

Palijativna skrb

Vilena Maglica Šoša¹, Rozmari Tusić², Marija Budigam Škvorc¹, Ljiljana Hoić¹

¹Dom zdravlja *Zagreb-Centar*

²Dom zdravlja Primorsko-goranske županije

Sažetak:

Već dugi niz godina u Hrvatskoj je prepoznata potreba za kvalitetnom i koordiniranom palijativnom skrbi na svim razinama zdravstvene zaštite. Na primarnoj razini ključno je djelovanje mobilnog palijativnog tima. Njega čine liječnik i medicinska sestra, a uloga mu je prepoznati potrebe pacijenta i njegove obitelji, zadovoljavati ih direktno u svojoj domeni te, u suradnji s liječnicima obiteljske medicine, povezivati i sa sekundarnom i tercijarnom razinom. S obzirom da palijativna skrb podrazumijeva cjelokupnu skrb koja nadilazi granice medicine, potrebna je i suradnja tima s raznim udrugama i drugim nemedicinskim djelatnostima. Takav multidisciplinarni pristup uključuje psihologe, duhovnike, socijalne radnike, volontere i sve one kojise bave problematikom teškog i neizlječivog bolesnika.

Kvalitetna palijativna skrb na primarnoj razini nužna je jer značajno unapređuje kvalitetu ne samo bolesnikova života do samog kraja, nego i cjelokupne zdravstvene zaštite. Naime, smanjuje se potreba za intervencijama hitne medicinske službe u kupiranju bolova, mučnina i povraćanja što su najčešći razlozi radi kojih je pozvana pomoć u kuću. Palijativni tim identificira i predviđa probleme, educira obitelj o neizbježnim pogoršanjima i osigurava adekvatne lijekove i pomagala. Time se preveniraju i odgađaju eventualne rehospitalizacije koje su ne samo skupe za zdravstveni sustav, nego i izrazito neugodne pacijentu.

Ključne riječi: palijativna skrb, patronažna medicinska sestra, mobilni palijativni timovi

Uvod

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO) palijativna je skrb pristup kojim se bolesnicima suočenim s neizlječivom bolešću i njihovim obiteljima čuva i unapređuje kvaliteta života kroz prevenciju i olakšavanje simptoma sredstvima ranog otkrivanja, procjene i liječenja boli te kroz olakšavanje ostalih psihičkih, psihosocijalnih i duhovnih problema. Palijativna skrb je aktivna, totalna skrb o bolesniku čija bolest ne odgovara na kurativni tretman. Palijativna skrb je interdisciplinarna a obuhvaća i bolesnika i obitelj i zajednicu.

Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti iz 2003. godine (NN 121/03) u članku 8. palijativna skrb navodi se kao jedna od mjera zdravstvene zaštite. Članak 24. predviđa obavljanje zdravstvene djelatnosti na tri razine (primarna, sekundarna i tercijarna) te na razini zdravstvenih zavoda

Prema postojećim podacima u našoj zemlji kod kuće umire oko 15. 000 ljudi, što je više od 30% svih umrlih u godinu dana. Dosadašnja praksa primjenjuje smjernice palijativne skrbi s ciljem održavanja kvalitete života pacijenata i njihovih obitelji suočenih s problemima povezanim s smrtonosnom bolešću u djelatnostima primarne zdravstvene zaštite (tim opće medicine, pedijatrijski tim, tim patronaže) i obitelji. Sukladno procjeni i kategorizaciji pacijenata u rješavanje simptoma bolesti uključuju se i medicinske sestre iz Ustanove za zdravstvenu njegu u kući, Udruge za palijativnu skrb, socijalni radnici, duhovnici, laici i drugi stručnjaci.

Novim zakonskim promjenama prema kojima se u Primarnu zdravstvenu zaštitu uvode timovi za palijativnu skrb i liječenje, mijenja se dosadašnja ključna uloga obiteljskog liječnika, na način da on postaje član interdisciplinarnog ili multiprofesionalnog tima uvažavajući novi pristup integriranja palijativnih metoda i postupaka u skrb za pacijenta i njegovu obitelj. To uključuje ne samo farmakološku i ne farmakološku terapiju, već i komunikaciju s pacijentom i obitelji te odlučivanje i postavljanje ciljeva u skladu s načelima palijativne skrbi.

