Podaci o uzrocima smrti su indikativni za procjenu potreba za palijativno-gerijatrijskom skrbi zbog planiranja nacionalne strategije zdravstva u svezi rastućih potreba zbog velikog porasta starijeg stanovništva.



POKAZATELJI STACIONARNE PALIJATIVNE SKRBI U SPLITSKO-DALMATINSKOJ ŽUPANIJI

Ivana Marasović Šušnjara

Nastavni zavod za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije, Split, Hrvatska

Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu, Split, Hrvatska

ivana.marasovic.susnjara@nzjz-split.hr

Ključne riječi: palijativna skrb; stacionarna skrb; Splitsko-dalmatinska županija.

Cilj: Prikazati obilježja korištenja stacionarne palijativne skrbi u Splitsko-dalmatinskoj županiji (SDŽ).

Metode: Izvor podataka predstavljaju individualni podaci o osobama koje su hospitalizirane zbog liječenja ili rehabilitacije u stacionarnim zdravstvenim ustanovama u SDŽ prema glavnoj otpusnoj dijagnozi ili dodatnoj dijagnozi Palijativna skrb (MKB 10; Z51.5), a upisani su u Nacionalni informacijski sustav. Korišteni su podaci za 2022. godinu. Podaci su analizirani metodama deskriptivne statistike.

Rezultati: Stacionarna palijativna skrb provodila se u KBC Split te stacionarima Doma zdravlja Splitsko-dalmatinske županije (Makarska, Imotski, Sinj, Split i Supetar). U promatranj 2022. godini prema glavnoj ili dodatnoj otpusnoj dijagnozi Palijativne skrbi zabilježeno je ukupno 772 prijave. Najveći udio potrebitih stacionarne palijativne skrbi zbrinuti su u KBC Split (82,51%). Zabilježene vodeće dijagnoze bile su iz skupine Bolesti dišnog sustava (J00-J99) s udjelom 30,7% te Malignih bolesti (C00-C97) s udjelom 17%. Prosječna dob korisnika je bila 76 godina (minimum 19, maksimum 102). Prema načinu otpusta najviše prijave imalo je otpust kući (51,3%), sa smrtnim ishodom (43,7%) dok ih je 4,5% premješteno u drugu zdravstvenu ustanovu. Prosječna duljina liječenja bila je 13 dana.

Zaključak: Prikazani podaci o korištenju palijativne skrbi odnose se na korištenje stacionarne skrbi, a dio su rutinske zdravstvene statistike te kao takve ne pružaju dostatne informacije kojima bi pratili potrebne podatke o sveukupnoj palijativnoj skrbi. Za stvarni pogled na cjelokupnu palijativnu skrb nameće se implementacija nacionalnog registra palijativnih bolesnika.



PALIJATIVNA SKRB PACIJENTA S MALIGNOM BOLESTI

Sanja Žužić Furlan, Josipa Bilobrk, Marko Rađa, Maja Vrebalov Cindro, Nina Janjić Zovko, Marion Tomičić

Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije, Split, Hrvatska

Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet, Katedra za obiteljsku medicinu, Split, Hrvatska

sanjazuzic@yahoo.co.uk

Ključne riječi: maligna bolest; palijativna skrb; liječnik obiteljske medicine.

Maligna bolest je drugi najčešći uzrok smrti u svijetu. Palijativna skrb maligno oboljelih predstavlja način poboljšanja kvalitete života ovih pacijenata. Palijativna skrb ima holistički pristup te podržava obitelji pacijenata tijekom bolesti, smrti, pa čak i nakon smrti pacijenata¹. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, palijativna skrb i primarna zdravstvena skrb imaju zajednička načela uključujući kontinuitet skrbi, društvenu odgovornost, poštivanje vrijednosti pacijenata i fokusiranje na ostanak pacijenata u obitelji do smrti¹. Palijativna skrb kod kuće povećava zadovoljstvo i kvalitetu života pacijenata i njihovih obitelji te također smanjuje troškove zdravstvenog sustava i ponovne hospitalizacije.

Liječnik obiteljske medicine (LOM) u svojoj skrbi često ima pacijente koji boluju od maligne bolesti. Nažalost dio takvih pacijenata dođu u terminalnu fazu bolesti gdje više nema aktivnog liječenja. To je iznimno teško za pacijenta, obitelj i za same zdravstvene radnike. Većina pacijenata u toj fazi je zasićena bolnicom te želi svoje zadnje dane provesti u krugu obitelji. Za LOM to znači dodatni angažman i praćenje stanja pacijenta. LOM ordinira terapiju za bol, pruža psihološku podršku, organizira i upućuje članove obitelji kroz zdravstveni sustav i koordinira skrb za pacijenta. Uključuje po potrebi mobilni palijativni tim i s njim aktivno surađuje, zdravstvenu njegu, organizira obilazak patronažne sestre te po potrebi smještaj u hospicij. LOM prije svega treba pokazati empatiju jer smrt je nepoznanica koje se većina ljudi boji, a dobrom komunikacijom se može smanjiti taj strah³. Mlađi terminalno oboljeli pacijenti zahtijevaju veću autonomiju kod donošenja odluka o svom liječenju što treba uzeti u obzir kod ordiniranja terapije za bol i sedaciju kako bi im omogućili veću svjesnost⁴. Ovo područje medicine je iznimno zahtjevno za svakog profesionalca a pogotovo kad je terminalna bolest prisutna kod mlađe osobe kada nema više aktivnog liječenja. Prikazati ćemo slučaj mlade pacijentice koja je oboljela od karcinoma jajnika te je izuzetan primjer dobre suradnje svih sudionika palijativne skrbi.



SAVJETOVANJE I TERAPIJA U PROCESU ŽALOVANJA

Dina Linda Veronika

Udruga za palijativnu skrb Split, Split, Hrvatska

veronika.linda@yahoo.com

Ključne riječi: žalovanje; savjetovanje; terapija; zadaci žalovanja; anticipirano žalovanje.

Žalovanje je složeni proces kroz koji prolazi pojedinac ili obitelj nakon gubitka. Proces se najčešće vezuje uz smrt bliske osobe, iako možemo žalovati radi gubitka zdravlja, dijela tijela, mladosti, ljepote, preseljenja i sl.

Žalovanje pogađa osobu na svim razinama i promjene se doživljavaju na tjelesnoj, misaonoj, ponašajnoj, emocionalnoj i duhovnoj razini.

Nekada je više generacija neke obitelji živjelo zajedno, veze među članovima su bile čvršće, a i ljudi iz najbliže okoline bi pomagali. Danas nije tako. Veze unutar obitelji i općenito među ljudima su slabije, ljudi su otuđeni, izolirani i sve češće traže pomoć profesionalaca. Ta pomoć se sastoji od terapije ili savjetovanja.

Savjetovanje ima za cilj potpomoći izvršenje zadataka žalovanja dok je cilj terapije raditi na razrješenju separacijskih konflikata.

Većina ljudi ima zdrave reakcije na žalovanje koje ne zahtijevaju nikakvu intervenciju ni miješanje u proces, ali ponekad dolazi do patoloških oblika žalovanja koji iziskuju pomoć.



SURADNJA LIJEČNIKA OBITELJSKE MEDICINE, KOORDINATORA ZA PALIJATIVNU SKRB I MOBILNOG PALIJATIVNOTG TIMA – PRIKAZ SLUČAJA

Maja Vrebalov Cindro, Kristina Lovrić, Marko Rađa, Sanja Žužić Furlan, Nina Janjić Zovko, Marion Tomičić

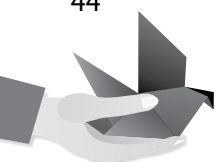
Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije, Split, Hrvatska

Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet, Katedra za obiteljsku medicinu, Split, Hrvatska

mvrebalovcindro@gmail.com

Ključne riječi: palijativna skrb; obiteljski liječnik; suradnja.

Palijativna skrb koristi holistički pristup u pružanju pomoći pacijentima koji boluju od teških, životno ugrožavajući bolesti, ali i njihovim obiteljima. U većini kliničkih situacija glavni je cilj izliječiti bolest i ublažiti simptome, no u palijativnoj skrbi glavni je cilj poboljšati kvalitetu života bolesnika kao i njihovih obitelji koji se suočavaju sa složenim problemima povezanim s bolešću. To se uglavnom događa kroz prevenciju i ublažavanje patnje putem ranog prepoznavanja, sveobuhvatne procjene i liječenja boli i drugih problema poput fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih. Palijativna skrb nije terminalni događaj. U idealnom slučaju počinje u vrijeme dijagnoze po život opasnog ili iscrpljujućeg stanja i nastavlja se tijekom procesa bolesti sve do smrti i do razdoblja žalosti u obitelji. Liječnici obiteljske medicine (LOM) imaju ključnu ulogu u pružanju palijativne skrbi jer su najbliži zajednici i do njih je najlakše doći. Osim toga, u radu LOMa mogući je i kućni posjet u usporedbi s drugim liječnicima koji rade na drugim razinama zdravstvene skrbi. Liječnici obiteljske medicine mogu uspostaviti blizak odnos s pacijentom i obitelji budući da većina pacijenata poznaje svoje obiteljske liječnike godinama. LOM su svjesni pozadine ovih pacijenata te poznaju resurse koji su im dostupni. Oni su uključeni u skrb za pacijenta od prvih simptoma, preko dijagnoze, liječenja, ali i samog kraja života. Osnovi zadatak LOMa je maksimalna podrška i skrb za pacijenta s raspoloživim resursima zdravstvenog sustava. Kako bi se adekvatno mogli brinuti za palijativnog pacijenta, nužno je uključiti i ostale sudionike zdravstvenog sustava. Kod palijativnog pacijenta to je koordinator za palijativnu skrb te po potrebi i mobilni palijativni tim te ostali specijalisti. Prikazati ćemo slučaj muškarca starog 62 godine koji je obolio od karcinoma pluća čija je bolest došla do terminalne faze. To je pacijent koji nije imao članova obitelji koji su bili voljni se brinuti za njega kada više sam nije bio u mogućnosti. Stoga je uspješnom suradnjom liječnika obiteljske medicine, koordinatora za palijativnu skrb i mobilnog palijativnog tima pacijentu omogućen dostojanstven kraj životnog puta.



IZAZOVI PEDIJATRIJSKE PALIJATIVNE SKRBI

Branka Polić

Klinički bolnički centar Split, Klinika za dječje bolesti, Split, Hrvatska

branka.polic1@gmail.com

Ključne riječi: palijativna skrb; djeca; ciljevi.

Pedijatrijsku palijativnu skrb pruža interdisciplinarni tim koji se fokusira na prevenciju i ublažavanje patnje djece s bolestima koje ugrožavaju život, bez obzira na stadij bolesti. Sveobuhvatno se bavi tjelesnim, psihosocijalnim i duhovnim potrebama djeteta i obitelji. Stanja u kojima je palijativna skrb korisna su ona u kojima je liječenje moguće, ali može biti neuspješno (npr. rak), progresivna stanja bez adekvatnog liječenja (npr. kromosomski poremećaji), kronična stanja s intenzivnom medicinskom dugotrajnom terapijom (npr. uznapredovala cistična fibroza) i teška neprogresivna stanja sa zdravstvenim komplikacijama (npr. teška cerebralna paraliza). Optimalno je započeti palijativnu skrb ubrzo nakon postavljanja dijagnoze koja ugrožava život ili, u djece s kroničnim bolestima, kada dođe do pogoršanja zdravstvenog stanja. Palijativna skrb može se uvesti u bilo kojem trenutku: prenatalno, kada se postavi fetalna dijagnoza opasna po život, kada se u djeteta postavi nova dijagnoza opasna po život, kada liječenje kroničnog stanja, koje mijenja bolest, ima sve manju korist, ili kada teret bolesti značajno utječe na kvalitetu života djeteta. Palijativna skrb ne isključuje primjenu ciljane terapije ili postupaka koji modificiraju bolest. Tijekom palijativne skrbi iznimno je važno ublažavanje simptoma poput boli, dispneje, poremećaja spavanja, mučnine i povraćanja, anoreksije i gubitka težine, umora, depresije i tjeskobe, delirija i agitacije, anemije i krvarenja te napadaja. I u uvjetima loše prognoze, palijativna skrb važna je u pripremi obitelji za kasnije žalovanje. Za učinkovitu palijativnu skrb osobito je važan dobar odnos između medicinskog tima, djeteta i obitelji, što rezultira uspješnom, otvorenom i učinkovitom komunikacijom. Potrebno je uspostavljanje ciljeva skrbi na individualnoj razini koji su usmjereni na kvalitetu života te sprječavanje i ublažavanje patnje. Medicinsko odlučivanje mora biti u skladu s utvrđenim ciljevima skrbi, posebno u vezi s odlukama o započinjanju terapija od kojih je korist neizvjesna i pružanju mjera reanimacije i održavanja života. Roditelji i članovi obitelji koji su slabo pripremljeni, vezano za moguću kvalitetu života djeteta, skloni su odabrati intenzivnije i invazivnije intervencije koje mogu produžiti patnju djeteta pred kraj života. Uz pripremu i podršku djetetu na kraju života važna je i podrška obitelji u odabiru željene lokacije smrti, mogućnostima obdukcije i doniranja organa, te potpora obitelji nakon smrti.



