

Bolnička palijativna rehabilitacijska skrb neuroloških bolesnika u Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof Opće bolnice Varaždin

Inpatient palliative rehabilitation care of neurological patients in Post-acute and Palliative Care Department Novi Marof, General Hospital Varaždin

Saša Moslavac*, Aleksandra Moslavac

Opća bolnica Varaždin, Služba za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof, Novi Marof, Hrvatska

Sažetak. Palijativna rehabilitacijska skrb dio je bolničke palijativne skrbi kojom se holističkim pristupom bolesniku, ciljanim metodama multiprofesionalnog tima, svima, pa i neurološkim bolesnicima u fazama pogoršanja kronične bolesti ili kod brzoprogresivnog neurološkog stanja nastoji pomoći u poboljšanju funkcije i smanjenju oštećenja struktura tijela, umanjiti ograničenja u aktivnostima i participaciji. Time se i u fazama bolesti kada aktivno liječenje više nije indicirano, bolesnicima omogućuje samostalnost dajući im dignitet do samog kraja života, koliko to prirodni procesi dopuštaju. Uloga specijalista fizikalne medicine i rehabilitacije i tima suradnika može biti ključna u ovim procesima.

Ključne riječi: fizikalna medicina i rehabilitacija; neurološke bolesti; palijativna skrb

Abstract. Palliative rehabilitation care as a part of palliative care integrates multi-professional team approach and holistic model in management of palliative patients, including neurological in phases of chronic deteriorating or acute progressive conditions, enabling them to improve functioning, diminish structural impairments and reduce activity limitations and participation restrictions. The approach empowers patients in self-care in stages of diseases where an active treatment is no longer feasible, enabling their dignity to the end of life, as much as the nature of the condition allows. The role of Physical and Rehabilitation Medicine specialist and the team may be of key importance in this process.

Keywords: nervous system diseases; palliative care; physical and rehabilitation medicine

***Dopisni autor:**

Prim. dr. sc. Saša Moslavac, dr. med., Senior FEBPRM

Opća bolnica Varaždin, Služba za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof
Varaždinska 2, 42220 Novi Marof, Hrvatska
E-mail: sasa.moslavac@yahoo.com

<http://hrcak.srce.hr/medicina>

PALIJATIVNA BOLNIČKA SKRB

Svjetska zdravstvena organizacija definira palijativnu skrb kao oblik specijalizirane medicinske skrbi kojom se optimizira kvaliteta života bolesnika ranim prepoznavanjem i liječenjem simptoma kod bolesnika s onesposobljujućim progresivnim i kroničnim bolestima koje skraćuju očekivano trajanje života, a koja se provodi simultano s aktivnim liječenjem bolesti i kasnije, u terminalnom stadiju bolesti. Uključuje pomoć bolesniku i obitelji u olakšanju patnje zbog tjelesnih simptoma, psihosocijalne nadgradnje bolesti i u postizanju duhovnog smirenja. Palijativni multiprofesionalni tim uključuje liječnika, medicinsku sestru, fizioterapeuta, radnog terapeuta, psihologa, socijalnog radnika, farmaceuta, duhovnika, osobe koje brinu o bolesniku i ostale. Palijativnu skrb, uz onkološke, trebaju i bolesnici oboljeli od drugih bolesti, pa i oni s teškim brzoprogresivnim akutnim ili kroničnim neurološkim bolestima koje postupno pogoršavaju funkcijske sposobnosti bolesnika i njihovu aktivnost i participaciju¹. To su stanja kompleksnog kliničkog nastupa i tijeka, simptomatologije i prezentacije, stupnja onesposobljenosti i prognoze. Bolesnici s kroničnim neurološkim bolestima imaju progresiju bolesti bez nade za izlječenjem, stoga tretman simptoma i palijativnu skrb treba započeti već kod početka takvih bolesti. Valja otkloniti patnju zbog simptoma bilo koje naravi i time poboljšati kvalitetu života, uz holistički biopsihosocijalni pogled na bolesnika i njegovu okolinu. Kod bolesnika s neurodegenerativnim bolestima potrebna je iskrena komunikacija o progresiji i konačnom ishodu bolesti te o odlukama o postupcima liječenja i tretmana pri kraju života. Time se mogu postaviti jasniji ciljevi skrbi i kod zadnjih stadija bolesti i tome prilagoditi preskripciju lijekova, postupke u skrbi i terapiji (npr. fizikalnoj, radnoj). Ciljeve postupaka u liječenju valja usuglasiti s ciljevima i zadovoljstvom bolesnika načinom liječenja i pritom umiriti zabrinutu obitelj. Učinkovit palijativni pristup kod bolesnika s neurološkim stanjima zahtijeva specifična znanja i vještine kako bi se principi palijativne medicine prilagodili tim osobitostima, uz korištenje različitih servisa i vještina i kompetencija članova multiprofesionalnog tima. Nekoliko je većih neuroloških područja u kojima se bolesnici mogu i trebaju i palijativno zbrinjavati. Tu se ubra-