Patronažna skrb palijativnog bolesnika

Patronažna medicinska sestra obzirom na razinu obrazovanja i kompetencije nezaobilazni je dio navedenih timova, integrirana u svim oblicima zdravstvene njege kako s oboljelim tako i s cijelom obitelji.

Nakon otpusta iz bolnice unutar 24 sata patronažna medicinska sestra posjećuje obitelj te ovisno o pacijentovom samoodređenju/odlučivanju planira mjesto skrbi i postupke zdravstvene njege (obrazac „izvješće/plan patronažne sestre- produženje zdravstvene njege u kući osigurane osobe“). U suradnji s obiteljskim liječnikom u skrb se uključuje tim iz domene palijativne skrbi.

Uvidom u otpusno pismo, prikupljenim podacima od pacijenta i članova obitelji te cjelovitog pregleda i stanja bolesnika procjenjuje njegove fizičke, psihičke te socijalne i duhovne potrebe. U umirućih bolesnika često su prisutni brojni problemi, koje treba svakodnevno procjenjivati koristeći sve spomenute resurse s točno definiranim prioritetima njihova

rješavanja uz stalnu evaluaciju u koordinaciju unutar tima (interdisciplinarni ili multidisciplinarni pristup).

Intervencije patronažne medicinske sestre kod palijativnog bolesnika:

Izvid patronažne sestre u domu bolesnika (kućna posjeta) usmjeren je na uspostavu povjerenja s bolesnikom i članovima obitelji, poštivanje privatnosti, autonomnosti i dostojanstva sukladno moralnim, vjerskim i etičkim načelima uz uvažavanjem želje bolesnika te njegovo odlučivanje u vezi liječenja i skrbi.

1. Izvid obuhvaća cjelovitu procjenu zdravstvenog stanja i kategorizaciju bolesnika:

- Mjerenje i dokumentiranje vitalnih funkcija, tjelesne težine, ITM, GUK-a, tjelesne temperature i ostalih funkcija.
- Funkcionalna procjena i percepcija zdravlja (konzumiranje cigareta, alkohola), korištenje lijekova, higijenske navike, prehrane navike (nutritivni status, uzimanje tekućine, eliminacije stolice i urina), problemi s cirkulacijom ,stanje svijesti, pokretljivost, samostalnosti, aktivnosti svakodnevnog života, spavanje, ponašanje, reakcije na stres, uloge/odnosi, vrijednosti i vjerovanja.
- Procjena tjelesnog stanja kože, sluznica, lpkomotornog sustava.
- Procjena boli, kvantitativna i kvalitativna pomoću skale 1-10.
- Procjena načina i mogućnosti primjene propisanih lijekova ili alternativnih rješenja
- Procjena psihičkog stanja (, prisutnost ljutnje, tuge, anksioznosti, socijalne izolacije,faze umiranja i sl.).
- Procjena osposobljenosti obitelji za uključivanje u njegu i skrb (znanje i mogućnosti članova obitelji u rješavanju zdravstvenih i socijalnih potreba oboljelog člana).
- Procjena socijalnog statusa obitelji uz mogućnost rješavanja i dobivanja financijske potpore u suradnji s Centrom za socijalni rad.
- Procjena potrebe za nastavak zdravstvene njege, preporuka postupaka, te vrednovanje provedene zdravstvene njege putem obrasca Izvješće/plan patronažne sestre-produženje zdravstvene njege u kući osigurane osobe.
- Kontinuirana komunikacija i timska suradnja sa svim članovima multiprofesionalnog tima u skrbi za palijativnog bolesnika.

