

# ZBORNİK SAŽETAKA

Poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja  
I. kategorije

## „OSNOVE PALIJATIVNE SKRBI“

Zajedno pod palijem!



30. rujna – 2. listopada 2021., Osijek  
8. – 9. listopada 2021., Osijek

Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek  
Dom zdravlja Osječko-baranjske županije  
Upravni odjel za zdravstvo i socijalnu skrb OBŽ  
Alumni Fakulteta za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek

---

## **Naslov**

Zbornik sažetaka Poslijediplomskog tečaja stalnog medicinskog usavršavanja I. kategorije „OSNOVE PALIJATIVNE SKRBI“

**ISBN:** 978-953-8385-04-9

## **Nakladnik**

Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, Crkvena 21, 31000 Osijek

## **Za nakladnika**

doc. dr. sc. Štefica Mikšić, mag. med. techn., prodekanica za odnose s nastavnim bazama i voditeljica tečaja

Brankica Juranić, mag. med. techn., voditeljica tečaja

## **Urednice**

Anamaria Tomić, mag. log., univ. spec. rane intervencije u edukacijskoj rehabilitaciji

doc. dr. sc. Štefica Mikšić, mag. med. techn.

Katarina Kereta, mag. iur.

## **Lektura**

Anamaria Tomić, mag. log.

Katarina Kereta, mag. iur.

Pokroviteljstvo Poslijediplomskog tečaja stalnog medicinskog usavršavanja I. kategorije „OSNOVE PALIJATIVNE SKRBI“ preuzima Osječko-baranjska županija.

Mišljenja, nalazi, zaključci i preporuke u ovom zborniku nisu nužno stajališta organizatora tečaja i odgovornost za njih snose autori.

Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku © 2021.



# „OSNOVE PALIJATIVNE SKRBI“

Zajedno pod palijem!

---

# PREDGOVOR

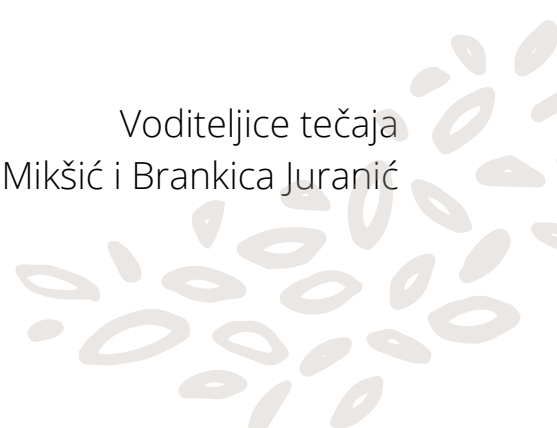
Poštovane kolegice i kolege,

Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek u suradnji s Domom zdravlja Osječko-baranjske županije, Upravnim odjelom za zdravstvo Osječko-baranjske županije i udrugom Alumni Fakulteta za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek organizira Poslijediplomski tečaj I. kategorije pod nazivom „Osnove palijativne medicine“.

Cilj ovog tečaja je unaprijediti standarde znanja i vještina u palijativnoj skrbi te usavršavanje kompetencija koje su potrebne za samostalno pružanje skrbi u domeni palijativne medicine, temeljenih na suvremenim znanstvenim spoznajama u zbrinjavanju palijativnog bolesnika u skladu s etičkim načelima struke. Svrha tečaja je osposobiti polaznike za rad na području palijativne medicine. Polaznici će usvojiti osnovna znanja o palijativnoj medicini i pravilnom pristupu bolesnicima oboljelim od različitih bolesti u uznapređovalom stadiju; naučiti kako pružiti podršku bolesnikovo obitelji tijekom pružanja palijativne skrbi, kao i u procesu žalovanja; usvojiti znanje o pristupu umirućem bolesniku, kao i svim potrebnim postupcima; usvojiti načine adekvatne komunikacije s oboljelim, s članom obitelji oboljele osobe i članovima multidisciplinarnog palijativnog tima. Posebna će se pozornost dati pedijatrijskoj i gerijatrijskoj palijativnoj skrbi. U drugom dijelu tečaja palijativne skrbi raspravljat će se o temi palijativne skrbi branitelja i članova njihovih obitelji.

Poslijediplomski tečaj je bodovan od strane Hrvatske liječničke komore, Hrvatske psihološke komore, Hrvatske komore socijalnih radnika, Hrvatske komore medicinskih sestara i Hrvatske komore fizioterapeuta.

Voditeljice tečaja  
Štefica Mikšić i Brankica Juranić



---

# PROGRAM TEČAJA - 1. dio

**30. rujna 2021.**

**Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, Crkvena 21, Osijek**

*Program se odvija u obliku predavanja, seminara, vježbi, radionica i panel rasprava, stoga se određene teme ponavljaju.*

8.30 – 9.30 Registracija sudionika  
9.30 – 10.00 Otvaranje tečaja, pozdravne riječi

*Moderatorice: Štefica Mikšić i Brankica Juranić*

10.00 – 10.45 *Vlasta Vučevac, dr. med.* – Definicija i povijesni razvoj palijativne skrbi i palijativne medicine u svijetu i Hrvatskoj  
10.45 – 11.30 *izv. prof. dr. sc. Marijana Braš* – Značenje palijativne skrbi za zdravstveni sustav Republike Hrvatske  
11.30 – 11.45 PAUZA  
11.45 – 12.30 *izv. prof. dr. sc. Veljko Đorđević* – Modeli organizacije i upravljanje u palijativnoj skrbi  
12.30 – 13.15 *izv. prof. dr. sc. Marijana Braš / Branka Splavski, dr.med.* – Procjena potreba za palijativnom skrbi  
13.15 – 14.15 *izv. prof. dr. sc. Suzana Vuletić* – Bioetičke dileme u palijativnoj skrbi  
14.00 – 14.15 RASPRAVA  
14.15 – 15.00 RUČAK  
15.00 – 15.30 *Brankica Juranić, mag. med. techn.* – Palijativni pristup  
15.30 – 16.15 *Helena Johum, mag. med. techn.* – Opća palijativna skrb  
16.15 – 16.45 *Nada Rimac, mag. med. techn.* – Specijalistička palijativna skrb  
16.45 – 17.00 PAUZA  
17.00 – 17.45 *Zvezdana Gvozdanović, mag. med. techn.* – Palijativna skrb u OŽB Našice – iskustva iz rada  
17.45 – 18.30 *Ahnetka Stjepanović, mag. med. techn.* – Palijativna skrb, trebamo li nešto mijenjati? – Dom zdravlja Vukovar

---

**1. listopada 2021.**

**Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, Crkvena 21, Osijek**

*Moderator: Željko Mudri*

- 9.00 – 9.45 *izv. prof. dr. sc. Kristina Selthofer Relatić* - Problemi kardiovaskularne skrbi u palijativnoj medicini
- 9.45 – 10.30 *izv. prof. dr. sc. Veljko Đorđević / izv. prof. dr. sc. Marijana Braš* – Komunikacija u palijativnom timu
- 10.30 – 11.00 *Brankica Juranić, mag. med. techn.* – Multidisciplinarni palijativni tim
- 11.00 – 11.45 *Maristela Šakić, dr. med. spec. psih.* – Primjer dobre prakse – bolnička palijativna praksa i lokalna zajednica – Specijalna bolnica sveti Rafael, Strmac
- 11.45 – 12.00 PAUZA

*Moderatorica: Dragica Pavlović*

- 12.00 – 12.45 *prof. dr. sc. Ljiljana Majnarić / Zvonimir Bosnić, dr. med.* – Uloga obiteljskog liječnika u palijativnoj medicini
- 12.45 – 13.30 *Domagoj Matanović, mag. psych.* – Psihičke poteškoće palijativnih bolesnika
- 13.30 – 14.15 *prof. dr. sc. Dunja Degmečić* – Najčešći psihijatrijski poremećaji u palijativnoj skrbi
- 14.15 – 14.45 RUČAK
- 14.45 – 15.15 *prof. dr. sc. Davorin Đanić / doc. dr. sc. Štefica Mikšić* - Priopćenje loših vijesti – prikaz slučaja
- 15.15 – 16.00 RADIONICA - 3 grupe – Priopćenje loših vijesti
- 16.00 – 16.45 *Mirjana Šantor, dr. med. spec. obiteljske medicine* – Procjena boli u kućnim posjetama kod palijativnog bolesnika
- 16.45 – 17.30 *doc. dr. sc. Ivana Haršanji-Drenjančević* – Farmakoterapija i invazivne metode liječenja boli u palijativnoj skrbi
- 17.30 – 17.45 PAUZA
- 17.45 – 18.30 *Nikolina Dodlek, mag. med. techn.* – Kupiranje malignomske boli kod palijativnog bolesnika – prikaz slučaja
- 18.30. – 19.00 RASPRAVA

---

**2. listopada 2021.**

**Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, Crkvena 21, Osijek**

*Moderator: Željko Mudri*

- 8.00 – 8.45 *Filip Eraković, mr. pharm.* – Prehrana i hidracija palijativnih bolesnika
- 8.45 – 9.30. *izv. prof. dr. sc. Robert Smolić* – Najčešći gastroenterološki problemi u palijativnoj medicini
- 9.30 – 10.30 *Lidija Davčev, nutricionist* - Nadopuna i cjelovita prehrana palijativnih bolesnika - prikaz - RADIONICA - NGS, PEG
- 10.30 – 10.45 PAUZA
- 10.45 – 12.00 *izv. prof. dr. sc. Blaženka Miškić / Marijana Kovačević, dr. med. spec. nefrologije* – Palijativna skrb bolesnika na dijalizi
- 12.00 – 13.00 RUČAK
- 13.00 – 13.45 *Vlasta Vučevac, dr. med.* – Specifičnosti palijativne skrbi bolesnika s demencijom
- 13.45 – 14.30 *Marijan Bašić, mag. med. techn.* – Nacionalne smjernice za rad izvanbolničke i bolničke Hitne medicinske službe s pacijentima kojima je potrebna palijativna skrb
- 14.30 – 16.00 *Jadranka Plužarić, mag. med. techn.* – Zdravstvena njega u kući – palijativna skrb
- 16.00 – 16.15 PAUZA
- 16.15 – 17.00 Pravni aspekti palijativne skrbi - RASPRAVA
- 17.00 – 17.45 *dr. sc. Sonja Vukadin, dr. med.* – Iskustvo rada u timu za palijativnu skrb u bolnici *Our Lady of Lourdes / Drogheda, Irska*
- 17.45 – 19.15 Zaključci i preporuke; zatvaranje prvog dijela tečaja

---

# PROGRAM TEČAJA - 2. dio

**8. listopada 2021.**

**Vikarijat Osijek, Ulica J. J. Strossmayera 58, Osijek**

*Moderator: Željko Mudri*

- 8.00 – 8.45 *Miranda Čanadić-Frelih, dr. med., spec. radioterapije i onkologije* – Uloga onkologa u skrbi za palijativnog bolesnika
- 8.45 – 9.30 *doc. dr. sc. Ivana Barać* – Uloga psihologa u timu
- 9.30 – 10.15 *Ela Pejić, mag. med. techn.* – Skrb za palijativnog bolesnika u djelokrugu rada medicinske sestre
- 10.15 – 10.30 PAUZA
- 10.30 – 11.15 *doc. dr. sc. Anđela Grgić* – Fizikalna terapija u palijativnom timu
- 11.15 – 12.00 *Daria Kovačević, mag. pharm.* – Uloga ljekarnika u palijativnom timu
- 12.00 – 12.45 *Domagoj Matanović, mag. psych.* – Doprinos volontera skrbi o palijativnom bolesniku
- 12.45 – 13.30 RUČAK
- 13.30 – 13.50 *dr. sc. Jasenka Vujanić, mag. med. techn.* – Kronična rana
- 13.50 – 14.10 *Hrvoje Lamza* – Suvremeni pristup kroničnoj rani
- 14.10 – 14.30 *Jasna Mikulić* – Prevencija i liječenje kronične rane
- 14.30 – 15.00 *Ahnetka Stjepanović, mag. med. techn. / Željko Miškulin, predsjednik udruge „Branitelj pomaže branitelju“* – Volonteri branitelji u palijativnoj skrbi
- 15.00 – 15.45 *Dragica Pavlović, mag. med. techn.* – Koordinator palijativnog tima u Domu zdravlja Osječko-baranjske županije
- 15.45 – 16.00 PAUZA
- 16.00 – 16.45 *dr. sc. Ivana Klinar* – Volonteri u palijativnom timu
- 16.45 – 17.30 *Mario Begović, dr. med. spec. kir. / Dunja Raguž, bacc. med. techn.* – Palijativna skrb u DZ Vukovar – prikaz slučaja
- 17.30 – 18.15 *Vlasta Vučevac, dr. med.* – Osobitosti gerijatrijske palijativne medicine
- 18.15 – 19.00 *Anamaria Tomić, mag. log., univ. spec. rane intervencije* – Predstavljanje projekta „Svi za pamćenje – SPAM“ i rada popodnevnog boravka za osobe s demencijom