jaju sve brojnije populacije bolesnika sa sekvelama moždanog udara, demencijom, Parkinsonovom bolešću, multiplom sklerozom, kroničnim stanjima nakon ozljede mozga i kralježnične moždine i neizlječivim neurodegenerativnim bolestima poput amiotrofične lateralne skleroze. Stoga imamo sve opsežnije izazove palijativne medicinske skrbi koji kod tih bolesnika uključuju raznolik simptomatologiju i brzinu progresije bolesti, nedostatak pouzdanih prognostičkih markera, nedostatak dokaza učinkovitosti pojedinih vidova simptomatskog lije-

Palijativna rehabilitacijska skrb integrira rehabilitaciju, liječenje simptoma te osnaživanje bolesnika i obitelji u holističkom modelu skrbi svojstvenom fizikalnoj i rehabilitacijskoj medicini. Multiprofesionalni tim liječnika specijalista fizikalne medicine i rehabilitacije, sestara, fizioterapeuta, radnih terapeuta, psihologa, socijalnih radnika i ostalih, u suradnji s bolesnikom i obitelji (skrbnicima, njegovateljima) zajedno dogovara ciljeve skrbi.

čenja te visoku prevalenciju teškoća u komunikaciji, kognitivnih oštećenja i bihevioralnih promjena. Uz multiprofesionalni pristup, liječnik koji koordinira timom stručnjaka mora biti upoznat s kompleksnim posljedicama bolesti, prognostikom i planiranjem ciljeva vremenski bliske i kasnije skrbi. Fokus nije samo na tjelesnom, već i na psihičkom, duhovnom i socijalnom ekvilibriju. Liječnik mora biti dobar komunikator, sposoban donositi odluke, konzultirati suradnike i transferirati znanje, mora biti upoznat s logistikom skrbi koja uključuje korištenje servisa u institucijama i zajednici, pa i njihovo plaćanje. Palijativna bolnička skrb širi je pojam od hospicijske skrbi koja, u naravi, znači pomoć u zadnjih šest mjeseci neizlječive bolesti, u kojoj se više ne pokušava aktivno liječenje². Bolesnicima s očekivanom skorom smrću pomaže se, primjerice, agresivnijom terapijom boli ili teškoća u disanju, no palijativna bolnička skrb može se provoditi i u fazama pogoršanja bolesti uz programe aktivnog liječenja.