2.Edukacija bolesnika i članova obitelji:

- Sučeljavanje s bolešću, njezinom progresijom, načinu provođenja potrebnih postupaka u vezi prevencije padova, komplikacija dugotrajnog ležanja, pothranjenosti, opstipacije, inkontinencije urina ili stolice i sl.
- Edukacija o prehrani i unosu tekućine radi zadovoljenja bolesnikovih kalorijskih i nutritivnih potreba.
- Savjetovanje oko štetnosti pušenja i uzimanju alkohola
- Edukacija o ublažavanju prisutnih tjelesnih simptoma i simptoma bolesti (strah, anksioznost, socijalna izolacija, bol, nemir, povraćanje, mučnina, dehidracija, opstipacija, rizik za dekubitus, infekciju, ozljede).
- Prepoznavanje neželjenog efekta djelovanja lijekova.
- Poticanje komunikacije s bolesnikom da izrazi svoje potrebe i želje
- Poticanje komunikacije s članovima obitelji
- Savjetovanje bolesnika i članova obitelji u vezi organizacije palijativne skrbi, upoznavanje s mogućnošću smještaja u zdravstvene, socijalne i privatne ustanove
- Potpora obitelji putem razgovora, slušanje i razumijevanje njihovih potreba u skrbi zaumirućeg člana.
- Suradnja sa svim ustanovama za potrebe obitelji i bolesnika.
- Pružanje potpore obitelji u fazi žalovanja.

1. Mobilni palijativni timovi u Primorsko-goranskoj županiji

Od 1. rujna 2008. godine u sklopu Doma zdravlja Primorsko-goranske županije na inicijativu Grada Rijeke i Primorsko-goranske županije uspostavljen je projekt palijativne skrbi. U sklopu projekta do 2010. godine radila su dva mobilna tima a od 01. siječnja 2011. godine rade tri tima. Sjedište timova je u ulici Ive Marinkovića 11 u Rijeci i to su prvi timovi takve vrste u Hrvatskoj.

Mobilni timovi trenutno brinu o palijativnim pacijentima na području Grada Rijeke, Kraljevice, Kastva, Bakra i Općina Matulji, Klana Viškovo, Čavle, Jelenje –Dražice i Kraljevica.

Timovi rade u sastavu liječnik i medicinska sestra a imamo i dispečera koji zaprima pozive.

Način rada mobilnih palijativnih timova

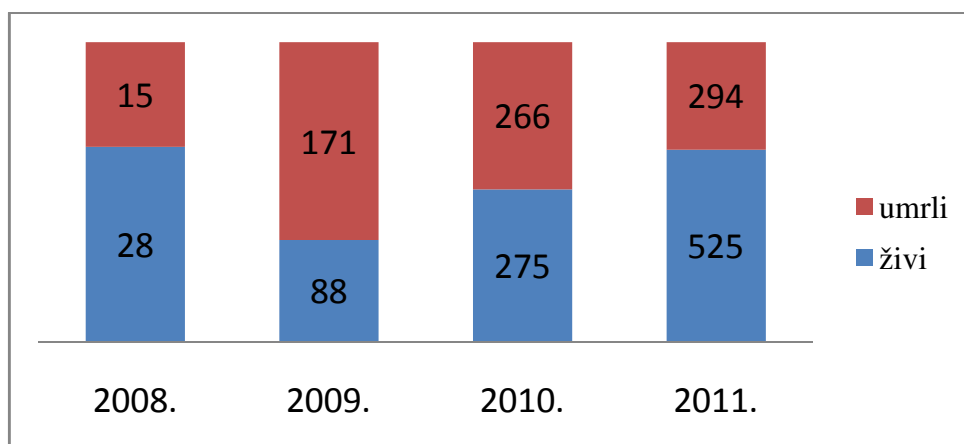
Poziv timu palijativne skrbi može uputiti izabrani liječnik, patronažna sestra, ukućani, prijatelji ili susjedi. Poziv može zaprimiti dispečer putem fiksnog telefona ili mobilni tim na mobilni telefon.

Tim izlazi po pozivu te određuje potrebnu za palijativnom skrbi. Odlazak može biti svakodnevni, nekoliko puta u toku dana ili rjeđe. Ukoliko je potrebno provesti u kući neki medicinski postupak koji nije rutina članovi tima odlaze u KBC Rijeka na dodatne edukacije. Osnovnu edukaciju o radu mobilnih palijativnih timova timovi su dobili u MC u Tuzli, BiH.