---

**9. listopada 2021.**

**Vikarijat Osijek, Ulica J. J. Strossmayera 58, Osijek**

*Moderatorica: Željka Dujmić*

- 8.00 – 8.45 *prof. dr. sc. Silva Butković-Soldo* – Neurološka palijativna skrb  
8.45 – 9.30 *doc. dr. sc. Robert Lovrić* – Specifičnosti pedijatrijske palijativne medicine  
9.30 – 9.45 Kako priopćiti lošu vijest djetetu – Komunikacija u pedijatrijskoj palijativnoj medicini  
9.45 – 11.00 *Martin Martinović, dr. med. spec. ped.* – Farmakološke i nefarmakološke specifičnosti pedijatrijske palijativne analgezije  
11.00 – 12.00 *Zoran Krpan, fiziot.* – Najčešći respiratorni problemi u palijativnoj medicini – uloga fizioterapeuta  
RADIONICA - 3 grupe  
12.00 – 12.45 *doc. dr. sc. Davor Seifert* – Stomatolog u palijativnoj skrbi  
12.30 – 13.00 *Tin Jovanovac, dr. med. dent.* – Doktor dentalne medicine u mobilnom palijativnom timu – Prikaz slučaja  
13.00 – 13.30 RUČAK  
13.30 – 14.00 *Ružica Valent, dipl. med. techn.* – Planirani otpust i sestrinsko otpusno pismo za palijativnog bolesnika  
14.00 – 14.30 *Danica Perić, mag. med. techn.* – Standardi kvalitete – sestrinska dokumentacija  
14.30 – 15.15 *Olivera Grgić, dipl. soc. rad.* – Socijalni radnik u palijativnoj skrbi  
15.15 – 16.00 *Maristela Šakić, dr. med. spec. psih.* – Žalovanje u palijativnoj skrbi  
16.00 – 16.15 PAUZA  
16.15 – 16.45 *Maristela Šakić, dr. med. spec. psih.* – Duhovnost u palijativnoj medicini  
16.45 – 17.30 *doc. dr. sc. Drago Tukara* – Važnost spiritualnog u palijativnoj medicini  
17.30 – 18.15 *izv. prof. dr. sc. Veljko Đorđević* – Umjetnost i palijativna skrb  
18.15 – 19.00 Gdje smo i kuda idemo u palijativnoj medicini?

---

# KAZALO SAŽETAKA

<b>1. Bioetičke dileme u palijativnoj skrbi</b>	<b>8</b>
<i>izv. prof. dr. sc. Suzana Vuletić</i>	
<b>2. Doktor dentalne medicine u mobilnom palijativnom timu – prikaz slučaja</b>	<b>9</b>
<i>Tin Jovanovac, dr. med. dent.</i>	
<b>3. Duhovnost u palijativnoj medicini</b>	<b>10</b>
<i>Maristela Šakić, dr. med. spec. psih.</i>	
<b>4. Farmakološke i nefarmakološke specifičnosti pedijatrijske palijativne analgezije</b>	<b>11</b>
<i>Martin Martinović, dr. med. spec. ped.</i>	
<b>5. Farmakoterapija i invazivne metode liječenja boli u palijativnoj medicini</b>	<b>12</b>
<i>doc. dr. sc. Ivana Haršanji-Drenjančević</i>	
<b>6. Fizikalna terapija u palijativnom timu</b>	<b>13</b>
<i>doc. dr. sc. Anđela Grgić</i>	
<b>7. Fizioterapeut u skrbi palijativnog bolesnika</b>	<b>14</b>
<i>Zoran Krpan, fiziot.</i>	
<b>8. Komunikacija u palijativnom timu</b>	<b>15</b>
<i>doc. dr. sc. Štefica Mikšić</i>	
<b>9. Koordinator palijativnog tima u Domu zdravlja Osječko-baranjske županije</b>	<b>16</b>
<i>Dragica Pavlović, mag. med. techn.</i>	
<b>10. Kronična rana</b>	<b>17</b>
<i>dr. sc. Jasenka Vujanić, mag. med. techn.</i>	
<b>11. Kupiranje malignomske boli kod palijativnog bolesnika – prikaz slučaja</b>	<b>18</b>
<i>Nikolina Dodlek, mag. med. techn.</i>	
<b>12. Nacionalne smjernice za rad izvanbolničke i bolničke hitne medicinske službe s pacijentima kojima je potrebna palijativna skrb</b>	<b>19</b>
<i>Marijan Bašić, mag. med. techn.</i>	
<b>13. Najčešći gastroenterološki problemi u palijativnoj medicini</b>	<b>20</b>
<i>izv. prof. dr. sc. Robert Smolić</i>	
<b>14. Najčešći psihijatrijski poremećaji u palijativnoj medicini</b>	<b>21</b>
<i>prof. dr. sc. Dunja Degmečić</i>	
<b>15. Neurološka palijativna skrb</b>	<b>22</b>
<i>prof. dr. sc. Silva Butković Soldo, prim. dr. med.</i>	
<b>16. Opća palijativna skrb</b>	<b>23</b>
<i>Helena Johum, mag. med. techn.</i>	
<b>17. Osobitosti gerijatrijske palijativne skrbi</b>	<b>24</b>
<i>Vlasta Vučevac, dr. med.</i>	
<b>18. Palijativna skrb bolesnika na dijalizi</b>	<b>26</b>
<i>izv. prof. dr. sc. Blaženka Miškić / Marijana Kovačević, dr. med. spec. nefrologije</i>	
<b>19. Palijativna skrb u OŽB Našice - iskustva iz rada</b>	<b>27</b>
<i>Zvezdana Gvozdanović, mag. med. techn.</i>	
<b>20. Palijativna skrb u sustavu zdravstva Republike Hrvatske</b>	<b>28</b>
<i>Vlasta Vučevac, dr. med.</i>	
<b>21. Palijativna zdravstvena skrb – trebamo li nešto mijenjati? – Dom zdravlja Vukovar</b>	<b>30</b>
<i>Ahnetka Stjepanović, mag. med. techn.</i>	

---

22. <b>Palijativni pristup</b>	31
<i>Brankica Juranić, mag. med. techn.</i>	
23. <b>Planirani otpust i sestrinsko otpusno pismo za palijativnog bolesnika</b>	32
<i>Ružica Valent, dipl. med. techn.</i>	
24. <b>Povijest razvoja palijativne skrbi u svijetu</b>	33
<i>Vlasta Vučevac, dr. med.</i>	
25. <b>Predstavljanje projekta „Svi za pamćenje – SPAM“ i rada popodnevnog boravka za osobe s demencijom</b>	35
<i>Anamaria Tomić, mag. log., univ. spec. rane intervencije / dr. sc. Mirela Šentija-Knežević, prof. log., univ. spec. urb. / Marijana Prevendar, prof. soc.</i>	
26. <b>Prehrana i hidracija palijativnih bolesnika</b>	36
<i>Filip Eraković, mr. pharm.</i>	
27. <b>Primjer dobre prakse – bolnička palijativna praksa i lokalna zajednica – Specijalna bolnica sveti Rafael, Strmac</b>	37
<i>Maristela Šakić, dr. med. spec. psih.</i>	
28. <b>Procjena boli u kućnim posjetama kod palijativnog bolesnika</b>	38
<i>Mirjana Šantor, dr. med. spec. obiteljske medicine</i>	
29. <b>Problemi kardiovaskularne skrbi u palijativnoj medicini</b>	39
<i>izv. prof. dr. sc. Kristina Selthofer Relatić</i>	
30. <b>Psihičke poteškoće palijativnih bolesnika</b>	40
<i>Domagoj Matanović, mag. psych.</i>	
31. <b>Skrb za palijativnog bolesnika u djelokrugu rada medicinske sestre</b>	41
<i>Ela Pejić, mag. med. techn.</i>	
32. <b>Specifičnosti palijativne skrbi bolesnika s Alzheimerovom demencijom</b>	42
<i>Vlasta Vučevac, dr. med.</i>	
33. <b>Specijalistička palijativna skrb</b>	44
<i>Nada Rimac, mag. med. techn.</i>	
34. <b>Standardi kvalitete – sestrinska dokumentacija</b>	45
<i>Danica Perić, mag. med. techn.</i>	
35. <b>Stomatolog u palijativnoj skrbi</b>	46
<i>doc. dr. sc. Davor Seifert</i>	
36. <b>Uloga obiteljskog liječnika u palijativnoj medicini</b>	47
<i>prof. dr. sc. Ljiljana Trtica Majnarić / Zvonimir Bosnić, dr. med.</i>	
37. <b>Uloga onkologa u skrbi za palijativnog bolesnika</b>	48
<i>Miranda Čanadić-Frelj, dr. med., spec. radioterapije i onkologije</i>	
38. <b>Uloga psihologa u timu</b>	49
<i>doc. dr. sc. Ivana Barać</i>	
39. <b>Uloga socijalnog radnika u palijativnoj skrbi</b>	50
<i>Olivera Grgić, dipl. soc. rad.</i>	
40. <b>Važnost spiritualnog u palijativnoj medicini</b>	51
<i>doc. dr. sc. Drago Tukara</i>	
41. <b>Volonteri branitelji u palijativnoj skrbi</b>	52
<i>Ahnetka Stjepanović, mag. med. techn. / Željko Miškulin</i>	
42. <b>Volonteri u palijativnoj skrbi</b>	53
<i>dr. sc. Ivana Klinar</i>	
43. <b>Zdravstvena njega u kući – palijativna skrb</b>	54
<i>Jadranka Plužarić, mag. med. techn.</i>	
44. <b>Žalovanje u palijativnoj skrbi</b>	55
<i>Maristela Šakić, dr. med. spec. psih.</i>	

---

# BIOETIČKE DILEME U PALIJATIVNOJ SKRBI

izv. prof. dr. sc. Suzana Vuletić

Katolički bogoslovni fakultet u Đakovu, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

Životna i tjelesna ograničenost te neminovnost smrti terminalnih bolesnika suočavaju nas iz osobne perspektive s teškom kognitivnom, psihološkom, emocionalnom i duhovnom ne/pripremljenošću, a iz kliničke domene s neizvjesnošću ispravnog postupanja vezanog uz pojedine moralno-bio-etičke ne/upućenosti u brojne tehnološke aspekte progresivne i visoko sofisticirane, a opet, nedjelotvorne kurativne medicine.

Ono što pogled na smrt čini toliko neizvjesnim i teškim nisu nužno pitanja koja proizlaze samo iz kliničko-medicinskoga konteksta ni hospicijskog (ne)ostvarenja javno-zdravstvene zaštite ni samo pravne domene legislativno afirmiranih donošenja teških egzistencijalnih odluka vezanih uz posljednje životne trenutke. Značajna kompleksnost proizlazi i iz bioetičkih dilema, koje su znakovite u terminalnom stadiju, u kojem se često zanemaruju holističke dimenzije tzv. „totalnog bola“ psiho-somatske patnje i klinički upitne kvalitete života, u suvremenom društvu, koje apsolutiziranjem neadekvatnosti čisto biološkog pristupa, potiskuje čovjekovu transcendentalnu: psihološku-duhovnu dimenziju i time zanemaruje imperativ integralne skrbi, humane solidarnosti i palijativne pratnje u umiranju.