PALIJATIVNA REHABILITACIJSKA SKRB NEUROLOŠKIH BOLESNIKA

U Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof Opće bolnice Varaždin obavlja se su-

kladna zdravstvena djelatnost uz primjenu i praćenje jedinstvene doktrine i metodologije specijalizirane bolničke palijativne medicine. U sklopu navedenoga provodi se palijativna rehabilitacijska skrb (PRS) koja integrira rehabilitaciju, liječenje simptoma i osnaživanje bolesnika i obitelji u holističkom modelu skrbi³. Rad se odvija multiprofesionalno te svi članovi tima, uključujući liječnike, fizioterapeute i radne terapeute, medicinske sestre, psihologa, socijalnu radnicu, u suradnji s bolesnikom i obitelji (skrbnicima, njegovateljima) zajedno dogovaraju ciljeve skrbi. Osnovni su ciljevi optimiziranje funkcije bolesnika s životno ograničavajućom i napredujućom bolesti, omogućavanje samostalnosti u aktivnostima svakodnevnog života, od samozbrinjavanja do vokalnih i avokacijskih aktivnosti poput radne aktivnosti ili participiranja u hobijima. Ovaj pristup pruža dostojanstvo životu narušenom napretkom bolesti i gubitkom kontrole nad tjelesnim funkcijama te podržava, koliko je to moguće, kvalitetu života do same terminalne faze bolesti i smrti. Mjesto fizikalne medicine i rehabilitacije u navedenim je procesima lako uočljivo: fizijatar je specijalist koji je svojim specijalističkim obrazovanjem kurikularno usmjeren na aktivnosti koje za cilj imaju povećanje kvalitete života bolesnika, koji rehabilitacijskim intervencijama nastoji umanjiti limitacije u aktivnostima proizašlim iz poremećaja struktura i funkcija tijela te ukloniti restrikcije u participaciji u životu bolesnika koje su nastale u procesu napretka bolesti⁴⁻⁵. Fizijatar djeluje u timu kojim koordinira i dogovara kratkoročne i dugoročne ciljeve zdravstvenih postupaka palijativne skrbi, pritom se oslanjajući na kompetencije članova tima u interdisciplinarnom radu, uvažavajući specifičnosti svake struke i moderirajući njihovo djelovanje i moguća preklapanja u radu. Fizijatri trebaju holistički procijeniti bolesnika podrobnom anamnezom i kliničkim pregledom, identificirati kliničke, neurološke i funkcijske probleme proizašle iz aktualnog stanja, postaviti realne kratkoročne i dugoročne ciljeve i zacrtati puteve liječenja koji će do njih dovesti. Efikasno vodstvo jedan je od najvažnijih atributa za koordiniranje timske dinamike, delegiranje zadataka, propisivanje lijekova, povezivanje s drugim specijalistima, preporučivanje nastavne skrbi uključuju-

jući lijekove, rehabilitacijska pomagala i tretman u zajednici. Također, fizijatar u palijativnom timu posjeduje vještine poput brige o traheostomiji i promjeni kanile ili debridmanu dekubitusa. Fizioterapeuti su esencijalni u provođenju PRS-a, u praćenju učinkovitosti pojedinih procedura i napretka bolesnika, u treningu balansa, sjedenja, stajanja i hoda, transferima, očuvanju opsega pokreta u zglobovima, jačanju mišića i opće kondicije. Kao i u rehabilitacijskoj medicini, i u palijativnoj medicini vrijede postulati uporabe ostalih fizikalnih modaliteta prema indikacijama i mogućim kontraindikacijama: elektroterapije, termoterapije, ultrazvuka, magnetoterapije, hidroterapije i ostalih. Radni terapeuti jednako su važni u treningu posture, transfera, aktivnosti svakodnevnog života poput osobne higijene i oblačenja, pripremi i uzimanju hrane, brige o neposrednoj okolini. Također se, kao i kod standardnih rehabilitacijskih postupaka, u nepalijativnih bolesnika procjenjuje životna okolina radi evaluacije i opskrbe pomagalima poput invalidskih kolica te učenja kretanja u njima ili korištenja ortoza kod hranjenja ili pisanja. Sestre u palijativnom timu preuzimaju najveći dio brige oko bolesnika, svakodnevno, kod osoba u terminalnim stadijima bolesti i trajno. Naglasak je na njezi bolesnika, pravodobnom uočavanju potreba za unosom hrane i tekućine peroralnim ili alternativnim putem (nazogastrična sonda, perkutana gastrostomija, intravenska nadoknada..), praćenju vitalnih znakova i osjećaja nedostatka zraka, potrebe za analgezijom, na zaštiti kože i očuvanju dostojanstva osobe kod eliminatorskih disfunkcija stolice i mokrenja. Kod osoba koje su u fazama bolesti koje omogućuju intermitentni odlazak na kućnu skrb, sestre mogu educirati obitelj u raznim aspektima njege. Proces liječenja i sveukupnog tretmana osoba u neurološkoj palijativnoj skrbi težak je i psihološki za bolesnika i obitelj, stoga će psiholog pružiti trajnu podršku svima koji su uključeni u skrb, prvenstveno bolesniku, i osigurati *feedback* i psihološku podršku ostalim članovima tima te, po potrebi, pomoći obitelji u procesu žalovanja. Socijalni radnik pomaže u planiranju skrbi s obitelji i zajednicom kod početnih faza palijativne skrbi, u olakšavanju korištenja servisa u zajednici, a u terminalnoj fazi bolesti, ukoliko je potrebno, poma-