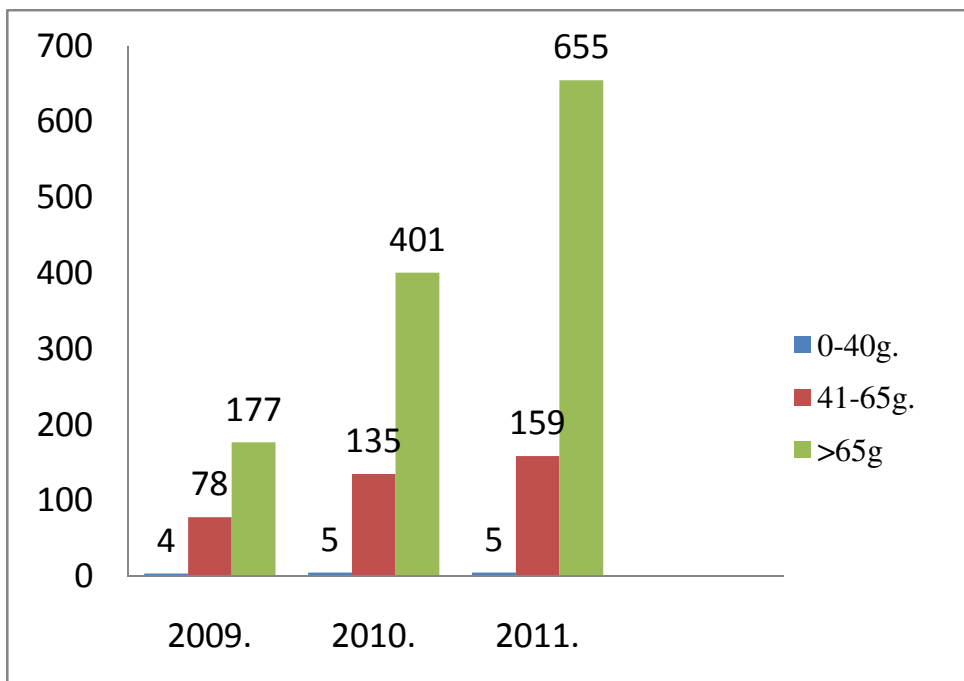
Tim obavi 7- 8 posjeta u tijekom radnog vremena.

Osim što rade sa bolesnikom timovi rade i sa članovima obitelji. Prema potrebi obraćaju se za pomoć i drugim zdravstvenim i nezdravstvenim radnicima kako bi poboljšali kvalitetu života palijativnog pacijenta.

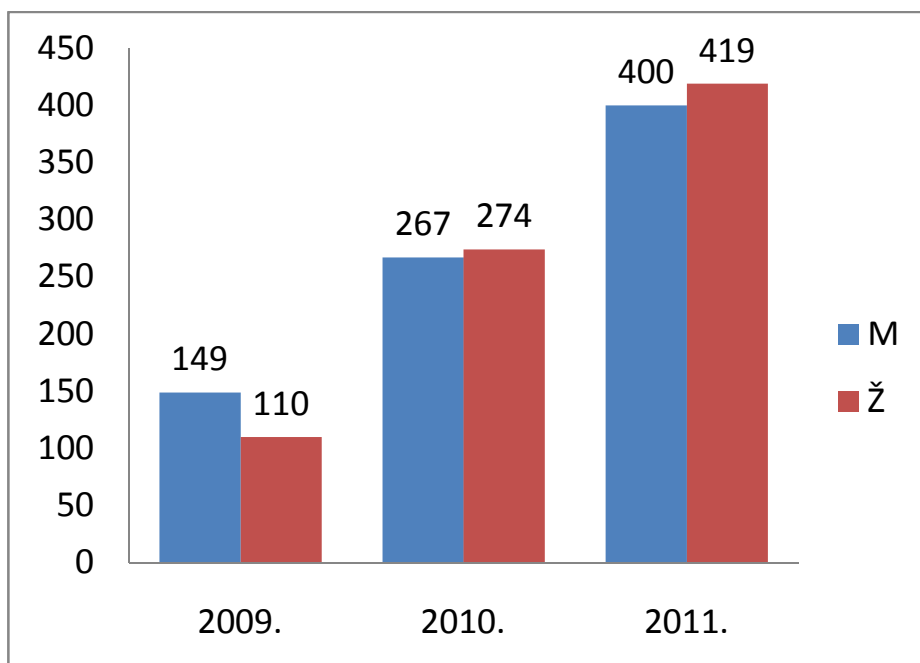
Evaluacija rada palijativnih timova Doma zdravlja Primorsko-goranske županije