U pokušaju nadvladavanja ovih redukcionizama, predavanjem se namjeravaju dotaknuti pojedine bioetičke dileme vezane uz terminalnu fazu, počevši od nedostatka profesionalne tanatološke edukacije iz koje proizlaze brojne komunikacijske dvojbe, neupućenosti u smjernice skrbi na kraju životu, neproglašenošću bioloških oporuka, nedostatnim saznanjima surogatnih odlučitelja, dilema ukidanja izvan/redovnih i redovnih sredstava za održavanja života, dvojbi palijativnoga oživljavanja, pitanja suzbijanje boli i palijativne sedacije, samodetereminacije autonomno zahtijevane eutanazije te distanzirani nesvrshodnog i beskorisnog održavanja na životu.

Da bi se smrt uistinu humanizirala, u pružanju olakšanja i skrbi na kraju života, obligatorno bi se trebala uzeti u obzir načela medicinske etike, moralne obveze i pravne odgovornosti, u uspostavi i provedbi cjelovite palijativne skrbi, detaljnijom upućenošću u brojne bioetičke dileme s kojima se susreću i sami bolesnici, njihovi bližnji i svi oni koji skrbe o njima. Stoga je vizija ovih izlaganja, pružiti, ne samo bioetičke smjernice terminalnih dilema, već potaknuti općenitu senzibilizaciju svih interdisciplinarnih pratitelja u pokušaju ostvarenja što dostojanstvenije smrti, slijedeći visoka načela medicinske etike, moralna usmjerenja kliničke bioetike, a nadasve pružanje humanističke podrške palijativne skrbi.

Ključne riječi: biološke oporuke; distanzacija; dostojanstvo; eutanazija; holističke potrebe umirućih bolesnika; humanizacija smrti; izvanredna i redovna sredstva održavanja na životu; klinička bioetika; ortotanzacija; palijativna reanimacija; palijativna sedacija; palijativna skrb; skrb na kraju života; surogatni odlučitelji.

---

# DOKTOR DENTALNE MEDICINE U MOBILNOM PALIJATIVNOM TIMU - PRIKAZ SLUČAJA

Tin Jovanovac, dr. med. dent.

mr. sc. Zvonimir Gvozdanović, dr. med. dent., voditelj službe dentalne medicine

Karolina Omašić, bacc. med. techn.

Dom zdravlja Vukovar

Povezanost oralnog i općeg zdravlja je uzajamna i dvosmjerna. Stanje zdravlja usne šupljine ogledalo je općeg zdravlja i obrnuto. Pogledom i pregledom usne šupljine gledamo u cijelo tijelo. Sukladno cilju palijativnog liječenja i interdisciplinarnom pristupu odlučili smo u vrlo uspješan mobilni palijativni tim Doma zdravlja Vukovar uključiti kao člana i doktora dentalne medicine kako bi našim pacijentima omogućili sveobuhvatnu skrb. Skrb za usnu šupljinu i zube za pacijenta koji je u palijativnoj skrbi se ne ostvaruje na adekvatan način. Lezije usne šupljine različite etiologije, a posebice kao posljedica zračenja i kemoterapije, itekako utječu na kvalitetu života. Zbog toga ih je potrebno kada god je to moguće i prevenirati, a posebice na vrijeme dijagnosticirati i primijeniti adekvatnu terapiju kako bi se olakšalo stanje pacijenta. Pored fizičkih posljedica kao što su bol, različite upale, gubitak okusa, suhoća u ustima, velik broj traumatskih lezija izazvanih destruiranim zubima i neadekvatnim protetskim nadomjescima javljaju se i psihološke posljedice zbog narušene funkcije orofacijalnog sustava, oslabljene komunikacije, osjećaja izoliranosti i napuštenosti, pa ponekad i narušenog estetskog izgleda.

Ključne riječi: bolesti usne šupljine; mobilni tim; palijativni bolesnik.

---

# DUHOVNOST U PALIJATIVNOJ MEDICINI

Maristela Šakić, dr. med. spec. psih.

Specijalna bolnica za psihijatriju i palijativnu skrb Sveti Rafael Strmac

Tijekom izlaganja će biti prikazan proces duhovne pratnje u palijativnoj skrbi umirućih bolesnika. Polazna je točka vlastita duhovnost te iskustvo susreta s misterijem ljudske osobe. Zatim, uspostava bliskog odnosa s umirućim i primjerene percepcije duhovne pratnje. Ponajprije propitivanje smisla života te potrebe za osobnim prihvaćanjem, za pomirenjem i zajedništvom. Potom traženje odgovora na egzistencijalna pitanja, donošenjem primjerenih moralnih odluka i konačno otpuštanje i oproštaj na dostojanstven i miran način. U duhovnoj pratnji umirućega nužno je slijediti bolesnikov ritam te mu pomoći da iskoristi svoje duhovne potencijale. „Briga o tijelu je sredstvo za spasenje duše.“ (Sveti Ivan od Boga)

Ključne riječi: duhovna pratnja; duhovnost; iskorištavanje duhovnih potencijala; palijativna skrb.

---

# FARMAKOLOŠKE I NEFARMAKOLOŠKE SPECIFIČNOSTI PEDIJATRIJSKE PALIJATIVNE ANALGEZIJE

Martin Martinović, dr. med. spec. ped.  
Opća bolnica „Dr. Josip Benčević“ Slavonski Brod

U njezi pedijatrijskog pacijenta koji zahtijeva palijativnu skrb postoji objektivan problem prepoznavanja njegove boli i patnje, pogotovo kada se radi o najmlađim bolesnicima. Ipak, da bismo uočili takve znakove i pružili adekvatnu pomoć trebamo pratiti pacijentove vitalne funkcije (srčana akcija, frekvencija disanja), stanje svijesti (nemir, plač), ritam spavanja i buđenja, itd. Kao pomoć takvim pacijentima može koristiti nošenje i zibanje, mijenjanje položaja tijela, distrakcija i peroralno davanje glukoze. Kada te metode nisu dovoljno djelotvorne, posežemo za analgezijom u užem smislu (paracetamol, ketoprofen, tramadol), sedacijom (phenobarbiton, midazolam) te, u najtežim slučajevima, morfijem.

Ključne riječi: farmakološko liječenje; nefarmakološko liječenje; palijativna skrb; pedijatrija.

---

# FARMAKOTERAPIJA I INVAZIVNE METODE LIJEČENJA BOLI U PALIJATIVNOJ MEDICINI

doc. prim. dr. sc. Ivana Haršanji Drenjančević, dr. med.

KBC Osijek, Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju, i intenzivnu medicinu, Zavod za liječenje boli

*Sedare dolorem opus divinum est. (Hipokrat, o. 460. pr. Kr.– 380. pr. Kr.)*

Ublažavanje boli temeljno je načelo palijativne skrbi. Bolesnik u terminalnoj fazi svoje bolesti često trpi kroničnu bol koja značajno narušava kvalitetu života: onemogućava mu kretanje, čini ga depresivnim, bezvoljnim, inapetentnim, te ga konačno dovodi do tjelesne i psihičke deterioracije. Hipokratova izreka, u kojoj se ublažavanje bolova uspoređuje s božanskim činom, nigdje u medicini ne nalazi bolje mjesto nego u skrbi za palijativnog bolesnika. Farmakološko liječenje boli predstavlja osnovu za titraciju analgezije. Invazivne metode liječenja boli uključuju se kada farmakološko liječenje ne osigurava dostatnu analgeziju. Ove metode liječenja boli zahtijevaju vještine i poznavanje tehnika izvođenja, kao i organizacijske i prostorne mogućnosti, edukaciju obitelji, obiteljskog liječnika i patronažne službe. Multidisciplinarnost i multimodalnost u pristupu terminalnom bolesniku osigurava uspješnije liječenje boli, jer je bol i tjelesno i duhovno iskustvo; bolesnik ju osjeća i proživljava, a ako trpi bol doživljava je još intenzivnije uz patnju vezanu za osnovnu bolest.

Ključne riječi: farmakološko liječenje; multidisciplinarnost; multimodalnost; palijativna skrb.



---

# FIZIKALNA TERAPIJA U PALIJATIVNOM TIMU

doc. dr. sc. Anđela Grgić, dr. med., spec. fizikalne med. i rehab.  
Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, Sveučilište Josipa Jurja  
Strossmayera u Osijeku

Gubitak funkcije i neovisnosti uobičajena je poteškoća u palijativnih bolesnika što ima značajan doprinos smanjenoj kvaliteti života. Rehabilitacija, čak i u naprednim fazama bolesti, može pomoći u održavanju ili vraćanju funkcije, omogućiti pacijentima da zadrže mobilnost i neovisnost, a sve to može pridonijeti smanjenju opterećenja obitelji i njegovatelja, kao i boljoj kvaliteti života. Postoje jasne indikacije i prednosti rehabilitacije u sklopu palijativne skrbi, kao i alati za procjenu pacijenata koji su prikladni za rehabilitacijske postupke. Najčešće se provodi fizikalna terapija, radna terapija i rehabilitacija govora i gutanja. Ovisno o procjeni stanja pacijenta može se primjenjivati specifični oblik rehabilitacijskog programa (rehabilitacija gerijatrijskih pacijenata, kardiovaskularna rehabilitacija, plućna rehabilitacija, rehabilitacija onkoloških pacijenata...). Fizikalna terapija i rehabilitacija pacijenata u palijativnoj skrbi zahtijevaju višedimenzionalni pristup kako bi se zadovoljile tjelesne, emocionalne, socijalne i duhovne potrebe pacijenata i njihovih obitelji. Svi članovi interdisciplinarnog tima trebali bi raditi na postizanju zajedničkih ciljeva koji ovise o sklonostima pacijenta i ciljevima njege.

Ključne riječi: fizikalna terapija; palijativna skrb; rehabilitacija; višedimenzionalni pristup.

---

# FIZIOTERAPEUT U SKRBI PALIJATIVNOG BOLESNIKA

Zoran Krpan, bacc. physioth.

Specijalna bolnica za psihijatriju i palijativnu skrb Sveti Rafael Strmac

Fizikalna terapija ima ulogu prepoznati i povećati mogućnosti pokretanja kroz promociju, prevenciju, liječenje i rehabilitaciju, a uključuje odnos između fizioterapeuta, pacijenta, članova njegove obitelji i drugih zdravstvenih djelatnika. Omogućava održavanje fizičkih sposobnosti te funkcioniranje na socijalnoj, psihološkoj i profesionalnoj razini u okvirima bolesti, a sve s ciljem osiguranja kvalitete i dostojanstva u posljednjim trenucima života u smislu općenitog poboljšanja bolesnikovih fizičkih sposobnosti.

Rehabilitacija u palijativnoj skrbi predstavlja provođenje fizikalne terapije s tendencijom ka postizanju što veće samostalnosti u aktivnostima svakodnevnog života kod pacijenata u terminalnoj fazi bolesti. U ustanovi koja se bavi palijativnom skrbi pacijenta najveći naglasak treba biti na prevenciji komplikacija dugotrajnog ležanja (pneumonije, tromboze, dekubitusa, inaktivitetne atrofije, kontraktura). Fizioterapeut se uključuje u rad s pacijentom po prijedlogu liječnika i ostalih članova tima iznesenog na timskom sastanku. Po pregledu medicinske dokumentacije te po fizioterapijskoj procjeni kreira se plan fizioterapije za određenog pacijenta, a on može uključivati postupke i procedure poput pozicioniranja pacijenta, respiratornog treninga, kardiovaskularnog treninga, neurološku i muskularnu reedukaciju, vježbe jačanja muskulature, mobilizaciju zglobova, trening hoda, elektroterapiju i termoterapiju. Sve navedeno praćeno je fizioterapijskom dokumentacijom.

Ključne riječi: fizikalna terapija; fizioterapeut; palijativni bolesnik; plan fizioterapije.

---

# KOMUNIKACIJA U PALIJATIVNOJ SKRBI

doc. dr. sc. Štefica Mikšić, mag. med. techn.

Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, Sveučilište Josipa Jurja  
Strossmayera u Osijeku

U timu palijativne skrbi komunikacija je jezgra rada. Zdravstveni djelatnici ne navode pacijenta da donese određenu odluku, već pomažu pacijentu u donošenju odluka koje su u skladu s njegovim životnim vrijednostima. Neposredni i osobni kontakt s bolesnikom treba biti prožet razumijevanjem, ohrabrenjem i toplinom koji ublažavaju osjećaj otuđenosti i nehumanosti. U palijativnoj se skrbi govori i o otežanoj komunikaciji, kada je kod bolesnika prisutna bol. Ponekad treba potvrditi samo ono što bolesnik naslućuje o sebi. Kada je bolesnik blizu smrti, iako nije toga svjestan, priopćenje istine postaje hitno, ali mora biti postupno. Uznemirenost zahtijeva pružanje verbalne i neverbalne podrške, brižnost i optimizam. Dobrom komunikacijom možemo priopćiti loše vijesti, razgovarati o ciljevima njege i nositi se s teškim duhovnim i egzistencijalnim problemima. Ona je ulaz kroz koji nas pacijenti i njihove obitelji puštaju u svoje živote, ona pomaže riješiti konflikte, zbližava i postiže sklad u međusobnim odnosima. Edukacijom zdravstvenih djelatnika treba podizati njihovu razinu u svakodnevici, što utječe na razinu kvalitete zdravstvene skrbi, a rezultira novim mišljenjima i osjećajima prema pacijentima i njihovim obiteljima. Komunikacija u palijativnoj skrbi, osim što je usmjerena prema pacijentu i njegovoj obitelji, mora biti razvijena i u zdravstvenom sustavu između primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite.

Ključne riječi: edukacija; komunikacija; palijativna skrb.

---

# KOORDINATOR PALIJATIVNOG TIMA U DOMU ZDRAVLJA OSJEČKO-BARANJSKE ŽUPANIJE

Dragica Pavlović, mag. med. techn.  
Dom zdravlja Osječko-branjske županije

Uspostava palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj jedan je od prioriteta i sastavni je dio Nacionalne strategije razvoja zdravstva. Koordinator palijativne skrbi nije dio palijativnog mobilnog tima već radi kao samostalna organizacijska jedinica. Koordinator palijativne skrbi se prema Mreži javne zdravstvene službe ugovara s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje i to se smatra minimalnim standardom za razvoj palijativne skrbi u županijama. Koordinator palijativne skrbi povezuje sve dionike palijativne skrbi i usko surađuje s mobilnim palijativnim timom. Koordinator povezuje djelovanje svih razina zdravstvene zaštite i socijalne skrbi, osnažuje postojeći sustav zdravstvene, socijalne i duhovne skrbi, vodi bazu podataka o palijativnim bolesnicima, organizira rad posudionice pomagala, sudjeluje u radu županijskog palijativnog tima, surađuje s predstavnicima lokalne samouprave i udrugama. Osim toga, zadaća koordinatora je da informira građane o postojanju palijativne skrbi te da promiče palijativnu skrb. Koordinator je magistra sestrinstva ili diplomirana medicinska sestra s posebnom edukacijom iz palijativne skrbi i dobivenim pozitivnim mišljenjem Ministarstva zdravstva. Dom zdravlja Osječko-branjske županije ima ugovorena četiri koordinatora palijativne skrbi (Osijek, Valpovo, Đakovo) koji pokrivaju područje cijele Osječko-branjske županije.

Ključne riječi: koordinator; organizacijske jedinice; palijativna skrb.

---

# KRONIČNA RANA

dr. sc. Jasenka Vujanić, mag. med. techn.

Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, Sveučilište Josipa Jurja  
Strossmayera u Osijeku

Kroničnom ranom smatra se rana koja ne zacijeli u očekivanom vremenskom razdoblju. Kronične rane dijele se u dvije osnovne grupe – tipične rane i atipične rane. Predstavljaju rastući socioekonomski problem u razvijenim zemljama i pojavljuju se u 1-2 % populacije. Procjenjuje se kako će taj broj rasti s obzirom na starenje populacije te porast incidencije dijabetesa i pretilosti. Kronična rana znatno umanjuje kvalitetu života bolesnika, zahtijeva lokalnu terapiju, uzrokuje imobilnost bolesnika i u visokom postotku uzrokuje bolove, depresivnost i anksioznost. Bolesniku je potrebna pomoć u obavljanju svakodnevnih aktivnosti, što zahtijeva i veliku angažiranost obitelji. Kronične rane također mogu utjecati na društveni život; ako se iz rane širi neugodan miris ili rana bolesniku uzrokuje otežano kretanje ili mijenja vanjski izgled. Bolesnik zbog toga može izbjegavati društvene kontakte, što s vremenom dovodi do socijalne izolacije. U posljednjih se trideset godina mijenja pristup zdravstvenih djelatnika prema bolesniku s kroničnom ranom. U prošlosti su znanstvena istraživanja uglavnom bila usmjerena na razumijevanje prirode bolesti te razvijanje medicinskih intervencija s ciljem liječenja i suzbijanja bolesti. U novijim znanstvenim istraživanjima zdravstveni djelatnici podjednako ispituju i utjecaj kronične rane na kvalitetu života bolesnika.

S obzirom na brojne etiološke čimbenike kronične rane, prevencija i zdravstvena skrb bolesnika s kroničnom ranom zahtijeva sudjelovanje zdravstvenih stručnjaka svih profila uz multidisciplinarni pristup s ciljem bolje učinkovitosti, jednostavnosti i kvalitete života bolesnika. Cilj ovog izlaganja je prikazati specifičnosti kronične rane i istaknuti važnost multidisciplinarnog pristupa u skrbi bolesnika s kroničnom ranom.

Ključne riječi: kronična rana; multidisciplinarni pristup; zdravstvena skrb.

---

# KUPIRANJE MALIGNOMSKE BOLI KOD PALIJATIVNOG BOLESNIKA

Nikolina Dodlek, mag. med. techn.

Zavod za onkologiju Klinički bolnički centar Osijek; Fakultet za dentalnu medicinu i  
zdravstvo Osijek, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

Znanstvena literatura prati porast zanimanja za višedimenzionalni koncept onkološke skrbi usmjerene prema osobi, koja težište preusmjerava s biološki usmjerenog liječenja prema ranom uključivanju bolesnika u palijativnu skrb – postavljanjem dijagnoze neizlječive bolesti. Palijativna skrb u paralelnom aktivnom onkološkom tretmanu doprinosi održavanju općeg zdravstvenog stanja bolesnika, lakšem podnošenju terapije ublažavanjem nuspojava, simptoma i znakova bolesti. Holistički pristup palijativne medicine i integrativne skrbi komponentama boli – tjelesnoj, psihičkoj, socijalnoj i duhovnoj – u okviru koncepta totalne boli podrazumijeva kupiranje malignomske boli kao najučestalije vrste kronične boli s distresnim učinkom na bolesnika u terminalnoj fazi bolesti. U kliničkoj praksi i radu s onkološkim bolesnicima, medicinske sestre susreću se s parenteralnom primjenom analgetske terapije putem centralnog venskog katetera i morfin pumpe, što propisuje liječnik specijalist anesteziologije, reanimatologije i intenzivnog liječenja. Osiguravanje nastavka zdravstvene skrbi u kući bolesnika u kontekstu „bolnice u kući“ omogućuje se planiranjem otpusta bolesnika u suradnji s koordinatorima palijativne skrbi i mobilnim palijativnim timom koji pruža specijalističku palijativnu skrb u smislu intenzivne liječničke i sestrinske skrbi na razini bolničke, što bolesniku omogućuje ostanak kod kuće i čime se ostvaruje suosjećajna pratnja na kraju života uz članove njegove obitelji, dostojanstvo umiranja i dobra smrt.

Ključne riječi: analgezija; malignomska bol; morfin pumpa; palijativni bolesnik; planirani otpust.

---

# NACIONALNE SMJERNICE ZA RAD IZVANBOLNIČKE I BOLNIČKE HITNE MEDICINSKE SLUŽBE S PACIJENTIMA KOJIMA JE POTREBNA PALIJATIVNA SKRB

Marijan Bašić, mag. med. techn.

Zavod za hitnu medicinu Brodsko-posavske županije

Broj kroničnih bolesnika i bolesnika u terminalnoj fazi bolesti svakim je danom sve veći, a osoblje Hitne medicinske službe (HMS) se svakodnevno susreće s ovim bolesnicima. Pomoć HMS-a najčešće treba zbog straha, neznanja, bolova, teškog disanja ili jednostavno zbog nedostatka nekog drugog oblika zdravstvene skrbi. Od izuzetne je važnosti postojanje smjernica i protokola. Nažalost, mali broj hitnih službi u svijetu ima jasne i provedive protokole. Zavod za hitnu medicinu Brodsko-posavske županije (BPŽ) obavi 400 do 500 intervencija kod palijativnih bolesnika na godišnjoj razini. Stvarni broj je puno veći jer je dio intervencija unesen kao simptomatske dijagnoze. Poseban izazov predstavljalo je zbrinjavanje palijativnih pacijenata za vrijeme trajanja pandemije COVID-19.

Kako bi se olakšalo postupanje djelatnicima na terenu Hrvatski zavod za hitnu medicinu objavljuje 2015. godine „Nacionalne smjernice za rad izvanbolničke hitne medicinske službe s pacijentima kojima je potrebna palijativna skrb“. Ovaj priručnik je unaprijedio akutno zbrinjavanje pacijenata kojima je potrebna palijativna skrb iz perspektive HMS. Iako je razvoj smjernica i protokola za ovakve bolesnike još u začetku, vidljiv je napredak te promjena stavova kod djelatnika o ulozi tima HMS u zbrinjavanju ovih pacijenata.

Ključne riječi: HMS; palijativni bolesnik; protokoli; smjernice.

---

# NAJČEŠĆI GASTROENTEROLOŠKI PROBLEMI U PALIJATIVNOJ MEDICINI

izv. prof. dr. sc. Robert Smolić, dr. med., spec. gastroenterologije  
Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, Medicinski fakultet Osijek,  
Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

Sindrom kaheksija-anoreksija, mučnina, povraćanje, proljev, opstipacija i konstipacija se ubrajaju u najčešće gastrointestinalne simptome koji prate bolesnika s terminalnom bolešću. U ovom predavanju izložit će se najnovije spoznaje etiopatogenetskih mehanizama nastanka navedenih simptoma, farmakoterapijski postupci koji se rutinski koriste u liječenju ovih simptoma, ali će se dati i pregled novih lijekova čiju učinkovitost je još potrebno utvrditi, kao i holistički pristup u palijativnoj skrbi bolesnika s najčešćim gastrointestinalnim simptomima u terminalnom razdoblju života.

Ključne riječi: etiopatogenetski mehanizmi; farmakoterapijski postupci; gastroenterološki problemi; palijativna medicina.



---

# NAJČEŠĆI PSIHIJATRIJSKI POREMEĆAJI U PALIJATIVNOJ MEDICINI

prof. prim. dr. sc. Dunja Degmečić, dr. med.

Medicinski fakultet Osijek, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku; Klinika za psihijatriju KBC Osijek

Cilj palijativne skrbi je poboljšati kvalitetu života osoba sa životno ograničavajućim stanjima i kvalitetu života njihovih obitelji, ne samo tretirajući tjelesne simptome već i brinući o psihičkim, društvenim i duhovnim potrebama. Psihoonkologija bavi se istraživanjem psihičkih čimbenika u okvirima multidimenzionalnog razumijevanja zloćudnih bolesti. Uključuje dijagnostičke, terapijske, edukativne i istraživačke aktivnosti psihijataru u onkološkim institucijama, odnosno u sklopu onkološkog tima. Dosadašnja istraživanja, kao i iskustva iz prakse, doprinijeli su boljem razumijevanju psihosocijalnih pitanja onkoloških bolesnika. Psihoonkologija se bavi psihičkim reakcijama na zloćudnu bolest u bolesnika, članova obitelji i pružatelja pomoći, ali i psihičkim ponašanjem, biološkim i socijalnim čimbenicima koji utječu na rizik za nastanak tumora, njegovo otkrivanje, liječenje i preživljavanje. Istraživanja su pokazala da veliki broj onkoloških bolesnika (trećina do polovina) ima i neki oblik psihijatrijskih poremećaja. Kod onkoloških bolesnika najčešće se pojavljuje depresivni poremećaj, poremećaj prilagodbe i posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) i ostali anksiozni poremećaji, ali i delirij i drugi kognitivni poremećaji. Treba naglasiti da čak kod 30 % do 40 % bolesnika psihijatrijske i psihičke poteškoće nisu prepoznate bez obzira na prisutnost simptoma te je kod takvih bolesnika nužno psihijatrijsko liječenje.

Ključne riječi: kvaliteta života; palijativna medicina; psihijatrijski poremećaji; psihoonkologija.