NEDOSTACI I POTREBA ZA STANDARDIZACIJOM: PERCEPCIJE KOORDINATORA PALIJATIVNOG TIMA O ULOZI OBITELJSKIH NJEGOVATELJA U KUĆNOJ PALIJATIVNOJ SKRBI

Vesna Liber^{1,2}, Blaženka Gorupić^{2,3}, Mateja Gorišek⁴

¹Dom zdravlja Krapinsko-zagorske županije, Krapina, Hrvatska

²Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo, Osijek, Hrvatska

³Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Krapinske Toplice, Krapinske Toplice, Hrvatska

⁴Ordinacija opće medicine Nela Perović Čondrić, Desinić, Hrvatska

vesna.liber@gmail.com

Ključne riječi: palijativna skrb u kući; obiteljski negovatelji; kvaliteta života negovatelja; profesionalci u palijativnoj skrbi.

U kontekstu palijativne kućne njege, članovi obitelji imaju ključnu ulogu u praćenju simptoma, pružanju kompleksnih terapijskih intervencija i pružanju podrške samom bolesniku. No, važno je razmotriti jesu li naši stavovi o njihovim ulogama i važnosti dovoljno prepoznati. Postavlja se pitanje pružamo li im dovoljnu podršku i je li ta podrška adekvatna u svim aspektima.

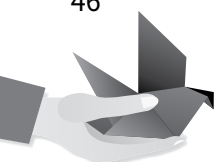
Je li potrebno uvođenje standardiziranih postupaka i protokola za skrb o obiteljskim negovateljima? Uvođenje tih protokola kao sastavnog dijela prvog pregleda ili dolaska u kuću palijativnog pacijenta može osigurati obitelji dobivanje potrebne podrške od samog početka. Time bi se osigurala bolja priprema i podrška za obiteljske negovatelje, što bi im olakšalo njihovu zahtjevnu ulogu.

Cilj: Identificirati svijest i stavove koordinatora palijativnog tima o ulozi i važnosti obiteljskih negovatelja u palijativnoj skrbi. Procijeniti postojeću praksu i protokole za podršku obiteljskim negovateljima u palijativnoj skrbi, uključujući njihovu pripremu i obuku.

Metode: Istraživanje je provedeno putem online ankete, kreirane pomoću Google Forms platforme. Ispitanici su bili koordinatori palijativnih timova koji su kontaktirani putem e-pošte i pozvani da sudjeluju u istraživanju putem poveznice koja ih je vodila na Google Forms anketu. Anketa je sadržavala niz pitanja koja su istraživala svijest, stavove i percepcije ispitanika o ulozi obiteljskih negovatelja u palijativnoj skrbi. Prikupljeni odgovori analizirani su pomoću alata za analizu podataka dostupnih unutar platforme Google Forms.

Rezultati: U istraživanju je sudjelovalo 26 osoba odnosno 54 % koordinatora iz 15 Županija. Njih 88,5 % smatra vrlo odnosno iznimno važno "stvaranje" jedinstvenog standardiziranog upitnika prilagođenog za obiteljske negovatelje u Republici Hrvatskoj. Dok njih 84,6 % smatra kako bi takav upitnik trebao biti uključen kao standardizirani alat pri prvoj posjeti palijativnog tima. Da bi u svakom palijativnom timu standardno trebao biti uključen još neki drugi dionik smatra njih 88,5 %, a njih 81 % smatra kako bi to trebao biti psiholog. 88,5 % ispitanih uviđa važnost poznavanja komunikacijskih vještina. 76,9 % zaključuje kako manje od 10 % obiteljskih negovatelja samoinicijativno zatraži podršku profesionalaca u fazi žalovanja.

Zaključak: ovo istraživanje pruža važan uvid u nedostatke palijativne skrbi i podrške obiteljima koji igraju ključnu ulogu u tom procesu. Implementacija preporuka proizašlih iz ovog istraživanja može poboljšati kvalitetu palijativne skrbi i olakšati teret obiteljskim negovateljima.



PRIKAZ SLUČAJA BOLESNIKA – KROZ INTEGRIRANI PRISTUP

Tanja Ilić Begović, Marija Grančić, Branimira Huljev Tolušić

Klinički bolnički centar Split, Split, Hrvatska

mgrancic@kbsplit.hr

Ključne riječi: palijativna skrb; planirani otpust; integrirana zdravstvena skrb; kompleksni pacijent.

Iako se smatra da palijativna skrb nudi širok spektar usluga, ciljevi palijativnog liječenja su jasni: podići kvalitetu života bolesnika s neizlječivom ili složenom bolesti, smanjiti patnje, ukloniti bol i druge neugode simptome, pružajući bolesniku (i obitelji) zdravstvenu, psihološku, socijalnu, emocionalnu i duhovnu pomoć od trenutka postavljanja dijagnoze palijativne skrbi pa sve do smrti te nakon smrti u procesu žalovanja. Timski rad te multidisciplinarni pristup imperativ je uspješnog pružanja palijativne skrbi na svim razinama zdravstvene zaštite, a može se reći da ima bitniju ulogu u pomaganju i pružanju podrške pacijentu i obitelji nego same medicinsko/farmakološke intervencije. Jednako tome, integrirani pristup uključuje, povezuje, jača koordinaciju pružanja zdravstvenih i socijalnih usluga kao odgovor na fragmentirane procese elemenata zdravstvene skrbi u zdravstvenom sustavu. Prema definiciji SZO „Integrirana skrb je koncept objedinjavanja, uključivanja, pružanja, upravljanja te organiziranja usluga vezanih za dijagnostiku, liječenje, njegu, rehabilitaciju i promicanje zdravlja. Integracija je sredstvo za poboljšanje usluga u pogledu pristupačnosti, kvalitete, zadovoljstva korisnika i djelotvornosti.“ U KBC Split, Odjelu integrirane zdravstvene skrbi, susrećemo se s pacijentima, (osim onih u potrebi za palijativnom skrbi ili produženim liječenjem) neriješenih formalno pravnih pitanja, bez prijavljenog prebivališta, bez valjane osobne iskaznice, police osnovnog i dopunskog zdravstvenog osiguranja, beskućnicima, osobama s invaliditetom, osobama s posebnim potrebama, osobama bez socijalne i obiteljske podrške, stranim državljanima bez adekvatnog zdravstvenog osiguranja, osobama koje nisu sposobne skrbiti same o sebi po otpustu iz bolnice, osobama za koje se sumnja ili saznaje o postojanju nasilja u obitelji, sumnje o zlostavljanju ili zanemarivanju u obitelji i sve češće HRVI s ili bez statusa branitelja.

Prikaz slučaja 1: Pacijent F. Š., 75. g., boluje od zloćudne bolesti mokraćnog mjehura, akutnog bubrežnog zatajenja, anemije, povećanih upalnih vrijednosti te opće slabosti. Živi sam. Pronašao ga susjed u lošem općem stanju. Razveden, otac odrasle kćerke, bez prihoda. Bivša supruga i pacijent ne komuniciraju. Korisnik je stalne novčane pomoći pri HZSR, živi u prizemlju obiteljske kuće. Korisnik usluga Pučke kuhinje. Socijalnu mrežu nema razvijenu.

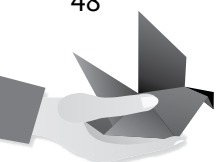
Prikaz slučaja 2: Pacijent N.T., 79. g., prima se u bolnicu zbog gangrene desnog stopala i pogoršanja lokalnog nalaza, učinjena amputacija desne natkoljenice. Godine 1957., djetinjstvu, prilikom eksplozije izgubio desno oko te urađena lijeva podlaktična amputacija. Živi sam, nije zasnivao vlastitu obitelj. Umirovljenik. Živi na 1. katu obiteljske kuće, u zaleđu manjeg grada. Teže prati tijek razgovora ali jasno ističe da ne pristaje na smještaj u državni dom. Nije osoba lišena poslovne sposobnosti.

Prikaz slučaja 3: Pacijent T. D., 37. g., boluje od epilepsije, primljen u bolnicu zbog tvrdokorne vrućice, srčanog aresta, bubrežnog zatajenja, FA, bakterijske infekcije. Ima intelektualne poteškoće, nije se školovao, nije zasnivao obitelj, živi s roditeljima i mlađom sestrom koja također ima utvrđene intelektualne poteškoće. Obiteljska dinamika uredna, članovi obitelji međusobno povezani i podržavajući. Pacijent korisnik materijalnih prava iz sustava socijalne skrbi te usluge cjelodnevnog boravka u obližnjem Centru za rehabilitaciju zadnjih 28 godina.



Iako su roditelji svjesni potrebe dugotrajnog smještaja, strahuju kako će pacijent reagirati na odvajanje od obitelji, a sami kao obitelj, u trenutnim okolnostima, nisu u mogućnosti pružiti svu potrebnu pomoć i njegu. Adekvatne ustanove u blizini mjesta stanovanja za daljnji tretman nema.

Zaključak: Unatoč angažiranosti svih dostupnih elemenata sustava zdravstvene skrbi i liječenja, integraciju svih subjekata u pružanju zdravstvene skrbi, kao najčešći i najveći problem po otpustu pacijenta iz bolnice predstavlja smještaj u drugu zdravstvenu ustanovu, zbog nedovoljnog broja posteljnih kapaciteta, bilo da je riječ o palijativnoj skrbi, produženom liječenju, ustanovama socijalne skrbi, ili kod privatnih pružatelja zdravstvene skrbi. Drugi problem su obitelji pacijenata koje najčešće ne prihvaćaju novonastalu situaciju ili nisu spremne preuzeti pacijenta na kućnu njegu ili nemaju zakonsku obvezu, pacijenta prepuste na osiguravanje daljnje skrbi bolnici, sustavu socijalne skrbi, drugim zdravstvenim ustanovama, kako bi dobili vremena za ishodovanje smještaja u privatnom sektoru.



PSIHIJATRIJSKA BOLNICA UGLJAN I RAZVOJ PALIJATIVNE SKRBI

Vitomir Višić, Mladen Mavar Mladen

Psihijatrijska Bolnica Ugljan

vitomir.visic@pbu.hr

Ključne riječi: palijativna skrb; Psihijatrijska bolnica Ugljan.