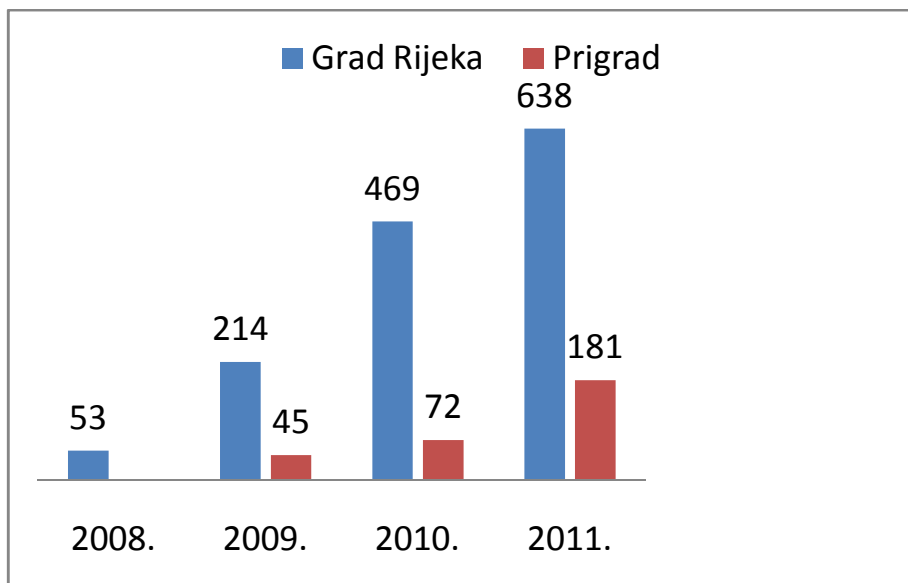
Grafikon1. Broj pacijenata u skrbi mobilnih palijativnih timova



Grafikon 2. Broj pacijenata u skrbi mobilnih palijativnih timova prema dobi



Grafikon 3. Broj pacijenata u skrbi mobilnih palijativnih timova prema spolu



Grafikon 4. Broj pacijenata u skrbi mobilnih palijativnih timova prema mjestu stanovanja

Tablica 1. Broj provedenih postupaka mobilnih palijativnih timova

U S L U G E	2008.	2009.	2010.	2011.
Aspiracija		0	19	14
Djelomičan pregled liječnika u kući	117			2701
Edukacija			24	102
Heparinizacija		1	9	12
i.m. injekcija	62	459	597	1533
i.v. infuzija	29	377	775	1481
i.v. injekcija	22	249	552	1182
Kateterizacija	8	37	300	459
Klizme za čišćenje				50
Lokalna th.		2	60	
Mjerenje GUK	26	130	84	388

Nekreptomija		6	31	24
Njega bolesnika		20	36	260
Opsežan pregled liječnika u kući	56	914	1087	816
Pisani nalaz		2	38	171
Posjete med. sestre		1714	2334	3568
Primjena lokalne terapije				61
Savjet	219	1679	2438	3339
Skrb za umrlog		6	7	1
Skidanje šavova			4	
Suport		1593	3017	4456
Telef.kontakt s obitelji		1077	2313	2900
Telef.kontakt s obiteljskim liječ.		93	255	352
Telef.kontakt s vanjskim suradnicima		74	181	184
Urin test		21	19	60
Uzimanje mat.za lab.		5	12	10
Zbrinjavanje kroničnih i drugih rana	2	357	447	963
Zbrinjavanje stoma	17		24	57
UKUPNO USLUGA	558	8816	14663	25144

Tablica 2.Način financiranja palijativnih timova Doma zdravlja PGŽ

Jedinica lokalne samouprave	Broj stanovnika	Broj stanovnika u odnosu na ukupni broj stanovnika	Udio u sufinanciranju troškova
Bakar	7773	3,8	26.198,00
Čavle	6749	3,3	22.751,00
Jelenje	4877	2,4	16.546,00