---

# NEUROLOŠKA PALIJATIVNA SKRB

prof. dr. sc. Silva Butković Soldo, prim. dr. med.

Klinika za neurologiju Kliničkog bolničkog centra Osijek

Referentni centar za neurorehabilitaciju i restauracijsku neurologiju Ministarstva  
zdravstva RH

Katedra za neurologiju i neurokirurgiju Medicinskog fakulteta Osijek, Sveučilište  
Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

Neurologija obuhvaća veliki broj klinički raznolikih bolesti i sindroma koji zahvaćaju središnji i periferni živčani sustav, a očituju se velikom raznolikošću i brojnošću simptoma i kliničke slike. Veliki broj neuroloških bolesti čine neurodegenerativne bolesti koje su u velikom postotku i dalje neizlječive te izrazito progresivne, čak i uz primjenu najsuvremenijih metoda liječenja i terapije. Neurološke bolesti ne biraju dob – javljaju se u svim dobnim skupinama, a u velikom broju mlađa dob ima lošiji prognostički faktor. Akutna neurološka stanja često vode u izrazito tešku tjelesnu, psihičku, kognitivnu i emocionalnu onesposobljenost, a kod velikog postotka oboljelih isti i zaostaju unatoč provedenoj neurorehabilitaciji i liječenju. Veliki broj neuroloških bolesnika ima brojne prateće komorbiditete koji znatno pridonose onesposobljenju ili ograničavaju mogućnost oporavka. Većina neuroloških bolesti su zapravo bolesti obitelji, a ne pojedinca. Najčešće neurološke bolesti su: cerebrovaskularne bolesti (ishemijski moždani udari, subarahnoidalna krvarenja, intracerebralni hematomi...), neuromišićne bolesti (najbolje razvijene kod oboljelih od amiotrofične lateralne skleroze – ALS), neurodegenerativne bolesti (demencije, Parkinsonova bolest, distonije...), demijelinizacijske bolesti (ADEM, multipla skleroza, NMOSD...), vegetativna stanja, neurološke komplikacije i posljedice neurotrauma i neuroinfekcija, a danas su to i COVID i POST-COVID neurološke komplikacije. Nužno je započeti provođenje palijativne skrbi i uključivanje palijativnog tima i prije terminalnog stadija bolesti kako bi bolesnik, u mjeri u kojoj može obzirom na bolest, obitelj i svi članovi tima bili upoznati sa stanjem bolesnika, njegovim potrebama i željama, kako se s mjerama ne bi kasnilo i kako bi se prevenirao i prolongirao razvoj svih onih stanja za koje znamo da su prisutni u zadnjem stadiju pojedine bolesti.

Ključne riječi: bolesnik; cerebrovaskularne bolesti; COVID i POST-COVID neurološke komplikacije; demijelinizacijske bolesti; neurodegenerativne bolesti; neurološka palijativna skrb; neuromišićne bolesti; obitelj; vegetativna stanja.

---

# OPĆA PALIJATIVNA SKRB

Helena Johum, mag. med. techn.

Dom zdravlja Osječko-baranjske županije; Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

Opća palijativna skrb proširuje dvostepenu ljestvicu razina palijativne skrbi uz palijativni pristup i specijalističku palijativnu skrb. Termin „opća palijativna skrb“ koristi se u opisivanju djelokruga rada njezina pružatelja, koji uz primaran posao sudjeluju i u skrbi za palijativnog bolesnika te na osnovi svojih osnovnih znanja, vještina i dodatnih iskustava iz područja palijativne skrbi nastoje prepoznati i riješiti nekomplikirane simptome kod palijativnog bolesnika. Prema preporukama Europskog udruženja za palijativnu skrb, a sukladno organizaciji zdravstvenog sustava Republike Hrvatske, službe na razini opće palijativne skrbi uključuju: primarnu zdravstvenu zaštitu – izabrane timove u djelatnosti obiteljske medicine, zdravstvenu zaštitu djece predškolske dobi, patronažnu službu, zdravstvenu njegu u kući; bolničke zdravstvene ustanove; centre za socijalnu skrb; domove za starije osobe; volontere i srodne organizacije civilnog društva; duhovnike te hitnu medicinsku službu. Palijativnu skrb u zajednici treba osigurati uz kontinuum specijalizacije, što upućuje djelatnike u zdravstvu na pouzdano vladanje osnovnim principima palijativne skrbi, njihovu implementaciju u praksi i uključivanje specijalističkih službi čija se djelatnost ograničava isključivo na pružanje palijativne skrbi. Stupnjeviti sustav palijativnih službi omogućuje humanizaciju smrti u kontekstu dostojanstvenog ispraćaja, pravovremenom provedbom holističke integralne skrbi usmjerene na bolesnika i obitelj u potrebi.

Ključne riječi: kontinuum specijalizacije; opća palijativna skrb; palijativna skrb u zajednici.

---

# OSOBITOSTI GERIJATRIJSKE PALIJATIVNE SKRBI

Vlasta Vučevac, dr. med., spec. obit. medicine, gerontolog  
predsjednica Hrvatskog društva za palijativnu medicinu

Starenjem stanovništva raste broj starijih od 65 i od 95 godina, raste broj teških kroničnih bolesnika/komorbiditet, raste broj bolesnika s karcinomom, raste broj bolesnika s demencijom, raste broj umirućih bolesnika, a sve je manji broj članova obitelji, koji mogu pomoći oboljelom. To zahtijeva novi pristup i organizaciju novog modela zdravstvene skrbi.

2016. godine umrlo je oko 50.000 osoba. 79 % svih umrlih stariji su od 65 godina. 2019. godine umrlo je gotovo 52.000 ljudi, a od toga su 83,22 % činili stariji od 65 godina. Vodeći uzroci smrti su ishemijske bolesti srca, moždani udar i šećerna bolest. Maligne bolesti su uzrok smrti u 12 % umrlih. Ti podaci nam ukazuju na potrebitost razvoja palijativne skrbi na području kroničnih bolesti, a ne samo malignih na koje primarno uvijek mislimo.

Za mnoge od tih umrlih ne znamo gdje su umrli, osim ako su umrli u bolnici i ne znamo kako su umrli, jesu li imali podršku obitelji ili prijatelja, kako se obitelj nosila s tim problemom i jesu li imali pomoć bilo koje vrste. O smrti se u našem društvu vrlo malo govori i to je još uvijek tabu tema. Smrt je prirodni proces, svjesni smo neizlječivosti, ali i puni straha. Upravo palijativna skrb treba razbiti taj strah od umiranja i smrti i pokazati koliko dobra možemo napraviti neizlječivom bolesniku i obitelji svojim aktivnim radom.

75 % bolesnika koji traže bilo kakav stacionarni smještaj su bolesnici iznad 75 godina, odnosno u 4. životnoj dobi. I gerijatrijskom bolesniku moramo osigurati bio-psiho-socijalni pristup, a to je upravo palijativni pristup neizlječivom bolesniku. Palijativna skrb je interdisciplinarni pristup problemima palijativne medicine, a provodi je multidisciplinarni tim koji se sastoji od liječnika, medicinske sestre, psihologa, fizioterapeuta, radnog terapeuta, ljekarnika, stomatologa i duhovnika, uz veliku i nesebičnu pomoć volontera.

Svi gerijatrijski bolesnici imaju prisutan osjećaj boli, a ta bol nije uvijek samo fizička, nego je i psihološka, socijalna i duhovna. Upravo zbog toga govorimo o „totalnoj“ boli, koja zahtijeva totalnu brigu. Izraz „totalne“ boli uvela je Cicely Saunders. Uz bol prisutni su i drugi brojni neugodni simptomi, kao što su nesаница, kronični umor, teška pokretljivost/nepokretnost, gubitak apetita, kronični zatvor, inkontinencija i često prisutne kronične rane. Zato je dnevni život tih bolesnika pun patnji i bola, a kroz pružanje palijativne skrbi moramo naći načine da sve te neugodne simptome umanjimo i da stvorimo bolesnicima što ugodniji život u datim okolnostima, uz neizostavnu psihološku i duhovnu podršku i bolesniku i obitelji.

---

Palijativna medicina ima temelj u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i obiteljski liječnik sa specijalnom edukacijom iz palijativne medicine je osoba koja mora voditi posebnu brigu o gerijatrijskom bolesniku te prvi detektirati povećani obim njegovih tegoba i usmjeriti ih prema palijativnoj skrbi. Palijativnu skrb možemo pružiti bolesniku i njegovoj obitelji u kući bolesnika aktivnostima mobilnog palijativnog tima. Kućne posjete mogu biti svakodnevne uz kontinuiranu telefonsku podršku, jer obitelj i bolesnik moraju osjetiti da nisu sami.

Palijativnu skrb moramo osigurati i ako se bolesnik nalazi u bilo kakvom stacionarnom smještaju (državni i županijski domovi, privatni domovi, stacionari domova zdravlja i stacionari pri ustanovama za zdravstvenu njegu). Posebnu palijativnu skrb pružamo bolesnicima u terminalnim fazama života, u specijaliziranim ustanovama, a to su hospiciji.

Palijativna skrb gerijatrijskog bolesnika koji je smješten u stacionaru treba se provoditi kroz program „četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege“.

Glavni fokus palijativne skrbi za starije osobe je kontrola boli, kontrola svih neugodnih simptoma osnovne bolesti, uz izrazito dobru komunikaciju s bolesnikom i obitelji. Potrebno je osigurati vrijeme za bolesnika. Neobično je važno osigurati lijep i ugodan prostor u kojem boravi palijativni bolesnik.

Posebni problem predstavlja smještaj neizlječivog gerijatrijskog bolesnika u stacionar doma za starije. Izražen je multimorbiditet i polipragmazija uz visoki stupanj smrtnosti, jer se bolesnici smještaju u stacionar u predterminalnoj i terminalnoj fazi bolesti.

Vodeći uzroci smrti su kardiovaskularne, neurološke, psihijatrijske i onkološke bolesti. Stoga stacionari, čiji status nije zakonski riješen jer se nalaze u ustanovama socijalne skrbi, a primaju na skrb neizlječive i umiruće bolesnike, predstavljaju pravo mjesto za primjenu palijativne skrbi.

Potrebno je napomenuti da se boravak u bilo kojem stacionaru plaća, bez obzira na obim i kvalitetu skrbi, a u temeljnoj odredbi palijativna i hospicijska skrb su besplatni. Možemo zaključiti da je 30 – 50 % stacionara domova za starije potrebno pretvoriti u palijativne jedinice s definiranim zdravstvenim standardima prostora, opreme i zdravstvenih djelatnika specijalno educiranih za provođenje zdravstvene palijativne skrbi i terapije s naglaskom na terminalnu fazu života. I zdravstveni djelatnici i društvo u cjelini dužni su osigurati bolesniku, bilo gdje da se nalazi, palijativnu skrb – kvalitetu i dostojanstvo života do samoga kraja, a to je život bez boli i patnje i to je „mirna smrt“. Stoga je potrebno osigurati što bržu implementaciju palijativne skrbi u sustav zdravstvene zaštite, prvenstveno na razini primarne zdravstvene zaštite.

Ključne riječi: gerijatrijski bolesnik; palijativna skrb; smještaj.

---

# PALIJATIVNA SKRB BOLESNIKA NA DIJALIZI

izv. prof. dr. sc. Blaženka Miškić

Marijana Kovačević, dr. med. spec. nefrologije

Opća bolnica „Dr. Josip Benčević“ Slavonski Brod

Palijativna skrb je pristup koji poboljšava kvalitetu života bolesnika i njihovih obitelji suočenih s problemima povezanim sa smrtonosnom bolešću, kroz prevenciju i olakšanje patnje putem ranog prepoznavanja te besprijekorne procjene i suzbijanja boli i drugih problema – fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih. Program kronične dijalize predstavlja jedan od oblika liječenja bolesnika u terminalnoj fazi kronične bubrežne bolesti. U tih bolesnika postoji i veliki broj drugih komorbiditeta te su zbog istoga učestalo hospitalizirani i često završavaju u jedinicama intenzivnog liječenja. Ti bolesnici zahtijevaju posebnu skrb i njegu. S obzirom na to da se program kronične dijalize odvija prosječno tri puta tjedno u trajanju tri do četiri sata, medicinsko osoblje razvija gotovo obiteljski odnos s bolesnicima te su oni bitni u prepoznavanju povećanih potreba bolesnika uslijed pogoršanja općeg stanja. Posebice se treba staviti naglasak na dobru komunikaciju s bolesnicima i njihovim obiteljima kojima je također potrebna potpora. Neke od prepreka pravovremenog pružanja palijativne skrbi u tim slučajevima su neizvjesnost prognoze kronične bubrežne bolesti, manjak znanja i kompleksno donošenje odluke o nastavku liječenja pojedinca. Činjenica je da se palijativna skrb treba više razvijati u cilju prepoznavanja potreba bolesnika na dijalizi i njihovih obitelji.

