

Županijski centar za koordinaciju skrbi

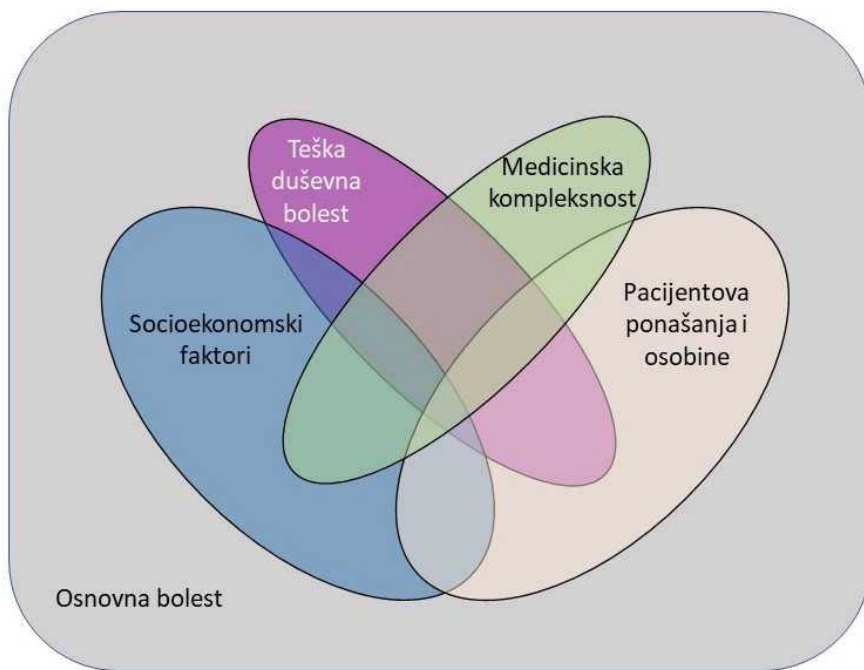
Novi Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 33/2023) najavljuje jaku integraciju unutar zdravstvenog sustava, ali i polaže temelj nacionalnom modelu integracije sustavâ zdravstvene i socijalne skrbi. Tako novi zakon omogućuje domovima zdravlja da osnivaju radne jedinice za sestrinska savjetovališta za kronične bolesti, kao i radne jedinice za sestrinska savjetovališta za dugotrajnu skrb i skrb za kompleksne pacijente. Najčešći organizacijski oblik ovakvih radnih jedinica jest centar. Tako domovi zdravlja već desetak godina imaju u svom sastavu županijske koordinacijske centre za palijativnu skrb. Ti centri prikupili su mnogo iskustva u radu s kompleksnim pacijentima koji nisu u potrebi za palijativnu skrb. Otprilike jedna trećina pacijenata koje se prijavljuje koordinacijskim centrima, nisu u potrebi za palijativom, već je riječ o pacijentima s kompleksnim potrebama.

Također, svi su palijativni pacijenti ujedno i kompleksni, zato što svaki palijativni pacijent treba individualizaciju skrbi, a u zasebnu kategoriju ih izdvajamo zbog njihove posebnosti, brzog porasta potreba u kratkom vremenskom okviru te neumitne smrti.

Nadalje, velik dio potreba palijativnih pacijenata jesu generičke, tj. nespecifične za palijativu i zajedničke s mnogim drugim pacijentima, primjerice potreba za ostvarivanjem prava iz socijalne skrbi, zdravstvenom njegom u kući, pomagalima za nepokretne itd.

Postoji rizik da se savjetovališta za kompleksne pacijente počnu razvijati kao samostalni servisi što je suprotno ideji integrirane skrbi zbog koje su savjetovališta i pokrenuta.