Zadarska regija poznata je u povijesti naše države po tome da je 1396 u gradu Zadru osnovano prvo sveučilište u našoj Zemlji. 1806 Također u Zadru sa radom je započeo i prvi medicinski Fakultet na ovim područjima. Nastavljajući vizionarsku tradiciju, te osjećajući bilo sadašnjeg trenutka i potreba unutar struke, društva i lokalne zajednice, rješenjem Upravnog vijeća, Psihijatrijske bolnice Ugljan od 2. lipnja 2014. godine dotadašnji Odjel psihogerijatrije preimenovan je u ODJEL ZA DEMENCIJE, PSIHIJATRIJU STARIJE ŽIVOTNE DOBI I PALIJATIVNU SKRB DUŠEVNIH BOLESNIKA. Ovom odlukom naša Ustanova formira prvi Odjel palijativnog tipa u Zadarskoj županiji, Dalmaciji te prvi palijativni odjel za skrb duševnih bolesnika u Republici Hrvatskoj. U svom postojanju, Odjel, ali i Ustanova bili su generator lokalnog razvoja palijativne skrbi. To podrazumijeva da je donesena Mreže javne zdravstvene službe Zadarske županije. Paralelno je tekao i rad i edukacija zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika o specifičnostima palijativne skrbi priobalja, zaleđa i otoka Dalmacije. U dogovoru s HLK i Društvom za palijativnu medicinu te Medicinskim fakultetom Sveučilišta u Zagrebu održana je prvi simpozij o specifičnostima palijativne skrbi na specifičnom području dalmatinske obale, sa osvrtom na otoke. Integrirani zadarski model palijativne skrbi stavljen je kao prioritetni zadatak na županijskoj razini. Taj model uključio je sve participante u pružanju palijativne skrbi: Zadarsku Županiju, Dom zdravlja zadarske županije, Opću bolnicu Zadar, Psihijatrijsku bolnicu Ugljan, Zadarsko sveučilište, Zavod za javno zdravstvo zadarske županije, Nadbiskupiju zadarsku, volonterski centar, lokalnu zajednicu. Sve u cilju da pacijenti i obitelji pacijenta kod kojih su utvrđene potrebe za palijativnom skrbi mogu na kvalitetniji način organizirati skrb za članove obitelji kojima je potrebna palijativna skrb. Cilj ovog rada je pokazati utjecaj jedne zdravstvene Ustanove i jednog Odjela kao generatora



ULOGA MENTORA IZ PALIJATIVNE SKRBI U NASTAVI NA STUDIJU SESTRINSTVA

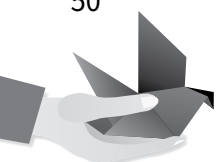
Gabrijela Tenžera, Vedrana Vuco

Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije, Split, Hrvatska

gabimiletic@gmail.com

Ključne riječi: palijativna skrb; mentor; studij sestrinstva.

Viša razina obrazovanja medicinskih sestara usmjerena je na usvajanje profesionalnih kompetencija koje su važne u pružanju zdravstvene njege pacijentu s potrebama za palijativnom skrbi uz stjecanje potrebnih znanja, vještina i stavova potrebnih za samostalno, odgovorno i profesionalno provođenje palijativne skrbi uz pridržavanje svih etičkih načela. Uloga mentora iz palijativne skrbi u nastavi na studiju sestrinstva iznimno je zahtjevna, jer osim znanja i vještina koje prenose studentima, mentori su često uzori studentima svojim radom. Kako bi se unaprijedila kvaliteta palijativne skrbi i obuhvatio što veći broj potrebitih bolesnika, vrlo brzo postalo je jasno da se to može postići uz osmišljenu edukaciju na studiju sestrinstva kroz uvođenje redovnog predmeta palijativne skrbi 2013./2014. (uveden obavezan predmet Palijativna zdravstvena njega). U kliničkoj sredini uz vodstvo mentora iz palijativne skrbi student primjenjuje teorijska znanja i vještine sa stvarnim pacijentima, u stvarnim situacijama koje često uključuju bolesnikov život i smrt, razvija komunikacijske vještine, empatiju i suosjećajnost, gledanje pacijenta s potrebama za palijativnom skrbi s njegovom obitelji kao jednu cjelinu, zadovoljavanje pacijentovih psiholoških, fizičkih, socijalnih i duhovnih potreba, te približavanje „mirne smrti“ uz olakšavanje boli te dostojanstvo do samoga kraja. Na taj način razvija se kritičko promišljanje nužno medicinskim sestrama kako bi mogle sagledavati sve dimenzije čovjekova bića u uznapredovaloj fazi neizlječive bolesti i približavanju kraja njegova života te kako bi mogle prepoznati i odgovoriti na potrebe koje iz njih proizlaze. Na taj način su pružanje emocionalne potpore pacijentu i obitelji, uvažavanje kulture iz koje dolazi, poštivanje rutine i slično postale aktivnosti o kojima se uči na studiju sestrinstva, te svakodnevno primjenjuje u praksi.



USAVRŠAVANJE MEDICINSKIH SESTARA U PALIJATIVNOJ SKRBI

Tina Jelić-Balta, Višnja Horvat, Jasmina Komar, Marina Rajn

Medicinska škola Bjelovar, Bjelovar, Hrvatska

tina.jelic.balta@gmail.com

Ključne riječi: usavršavanje; medicinske sestre.

Hrvatska komora medicinskih sestara 2018. godine donijela je Pravilnik o dodatnom usavršavanju medicinskih sestara u palijativnoj skrbi na temelju iskazanih potreba zdravstvenih ustanova i stručnih udruga medicinskih sestara. Tome u prilog ide i ispitivanje provedeno u sklopu projekta “Regionalni centar kompetentnosti Medicinske škole Bjelovar” financiranog iz poziva “Uspostava regionalnih centara kompetentnosti u strukovnom obrazovanju u (pod)sektorima: strojarstvo, elektrotehnika i računalstvo, poljoprivreda i zdravstvo” (UP.03.3.1.04). Ispitivanje potreba poslodavaca provedeno je s ciljem dobivanja informacija o potrebama i problemima s kojima se isti susreću, s naglaskom na potrebe za stručnim kadrom u području palijativne skrbi te zainteresiranosti za određene teme osposobljavanja i usavršavanja, a u svrhu izrade Strategije razvoja Regionalnog centra kompetentnosti (RCK) Medicinske škole Bjelovar. Osim toga na opravdanost i potrebu za dodatnim usavršavanjem ukazuju i strateški dokumenti Republike Hrvatske – Nacionalni program razvoja palijativne skrbi Republike Hrvatske 2017.-2020., koji jasno ukazuje na sve veću važnost razvoja kompetencija zdravstvenih djelatnika u području palijativne skrbi u kontekstu starenja stanovništva Hrvatske i Europske Unije. Na tragu potrebe za dodatnim usavršavanjem stručni tim Medicinske škole Bjelovar kroz projektnu aktivnost Uspostave Regionalnog centra kompetentnosti izradio je nastavni plan i program usavršavanja medicinskih sestara u palijativnoj skrbi, verificiran od nadležnih institucija, a temeljen na Pravilniku o dodatnom usavršavanju medicinskih sestara.



ZNANJE ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA OSJEČKO-BARANJSKE ŽUPANIJE O PALIJATIVNOJ SKRBI

Ana Granoša, Dunja Anić, Stana Schmidt, Nataša Vinković, Dragica Pavlović, Justinija Steiner

anagranosa@gmail.com

Ključne riječi: palijativna skrb; kvaliteta života; bol.

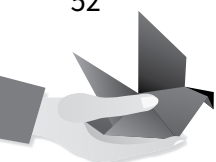
Uvod: Palijativna skrb je aktivna briga i skrb za pacijenta i obitelj kada bolest više ne reagira na liječenje. Ona je bazirana na holističkom pristupu i poboljšavanju kvalitete života. Osnovni cilj je smanjiti bol i neugodne simptome bolesti.

Cilj: Ispitati upućenost i znanje zdravstvenih djelatnika Osječko-baranjske županije o palijativnoj skrbi.

Metode: Kao metoda istraživanja bit će korišten anonimni anketni upitnik koji se sastoji od 21 pitanja. Planirani ispitanici su zdravstveni djelatnici zaposleni na području Osječko-baranjske županije, njih 150. Prije provođenja istraživanja tražit će se suglasnost Etičkog povjerenstva DZOBŽ.

Rezultati: Prvi dio rezultata prikazat će opća obilježja ispitanika. U drugom djelu rezultata bit će ispitana iskustva ispitanika s palijativnom skrbi, a u trećem dijelu informiranost ispitanika o palijativnoj skrbi. Četvrti dio rezultata prikazat će stavove o palijativnoj skrbi i bolesnicima. Statističke razlike u znanju i stavovima ispitanika s obzirom na opća obilježja ispitanika (spol, obrazovanje, duljinu staža, radno mjesto) bit će prikazane u zadnjem dijelu rezultata.

Zaključci: Temeljem rezultata bit će izvedeni zaključci o informiranosti i stavovima zdravstvenih djelatnika Osječko-baranjske županije o palijativnoj skrbi te razlike s obzirom na opća obilježja ispitanika.



KOMPLEKSNOST PLANIRANJA SKRBI ZA PALIJATIVNE BOLESNIKE - OB PULA

Nada Tadić, Diego Brumini

Opća bolnica Pula, Pula, Hrvatska

nada.tadic@obpula.hr

Ključne riječi: palijativni bolesnici; kompleksnost; planiranje skrbi; nedostatak resursa.

Suočavanje s neizlječivom bolesti i njeno prihvaćanje zahtijeva prije svega izuzetan emocionalni angažman oboljelih i članova obitelji/skrbnika, a istovremeno praktičnu reorganizaciju dosadašnjeg načina života, što iziskuje što ranije uključivanje svih dionika procesa skrbi. Osim novootkrivene dijagnoze, palijativni su bolesnici uz svoju osobnost, reakcijama na stres, komunikacijskim i ponašajnim posebnostima još dodatno opterećeni komorbiditetima, teškim simptomima, socijalnim problemima, nepovezаноšću dijelova sustava, neinformiranošću.

Planiranje adekvatne skrbi za njih i njihovu obitelj je dinamičan proces koji, zbog svoje kompleksnosti, zahtijeva individualan pristup, planiranje, kontinuirano praćenje, eventualno revidiranje plana i koordinaciju različitih profesija iz područja zdravstva, socijalne skrbi, formalnih i neformalnih struktura zajednice.

Suočeni smo sa sve većom starošću stanovništva, rastom broja oboljelih, promjenama u strukturi obitelji, ograničenim resursima za pružanjem skrbi i organizacijskim preprekama u zdravstvenom i socijalnom sustavu, a što se već godinama detektira kao problem, ali na koji se, nažalost, nedovoljno brzo i nedostavno reagira. I zato upravljanje takvim procesom iziskuje ulaganje ogromnog napora i vremena, uz nerijetko suočavanje s nerješivim situacijama.

Koordinator palijativne skrbi, ujedno i sestra za planiranje otpusta u bolničkom palijativnom timu u OB Pula, upravlja takvim kompleksnim slučajevima s ciljem kreiranja učinkovitog plana posthospitalne skrbi. Kompleksnost takvih otpusta u trogodišnjem razdoblju će se prikazati kroz statističke podatke kao i dva primjera iz prakse iz kojih je vidljivo koliko je bilo potrebno iznimno puno truda, vremena, napora, opterećenja zdravstvenih radnika i ustanove, dodatnog troška boravka u ustanovi za akutno liječenje da se iznađe optimalno rješenje i omogući adekvatna skrb za kompleksnu palijativnu bolesnicu i drugog bolesnika.



PRIKAZ RADA CENTRA ZA KOORDINACIJU PALIJATIVNE SKRBI DOMA ZDRAVLJA VINKOVCI

Hermina Fridl, Vesna Božić

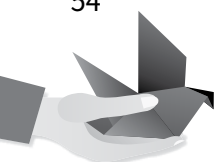
Dom zdravlja Vinkovci, Vinkovci, Hrvatska

vesna.dzvk@vu.ht.hr

Ključne riječi: koordinator; palijativna skrb; organizacija; suradnja.