Ključne riječi: komunikacija; kronična dijaliza; liječenje; palijativna skrb.

---

# PALIJATIVNA SKRB U OŽB NAŠICE – ISKUSTVA IZ RADA

Zvezdana Gvozdanović, mag. med. techn.

Opća županijska bolnica Našice; Medicinski fakultet Osijek, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije palijativna skrb se definira kao cjelovita skrb za bolesnika čija bolest više ne odgovara na liječenje. Ona je specijalistička grana medicine koja se provodi na svim razinama zdravstvene zaštite (primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj). Palijativna skrb je jedan od najznačajnijih javnozdravstvenih problema u svijetu. Starenjem stanovništva raste broj starijih od 65 godina, raste broj teških kroničnih bolesnika, raste broj bolesnika s karcinomom, raste broj bolesnika s demencijom, a sve je manji broj članova obitelji koji mogu pomoći oboljelom. Medicinska sestra/tehničar u palijativnoj skrbi je aktivni sudionik koji neposredno planira, provodi i evaluira zdravstvenu njegu, koordinira i rukovodi s cjelokupnim procesom skrbi.

Cilj ovog rada je prikazati način rada Odjela palijativne skrbi u OŽB Našice, utvrditi razinu postojećih znanja i stavova medicinskih sestara/tehničara o palijativnoj skrbi kako bismo postigli veću kvalitetu skrbi za palijativne bolesnike i njihove obitelji te prikazati iskustva iz rada.

Ispitanici su bili medicinske sestre i tehničari nekoliko bolnica. Kao instrument istraživanja uporabljen je PCQN anonimni anketni upitnik od 20 pitanja, koji su izradile Margharet M. Ross i suradnice sa Sveučilišta Ottawa, Kanada. Rezultati istraživanja su ukazali na nedostatno znanje medicinskih sestara o palijativnoj skrbi te potrebu za planiranjem i provedbom edukacije.

Ključne riječi: medicinske sestre; PCQN upitnik; znanje o palijativnoj skrbi.

---

# PALIJATIVNA SKRB U SUSTAVU ZDRAVSTVA REPUBLIKE HRVATSKE

Vlasta Vučevac, dr. med., spec. obit. medicine, gerontolog  
predsjednica Hrvatskog društva za palijativnu medicinu

Premda je nastojanje da se pomogne teško bolesnom i umirućem čovjeku u ljudskoj naravi od pamtivijeka, suvremena koncepcija palijativne medicine tek u zadnje doba je dobila svoj status ravnopravne medicinske djelatnosti, uz preventivnu i kurativnu medicinu. Kroz stoljeća razvoja raznih oblika hospicijske skrbi, Cicely Saunders 1967. godine započinje moderni hospicijski pokret osnivanjem St. Christopher Hospicea u Londonu.

Začetnica ideje o hospiciju i palijativnoj skrbi u Hrvatskoj, prof. dr. sc. Anica Jušić, 1994. godine osnovala je Hrvatsko društvo za hospicij/palijativnu skrb Hrvatskog liječničkog zbora (HLZ) i bila predsjednica 1994.-2009., a sada je počasna doživotna predsjednica Društva. Pokrenute su brojne aktivnosti s ciljem senzibiliziranja stručnjaka i javnosti za ovo područje medicine. Nije bilo odgovarajućeg odgovora od strane Ministarstva zdravstva (MZ).

U periodu priprema za ulazak u EU započete su brojne aktivnosti i izrađen je Strateški plan razvoja palijativne skrbi u RH 2012.-2016. Temeljem tog plana, Bijeće knjige EAPC-a i odluke Vijeća ministara Europe iz 2003. godine da su sve članice EU obavezne uvesti palijativnu skrb u sustav zdravstva izrađen je Hrvatski model integrirane skrbi za palijativnog bolesnika. U izradi tog dokumenta bitno su nam pomogle Walshka deklaracija iz 2009. i Praška povelja iz 2013. godine.

Godine 2010. Hrvatsko društvo za palijativnu medicinu (HDPM) HLZ-a je pokrenulo humanitarni projekt „Ostani uz mene“ temeljem kojeg su skupljena financijska sredstva za osnivanje Centra za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu (CEPAMET MEF-a). Iste godine osnovana je i prva volonterska udruga „Palia centar Osijek“, a 2011. otvorena je Ambulanta za palijativnu medicinu i bol, pri Domu zdravlja Osijek. U Koprivnici je u isto doba otvorena Dnevna bolnica za palijativnu medicinu u OB Koprivnica koja je radila svega 1,5 godinu i pokazala učinkovitost i dobrobit za bolesnika. Ova godina bitna je i zbog toga što je u Strmcu otvorena Specijalna bolnica za psihijatriju i palijativnu skrb i ugovorena s HZZO-om. 2012. godine otvoren je novi odjel za palijativnu skrb u Bolnici za produženo liječenje u Novom Marofu. Takav isti odjel za palijativnu skrb otvoren je i u bolnici u Kninu, ali niti do danas nije stavljen u funkciju.

Uz postdiplomski tečaj I. kategorije „Osnove palijativne medicine“ koji se održava dva puta godišnje i na kojem je educirano više od 2.000 članova palijativnog tima raznih specijalnosti CEPAMET MEF-a je formirao i sljedeće poslijediplomske tečajeve I. kategorije: Psihološki aspekti u palijativnoj skrbi; Komunikacijske vještine u onkologiji i palijativnoj medicini; Pristup bolesniku s demencijom; Palijativna skrb neuroloških bolesnika; Liječenje boli djece.



---

Tijekom 2012. i 2013. održana su savjetovanja po svim županijama na temu palijativne skrbi. Godine 2012. u sklopu Akcijskog plana MZ, HZZO osniva 5 mobilnih palijativnih timova (Istarska županija, Rijeka, Zagreb-Centar, Čakovec i Osijek). Već 2013. godine s radom je započeo rad mobilnog palijativnog tima u DZ Vukovar, 2015. u DZ Požega i DZ Dubrovnik, 2016. Vinkovci i DZ Zagreb-Zapad, a 2017. u DZ Županja.

2013. godine otvoren je 1. hospicij u Rijeci. Iste je godine, isto u siječnju, Bolnica za kronične duševne bolesnike u Popovači započela s osnivanjem prve palijativne jedinice unutar bolnice. Te godine osnovan je i prvi Županijski centar za koordinaciju palijativne skrbi u Osijeku, a krajem godine je u Opatiji održana I. nacionalna konferencija o palijativnoj skrbi. U Psihijatrijskoj bolnici Ugljan otvoren je sredinom 2014. prvi odjel palijativne skrbi na odjelu psihogerijatrije.

U prosincu 2013. Vlada RH prihvatila je Strategiju razvoja palijativne skrbi RH 2014.-2016. HDPM HLZ od samog početka imalo je kao pridružene članove medicinske sestre. Svojim entuzijazmom od samog početka izuzetno mnogo su pridonijele razvoju palijativne skrbi na razini primarne zdravstvene zaštite. Veliki broj sestara iz čitave Hrvatske završio je tečaj na CEPAMET-u MEF-a i u svojim lokalnim sredinama radio na senzibilizaciji bolesnika i obitelji za palijativnu skrb. Dovoljno osnažene osnovale su u veljači 2015. godine Društvo za hospicijsku i palijativnu zdravstvenu njegu pri HUMS-u.

2015. godine održani su Simpoziji o palijativnoj s međunarodnim sudjelovanjem u Slavenskom Brodu i Zadru. U Puli su 2015., 2016., 2018. i 2019. održane Konferencije o palijativnoj skrbi s međunarodnim sudjelovanjem. U Vukovaru su održani simpoziji s međunarodnim sudjelovanjem: 2016. „Prehrana i hidracija u palijativnoj skrbi“, 2017. „Palijativna skrb onkološkog bolesnika“, 2018. „Bol – 5. vitalni znak“ i 2019. „Cjelovita skrb za palijativnog bolesnika“.

Novi Zakon o zdravstvenoj zaštiti iz 11. mj. 2018. godine omogućuje provedbu raznih modela organizacije palijativne skrbi na sve tri razine zdravstvene zaštite. U listopadu 2017. Vlada RH prihvatila je Nacionalni plan razvoja PS 2017.-2020., a novi Nacionalni plan razvoja PS 2021.- nalazi se u završnoj fazi izrade.

Danas imamo kvalitetnu palijativnu skrb u specijalnim bolnicama u Popovači, na Ugljanu i Rabu, u bolnicama za produljeno liječenje i palijativnu skrb u Novom Marofu i Dugoj Resi te u općim bolnicama Čakovec, Varaždin, Zabok, Našice (odjel PS s 10 kreveta), Karlovac, Dubrovnik, a Zadar, Makarska, Ogulin, Sisak, Vukovar, Vinkovci i Slavonski Brod su u fazi razvoja. U Zagrebu imamo koordinatore i mobilne palijativne timove u DZ Centar, DZ Zapad i DZ Istok. U Klinici za psihijatriju Vrapče u izgradnji je palijativni odjel s 15 kreveta, a u Klinici za psihijatriju „Sveti Ivan“ imamo dnevnu bolnicu za palijativnu skrb osoba s demencijom s 15 kreveta (otvoren je i popodnevni boravak). U Bolnici za kronične plućne bolesti otvoren je palijativni odjel sa 6 kreveta.

Model integrirane skrbi za palijativnog pacijenta ima temelj u primarnoj zdravstvenoj zaštiti – koordinator i mobilni palijativni tim. Koordinator uspostavlja vezu sa svim članovima multidisciplinarnog tima i s bolničkim palijativnim timom. Potrebno je naglasiti da se palijativna skrb ne može uspostaviti bez kontinuirane suradnje primarne, sekundarne i tercijarne zaštite. Nalazimo se u fazi implementacije palijativne skrbi u sustav zdravstva Republike Hrvatske, sve s ciljem da neizlječivom i umirućem bolesniku omogućimo kvalitetan život do kraja, uz istovremenu brigu za njegovu obitelj tijekom bolesti i u periodu žalovanja.

---

# PALIJATIVNA ZDRAVSTVENA SKRB – TREBAMO LI NEŠTO MIJENJATI?

Ahnetka Stjepanović, mag. med. techn.  
Dom zdravlja Vukovar

Palijativna zdravstvena skrb kao djelatnost u Republici Hrvatskoj doživjela je intenzivan razvoj u zadnjih deset godina. Napravljene su velike promjene u ovom dijelu zdravstvene zaštite, u edukaciji stručnjaka i volontera i u organizacijskom dijelu. Cilj rada je prikazati skrb za palijativne pacijente u Domu zdravlja Vukovar te pri tome istaknuti prednosti, ali i probleme koji su prepoznati, a s kojima se susreće sam pacijent, obitelj, zdravstveni djelatnici i volonteri. U zaključku će biti ponuđeni prijedlozi za poboljšanje i eventualne promjene koje bi se trebale napraviti kako bi se umanjili ili u potpunosti otklonili postojeći problemi.

Ključne riječi: dom zdravlja; palijativna skrb.