Stoga su neki domovi zdravlja već odlučili da se savjetovališta za kompleksne pacijente organizacijski pridruže postojećim županijskim centrima za koordinaciju palijativne skrbi te da se centri preimenuju u **županijske centre za koordinaciju skrbi**. Na taj način nastat će jedinstvena ulazna točka za sve kompleksne pacijente čime će se olakšano podmirivati generičke potrebe za skrb palijativnih i svih ostalih kompleksnih pacijenata, a palijativni će pacijenti brže doći do skrbi specifične za palijativu, kao što su izrada plana skrbi, podrška u žalovanju te rješavanje bioetičkih pitanja.



Glavne odrednice pacijentove kompleksnosti

Medicinska kompleksnost	Socioekonomski faktori koji pogoršavaju zdravstveno stanje	Duševna bolest koja pogoršava zdravstveno stanje	Pacijentova ponašanja i osobine
Diskordantna stanja Kronična bol Netolerancija lijekova Neobjašnjeni simptomi Kognitivni problemi	Nemogućnost da se nabave lijekovi ili omogućiti transport Obiteljski stresori Niska razina zdravstvene prosvijećenosti	Depresija koja rezultira slabom prilježnošću u uzimanju lijekova Ovisnost Anksioznost koja kliničku sliku čini nejasnom	Zahtjevnost (zahtjeva pretrage, lijekove) Sklonost prepiranju (s liječnicima ili drugim radnicima) Pretjerana zabrinutost (u vezi simptoma)

Glavni tipovi kompleksnih pacijenata



Linija kontinuiteta skrbi



Na Konferenciji o unapređenju skrbi za kompleksne pacijente održanoj početkom lipnja u Biogradu, mnogi sudionici glavnim su problemom kooordinacije skrbi istaknuli komunikaciju između dionika. To u prvi mah čudi jer je danas na raspolaganju velik broj komunikacijskih kanala: od fiksne, mobilne i VoIP telefonije, aplikacija i platforma za razmjenu poruka, slika i videa (npr. Viber, WhatsApp, Facebook Messenger), do softvera za telekonferencije (npr. Zoom, Skype). Većina ovih medija je besplatna ili cjenovno vrlo pristupačna pa novac sigurno nije zapreka.

Rasprava je pokazala da ono što u tom mnoštvu i šarenilu nedostaje jest standardizacija komunikacije. Naime, potrebno je definirati za pojedine parove ili skupine dionika u komunikaciji tko je pošiljalatelj i tko su sve primatelji poruke, komunikacijski medij, oblik i sadržaj

poruke te način zatvaranja komunikacijske petlje (povratna informacija – tko, kome, kako, kada).

U zdravstvu se naglasak stavlja na komunikaciju zdravstvenih radnika prema pacijentima, tzv. model B2C (*bussiness-to-client*), dok postoji slijepa pjega za važnost komunikacije između dionika ili B2B (*bussiness-to-bussiness*). Bez dobro razvijenog B2B modela, komunikacije neće biti, kao ni uspješnog rada županijskih centara za koordinaciju skrbi.

Drugi preduvjet njihove uspješnosti jest drugačije poimanje sestrinskih savjetovališta. Dosad su savjetovališta većinom radila u manjem dijelu radnog vremena ili po dogovoru, a inicijativa za posjet savjetovalištu bila je na strani pacijenata. U praksi se onda često događalo da savjetovališta posjećuje uvijek jedna te ista mala skupina pacijenata, dok većina ostaje neobu-

hvaćena. U novom modelu rada uspostaviti će se proces upućivanja u savjetovališta gdje će trigger posjeta nastati u času prepoznavanja potrebe, a najčešće je to u bolnici. Tako će bolnička medicinska sestra upućivati pacijenta slanjem sestrinskog pisma te drugim standardiziranim načinima poručivanja patronažnoj sestri ili medicinskoj sestri u savjetovalištu. U savjetovalištu se neće upućivati samo pacijente, već i obitelji koje skrbe za ovisnog člana. Time će se znatno uvećati obuhvat te poduprijeti skrb u kući i u zajednici.

Prof. dr. sc. Karmen Lončarek,
Klinički bolnički centar Rijeka
 loncarek.karmen@gmail.com

Goran Slivšek