že u snalaženju obitelji prije i neposredno nakon smrti bolesnika. Član tima može biti i dijetetičar koji u suradnji s timom određuje dijetalne potrebe pojedinog bolesnika, osobito u fazi kaheksije, farmaceut u pomoći kod adekvatne analgezije, ortopedski tehničar kod opskrbe pomagalicama, duhovnik u duhovnoj pomoći bolesniku i obitelji i ostali.

CILJEVI PALIJATIVNE REHABILITACIJSKE SKRBI

Cilj PRS-a je riješiti sve probleme koji mogu negativno promijeniti funkciju i strukturu tijela, također i minimizirati ograničenja u sudjelovanju u dnevnim i društvenim aktivnostima. Zbog smanjene pokretljivosti bolesnicima je često potrebna pomoć za okretanje u krevetu, sjedenje, premještanje, hodanje, osobnu higijenu, hranjenje i oblačenje. Početni fokus je na kontroli nad primarnim tjelesnim funkcijama i uklanjanju boli, prije složenijih pitanja kao što su društvene aktivnosti i participacija. Usmjeravanje na povećanje potencijala bolesnika za sudjelovanjem u društvenim i općim životnim aktivnostima unatoč navedenom stanju, jedan je od dugoročnih ciljeva PRS-a. Palijativni tim pomaže u svladavanju prepreka pažljivim odabirom metoda i opreme kako bi se i u mogućem kasnijem životu u zajednici osigurali zadovoljavajući životni uvjeti.

ISHODI I PLANIRANJE OTPUSTA

Učinkovit program PRS-a trebao bi sveobuhvatno procijeniti svaki pojedini aspekt potreba bolesnika, za što je važan pregled medicinske dokumentacije, anamneza, sustavan klinički pregled, laboratorijske pretrage, radiološke slike, procjena eliminatorne funkcije crijeva i mokraćnog mjehura i njega kože, pregled medikamentozne terapije, fizikalna i radna terapija u procjeni motoričkih i senzornih promjena, procjena svakodnevnih životnih aktivnosti kao što su transferi, njega, prehrana, higijena i oblačenje. Dio PRS-a je procjena psihosocijalnih potreba, potreba za pomagalima za kretanje i opremom, kratkoročno i dugoročno. Planiranje mogućeg otpusta podrazumijeva kontinuiranu komunikaciju i povezivanje s obitelji bolesnika i institucijama kako bi se riješile specifične potrebe pojedinog bolesnika nakon otpusta. De-

taljan pisani plan otpusta i preporuka šalje se liječniku obiteljske medicine. Ovaj plan skrbi trebao bi jasno odrediti očekivane potrebe bolesnika i načina praćenja u zajednici, uključujući daljnje liječenje, dijagnostičke obrade, fizikalnu terapiju i potrebnu njegu. Nekim bolesnicima može biti potreban nastavak skrbi kroz organizirane kućne posjete mobilnog palijativnog tima, a po potrebi mogu se ponovno primiti u bolnicu. Suradnja se odvija između županijskih koordinatora, liječnika obiteljske medicine, mobilnih timova

U Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof Opće bolnice Varaždin u periodu od dvije godine zabilježena su 753 zapisa bolesnika u potrebi bolničke palijativne skrbi neurološke geneze, što je gotovo četvrtina ukupnog broja liječenih. Neurološka bolest bila je dominantno stanje ili uzrok naknadnog, često smrtonosnog komorbiditeta bolesnika.

i bolnica. Potreba za ponovnom hospitalizacijom uvelike ovisi o razini podrške koja je dostupna kod kuće te mogućnostima i stručnosti lokalnih pružatelja usluga.

SLUŽBA ZA PRODUŽENO LIJEČENJE I PALIJATIVNU SKRB NOVI MAROF

1776. godine na brežuljku pored novog majura (Marof) izgrađen je ranobarokni, jednokatni, četverokutni dvor s unutrašnjim dvorištem koji je do 1923. bio u vlasništvu grofova Erdödy. Odlukom tadašnjeg načelnika kabineta Ministarstva zdravlja dr. Andrije Štampara 10. prosinca 1926. godine u dvorcu je otvoren sanatorij za plućne bolesnike pod imenom "Državno lječilište za tuberkulozne bolesnike". Promjenom strukture bolesnika mijenjao se i naziv bolnice pa je tako 1946. godine ustanova promijenila ime u Zemaljsko lječilište Novi Marof. Od 1949. godine naziv je Bolnica za tuberkulozu pluća i plućne bolesti. 1979. godine ime se mijenja u Bolnica za plućne bolesti, TBC i kronične bolesti, potom Specijalna bolnica za kronične bolesti Novi Marof. 1. siječnja 2014. Specijalna bolnica u Novom Marofu je zajedno sa Specijalnom bolnicom za plućne bolesti u Klenovniku administrativno spojena s Općom bolnicom Varaždin te je danas jedna od Službi

OB-a Varaždin. 7. rujna 2018. otvorena je zgrada novog spojnog objekta s ukupno 72 kreveta za palijativnu skrb, izgrađena i opremljena bespovratnim sredstvima Europske unije, čime je bolnica u Novom Marofu postala najveći i najmoderniji centar za palijativnu skrb u Hrvatskoj s ukupno 89 bolničkih kreveta. Tome broju valja pribrojiti približno isti broj bolničkih kreveta produženog liječenja, koji se mijenja po potrebi službe, naročito u vremenu pandemije COVID-19. Iskustvo rada u palijativnoj bolničkoj skrbi ove bolnice seže desetljećima unatrag, uz poseban poticaj izgradnjom novog i unaprjeđenjem dosadašnjih bolničkih odjela. To je praćeno sustavnim napretkom u formiranju timova liječnika i suradnika, tako da u profilu liječnika postoje specijalisti fizikalne medicine i rehabilitacije, neurologije, interne medicine, kardiologije, nefrologije, gastroenterologije, endokrinologije, psihijatrije, radiologije, uz liječnike na specijalizacijama, dok u multiprofesionalnim timovima imamo suradnike medicinske sestre, fizioterapeute (20-ak), radne terapeute (zasad dvoje), psihologa, socijalnu radnicu, farmaceuta, laborante, duhovnika, dobavljače ortopedsko-rehabilitacijskih pomagala, uz podršku ostalih službi Opće bolnice Varaždin. Pacijentima se na temelju procjene liječnika i članova tima, uz povremene timske sinteze određuju ciljevi liječenja, propisuje fizikalna i radna terapija te provode intervencije socijalne radnice i psihologa, uz poticanje suradnje s članovima obitelji bolesnika. Kod većine bolesnika, osim u trenutcima osobito lošeg zdravstvenog stanja i u agoniji, svakodnevno se provode postupci PRS-a. Kod bolesnika za koje je izgledna daljnja skrb obitelji u kućnim uvjetima, provodi se i edukacija članova obitelji, npr. u pripremi hrane i hranjenju pacijenata s nazogastričnom sondom, gastrostomom ili *feeding* jejunostomom, oko brige o očuvanju integriteta kože tijela (npr. korištenja antidekubitalnog madraca, previjanja dekubitalnih rana), brige o eliminatornim disfunkcijama (npr. pražnjenja ili zamjene vrećica trajnog urinarnog katetera ili kolostome, ili postavljanju supozitorija i promjene pelena) ili npr. toalete traheostome i kanile te aspiracije u kućnim uvjetima. Navedenu edukaciju provode medicinske sestre u dogovoru s vodećim liječnikom, koji osigurava opskrbu potrebnim pomagalima