Kastav	8891	4,3	29.645,00
Klana	1931	1,0	6.894,00
Kostrena	3897	1,9	13.099,00
Kraljevica	4579	2,2	15.167,00
Matulji	10544	5,2	35.850,00
Rijeka	144043	71,24	500 .000,00
Viškovo	8907	4,4	30.335,00
PGŽ		33,3%	279.700,00
HZZO			300.000,00
UKUPNO	202191		1.276.185,00

2. Mobilni palijativni tim u Domu zdravlja Zagreb-Centar

Od 1.8.2012. s radom je započeo prvi takav palijativni tim u Zagrebu. Osnovan je u sklopu Doma zdravlja Zagreb Centar, ali kao jedini u Zagrebu, za sada djeluje na području čitavog grada. Zadatak tima je osigurati dostojanstven i što kvalitetniji život bolesniku do njegovog samog kraja. Mora se svakako pobrinuti za odsutnost bolova i drugih neugodnih psihosomatskih simptoma. Nužno je i prepoznati sve elemente koji negativno utječu na opće stanje pacijenta i obitelji te u skladu s tim odmah djelovati i kontaktirati nadležne stručne osobe. Nakon smrti pacijenta, obitelji se mora osigurati uvjete za zdravo i prikladno žalovanje.

Prvi kontakt s pacijentom ostvaruje se po preporukama liječnika obiteljske medicine, patronažnih sestara, sestara iz zdravstvene njege u kući, onkologa, anesteziologa iz ambulanti za bol ili na poziv samih obitelji ili prijatelja. U dogovoru s pacijentom i obitelji tim dolazi u kućnu posjetu. Tada se detaljno upoznaje bolesnik i njegova bolest te ordinirana terapija. Poseban naglasak je na eventualnim akutnim simptomima kao što su bolovi, mučnina, povraćanje, opstipacija, dehidracija ili psihomotorni nemir. Ukoliko postoji potreba odmah će se ordinirati analgetska, antiemetska ili druga terapija parenteralno, ali će se dati i detaljne upute o daljnjem uzimanju lijekova. Naime, primijećeno je da ih mnogi pacijenti, što iz neznanja, a što od straha od lijekova, ne uzimaju dovoljno ili uzimaju previše. Kada trenutna

analgetska terapija više ne zadovoljava, konzultirat će se liječnik specijalist iz ambulante za bol. U ovom trenutku posebno je dobra suradnja s liječnicima iz KB Sestre Milosrdnice, kako iz Vinogradske ulice tako i iz Klinike za tumore. U skoroj budućnosti planira se, u suradnji s bolnicom, upoznavanje tima s pacijentom i obitelji već za vrijeme hospitalizacije kada se utvrdi značajna progresija maligne bolesti u terminalnu fazu. Time će se steći jedan osnovni uvid u obiteljsku situaciju i potrebe pacijenta te lakše obaviti potrebne pripreme i prije izlaska pacijenta iz bolnice. Tako bi se u kući osigurali uvjeti potrebnog mira, sigurnosti i intenzivne zdravstvene njege. Takva specijalističko- konzilijarna zdravstvena zaštita obavlja se u suradnji s liječnikom obiteljske medicine koji sveobuhvatno skrbi o pacijentu.

Osim reguliranja terapije, obitelj se savjetuje o prehrani, osobnoj higijeni i sprečavanju posljedica dugotrajnog ležanja. Ovaj zadatak imaju i patronažne sestre, sestre iz zdravstvene njege u kući i liječnici obiteljske medicine. Tim posreduje i u posudbi raznih pomagala kao što su antidekubitalni madraci, posebni bolnički kreveti i druga potrebna pomagala koja se individualno dogovore.

Ako postoji potreba bilo pacijenta, bilo obitelji, organiziraju se i susret s duhovnikom, psihologom i socijalnim radnikom. Može se organizirati i dolazak nezdravstvenih volontera ili domaćice koji će pomoći obitelji u obavljanju svakodnevnih poslova ili jednostavno pripaziti pacijenta dok su članovi obitelji izvan kuće.