---

# PALIJATIVNI PRISTUP

**Brankica Juranić, mag. med. techn.**

Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, Sveučilište Josipa Jurja  
Strossmayera u Osijeku

Palijativni pristup temelji se na ključnim načelima specijaliziranih usluga palijativne skrbi koja naglašavaju skrb i brigu usmjerenu na pacijenta kao osobu, kvalitetu njegova života i članove obitelji. U samim počecima u nju su bile uključene prvenstveno osobe oboljele od karcinoma, a kasnije bolesnici kod kojih dolazi do pogoršanja kroničnih stanja i osobe sa sporim propadanjem funkcija, koje u svojoj progresiji završavaju smrtnim ishodom. Sam pristup tako u sebi sadrži pružanje palijativne skrbi i liječenje kroničnih oboljenja čiji je primarni cilj i naglasak na kvaliteti preostalog života i dostojanstvene i dobre smrti. To je koncept u kojem se prilagođavaju znanje i stručnost bolesnom čovjeku s ograničenim životnim funkcijama na različitim razinama pružanja zdravstvenih usluga od stručnjaka različitih specijalnosti. U pružanju skrbi naglasak se stavlja na važnost terapijskog odnosa između pružatelja usluga i pacijenta, kao i obitelji, u međusobnom partnerskom odnosu čiji je cilj poboljšanje kvalitete skrbi i života oboljelog.

Otvorena komunikacija i razgovori o planiranju provođenja skrbi i ciljevima, priopćenje loših vijesti, upravljanje tijekom razvoja bolesti, kao i plan zdravstvene njege, međusobno su usko povezani, a o njima ovisi zadovoljstvo primatelja usluge i njena kvaliteta. Donošenje odluka u koje prvenstveno treba uključiti oboljelog i obitelj ima veliku važnost u samom procesu pružanja palijativne skrbi i njenom pristupu.

Ključne riječi: palijativna skrb; palijativni pristup; zdravstvena njega.

---

# PLANIRANI OTPUST I SESTRINSKO OTPUSNO PISMO ZA PALIJATIVNOG BOLESNIKA

Ružica Valent, dipl. med. techn.  
Klinički bolnički centar Zagreb

Planiranje otpusta sastavni je dio zdravstvene skrbi koji uključuje aktivnu komunikaciju i suradnju bolesnika, procjenu njegove kognitivne sposobnosti i funkcionalnog stanja, podršku njegove obitelji i drugih sudionika koji sudjeluju u nastavku skrbi. Svi postupci koji se koriste u procesu planiranja otpusta imaju za cilj unaprijediti koordinaciju usluga palijativnog bolesnika u domeni zdravstvene i socijalne skrbi nakon bolničkog liječenja. Tako možemo osigurati kvalitetu skrbi, bilo da se za pacijenta skrbi kod kuće ili u nekoj drugoj zdravstvenoj ustanovi.

Proces planiranja otpusta započinje odmah nakon primitka palijativnog bolesnika u bolnicu. Planiranje otpusta vrlo je zahtjevan dio skrbi kada se radi o palijativnom bolesniku, a mogućnosti u rješavanju nekih postupaka prilikom nastavka skrbi mogu biti vrlo ograničavajuće kod nekih bolesnika. Svaku odluku u procesu planiranja otpusta potrebno je tako isplanirati da je u središtu procesa pacijent i njegova obitelj. Najčešće se u praksi kod palijativnih bolesnika mogu vidjeti potrebe vezane za problem boli ili nekih drugih simptoma i socijalnih, psiholoških i duhovnih problema. Kvaliteta u kontinuitetu skrbi uvjetovana je kvalitetnom komunikacijom sa pacijentom, obitelji i svim dionicima koji će biti uključeni u nastavak skrbi. Svi zapisi koji doprinose kvaliteti nastavka skrbi sastavni su dio medicinske dokumentacije, a liječničko i sestrinsko otpusno pismo je glavni komunikacijski alat s ključnim podacima o pacijentu koji su potrebni za nastavak skrbi.

Planiranjem otpusta palijativnog bolesnika utječemo na kvalitetu u nastavku skrbi, na sigurnost bolesnika, na zadovoljstvo palijativnog bolesnika i njegove obitelji te možemo utjecati na pojavu neželjenih događaja nakon otpusta iz bolnice i na neplanirani ponovni prijem u bolnicu.

Ključne riječi: dokumentacija u planiranju otpusta; komunikacija; koordinacija skrbi; planiranje otpusta palijativnog bolesnika.

---

# POVIJEST RAZVOJA PALIJATIVNE SKRBI U SVIJETU

Vlasta Vučevac, dr. med., spec. obit. medicine, gerontolog  
predsjednica Hrvatskog društva za palijativnu medicinu

Skrb za osobe koje pate i umiru je dio ljudske povijesti. Tijekom zadnjih 50 godina dogodila se prava revolucija u skrbi za terminalno bolesne. Nekoliko pojedinaca utjecalo je na značajnu promjenu pogleda na smrt i skrbi o neizlječivima i umirućima.

Prve podatke o prvim podacima nalazimo još u 6. st. p.n.e. u staroj Grčkoj, gdje su tzv. iscjelitelji odlazili u kućne posjete takvim bolesnicima, ali bez smještaja bolesnika na posebne lokacije. Već je Hipokrat istaknuo da se mora voditi računa ne samo o dijagnozi, nego i o liječenju cijele osobe.

Sve do renesanse postojala je snažna povezanost između religije i medicine. Vjerske zajednice brinule su se o bolesnima, ali prvenstveno o onima koji su se razboljeli tijekom svog putovanja, pa su ih ili uspjeli izliječiti ili su umrli. To bi se moglo shvatiti začecima prvih hospicija. Temelj riječi *hospitality*, *hotel*, *hospice*, *hostel*, *hospital* je latinski *hospes* (gost), a u uporabu ga je uvela Cicely Saunders. Bolnice su se razvile temeljem spoznaje da je proučavanje i skrb bolesnika izrazito olakšana ako su svi na jednom mjestu. Bolnice su predstavljale mjesta za učenje.

Zanimljiv je zapis iz daleke 1544. godine koji potječe iz bolnice St. Bartholomew u Londonu u kojem stoji da se ne primaju bolesnici koji imaju neizlječivu bolest ili stanje. Očigledno je da su bolnice htjele imati reputaciju skrbi o osobama koje se mogu izliječiti. Posljedično tome, riječ *hospicij* rezervirana je za mjesta skrbi o neizlječivima i siromašnima. Takvi hospiciji većinom su bili u sklopu katoličkih redova u Francuskoj, Irskoj, Škotskoj i Engleskoj, a u SAD-u su postojala dva u New Yorku.

U 17. stoljeću francuski svećenik St. Vincent de Paul osnovao je red Sestara Milosrdnica u Parizu i otvorio kuće za siromašne, bolesne i umiruće. Hospicij se kao mjesto za terminalno bolesne prvi puta opisuje 1842. godine u Lyonu. Prvi protestantski hospicij otvoren je 18. st. u Kaiserswerthu u Njemačkoj. Godine 1834. otvorena je bolnica St. Vincent u Dublinu. Vodila ga je majka Mary Aikenhead iz reda irskih sestara milosrdnica. Godine 1879. otvoren je hospicij Naše Gospe, također u Dublinu, upravo na mjestu gdje je majka Mary Aikenhead provela zadnje dane svog života. Irske sestre milosrdnice otvorile su 1900. godine u istočnom Londonu St. Joseph's Convent i počele posjećivati bolesnike u njihovim kućama, a 1902. otvorile su St. Joseph's Hospice s 30 kreveta.

Cicely Saunders, prvotno medicinska sestra i socijalna radnica, pa potom i liječnica, radila je od 1957. do 1967. u St. Joseph's hospiciju, gdje je proučavala kontrolu boli kod uznapredovalog karcinoma. To joj je bio snažan poticaj za osnivanje St. Christopher Hospice u Londonu (1967). Iako nije bio prvi hospicij, bio je prva medicinska akademska moderna zdravstvena ustanova, s naglaskom na edukaciju i istraživanje uz klinički rad.

---

1969. godine psihijatrica dr. Elisabeth Kübler-Ross knjigom *On Death and Dying* (1969), u kojoj se nalaze razgovori umirućih bolesnika tijekom edukativnih seansi za studente i druge, izazvala je pravu revoluciju i brojne rasprave o stavovima i praksi povezanoj s umiranjem u SAD-u. Dr. Kübler-Ross promijenila je pogled na smrt i odnos liječnika i bolesnika.

Ideja o hospiciju kao mjestu za učenje i istraživanje preselila se iz Londona u Ameriku gdje su 1971. godine osnovana dva hospicija – u Connecticutu i Kaliforniji te su osnažene veze između hospicija i medicinskih fakulteta, a kućna hospicijska skrb započinje 1973. godine.

St. Luke Hospital u New Yorku 1952. je u hospicijsku skrb uključio interdisciplinarni tim i odvojio prostore za palijativnu skrb od drugih prostora bolnice i istaknuo je da palijativna medicina mora u isto vrijeme i skrbiti i liječiti. Uvođenje palijativnih timova na sveučilišne klinike omogućilo je tadašnjim studentima i budućim zdravstvenim profesionalcima da promatraju palijativnu medicinu kao integralni dio akutne skrbi.

Odbor senata SAD-a uredbom „Death with Dignity“ 1972. godine inzistira da se hospiciji ne smiju odvajati od tradicionalne skrbi, a vlada želi inkorporirati palijativnu medicinu u tradicionalne institucije.

U posljednjem desetljeću 20. stoljeća različite zemlje Europe razvile su nacionalne planove za razvoj i održavanje palijativne skrbi kao integralnog dijela sustava zdravstvene skrbi. Uspješne nacionalne programe u kojima je palijativna skrb integrirani dio zdravstvenih sustava može se navesti vezano uz neke zemlje Europe: Ujedinjeno Kraljevstvo, Nizozemska, Njemačka, Švicarska, Poljska, Rumunjska, Italija, Bosna i Hercegovina, Makedonija, Srbija, Rumunjska i Poljska.

Krovna organizacija palijativne skrbi u EU je European Association for Palliative Care (EAPC) - Europsko udruženje za palijativnu skrb, utemeljena je 12.12.1988. godine u Milanu s 42 člana. Jedan od najzaslužnijih za osnivanje je profesor Vittorio Ventafridda. Cilj ove organizacije je ne samo promocija palijativne skrbi u Europi, nego i okupljanje zainteresiranih za rad i razvoj palijativne skrbi kroz znanstveni, klinički ili socijalni doprinos u djelovanju. Od 1998. EAPC ima status neprofitne, nevladine organizacije pri Vijeću Europe.

U Ujedinjenom Kraljevstvu, koje se smatra kolijevkom palijativne skrbi i modernog hospicijskog pokreta, stručna palijativna skrb je dostupna na gotovo svim razinama – klinička skrb, bolnička skrb, kućna skrb, dnevni hospicij, služba za žalovanje. Sveučilišni centri također su uključeni u djelovanje hospicijskog pokreta i svojom profesionalnošću potvrđuju shvaćanje palijativne skrbi kao neizostavnog dijela medicine.

Mnoge europske zemlje su odonda napredovale i razvile palijativnu skrb do neslućenih razmjera. U nekim zemljama, poput Poljske, veliku ulogu nekada i sada ima crkva kao podupiratelj hospicijskih programa.

U SAD-u hospicijski pokret se razvio gotovo do maksimuma, a zasigurno je u vezi s malignim oboljenjima, vodećim uzrokom smrti u toj državi. Snažno je povezana mreža kvalitetnog koordiniranog stručnog djelovanja. Afrika je kontinent koji je razvoj palijativne skrbi osigurao svojim zemljama kroz djelovanje krovne udruge APCA (African Palliative Care Association). Palijativna skrb danas se na teritoriju Afrike provodi u 18 država.

---

# PREDSTAVLJANJE PROJEKTA „SVI ZA PAMĆENJE – SPAM“ I RADA POPODNEVNOG BORAVKA ZA OSOBE S DEMENCIJOM

Anamaria Tomić, mag. log., univ. spec. rane intervencije u edukacijskoj rehabilitaciji

Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

dr. sc. Mirela Šentija-Knežević, prof. log., univ. spec. urb.

Marijana Prevendar, prof. soc.

Grad Zagreb, Gradski ured za zdravstvo

Demencija ima vrlo značajan utjecaj na fizičko i psihičko zdravlje osobe koja pokazuje simptome bolesti, ali ujedno utječe i na njenu obitelj i/ili skrbnike (neformalne pružatelje podrške), posebice kad je riječ o uznapređovalom obliku demencije. Iz tih razloga možemo govoriti o palijativnim bolesnicima s demencijom.