(za kretanje: štake, hodalice, kolica; anti-dekubitalne jastuke i madrace; kućni aspirator ili oksigenator; ortoze za hranjenje; pomagala za inkontinenciju) i kontinuitet fizikalne terapije i zdravstvene njege u kući. U takvim slučajevima, briga o bolesniku dijeli se s nadležnim liječnikom obiteljske medicine i mobilnim palijativnim timom, tj. županijskim koordinatorom palijativne skrbi koji postoje u svakoj županiji. Mobilni palijativni tim čini liječnik i medicinske sestre u patro-naznom terenskom radu, koji su preko liječnika obiteljske medicine povezani sa Službom Novi Marof. Suradnju procjenjujemo dobrom uz težnju za što boljim obuhvatom potrebite populacije bolesnika u zajednici. Služba je nastavna baza Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i Sveučilišta Sjever, i ovaj model mogao bi se okruniti procesom priznavanja Službe Novi Marof Referentnim centrom za palijativnu medicinu Ministarstva zdravstva RH.

U razvitku palijativne skrbi u Hrvatskoj, valjalo bi još harmonizirati:

- a) horizontalno – mreže mobilnih palijativnih timova u suradnji s liječnicima obiteljske medicine te onkolozima, internistima, neurolozima i kirurzima općih i kliničkih bolnica, centre za socijalnu skrb, domove zdravlja s posudionicama pomagala, mreže ustanova za starije i nemoćne (domova), uz senzibiliziranje liječničkih povjerenstava HZZO-a za potrebe palijativnih bolesnika (npr. u odobravanju pomagala iz Pravilnika o ortopedskim i drugim pomagalima, odobravanju njege bolesnika, odobravanju fizikalne terapije u kući bolesnika)
- b) vertikalno – suradnju sa svim bolnicama u Hrvatskoj uz preporuke za uspostavljanje stacionarne palijativne skrbi u općim bolnicama i kliničkim centrima i rad multiprofesionalnih timova koji uključuju palijativnu rehabilitacijsku skrb, uspostavu mreže lokalnih mobilnih palijativnih timova, institucionalnu suradnju u zemlji (medicinski fakulteti, Centar za palijativnu medicinu, Ministarstvo zdravstva i Direkcija HZZO-a, javni pravobranitelj, pravobraniteljica za osobe s invaliditetom, udruge za zaštitu prava pacijenata...), kao i s ustanovama i institucijama istog profila u široj europskoj zajednici i tijelima Europske unije.