Palijativna skrb u Dom zdravlja Vinkovci djeluje od 2013. godine kroz pilot projekte. Putem pilot projekata provedene su edukacije za sve patronažne sestre i liječnike obiteljske medicine. 2020. godine palijativna skrb odvojila se kao zasebna djelatnost s ugovorenim koordinatorom za palijativnu skrb i mobilnim palijativnim timom. U mobilnom timu djeluju tri bolnička liječnika i jedan liječnik obiteljske medicine na ugovor o djelu te prvostupnica sestrinstva. Broj palijativnih pacijenata u registru iznosi 928, od čega je 260 živih i 668 preminulih. U razdoblju od 1. siječnja 2023. do 30. rujna 2023. provedeno je 506 kućnih posjeta koordinatora. Suradnja s drugim stručnjacima 172 DTP, posudionica pomagala 75 DTP, koordinacija službi i institucija za palijativnu skrb 401 DTP. Aktivno djeluje i psihološko savjetovište s psihologom i duhovnikom. Savjetovište je organizirano za individualna savjetovanja prvi četvrtak u mjesecu ili po dogovoru odlazak u kućne posjete. Koordinator ima odličnu suradnju sa sestrom za planirani otpust i edukaciju pri otpustu palijativnih pacijenata. Osim toga izuzetno surađuje s Društvom Hrvatska žena, s kojim zajedno provodi dva od tri projekta. U tijeku su provođenja tri projekta:

1. Informatičko umrežavanje pet zdravstvenih ustanova u Vukovarsko-srijemskoj županiji
2. Volonteri u palijativnoj skrbi
3. Inovativni pristupi u palijativnoj skrbi i skrbi o starijim osobama u Vukovarsko-srijemskoj županiji.



VAŽNOST RANOG PREPOZNAVANJA PALIJATIVNOG PACIJENTA U BOLNICI I ORGANIZIRANJA PALIJATIVNIH ODJELA

Selma Pernar

Županijska bolnica Čakovec, Čakovec, Hrvatska

selmapernar@gmail.com

Ključne riječi: palijativni pacijent; palijativno liječenje; nesvrshodno liječenje; patnja i bol; smjernice.

U prošlosti se govorilo da je dobar kliničar onaj koji na prvom pregledu prepozna simptome određene bolesti, a i pacijenta u terminalnoj fazi svoje bolesti. Danas imamo alate za prepoznavanje palijativnog pacijenta i Smjernice za unapređenje palijativne skrbi u intenzivnoj medicini koje je donijelo Ministarstvo zdravstva u suradnji sa Stručnim društvima, a u skladu s Kodeksom medicinske etike i deontologije, Nacionalnim programom razvoja palijativne skrbi RH 2017-2022, Vodičem Vijeća Europe o postupcima odlučivanja o medicinskoj skrbi u stanjima na kraju života te priznatim modelima „dobre palijativne prakse“, koje bi trebale liječnicima olakšati rano prepoznavanje palijativnih pacijenata. Svaka bolnica je dobila nalog od Ministarstva zdravstva da implementira Smjernice u sustav kvalitete, izradi kliničke smjernice, algoritme postupanja i obrasce. U našoj zemlji nije sustavno organizirana stacionarna palijativna skrb, pa osim par Ustanova, ostali palijativni kreveti su raspoređeni po odjelima bolnica u kojima se liječe akutni pacijenti. Prema istraživanjima, 28% od ukupnog broja bolesnika u bolnicama čine palijativni pacijenti, a većina njih nije prepoznata, pa se često provodi opsežna dijagnostika i invazivne metode liječenja. Rano prepoznavanje palijativnih pacijenata u bolnici je važno zbog pravovremenog prekidanja nesvrshodnog liječenja i planiranja palijativne skrbi kako bi im se smanjila bol i patnja i poboljšala kvaliteta ostatka života. Takvu odluku bi trebao donositi konzilij na svakom odjelu ili multidisciplinarni konzilij. Potom takvom pacijentu dodati šifru Z51.5 i premjestiti ga na palijativni krevet. Šifra Z51.5 će nakon otpusta iz bolnice biti upozorenje liječnicima da se radi o palijativnom pacijentu (LOM, HMP, OHBP, odjelni liječnici), pa neće pristupiti nesvrshodnoj dijagnostici i liječenju, ali će zato liječiti simptome koji mu uzrokuju patnju i bol. Liječenje na palijativnom krevetu se i dodatno financira, pa bi i to trebao biti poticaj bolničkoj upravi. Kako bi zdravstveni sustav funkcionirao na ovakav način, potrebna je trajna edukacija zdravstvenih djelatnika i podizanje svijesti o važnosti rane palijativne skrbi. Bolnički sustav u kojem vlada kronički manjak zdravstvenih djelatnika, već sada je opterećen i akutnim i palijativnim pacijentima, pa je stoga jedino rješenje osnivanje palijativnih odjela u sklopu bolnice ili kao zasebna ustanova za neko područje.



MORFIJ - DAR BOGOVA. ČEGA SE BOJIMO?

Katija Čulav, Jelena Rakić Matić

Dom zdravlja Zagreb-Zapad, Zagreb, Hrvatska

kculav@gmail.com

Ključne riječi: morfij; opisati; opioidi; liječenje boli; palijativna skrb.

Thomas Sydenham "The English Hippocrates", napisao je 1680. godine: "Pored lijekova koje je Svemogući Bog dao čovjeku da olakša njegove patnje, nijedan nije tako univerzalan i učinkovit kao opijum."

Najstariji zapisi o primjeni opijuma datiraju iz 3. stoljeća prije Krista, kada se na Orijentu koristio zbog svog utjecaja na rad crijeva za kontrolu dizenterije.

Morfij, morfin ili morfijum je alkaloid izoliran iz opijuma 1805. godine, prirodno ga se dobije iz glavice bijelog maka (*Papaver somniferum*), a danas i sintetski.

OPIJATI su alkaloidni spojevi koji se prirodno javljaju kod biljke maka, u opijumu maka nalaze se psihoaktivne tvari morfin, kofein, tebain.

OPIOIDI su širi pojam koji obuhvaća sve lijekove s efektima koji su slični morfinu uključujući i opijate, polusintetske opioide.

Pacijenti u palijativnoj medicini i skrbi vrlo često imaju simptome koji se mogu adekvatno riješiti ili ublažiti racionalnoj primjenom opioida.

Primjerice, više od 90 % oboljelih od karcinoma trpi bolove koji mogu biti umjereni do vrlo intenzivni. Bol se često pogoršava kako karcinom napreduje. Morfij je jaki opioidni analgetik te kao takav

"zlatni standard" u liječenju karcinomske boli, primjenjuju se kod srednje jake do jake boli. Danas nam je dostupan u različitim oblicima koji nam omogućuju primjenu lijeka različitim putovima te sa različitim opcijama otpuštanja kako bi pacijentu omogućili što optimalniji učinak sa minimalnim nuspojavama.

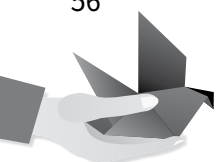
Osim u liječenju boli taj svestrani lijek možemo koristiti za ublažavanje straha, smanjenje dispneje i nadražajnog kašlja...možemo učiniti da se pacijent, njegova obitelj osjećaju smireno i sigurno u našoj skrbi.

Unatoč svemu navedenom često smo svjedoci neadekvatne primjene i hipodoziranosti s jedne strane naspram nekritičkog propisivanja opijata za bilo kakvu bol kod pacijenata sa dijagnozom karcinoma.

Nameće se pitanje čega se bojimo i poznajemo li lijekove i pacijente s kojima radimo?

Kako bi unaprijedili skrb koju pružamo svojim pacijentima i njihovim obiteljima važan je moment demistificiranje opioida, razbijanje mitova, upoznavanje lijeka i njegovih nuspojava.

Savladavanje različitih vidova primjene ovih lijekova u adekvatnim dozama povećati će našu učinkovitost i donijeti zadovoljstvo kako korisnicima tako i pružateljima skrbi.



PROVOĐENJE PEDIJATRIJSKE PALIJATIVNE SKRBI U HRVATSKOJ, OSVRT PEDIJATRIJSKOG ONKOLOGA

Jasminka Stepan Giljević

Klinika za dječje bolesti Zagreb, Zavod za onkologiju i hematologiju „Dr. Mladen Čepulić“, Zagreb, Hrvatska

jasminka.stepan@gmail.com

Proces provođenja pedijatrijske palijativne skrbi kod djeteta s onkološkom dijagnozom kreće sa samom uspostavom dijagnoze.

Svako dijete dijagnozom visokorizičnog malignog tumora se prikazuje na palijativnom timu. Analiziraju se mogućnosti onkološkog i simptomatskog liječenja, rotacije smještaja obitelji tijekom onkološkog liječenja. Uvode se potporne mjere za obitelj (regulira se bolovanje roditelja koji boravi uz dijete u bolnici, boravak blizu referentnog centra između ciklusa kemoterapije, ostvarivanje ostalih socijalnih prava).

Dogovorno s roditeljima se analiziraju mogućnosti smještaja u slučaju progresije bolesti i nemogućnosti aktivnog onkološkog liječenja. Svi podaci vezani za zaključke se evidentiraju u posebnom obrascu te se iskomuniciraju s nadležnim liječnikom i lokalnim centrom s mogućnostima simptomatskog liječenja.

Za osiguranje provođenja kontinuiteta palijativne skrbi potrebno je definiranje želja i potreba obitelji, usklađivanje svih pružatelja i prethodno osiguranje pomagala.

Tijekom provođenja pedijatrijske palijativne skrbi u bolnici bitno je izbjegavanje „terapijskog nasilja“ tj. češća timska reevaluacija terapijskih postupaka.

Potrebno je individualno planiranje terminalne faze liječenja.

Prikazat će se rad palijativnog tima Klinike za dječje bolesti Zagreb u segmentu pedijatrijske onkologije. tijekom 3 godine sa prikazom ostvarenih rotacija bolesnika. Analizirat će se mogućnosti provođenja terminalne faze bolesti u kući bolesnika ovisno na udaljenost od centra provođenja onkološkog liječenja.



PALIJATIVNA MEDICINA KAO INTEGRATIVNI DIO LIJEČENJA U PULMOLOGIJI

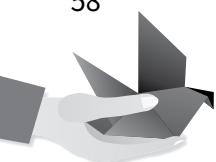
Tomi Kovačević

Medicinski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu, Novi Sad, Srbija

Institut za plućne bolesti Vojvodine, Sremska Kamenica, Srbija

tomi.kovacevic@mf.uns.ac.rs

Kronične nezarazne bolesti pluća, kao što su kronična opstruktivna plućna bolest (KOPB) i rak pluća među vodećim su uzrocima morbiditeta i mortaliteta širom svijeta. Druga plućna oboljenja kao što su intersticijska bolest pluća (plućna fibroza), plućna arterijska hipertenzija (PAH) i kronične neuromuskularne bolesti su rjeđa, ali također ubrzano dovode do smanjenja kvalitete života i smanjuju očekivani životni vijek. Iako su po svom toku i trajektoriju različite, ove bolesti predstavljaju oboljenja pluća koja pored specifičnog liječenja zahtijevaju i palijativnu skrb. Bez obzira na to koja je od ovih bolesti u pitanju, simptomi kao što su otežano disanje uz osjećaj nedostatka zraka, kašalj, gubitak težine i psihički distres su veoma izraženi i predstavljaju izvor patnje kako za oboljelu osobu tako i za njihovu porodicu. Ove bolesti često dovode do poremećaja disanja tokom spavanja, psiholoških poremećaja kao što su depresija i anksioznost, a sve to doprinosi izrazito lošoj kvaliteti života. Ovi bolesnici postaju u potpunosti zavisni od pomoći druge osobe, svaki pokret predstavlja patnju, svakodnevna agonija postaje neizdrživo opterećenje, a često je patnja uz izraženiju socijalnu izolaciju ovih bolesnika veća u odnosu na osobe oboljele od malignih bolesti. Međutim, i dalje postoji nedovoljna edukacija u oblasti palijativne skrbi pa se stoga ono kasno uključuje u liječenje ovih bolesnika. Veliki broj istraživanja pokazao je da rana integracija palijativne skrbi u pulmologiju ne samo da ublažava simptome bolesti i patnju i pomaže pacijentu da mu se poboljša kvaliteta života, već i da produžava život koji je dostojan življenja. S obzirom na tok i prognozu KOPB, ILD, PAH i karcinoma bronha, neophodno je palijativnu skrb integrirati u liječenje ovih bolesti od samoga početka, od postavljanja dijagnoze odnosno od trenutka čim simptomi bolesti počinju da opterećuju oboljelu osobu. Palijativna medicina kao integrativni dio liječenja u pulmologiji omogućava pružanje dostojanstvenog života bolesnicima koji boluju od terminalnih plućnih bolesti, a njena rana integracija omogućava pravovremeno napredno planiranje i preveniranje preopterećenja patnjom. S obzirom na predviđeni trend porasta oboljelih od bolesti pluća neophodne su hitne akcije kako bi palijativna skrb bila na vrijeme uključena u multidisciplinarni pristup liječenju u pulmologiji.