Kontrolne kućne posjete obavljaju se prema potrebi. Ukoliko je pacijent lošeg općeg stanja, tim će ga posjećivati češće, ali i vršiti redovite, gotovo svakodnevne, telefonske kontrole i konzultacije. Za vrijeme hospitalizacije također smo u kontaktu sa pacijentima kako bi se imao uvid u njihovo psihičko stanje i pratio tijek bolesti.

Iako je već dosta učinjeno, u Hrvatskoj je potrebno još mnogo raditi na unapređenju palijativne skrbi što su mjerodavne institucije napokon i prepoznale. Osnivaju se mobilni palijativni timovi u većim gradovima te otvaraju palijativni odjeli u postojećim bolničkim ustanovama. Cilj je stvoriti čvrstu mrežu multidisciplinarnih timova na svim razinama zdravstvene zaštite koja bi bila dostupna podjednako u urbanim i ruralnim sredinama, a uloga mobilnog palijativnog tima je upravo tu nezaobilazna.

Budući da je jedno od osnovnih obilježja palijativne medicine rad u multidisciplinarnom timu Medicinski fakultet Sveučilišta 7 Zagrebu Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine CEPAMET organizira poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog

usavršavanja I. kategorije pod nazivom „**Osnove palijativne medicine**” koji će se održati tijekom siječnja i veljače 2013. u Zagrebu. Tečajem će biti obuhvaćena osnovna obilježja palijativne medicine tj. suvremeno definiranje palijativne medicine, povijesni razvoj palijativne medicine, organizacijski oblici, bioetički i zakonodavni okviri palijativne medicine, evaluacija rada u palijativnoj medicine te troškovi liječenja i osiguranje. Polaznici bi trebali steći znanja o psihološkim reakcijama bolesnika na neizlječivu bolest, važnim obilježjima odnosa bolesnik medicinsko i drugo osoblje, kao i odnosa među članovima tima, priopćavanju loših vijesti i žalovanju, te vodećim psihološkim problemima u palijativnoj medicini.

Poseban naglasak stavljen je na liječenje boli te edukaciju i o osnovnim tjelesnim simptomima koje treba kontrolirati u palijativnoj medicini (mučnina, povraćanje, anoreksija, kaheksija, opstipacija umor, seksualni problemi, urinarna inkontinencija, dispneja, anemija, neurološki i kardiovaskularni problemi.

Osobito će se obraditi problem prehrane u palijativnoj medicini. Polaznici će steći znanja o ulozi djelatnika HMP, obiteljskih liječnika, medicinskih sestara, fizioterapeuta, radnih terapeuta, psihologa, socijalnih radnika, duhovnika, ljekarnika, pravnika, defektologa, umjetnika, volontera u palijativnoj medicini. Tečaj je namijenjen svima koji u bilo kojem obliku skrbe palijativnog bolesnika.

Zaključak:

Patronažna sestra, kao dio sustava primarne zdravstvene zaštite, dostupna je svim korisnicima. Raspoložive subjektivnim i objektivnim podacima o štićenicima kao jedinkama, članovima obitelji i pripadnicima zajednice. Svojom pozicijom patronažna sestra ima veliki utjecaj u očuvanju zdravlja provodeći mjere zdravstvene zaštite propisane planom i programom osnovnog zdravstvenog osiguranja, ali isto tako ima veliki utjecaj u poticanju članova zajednice da aktivno sudjeluju i djeluju na području zaštite zdravlja, poboljšanju zdravlja kada je narušeno, te što kvalitetnijem i dostojnijem životu do njegovog samog kraja.

Suradnja mobilnih palijativnih timovima i patronažne službe, kao i drugih zdravstvenih i nezdravstvenih radnika, pridonosi podizanju kvalitete života palijativnog pacijenta. Palijativna skrb trebala bi biti dostupna svim potrebitima bez obzira na rasu vjeru, mjesto stanovanja i dr. Provođenje palijativne skrbi ne bi smjelo ovisi o senzibilizaciji ili bogatstvu lokalne samouprave već bi o takvoj skrbi trebala brinuti država. Dostupnošću palijativne skrbi

osim podizanja kvalitete života palijativnog pacijenta smanjio bi si pritisak na bolničke zdravstvene ustanove čime bi se smanjili troškovi liječenja.