PODATCI IZ SLUŽBE ZA PRODUŽENO LIJEČENJE I PALIJATIVNU SKRB NOVI MAROF 2020. I 2021. GODINE

Uvidom u informacijski sustav pronašli smo 753 zapisa liječenja bolesnika u potrebi bolničke palijativne skrbi neurološke geneze, u periodu od dvije godine (2020. i 2021.), od ukupno 3232 zapisa liječenja bolesnika, što čini 23,3 % ukupno liječenih bolesnika. 80 % neuroloških bolesnika liječeno je jednom (sa smrtnim ishodom ili bez smrtnog ishoda), dok je preostalih 20 % u bolnicu primljeno dva ili više puta. U nekih je bolesnika neurološka bolest bila dominantan problem, a u nekih je predstavljao značajan osnovni uzrok naknadnog komorbiditeta bolesnika, od kojih su neki i preminuli. Komorbiditeti su kod kondicioniranih bolesnika najčešće povezani s upalnom patologijom mokraćnog i dišnog sustava, srčanom i bubrežnom insuficijencijom, jetrenim lezijama ili sarkopenijom u sklopu senija. Kod bolesnika su aktivni postupci PRS-a rađeni nakon postizanja hemodinamske stabilnosti, a u načelu su suspendirani u agonalnoj, terminalnoj fazi života. Dio bolesnika je nakon PRS-a čak bio u mogućnosti provesti rehabilitaciju stacionarnog tipa u ustanovi (specijalnim bolnicama za medicinsku rehabilitaciju), dok je za dio bolesnika u fazi planiranja otpusta predviđen nastavak fizikalnom terapijom u kući uz opskrbu rehabilitacijskim (ortopedskim) pomagalicama koja su odobrena i isporučena za vrijeme bolničke palijativne skrbi. Udio neuroloških bolesnika od gotovo četvrtine (23,3 %) u fokus nam stavlja opsežnost broja potrebitih i u palijativnoj fazi liječenja, naspram uobičajene percepcije da se radi samo o bolesnicima s onkološkim stanjima. Prema tome, fizikalna i rehabilitacijska medicina i PRS sa svojim principima multiprofesionalnog timskog rada imaju svoje mjesto i u skrbi za neurološke bolesnike u zadnjim fazama bole-

sti, kako to jest u Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof Opće bolnice Varaždin⁶.

ZAKLJUČAK

Palijativna rehabilitacijska skrb dio je bolničke palijativne skrbi te se provodi i u neuroloških bolesnika. Koriste se metode i sustav timskog rada fizikalne i rehabilitacijske medicine, holističkim pristupom s ciljem olakšanja simptoma, promoviranja funkcije, pomaganja bolesniku i obitelji. Na temelju naših podataka, neurološki bolesnici čine znatan broj od ukupnog broja palijativnih bolesnika na liječenju i skrbi u Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof. Daljnjim istraživanjem mogli bismo točnije procijeniti korist intervencija PRS-a, kako u neuroloških tako i u ostalih palijativnih bolesnika.

Izjava o sukobu interesa: Autori izjavljuju kako ne postoji sukob interesa.

LITERATURA

1. Boersma I, Miyasaki J, Kutner J, Kluger B. Palliative care and neurology: time for a paradigm shift. *Neurology* 2014;83:561-7.
2. Tatum PE, Mills SS. Hospice and Palliative Care: An Overview. *Med Clin North Am* 2020;104:359-73.
3. Barawid E, Covarrubias N, Tribuzio B, Liao S. The benefits of rehabilitation for palliative care patients. *Am J Hosp Palliat Care* 2015;32:34-43.
4. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 7. The clinical field of competence: PRM in practice. *Eur J Phys Rehabil Med* 2018;54:230-60.
5. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 6. Knowledge and skills of PRM physicians. *Eur J Phys Rehabil Med* 2018;54:214-29.
6. Nair KPS, Chandler B, Lee M, Oliver D, Sansam K, King L et al. Rehabilitation medicine in palliative care of chronic neurological conditions. *BMJ Support Palliat Care* 2020;2020:002415.