Dom za starije osobe kao mjesto pružanja skrbi za palijativnog korisnika

DOM ZA STARIJE OSOBE KAO MJESTO PRUŽANJA SKRBI ZA PALIJATIVNOG KORISNIKA

Marija Mufić, Martina Jurić, Nikolina Čevid, Neška Prole

Dom za starije osobe Sveti Josip Zagreb, Zagreb, Hrvatska

martina.klisanin.228@gmail.com

Palijativna skrb je briga i skrb sa holističkim pristupom za korisnika s progresivnom uznapređovalom bolesti. Najvažniji je cilj palijativne skrbi ublažiti patnju osobe te joj na najbolji mogući način osigurati što kvalitetniji ostatak života bez obzira na bolest. Sam pojam palijativno izveden je iz latinske riječi „pallium“, što u prijevodu znači plašt-prekrivač.

Svako ljudsko biće, po Općoj deklaraciji o pravima čovjeka, ima pravo na život stoga ima i pravo da njegov život dostojanstveno i završi. Uloga Doma je pružiti svim palijativnim korisnicima dostojanstveno umiranje i smrt.

U Domu za starije osobe Sveti Josip Zagreb primjenjuje se palijativni pristup u skrbi za umirućeg korisnika. Sve aktivnosti koje se pružaju usmjerene su na postizanje što optimalnije kvalitete života palijativnom korisniku. Pri tom pružanju uzimaju se u obzir njegovi fizički, psihički, socijalni i duhovni aspekti života.

Tim Doma koji pruža skrb čine socijalni radnici, duhovnik, medicinski tehničari, njegovatelji, fizioterapeuti, radni terapeut, liječnik opće medicine i obitelj. Po potrebi se uključuje i Mobilni palijativni tim iz DZ Zapad. Palijativna skrb u Domu ima obilježja multidisciplinarnog pristupa.

Neizostavna karika su obitelj i zajednica, koji s jedne strane pomažu u ostvarivanju što kvalitetnijeg života korisniku no s druge strane i sami imaju potrebu za podrškom. Na temelju provedenog projekta Pallium Dom je nastavio praksu provođenja uključivanja članova obitelji u grupno savjetovalište. Kroz sudjelovanje u grupnom radu prolaze i kroz fazu žalovanja.

Svaki čovjek treba imati odgovarajuću skrb bez obzira gdje mu se ona pruža.



ONKOLOŠKA TERAPIJA U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI – DOPRINOS KVALITETI ŽIVOTA PALIJATIVNIH BOLESNIKA

Daniel Ferlin¹, Dragan Trivanović², Ante Ivančić, Karmen Horvatić³, Boris Kopic², Irena Hrstić²

¹Specijalistička ordinacija obiteljske medicine, Umag, Hrvatska

²Opća bolnica Pula, Pula, Hrvatska

³Istarski domovi zdravlja, Pula, Hrvatska

danielferlin21@gmail.com

Uvod: Maligne bolesti su vodeći javnozdravstveni problem u Hrvatskoj, a po ishodima liječenja Hrvatska je na začelju EU. Da bi se takvo stanje promijenilo Hrvatski sabor je 2020. donio „Nacionalni strateški okvir protiv raka do 2030“. Nastojeći dati doprinos provođenju Strateškog okvira Istarski domovi zdravlja i Opća bolnica Pula su u lipnju 2021. pokrenuli projekt: „(Projekt) „Onkološka terapija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti“ čiji je najvažniji cilj podizanje kvalitete života onkoloških bolesnika. Najviše koristi od takvog modela imaju palijativni bolesnici kod kojih još nije završeno aktivno liječenje. Projektom je predviđeno da se provodi na području cijele Istre, a započeo je u ispostavi Umag, koja je najudaljenija od Pule - cca 100 km.

Metode:

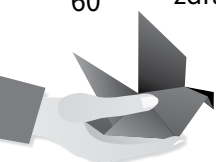
- primjenjuju se lijekovi koji se daju supkutano (hormonalna ili imunoterapija)
- terapija započinje u dnevnoj bolnici, a onkolog koji prati pacijenta određuje može li se terapija nastaviti u PZZ
- glavni tehničar dnevne bolnice dogovara nastavak s timom u PZZ
- lijekove osigurava OB Pula i dostavlja ih timu u PZZ
- u svakoj ispostavi se formira tim koji provodi terapiju. Liječnici OM nemaju obavezu davanja terapije svojim pacijentima, ali je cilj je uključiti što više timova OM.
- timovi PZZ koji provode terapiju prolaze praktičnu edukaciju u OB Pula

Od farmakoloških postupaka provodi se: a) planirana terapija na indikaciju onkologa (fulvestrant, oktreotidacetat, filgrastim, pegfilgrastim i željezo) i b) neplanirana terapija na indikaciju liječnika OM uz konzultaciju s onkologom ili hematologom (filgrastim). Od nefarmakoloških postupaka provodi se skidanje elastomerske pumpe, vađenje krvi iz port katetera, skrb za funkcionalnost port katetera.

Rezultati: Od 1. 11. 2021. do 31. 1. 2023. provedena su 172 postupka kod 18 pacijenata. Planirana terapija provedena je: supkutana terapija 54 davanja, intramuskularna terapija 23 puta. Elastomerska pumpa skinuta je 83 puta, a 5 puta je izvršeno ispiranje porta, krv iz porta je izvađena 7 puta.

Zaključak: Projekt je dobro prihvaćen od svih dionika, a broj pacijenata je do 31. 1. 2023. konstantno rastao. Pacijenti i njihove obitelji su s oduševljenjem prihvatili ovaj projekt. Umjesto putovanja, koje s čekanjem na terapiju i čekanjem drugih pacijenata koji se voze sanitetskim prijevozom, ponekad traje cijeli dan, pacijenti parenteralnu terapiju dobivaju u najbližem domu zdravlja, bez čekanja i u poznatom ambijentu.

Nažalost, proširenje na ostale ispostave se još nije dogodilo. Zatražili smo od uprave Istarskih domova zdravlja podatke o broju usluga od 1. 2. 2023, ali nismo dobili odgovor te smo zatražili podatke od dnevne bolnice internističke onkologije u OB Pula, iz koje navode da se broj usluga znatno smanjio. Nadamo se da će ovaj, u Hrvatskoj jedinstveni projekt, zaživjeti onako kako je zamišljen i omogućiti onkološkim, prvenstveno palijativnim pacijentima u Istri kvalitetu života kakvu omogućuju najrazvijeniji zdravstveni sustavi.



EDUKACIJSKI KONTINUUM U STJECANJU KOMPETENCIJA IZ PALIJATIVNE SKRBI U OBITELJSKOJ MEDICINI

Marion Tomičić

Sveučilišta u Splitu, Medicinski fakultet, Katedra za obiteljsku medicinu, Split, Hrvatska

Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije, Split, Hrvatska

opca@dz-sdz.hr

U današnje vrijeme važno je educirati liječnika obiteljske medicine koji može odgovoriti na sve profesionalne izazove. Edukacijski kontinuum počinje standardnom izobrazbom doktora medicine na razini diplomskog studija, nužno se nastavlja sa specijalističkom izobrazbom iz obiteljske medicine te prelazi u širi koncept cjeloživotnog osobnog razvoja i sazrijevanja, koje se očituje ne samo u obrazovanju i profesionalizmu, već i u etičnosti, vrijednostima, stavovima ili komunikacijskim vještinama liječnika u odnosu s pacijentom.

Slijedom navedenog EURACT, obrazovna mreža europskog ogranka Svjetske udruge obiteljskih liječnika (WONCA Europe), zalaže se za zajednički dodiplomski nastavni plan i program, poslijediplomsko specijalističko usavršavanje i trajnu medicinsku izobrazbu obiteljskih liječnika u svim Europskim zemljama. U dodiplomskoj izobrazbi doktora medicine većina bitnih ciljeva učenja za svakog studenta medicine može učinkovito usvojiti kroz predmet Obiteljska medicina kroz definirani tzv. „minimal core curriculum“. Među njima se nalazi i pristup liječenju najčešćih kroničnih bolesti te zdravstvenih problema, što obuhvaća i skrb o palijativnom bolesniku. Četverogodišnja specijalizacija obiteljske medicine u Hrvatskoj svojim planom i programom osigurava razvoj temeljnih i općih kompetencija obiteljskog liječnika sukladno preporukama WONCA Europe, te osposobljava specijalizanta da bude učinkovit u svom budućem samostalnom profesionalnom radu.

Trajna medicinska izobrazba podrazumijeva svaku aktivnost kojom se održavaju, razvijaju ili poboljšavaju znanja i vještine, profesionalni rezultati i odnosi kojima se liječnik služi u pružanju skrbi pacijentima, suradnji s javnošću ili stručnom zajednicom. Iznimno je važan dio profesionalnog života svih liječnika, jer znanja stečena na studiju i tijekom specijalističkog usavršavanja nisu više dostatna zbog brzog tempa promjena i novih spoznaja u medicinskoj praksi.

U procesu planiranja organizacije nekog od oblika TMI treba razumjeti da su odrasle osobe iznimno motivirane ukoliko se odabere relevantna tema o kojoj žele učiti i koja je primjenjiva u njihovom radnom okruženju. Evidentna je potreba za dodatnom edukacijom iz palijativne skrbi koja treba sadržavati ciljeve koji trebaju biti jasni, sažeti i idealno mjerljivi. Pri odabiru metode podučavanja treba znati da se učinkovitost povećava kada se koriste različite metode koje omogućuju interakciju, višestruko izlaganje i dulje programe, umjesto kraćih koji se usredotočuju na ishode koje liječnici smatraju važnima. Iznimno je važno iskoristiti prilike za interakciju, bilo licem u lice i elektronički jer su tradicionalna predavanja i distribucija tiskanog materijala najmanje učinkovite metode TMI. Sudjelovanje u raspravama dovodi do razmišljanja o relevantnosti naučenog i kako se to može primijeniti u praksi - što je važna faza učenja kod odraslih. Također višestruko izlaganje temi prezentiranoj u različitim formama olakšava učenje te posljedično tome promjenu ponašanja.



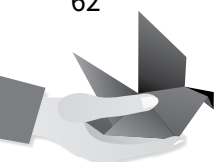
PSIHOTERAPIJSKE INTERVENCIJE U PALIJATIVNOJ MEDICINI - KADA, KOJE, KAKO I ZAŠTO

Marijana Braš

Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet Zagreb, Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine – CEPAMET, Zagreb, Hrvatska

marijana.bras1@gmail.com

Psihoterapija je liječenje emocionalnih, ponašajnih ili problema povezanih s ličnošću korištenjem psiholoških metoda. Iako postoje brojne i različite tehnike, cilj bilo kojeg psihoterapijskog liječenja je promjena osjećaja, misli, stavova ili ponašanja koji su opterećujući za pacijenta, oslobađanje od simptoma i pomoć da pacijent kao osoba postane zadovoljniji svojim životom. Svaka se psihoterapija temelji na intenzivnom i povjerljivom odnosu pacijenta s terapeutom. Psihoterapija pruža informacije o prirodi i porijeklu pacijentovih problema kao i mogućnostima nošenja s njima. Psihoterapije se, između ostalog, klasificiraju i prema ravnoteži između aktivnog fokusiranja prema specifičnom problemu (tzv. direktivne psihoterapije) i nedirektivnog aktivnog slušanja (nedirektivne psihoterapije). Psihoterapijske su intervencije izrazito važne u palijativnoj medicini. Autorica će u svom izlaganju predstaviti koje se psihoterapijske intervencije koriste u palijativnoj medicini, kada, kako i zašto.



KLINIČKA EMPATIJA U PALIJATIVNOJ MEDICINI

Veljko Đorđević

Empatija d.o.o., Zagreb, Hrvatska

veljko.djordjevic@empatija.hr

Zbog razvoja visoko tehnologizirane medicine sve više ljudi svih dobi preživljava i duže živi i do nedavno neizlječivih bolesti, puno su manje nuspojave lijekova i dijagnostičkih procedura, zdravstveni profesionalci koristeći moderne tehnologije lakše komuniciraju, intenzivno se razvija bioetika, a daljnji razvoj znanosti stalno otvara i nove mogućnosti liječenja. Često se počelo postavljati pitanje gdje je u svemu tome nestao čovjek, jer je u središte zbivanja došla dijagnoza, bolesni organ ili patofiziološki mehanizam, a ne oboljela osoba sa svojom životnom pričom, pozitivnim aspektima zdravlja i svojom interpretacijom bolesti. Stjecao se dojam kao da živimo u kulturi bolesti i dijagnoza, a ne u kulturi zdravlja. Zbog reakcije na smjer kojim je krenula medicina, u svijetu se usporedo s razvojem personalizirane medicine razvija i pokret medicine usmjerene prema osobi i zdravlja usmjerenog prema narodu, s ciljem integracije, komunikacije, interdisciplinarnosti i uvažavanja osobnosti i bolesnika i zdravstvenih profesionalaca. Samo u medicini usmjerenoj prema osobi možemo pokazati svoju empatičnost, čovječnost i želju da Vam je istinski stalo do zdravlja, a ne bolesti, odnosno da Vam je stalo do življenja od zdravlja a ne življenja od bolesti. Ars medica (umijeće medicine) je i umjetnost u medicini, i medicina umjetnosti, ali i putovanje od kulture bolesti ka kulturi zdravlja, od simptoma i dijagnoza do čovjeka i osobe. Samo je medicina usmjerena prema osobi, koja obilježava susret dviju osobnosti koje su se našle i zajednički rješavaju problem, uvijek nova i neponovljiva kreacija. Zato je i medicina usmjerena prema osobi stvaralačka, umjetnička i neponovljiva, jer koristi prošla iskustva i stečena znanja, ali i stvara novu kvalitetu. U različitim kulturama procesi su različiti, ali mehanizam je uvijek isti ili sličan, kreacija individualna i doživljaj jedinstven. Zrcaliti se u drugome u medicini usmjerenoj prema osobi je i zajednički civilizacijski hod, popločen racionalnim i emocionalnim umom, te pravo umijeće na putovanju ka kulturi zdravlja, a onda od kulture zdravlja ka kulturi dobra, dobra kao blagodati civilizacije u kojoj danas živimo i stvaramo. Klinička empatija je jedna od esencijalnih elemenata palijativne medicine.



Plenarno predavanje

PALIJATIVNA SEDACIJA KAO ULTIMATIVNA TERAPIJA

Julijana Verebes

Universitäre Palliativmedizinische Einrichtung Graz, Graz, Austria

Julijana.Verebes@uniklinikum.kages.at

Pod palijativnom sedacijom se podrazumijeva korištenje sedativa s ciljem da se ublaži patnja koju pacijent smatra nepodnošljivom, a kada nema drugih načina olakšavanja njegovih tegoba. Austrijsko palijativno društvo je 2016. godine izdalo preporuku (do tada i u Austriji vrlo heterogeno upotrebljavano) o palijativnoj sedaciji. Osim definicije, ta preporuka obuhvaća i etički korektne korake koji su preduvjet za pravilnu odluku o indikaciji i o pravilnom provođenju palijativne sedativne terapije. Uzimajući za osnovu preporuke stručnog palijativnog društva, a oslanjajući se na dugogodišnje iskustvo u specijaliziranom kontekstu, prezentacija razmatra mogućnosti i teškoće primjene te vrste palijativne terapije u praksi.

Plenarno predavanje

ŠTO JE KVALITETA ŽIVOTA?

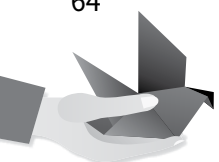
Julijana Verebes

Universitäre Palliativmedizinische Einrichtung Graz, Graz, Austria

Julijana.Verebes@uniklinikum.kages.at

WHO definicija opisuje palijativnu skrb kao pristup koji poboljšava kvalitetu života bolesnika i njihovih obitelji suočenih s problemima povezanim sa smrtonosnom bolešću, prevencijom i olakšanjem patnje ranim prepoznavanjem te suzbijanjem boli i drugih problema, fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih.

Budući da je kvaliteta života centralna tema palijativne medicine, ova prezentacija se bavi rezultatima naučnih istraživanja o „Quality of Life“, u smislu definicije, raznih fenomena, objektiviranja (mjerjenja) kvalitete života i s raznim mogućnostima poboljšanja i intervencije. Razmatraju se teškoće objektiviranja, zbog stalnih promjena subjektivnog doživljaja i samoprocjene. Chochinov koncept održavanja ljudskog dostojanstva i kod teško oboljelih ljudi dovodi do poboljšanja kvalitete života.



DA LI JE BENEFIT DUŽE ŽIVJETI?

Osman Kučuk, Emina Kučuk, Alija Kučuk

Centar za demenciju, Sarajevo, Bosna i Hercegovina

bih@demencija.org

Ključne riječi: demencija; nefarmakološki tretman demencije; arhitektura; infrastruktura.

Uvod: Današnja društva JI Evrope ubrzano stare. Prosječna starost stanovništva je po zvaničnim statistikama iznad 43 godine. Stvarna slika je sigurno teža jer u ukupnoj populaciji uslijed migracije nedostaje osoba u generaciji 25-44 godine. Prosječan životni vijek je produžen na preko 78 godina. Ujedno je povećan jaz između perioda zdravog života i prosječnog trajanja života. Bilježi se sve veći broj osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti i drugih demencija što se dovodi u vezu sa povećanjem broja oboljelih od: kardiovaskularnih oboljenja, dijabetesa, artritisa u spoju sa: dugotrajnom depresijom, anksioznošću, nagomilanim stresom povezanim sa nepravilnim životnim navikama i lošim prehrambenim navikama. U sektoru socijalne skrbi je sve veći pritisak na gerijatrijske ustanove koje sve više izgledaju kao gerontološke ustanove koje niti izbliza nisu prilagođene pružanju medicinskih usluga i koje nemaju adekvatan, obučeni i trenirani kadar. Ujedno, većina nacionalnih sistema nema definiran sistem dugotrajne njege, ne prepoznaje princip integrirane njege i potpuno pogrešno definira palijativnu njegu.

Cilj: Prikazati osnovne izazove današnjeg društva koji utječu na kvalitetu života starijih osoba (SO) te osoba sa demencijom (OsD).

Metoda: Identificirane izazove društva koji utječu da SO i OsD nemaju zadovoljene potrebe od strane nacionalnih zdravstvenih i socijalnih sistema staviti u kontekst preporuka Svjetske zdravstvene organizacije.

Rezultat: Potrebe i zahtjevi SO i OsD su na marginama društvenih aktivnosti i planiranja dok su istovremeno iscrpljena postojeća rješenja po kojima funkcioniraju zdravstveni i socijalni sistemi.

Zaključak: Zbog demografskih promjena, promjena u strukturi porodica, promijenjenih životnih stilova i navika, manjka radne snage, iscrpljenih arhitektonskih i urbanističkih rješenja, loše infrastrukture, ne prilagođenog načina dostavljanja socijalnih i zdravstvenih usluga starije osobe se suočavaju sa izazovima za koje vrlo teško ili nikako ne nalaze rješenja. Zbog toga se danas opravdano postavlja pitanje: „Da li je benefit duže živjeti?“ Upravo radi toga je nužno pronaći nova rješenja kojima će pružatelji zdravstvenih i socijalnih usluga na najlakši način dostaviti svoje usluge koje će na najbolji način zadovoljiti potrebe starijih osoba i osoba sa demencijom.



EVALUACIJA SUSTAVA PALIJATIVNE SKRBI S OSVRTOM NA HOSPICIJ - STUDIJA SLUČAJA HOSPICIJA BOŽANSKE MILOSTI LJUBUŠKI

Marjana Mucić, Ivan Landeka

Hospicij Božanske milosti Ljubuški, Ljubuški, Bosna i Hercegovina

dom.zdravlja.ljubuski@tel.net.ba

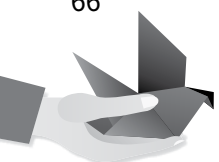
Ključne riječi: palijativna skrb; hospicij; bolesnik i njegova obitelj; evaluacija.

U ovome radu prikazujemo koje su sve mogućnosti u hospicijskoj skrbi. Hospicijska skrb je sveobuhvatna skrb za bolesnika i njegovu obitelj u terminalnoj fazi bolesti. Postoje dvije mogućnosti organiziranja te skrbi: u stacioniranom dijelu tj. Hospiciju i u kućnim uvjetima putem pokretnih palijativnih timova. Kao društvo svakodnevno se susrećemo s teškim dijagnozama, neizvjesnim prognozama bolesti te neizvjesnosti cjelokupne obitelji.

Upravo zbog toga palijativna skrb postoji i pronalazi smjernice pomoći bolesnika i njegove obitelji. Na sreću, palijativna skrb se uključuje od trenutka dijagnoze neizlječive bolesti što se pokazalo kao jako dobra pripomoć.

Kada bi se obratila pozornost na proces zdravstvene njege uključili bi utvrđivanje potreba za hospicijskom skrbi, planiranje, provođenje i evaluaciju, odnosno vrednovanje.

Hospicij Božanske milosti Ljubuški ove godine obilježava 10 godina rada kroz brigu, empatiju, edukaciju i iskustveno učenje. Kroz ovo vrijeme prihvaćeni smo od lokalne zajednice i prepoznati kao primjer dobre prakse.



STAVOVI I MIŠLJENJA SPECIJALIZANATA OBITELJSKE MEDICINE O SUSTAVU PALIJATIVNE SKRBI U REPUBLICI HRVATSKOJ – PILOT STUDIJA

Emma Slapničar, Marion Tomičić

Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije, Split, Hrvatska

eslapnicar@gmail.com

Ključne riječi: palijativna skrb; specijalizanti obiteljske medicine; obiteljski liječnik.

Palijativnu skrb karakterizira sveobuhvatno zbrinjavanje bolesnika s neizlječivim bolestima i njihovih obitelji, poboljšavajući im kvalitetu života kroz olakšavanje patnji i prevenciju komplikacija. Osnovnu palijativnu skrb provodi obiteljski liječnik u suradnji s užim i širim timom i obitelji bolesnika.

Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi stavove i mišljenja specijalizanata obiteljske medicine o sustavu i provedbi palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj uz poseban osvrt na utjecaj duljine radnog staža u obiteljskoj medicini na razlike u stavovima i mišljenjima.

Ispitanici su bili specijalizanti obiteljske medicine koji su putem web-aplikacije ispunjavali anketu u kojoj su odgovorili na pitanja o duljini radnog staža u obiteljskoj medicini, mjestu rada ambulante i sudjelovanju u dodatnim edukacijama u području palijativne skrbi. Drugi dio ankete sadržavao je Likertovu ljestvicu u kojoj su ispitanici na navedene stavove o palijativnoj skrbi trebali iskazati svoje mišljenje ocjenama od 1 do 5.

U istraživanju je sudjelovao 61 ispitanik. Rezultati su pokazali da 59 % ispitanika u obiteljskoj medicini radi dulje od 3 godine, a 34 % ispitanika od 1 do 3 godine. Dvije trećine ispitanika radi u gradu, a trećina u ruralnim sredinama. Udio ispitanika koji su do sada pohađali dodatnu edukaciju iz područja palijativne skrbi je 13 %.

Dobro pripremljenim za razgovor s pacijentom i obitelji o mogućnostima koja palijativna skrb pruža osjeća se 36 % ispitanika. Samopouzdanje tijekom informiranja pacijenta o mogućnostima palijativne skrbi je izrazilo 25 % ispitanika. Udio ispitanika koji su izjavili da su sposobni zajedno s pacijentom definirati ciljeve palijativne skrbi jest 41 %. Duljina staža u OM pozitivno korelira s ocjenama ispitanika o vlastitoj informiranosti o mogućnostima koje palijativna skrb pruža i samopouzdanjem u prenošenju tih informacija pacijentima i obitelji.

Iako je posljednjih godina u Hrvatskoj došlo do napretka u organizaciji i provedbi palijativne skrbi, još uvijek nije na željenom stupnju razvoja. Specijalizanti obiteljske medicine ne osjećaju se dovoljno kompetentnima u savjetovanju pacijenata i obitelji o temi palijativne skrbi i rješavanju specifičnih problema s kojima se palijativni pacijenti susreću. Prvi korak u poboljšanju kvalitete palijativne skrbi je edukacija članova tima koji provodi osnovnu palijativnu skrb.



ŠTO JE PALIJATIVNA MEDICINE BEZ OBITELJSKE I ŠTO JE OBITELJSKA MEDICINA BEZ PALIJATIVNE?

Ante Ivančić

Poreč

ante.ivancic6@gmail.com

Palijativna skrb (PS) je koncept koji uključuje brojne oblike skrbi i usluga, a u većini zemalja zapadnog kruga opća / obiteljska medicina (OM) je njen važan dionik.

Međutim, značenje i uloga OM u palijativnoj skrbi od zemlje do zemlje varira od dominantnog do marginalnog.

PS se u Hrvatskoj sustavno razvija od 2010. Prvo kroz lokalne projekte, a zatim kao nacionalni prioritet. U usporedbi s vremenima kad nismo „imali ništa“ u desetak godina napredak je impresivan. Međutim, u tom ubrzanom razvoju je vrlo malo, gotovo ništa, uloženo u razvoj opće palijativne skrbi, a posebno PS u OM, te su njeni potencijali neprepoznati i nedovoljno iskorišteni.

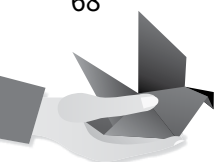
Kad se negdje kaže „imamo palijativnu skrb“ misli se da postoje specijalistički / specijalizirani timovi PS. PS se u Hrvatskoj izjednačuje sa specijalističkom PS. Model koji se razvija u RH dovodi do „preuzimanja“ palijativnog bolesnika od strane specijalističkih timova i oslobađanje obiteljskog doktora od obaveze da brine o svom teško oboljelom pacijentu.

Palijativna skrb je moguća i bez OM, moguća je i kvalitetna PS, ali da li je moguća vrhunska PS, kako bi rekla dr. Drummond, PS „svjetske klase“? U svom izlaganju ću u pokušati uvjeriti sudionike konferencije da nije.

U procesu „formiranja PS“, predstavnici OM, koji su jedini mogli prepoznati što se događa, kad nositelji nacionalnog sustava to nisu, također nisu reagirali.

Obiteljska medicina bez palijativne nije OM. PS je područje pune afirmacije OM, područje u kojem je ona ono što bi trebala biti i što bi trebala značiti u zdravstvu i društvu.

Zašto marginalizirati OM u PS nije dobro za pacijente i cijelo društvo, a prihvatiti marginalizaciju nije dobro za OM. Odgovori na ta pitanja će biti ponuđeni u prezentaciji.



IZAZOVI U ORGANIZACIJI PALIJATIVNE SKRBI - ISKUSTVO IZ SLOVENIJE

Maja Ebert Moltara

Onkološki inštitut Ljubljana, Slovensko združenje za paliativno in hospic oskrbu, Ljubljana, Slovenia

Pacijenti s neizlječivom bolešću su brojni i svaki od njih u svakom trenutku ima svoje potrebe za palijativnom skrbi. Zbog toga mora biti palijativna skrb organizirana tako da se provodi cjelovito, kontinuirano i mora osigurati kako palijativna skrb na primarnoj razini (obiteljski liječnik, patronažna sestra, liječnik u domu za starije osobe, liječnici na općim odjelima u bolnicama), tako i na specijalizirani razini (odjel akutne palijativne skrbi, mobilne palijativne jedinice). Zbog promjenjivih potreba u vezi liječenja, pacijent može cirkulirati u zdravstvenom sustavu između različitih razina, zbog čega je vrlo važna služba koordiniranja koja usmjerava pacijenta prema trenutnim potrebama i raspoloživosti sustava. Palijativna skrb je liječenje bolesnika s neizlječivom bolešću, ali mora uključivati i podršku bližnjima, tijekom bolesti i nakon smrti bolesnika. Za kvalitetnu provedbu palijativne skrbi potrebno je osigurati mrežu aktivnosti koja osigurava mogućnost podrške bolesniku gdje god se o njemu skrbi (kuća, domovi za starije osobe, bolnica), u bilo kojem trenutku (24/7) i prema njegovim trenutnim potrebama (osnovna ili specijalizirana palijativna skrb).

Mreža palijativne skrbi u Sloveniji tek se razvija, tako da sve razine za mnoge pacijente još nisu dostižne. Trenutačno je najveći izazov kako osigurati dostupnost palijativne skrbi svim pacijentima u svim regijama. Slovenija ima nacionalni program palijativne skrbi, ali proteklih godina, nije omogućio razvoj kako je prvobitno planirano. Na nacionalnoj razini stoga su u tijeku aktivnosti na oživljavanju nacionalnog programa. U osrednjo-slovenskoj regiji središnja bolnica za liječenje raka je Onkološki inštitut Ljubljana (OIL), koji je odgovoran za prevenciju, dijagnozu i liječenje pacijenata oboljelih od raka u državi. Budući da danas sve suvremene smjernice uključuju palijativnu skrb u liječenje bolesnika s neizlječivim karcinomom, OIL već dugi niz godina radi na integraciji palijativne skrbi u svoje poslovanje. Od 2010 OIL je prepoznat kao ESMO Designated center. U sklopu OIL-a pružamo: bolničku skrb za pacijente s najsloženijim simptomima, ambulantnu djelatnost za ranu palijativnu skrb, savjetovanište, pružamo 24-satnu telefonsku podršku, a za pacijente u posljednjem razdoblju i podršku u kući putem Mobilna palijativna jedinica. Palijativna skrb je u onkologiji prepoznata kao velika dobrobit za oboljele od neizlječivog karcinoma, ali je u našoj sredini jako kadrovski manjkava. Stoga je tim važnije optimalno korištenje raspoloživih resursa. Model organizacije specijalizirane palijativne skrbi kakav je uspostavljen na Onkološkom inštitutu htjeli bismo realizirati, uz neke prilagodbe, i u drugim regijama.



STANJE PALIJATIVNE SKRB U RH I KAKO OSIGURATI KONTINUIRANU DOSTUPNOST I KVALITETU ŽIVOTA BOLESNIKA

Vlasta Vučevac

vlasta.vucevac@yahoo.com

Evo nas u Splitu, iza 5 nezaboravnih konferencija u Puli. Započeli smo 2013. godine s puno entuzijazma i smjelosti, i samo s jednim ciljem - pomoći neizlječivim i umirućim bolesnicima. Kroz 5 konferencija jasno smo definirali koji je model palijativne skrbi (PS) najbolji, jer smo geografski jako različiti i ne može zaživjeti isti model PS u gradu, na selu, u zaleđu i na otocima. Znamo kako smo došli do svijetlih primjera prakse koordinatora i mobilnih palijativnih timova (MPT), a zašto imamo područja gdje nemamo gotovo ništa ili lošu improvizaciju PS, a to je nedopustivo.

Zašto imamo problema u PZZ ?

Zašto MPT, koji ostavljaju dušu na terenu i zadovoljne bolesnike, koji žele umrijeti doma, pa makar i kraće živjeti, zašto su ograničeni u svojim mogućnostima pružanja potrebite skrbi, zašto su bez podrške psihologa, socijalnog radnika, duhovnika, zašto doista nisu TIM, tim je očito samo na papiru!

Ne želimo dalje tako raditi, želimo omogućiti dobrima da postanu izvrsni i da potaknu one koji nisu krenuli, zbog straha od problema, zbog različitosti u pristupu MPT u raznim DZ.

LOM je temelj PS, a mnogi još uvijek nemaju usvojen pojam palijativnog pristupa neizlječivom bolesniku, ne znaju tko, kada i zašto treba PS, i zato bolesnici ulaze prekasno u PS.

Zašto SB imaju dobro razvijenu PS, a nasuprot tome više od polovine OB ne želi ni započeti razvijati djelatnost palijative?

U JZM imamo ugovorene postelje, ali ne provodimo PS?

Zašto imamo opiofobiju?

Zašto nemamo Centre žalovanja, zašto nemamo psihologa?

A u cijelom svijetu hospiciji su neizostavni dio PS.

Zašto ne komuniciramo na razini DZ, a niti s OB, a pogotovo ne intersektorski?

Što je Povjerenstvo za palijativnu skrb pri MIZ-u?

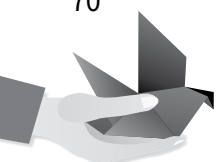
Zašto nemamo aktivnu suradnju s HZZO-m, zašto ne razumiju potrebe palijativnog bolesnika?

Imamo zakonske mogućnosti i dobar model PS, a implementacija u sustav zdravstvene zaštite je neopravdano spora i neujednačena.

PS danas pored ugovorenih MPT i postelja u OB, živi na entuzijazmu volontera, koji kroz svoje znanje, vještine, suosjećajnost i etičke principe, poklanjaju tisuće sati rada bolesnicima i obiteljima, koje ne žele ostaviti nezbrinute vikendom i blagdanom.

Što znači da palijativa počiva na ljubavi pojedinaca!

Ljubav će i dalje biti prisutna u palijativi, ali sustav moramo posložiti, potrebna je revizija!!



O svem tim problemima ćemo pričati na 6. konferenciji, definirati sve probleme, na sve tri razine zdravstvene zaštite i predložiti neke mogućnosti za rješenja, a koja su iznikla iz našeg 10-godišnjeg svakodnevnog rada s neizlječivim i umirućim bolesnicima i njihovim obiteljima.

Danas u Republici Hrvatskoj, kao i u EU, velikom brzinom raste broj bolesnika, koji su upotrebi za bilo kojim oblikom palijativne skrbi, i društvo u cjelini je dužno omogućiti provođenje kontinuirano dostupne palijativne skrbi i tako osigurati kvalitetan život do kraja ovozemaljskog života i dostojanstveno umiranje, bez boli i patnje.

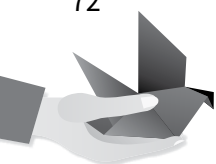


SAŽECI

6. konferencije o palijativnoj skrbi s međunarodnim sudjelovanjem
DESET GODINA ORGANIZIRANE PALIJATIVNE SKRBI U HRVATSKOJ -
ISKUSTVA I PERSPEKTIVE RAZVOJA

ABSTRACTS

6th Conference on Palliative Care with international participation
TEN YEARS OF ORGANIZED PALLIATIVE CARE IN CROATIA -
EXPERIENCES AND DEVELOPMENT PERSPECTIVES



POSTER PREZENTACIJE

POSTER PRESENTATIONS



PEDIJATRIJSKA PALIJATIVNA SKRB

Mirela Stanić-Popović, Gordana Šimunković, Ivana Novoselec

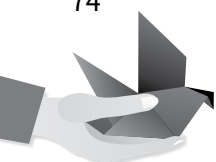
Krijesnica - udruga za pomoć djeci i obiteljima suočenim s malignim bolestima, Zagreb, Hrvatska

mirela@krijesnica.hr

Ključne riječi: Smjernice za razvoj javnih politika utemeljenih na dokazima; pedijatrijska palijativna skrb.

U sklopu projekta Zdravstveni opservatorij koji stoga su izrađene smjernice za razvoj pedijatrijske palijativne skrbi, s preporukama za donositelje javnih politika.

1. Unaprijediti sustav upravljanja razvojem pedijatrijske palijativne skrbi
 - Definirati planski i operativni okvir za razvoj pedijatrijske palijativne skrbi
 - Uspostaviti sustav praćenja razvoja pedijatrijske palijativne skrbi
2. Ojačati stručna znanja i informiranost zajednice o svim aspektima pedijatrijske palijativne skrbi
 - Jačati stručna znanja i kapacitete u pedijatrijskoj palijativnoj skrbi
 - Jačati kapacitete i podrške za pružanje skrbi u zajednici
 - Senzibilizirati javnost i smanjivati predrasude
3. Unaprijediti upravljanje resursima potrebnima za razvoj pedijatrijske palijativne skrbi
 - Podizati standarde u broju stručnjaka, institucionalne uvjete i vrste timova
 - Osigurati različite izvore za kontinuirano osiguravanje resursa
 - Definirati ulogu i koordinaciju među dionicima
 - Unaprijediti uvjete izvaninstitucionalne skrbi (npr. skrb u domu djeteta).



OBITELJSKI LIJEČNIK KAO TEMELJ SUSTVA PALIJATIVNE SKRBI

Ivona Stipica Safić

Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije, Split, Hrvatska

istipica@gmail.com

Ključne riječi: palijativna skrb; interdisciplinarni tim; obiteljski liječnik.

Prevalencija progresivnih kroničnih i onkoloških bolesti je u porastu te je medicinska struka usmjerena na istraživanje metoda za produljenje preživljavanja. Međutim, u terminalnim fazama bolesti glavnu ulogu ima palijativna skrb koja predstavlja specijalizirani oblik medicinske skrbi za osobe koje žive s teškim bolestima te je njen glavni cilj poboljšati kvalitetu života i pružiti najbolju moguću skrb kako umirućem bolesniku tako i njegovoj obitelji. Tri najvažnija područja palijativne skrbi su upravljanje simptomima, psihosocijalna-duhovna podrška te olakšavanje medicinskog odlučivanja. Članovi interdisciplinarnog palijativnog tima su liječnici, medicinske sestre, socijalni radnici i duhovnici koji međusobno usko surađuju. Obiteljski liječnici predstavljaju dio palijativnog tima te u okviru svojih kompetencija pružaju trajnu skrb bolesniku i njegovoj obitelji pri čemu aktivno surađuju sa službama specijalističke palijativne skrbi. Glavne zadaće obiteljskog liječnika su da organizira postupak liječenja, procijeni potrebe bolesnika, predvidi tijek bolesti i pojavu mogućih komplikacija, poduzme potrebne medicinske radnje kako bi na najučinkovitiji način otklonio i olakšao bolne simptome, suzbio neželjene nuspojave liječenja te da propiše pomagala koja će pridonijeti samostalnosti bolesnika. Najčešći simptomi koji bolesnici s teškom bolešću često doživljavaju su bol, umor, anoreksija, mučnina, teškoće s disanjem, anksioznost i depresija. Upravo zajedničkim i ravnopravnim djelovanjem svih članova palijativnog tima nastoje se suzbiti i olakšati navedeni simptomi uz poštivanje dostojanstva pacijenta.



KENNEDYEV TERMINALNI ULKUS

Petra Belušić¹, Ema Đukić¹, Đino Lovrinić¹, Tina Zavidić^{1,2}

¹Istarski domovi zdravlja, Pazin, Hrvatska

²Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet, Katedra za obiteljsku medicinu, Rijeka, Hrvatska

Cilj rada je prikazati rijedak slučaj ozljede kože - Kennedyev ulkus (KTU), koji se javlja u pacijenata na kraju života, s naglaskom na važnosti ovog entiteta u kliničkoj praksi.

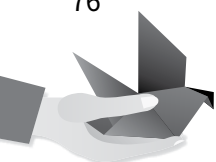
Sedamdesetogodišnjoj ženi koja je bila na liječenju u našem stacionaru za palijativnu njegu, utvrđena je rana na sakrumu za koju, zbog njenih posebnih karakteristika, izgleda, lokacije te brzine progresije posumnjalo da se ne radi o običnom ulkusu zbog pritiska već o posebnom entitetu i vrsti rane, takozvanom Kennedyevom ulkusu.

Kennedyev terminalni ulkus je neizbježno oštećenje kože koje se javlja kao dio procesa umiranja. Oskudna literatura sugerira da se Kennedyevi terminalni ulkusi javljaju iznenada, obično su kruškolikog oblika, locirani u sakralno/kokcigealnoj regiji, crvene, žute ili crne boje, izgledom slični abraziji, a javljaju se nedugo prije smrti.

U ovoj studiji slučaja jedna štićenica ustanove za dugotrajnu njegu iznenada je dobila ulkus pune debljine kože.

Unatoč sveobuhvatnoj njezi i svakodnevnoj brizi i tretmanu, promjena na koži je vrlo brzo progredirala u ulkus IV. stupnja, a pacijentica je nakon sedam dana egzistirala. Prema našim spoznajama o tom se entitetu u svakodnevnoj praksi vrlo malo zna i veliki broj takvih promjena se ne otkriva te ih se evidentira kao dekubitalne rane.

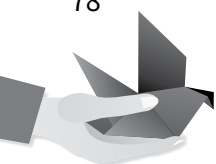
Potrebna su istraživanja o fenomenu oštećenja kože na kraju života kako bi se što bolje pomoglo pacijentu, kliničarima, njegovateljima i rodbini umirućeg bolesnika.





INDEKS AUTORA / AUTHORS' INDEX

A		A	
Anić, Dunja	52	Gorupić, Blaženka	46
B		Grančić, Marija	35, 47
Bedić, Petra	23	Granoša, Ana	52
Begić, Margareta	24	Gvozdanović, Zvonimir	25
Begović, Mario	38	H	
Belušić, Petra	76	Horvatić, Karmen	60
Bertić, Želimir	24	Horvat, Višnja	51
Bilić, Jelena	19	Hrstić, Irena	60
Bilobrk, Josipa	42	Huljev Tolušić, Branimira	35, 47
Bonković, Nikolina	21	I	
Božić Šakić, Maja	32	Ilić Begović, Tanja	35, 47
Božić, Vesna	54	Ivančić, Ante	60, 68
Bralić, Vesna	26	Ivanovska, Marika	29
Braš, Marijana	62	J	
Brumini, Diego	53	Jakimovska, Jovanka	29
Č		Janjić Zovko, Nina	42, 44
Čanadić-Frelj, Miranda	37	Janošević, Danica	14, 30
Čevid, Nikolina	59	Jelić-Balta, Tina	51
Ć		Jordanovski, Lazo	29
Ćulav, Katija	33, 56	Jurić, Martina	59
D		K	
Degen, Barbara	27	Kardum, Sanja	14
Dornik, Tanja	39	Komar, Jasmina	51
Đ		Kopić, Boris	60
Đorđević, Veljko	63	Korade, Jasminka	33
Đukić, Ema	76	Kotarski, Ana	31
E		Kovačević Cuculić, Tjaša	22
Ebert Moltara, Maja	69	Kovačević, Tomi	58
F		Kučuk, Alija	65
Ferlin, Daniel	60	Kučuk, Emina	65
Filipović, Maja	10, 12	Kučuk, Osman	65
Fridl, Hermina	54	L	
G		Landeka, Ivan	66
Gašparović, Angela	10, 12	Ledina, Dubravka	26, 27
Gerić, Josipa	18	Liber, Vesna	46
Gorišek, Mateja	46	Lovrić, Kristina	44
		Lovrinić, Đino	76



M		Š	
Manojlović, Lazar	38	Šalković, Kristina	23
Marasović Šušnjara, Ivana	41	Šekelja, Dijana	31
Matešić, Darja	14	Šimunković, Gordana	74
Matković Puljek, Antonia	20	Šimunović Gašpar, Marinka	16, 17, 18
Mavar Mladen, Mladen	49	Štivić, Ines	39
Milković, Simona	14, 30	Šušterčić, Iva	34, 39
Možanić, Renata	11	T	
Mrzljak, Josipa	23	Tadić, Nada	53
Mrzljak, Vlatka	16, 17, 18, 23	Telebuh, Mirjana	24
Mucić, Marjana	66	Tenžera, Gabrijela	26, 50
Mufić, Marija	59	Tomičić, Marion	42, 44, 61, 67
N		Trivanović, Dragan	60
Ninčević, Jasna	40	V	
Novoselec, Ivana	74	Verebes, Julijana	64
O		Veronika, Dina Linda	43
Omašić, Karolina	38	Veterovska Miljkovic, Lidija	29
P		Vinković, Nataša	52
Pavleska, Lidija	29	Višić, Vitomir	49
Pavlović, Dragica	30, 52	Vokić, Kristina	34
Pecotić, Renata	28	Vrebalov Cindro, Maja	42, 44
Pejić, Ela	37	Vučevac Vlasta	70
Pernar, Selma	55	Vučica, Inga	40
Petranović, Andrej	36	Vuco, Vedrana	50
Polić, Branka	45	Z	
Prole, Neška	59	Zavidić, Tina	76
R		Ž	
Rađa, Marko	42, 44	Žužić Furlan, Sanja	42, 44
Rajn, Marina	51		
Rakić Matić, Jelena	56		
Rogošić, Danijela	13		
S			
Schmidt, Stana	52		
Simunić, Neda Ivana	26		
Slapničar, Ema	67		
Sopić, Danijela	11		
Stanešić, Đurđica	34		
Stanić-Popović, Mirela	74		
Steiner, Justinija	52		
Stepan Giljević, Jasminka	57		
Stipica Safić, Ivona	75		
Stjepanović, Ahnetka	25		
Surina, Marina	15		



Organizacijski i Programski odbori zahvaljuju svim tvrtkama i institucijama koje su pridonijele uspješnom održavanju

6. KONFERENCIJE O PALIJATIVNOJ SKRBI s međunarodnim sudjelovanjem

“Deset godina organizirane palijativne skrbi u Hrvatskoj - iskustva i perspektive razvoja“

3. - 5. studenoga 2023., Hotel Amphora, Split, Hrvatska

Organizing and Program Committee would like to express their gratitude to all firms and institutions who helped make the

6th CONFERENCE ON PALLIATIVE CARE with international participation

„Ten years of organized palliative care in Croatia - experiences and development perspectives“

3 - 5 November 2023, Hotel Amphora, Split, Croatia

possible.

SPONZORI / SPONSORS

BAUSCH HEALTH POLAND sp. z.o.o., Podružnica Zagreb

CARE TRONIK d.o.o.

GRAD SPLIT

LOHMANN & RAUSCHER d.o.

MCS Grupa d.o.o.

MEDICAL INTERTRADE d.o.o.

MEDI-LAB d.o.o.

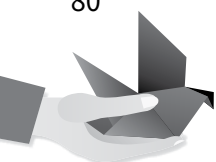
PANON TRADE d.o.o.

PHARMACOL d.o.o.

PROVIDENS d.o.o.

SANITAS d.o.o.

SPLITSKO-DALMATINSKA ŽUPANIJA



MEDI**LAB**

www.palijativnaskrb2023.com

Sponzori / Sponsors:

BAUSCH Health

Caretronic
SINCE 1962



LTR People.Health.Care.

MCS
in2GRUPA


medical intertrade

MEDLAB


panon trade

Pharmacol
DRIVEN BY KNOWLEDGE

 **PROVIDENS**

 **SPLITSKO DALMATINSKA ŽUPANIJA**

 **SANITAS**

Tehnička organizacija / Technical organization:

VIVID ORIGINAL d.o.o.

Maksimirska cesta 112a, HR-10000 Zagreb, Hrvatska / Croatia



Kontakt: Goran Grbić

M +385 (0)98 1706 028

Vivid Original @ goran.grbic@vivid-original.com