S godinama se pokazalo da je utjecaj demencije značajan i na zdravstveni i socijalni sustav te da postojeći sustav podrške nije dostatan, niti u jednoj županiji Republike Hrvatske. Kako bi se barem dio ovih problema riješio Grad Zagreb je u suradnji s pet partnerskih ustanova otvorio popodnevni boravak za osobe s demencijom u okviru projekta „Svi za pamćenje – SPAM“ u Zagrebu. Riječ je o nad-standardnoj usluzi za osobe s demencijom i njihove obitelji. Boravak je otvoren kao dio postojećeg dnevnog boravka za osobe s demencijom Klinike za psihijatriju „Sveti Ivan“ u Jankomiru (Zagreb), a novozaposleno osoblje provodi Multi-Aspektirani Program za osobe s Alzheimerovom bolešću (MAPA), koji je osmislio stručni tim bolnice.

Ovim izlaganjem će se prikazati projektne aktivnosti, uputiti na prednosti i nedostatke rada popodnevnog boravka (iz preliminarnih podataka) te dati okvir za raspravu o potrebama otvaranja popodnevni boravaka u drugim županijama.

Ključne riječi: demencija; palijativna skrb; popodnevni boravak;

---

# PREHRANA I HIDRACIJA PALIJATIVNIH BOLESNIKA

Filip Eraković, mag. pharm.

Fresenius Kabi d.o.o.

U ovom izlaganju bit će prikazane sljedeće teme: hranjenje pacijenta perkutanom enteralnom sondom za hranjenje (PEG); njega i održavanje PEG-a korištenjem enteralne pumpe za hranjenje, korištenjem gravitacije i hranjenje na enteralne štrcaljke (bolusno hranjenje); postupak njege PEG-a i održavanje, otklanjanje komplikacija PEG-a i zamjena PEG-a gastričnim zamjenskim kateterom.

Bit će prikazan izbor adekvatne enteralne prehrane za hranjenje palijativnog pacijenta na enteralnu pumpu uz objašnjenje prednosti takvog načina hranjenja.

Ključne riječi: bolusno hranjenje; enteralna pumpa; izbor prehrane; perkutana enteralna sonda.



---

# PRIMJER DOBRE PRAKSE – BOLNIČKA PALIJATIVNA PRAKSA I LOKALNA ZAJEDNICA – SPECIJALNA BOLNICA SVETI RAFAEL, STRMAC

Maristela Šakić, dr. med. spec. psih.

Specijalna bolnica za psihijatriju i palijativnu skrb Sveti Rafael Strmac

Tijekom izlaganja prikazat će se desetogodišnje kliničko iskustvo multidisciplinarnog pristupa bolesnicima koji su prema dijagnostičkim kriterijima prepoznati kao bolesnici kojima je potrebno pružiti palijativnu njegu i skrb u Specijalnoj bolnici za psihijatriju i palijativnu skrb Sveti Rafael Strmac. Bit će prikazan proces timske sinkronizacije uvažavajući kompetencije svih članova tima, komunikacije i edukacije s bolesnikovom obitelji, imenovanim suradnicima u liječenju, zdravstvenim ustanovama, liječnicima obiteljske medicine i centrima za socijalnu skrb.

Ključne riječi: multidisciplinarni pristup; palijativna njega; timski rad.

---

# PROCJENA BOLI U KUĆNIM POSJETAMA KOD PALIJATIVNOG BOLESNIKA

Mirjana Šantor, dr. med. spec. obiteljske medicine  
Dom zdravlja Osječko-baranjske županije

Pravo na život bez boli temeljno je ljudsko pravo, a upravo je bol najčešći simptom kod palijativnih bolesnika prisutna kao subjektivna senzacija multidimenzionalnog koncepta totalne boli kroz njegove tjelesne, psihičke, društvene i duhovne sastavnice te se uz temperaturu, puls, krvni tlak i frekvenciju disanja smatra petim vitalnim znakom. Bol podrazumijeva sve ono što bolesnik kaže da bol jest, a što u procjeni boli zahtijeva individualan pristup bolesniku jer na intenzitet fizičke komponente boli, osim općeg zdravstvenog stanja bolesnika, utječe i niz čimbenika iz njegova okruženja: od podrške članova obitelji, socijalne situacije do njegove duhovne patnje. Temeljito uzeta liječnička anamneza u kući palijativnog bolesnika omogućuje procjenu boli pomoću jednodimenzionalnih skala: vizualne analogne skale – VAS, numeričke skale – NRS, verbalne skale – VDS; multidimenzionalnih upitnika, instrumenata kontrole simptoma i dnevnika boli; sa svrhom procjene senzoričkog, afektivnog i kognitivnog aspekta te objektivizacije boli. Patnju i bol palijativnog bolesnika treba ukloniti ili smanjiti, što je moralna, etička i profesionalna dužnost zdravstvenog djelatnika. Adekvatna procjena boli rezultira uspješnim liječenjem iste, što poboljšava kvalitetu života bolesnika sve do smrti i omogućuje da svoje preostalo vrijeme iskoristi na najbolji mogući način.

Ključne riječi: bol; kućna posjeta; palijativni bolesnik; procjena.

---

# PROBLEMI KARDIOVASKULARNE SKRBI U PALIJATIVNOJ MEDICINI

izv. prof. dr. sc. Kristina Selthofer-Relatić, kardiolog  
Medicinski fakultet Osijek, Klinički bolnički centar Osijek

Integriranje palijativne skrbi u postupnik liječenja pacijenata s dijagnozom zatajivanja srca (engl. *heart failure* – HF) predstavlja veliki izazov za profesionalce različitih medicinskih struka (engl. *Heart Failure Multidisciplinary Team* – HF MDT) u kliničkom i u znanstvenom smislu s obzirom na to da uključuje: identificiranje potrebe palijativne skrbi, kontrolu simptoma bolesti, prilagođavanje terapije lijekovima i uređajima, napredne oblike planiranja skrbi, organizaciju podrške obitelji i neformalne njegovatelje, pokušavanje osiguranja tzv. „dobre smrti“. Integriranje palijativne skrbi kroz putanju zatajivanja srca uključuje tri razine: kroničnu, kriznu i terminalnu skrb. Veliki izazov u kliničkoj praksi predstavljaju dva pitanja: „Kako detektirati pacijenta kojem je palijativna skrb potrebna?“ I „Kako implementirati palijativnu skrb u redovnu kliničku praksu?“

U standardnoj praksi interes zdravstvenih djelatnika uglavnom je usmjeren na prognostičke ishode liječenja osnovne bolesti, a puno manje na cjeloviti pristup dugoročnim potrebama pacijenta. Tijekom proteklog razdoblja razvijeni su dijagnostički alati za rano prepoznavanje ovih pacijenata koji uključuju kardijalne markere kao što su izrazito snižena sistolička funkcija lijeve klijetke, sistolička i dijastolička disfunkcija desne klijetke, trajno povišene vrijednosti biomarkera natriuretskih peptida i troponina. Nekardijalna obilježja pacijenata s potrebom palijativne skrbi su visoka dob, progresivna kronična bubrežna bolest, kronična opstruktivna plućna bolest, šećerna bolest, anemija/ i nedostatak željeza, netoleriranje lijekova koji utječu na ishod bolesti (engl. *disease modifying agents*) i kaheksija-anoreksija. Temeljeno na dosadašnjim dokazima ključnu bi ulogu u provedbi palijativne skrbi unutar HF MDT imale educirane HF medicinske sestre.

Ključne riječi: HF medicinske sestre; multidisciplinarni tim; palijativna skrb; zatajivanje srca.

---

# PSIHIČKE POTEŠKOĆE PALIJATIVNIH BOLESNIKA

Domagoj Matanović, mag. psych.

Dom zdravlja Vukovar

Svrha je palijativne skrbi poboljšanje kvalitete života bolesnika koji imaju smrtonosnu bolest i njihovih obitelji, što se postiže kroz kontrolu boli i drugih simptoma te psiholoških, socijalnih i duhovnih problema. Najčešće psihološke poteškoće palijativnih bolesnika uključuju stanja poput boli, stresa, anksioznosti, depresivnosti i kognitivnih smetnji. Bol je neugodan osjet povezan s oštećenjem tkiva, a može biti povezana i s umorom, nesanicom, rastresenošću, zaboravljivošću, iritabilnošću i gubitkom sposobnosti za obavljanje svakodnevnih aktivnosti. Bolesnici i članovi njihovih obitelji u pravilu se nalaze u stanju stresa kojemu, osim zdravstvenih problema, doprinosti može i nepovoljna radna, financijska i socijalna situacija. Neki od znakova stresa su emocionalna labilnost i osjetljivost, zaokupljenost vlastitim mislima, rastresenost i poteškoće spavanja. Bolesnici mogu doživjeti strah i anksioznost vezano uz novu dijagnozu, nesigurnu prognozu, moguću progresiju bolesti i predstojeću smrt. Bolesnici mogu doživjeti depresiju povezanu sa smanjenim osjećajem svrhe, dostojanstva i kontrole i s percepcijom da su ovisni o drugima kojima su na teret. Palijativni bolesnici često doživljavaju različite kognitivne smetnje koje mogu biti povezane s napredovanjem bolesti, medicinskim tretmanima ili emocionalnim stanjima. Najčešće kognitivne smetnje uključuju rastresenost, zaboravljivost, teškoće učenja i zaokupljenost istim mislima. Poznavanje najčešćih psiholoških problema palijativnih bolesnika omogućuje bolje razumijevanje, predviđanje i kontrolu njihovog stanja i ponašanja, što doprinosi većoj djelotvornosti pružatelja palijativne skrbi.

Ključne riječi: kognitivne smetnje; palijativna skrb; psihičke teškoće.

---

# SKRB ZA PALIJATIVNOG BOLESNIKA U DJELOKRUGU RADA MEDICINSKE SESTRE

Ela Pejić, mag. med. techn.

Dom zdravlja Osječko-baranjske županije

Palijativna skrb je aktivna skrb za bolesnika čija bolest ne reagira na liječenje. Njezin cilj nije ubrzavanje smrti, niti produljivanje života, već osiguravanje najbolje moguće kvalitete bolesnikovog života. Medicinska sestra u palijativnoj skrbi dio je interdisciplinarnog tima i aktivan sudionik koja djeluje u okvirima svojih kompetencija. Poštujući principe palijativne skrbi, neposredno provodi zdravstvenu njegu, koordinira i rukovodi cjelokupnim procesom zdravstvene skrbi. Osnovni djelokrug rada medicinske sestre odnosi se na planiranje, provođenje i evaluaciju zdravstvene njege, kontinuirano praćenje i procjenjivanje zdravstvenog stanja i potreba bolesnika u suradnji s ostalim stručnjacima, edukaciju bolesnika i obitelji o načinima provođenja zdravstvene njege, pružanje podrške te povezivanje ostalih članova interdisciplinarnog tima s bolesnikom i obitelji. Holističkim pristupom i uvažavanjem bolesnikove osobnosti i autonomnosti, zajedno s bolesnikom, medicinska sestra stvara individualizirani plan zdravstvene njege koji obuhvaća bolesnikove fizičke, psihosocijalne i duhovne potrebe, postavlja ciljeve te ih evaluira i pravovremeno revidira. Humani kontekst skrbi pridonosi boljem ostvarivanju ciljeva zdravstvene njege palijativnog bolesnika koji su: očuvati dostojanstvo bolesnika, umanjiti ili odgoditi patnju te osigurati najbolju moguću kvalitetu života bolesnika sve do smrti. Suradnjom i povezivanjem ostalih članova interdisciplinarnog tima osigurava se kvaliteta i potpunost skrbi za palijativnog bolesnika.

Ključne riječi: humani kontekst skrbi; interdisciplinarni tim; medicinska sestra; palijativna skrb; zdravstvena njega.

---

# SPECIFIČNOSTI PALIJATIVNE SKRBI BOLESNIKA S ALZHEIMEROVOM DEMENCIJOM

Vlasta Vučevac, dr. med., spec. obit. medicine, gerontolog  
predsjednica Hrvatskog društva za palijativnu medicinu

Alzheimerova demencija, koja se najčešće javlja u starijoj populaciji, kronična je i dugotrajna neurološka bolest sa psihičkim i drugim simptomima, uvijek s fatalnim ishodom. Osobe koje brinu o tim bolesnicima moraju biti spremne da se radi o višegodišnjoj bolesti tijekom koje troškovi liječenja i njege progresivno rastu. Stoga je demencija postala jedan od značajnih javnozdravstvenih problema i kod nas i u svijetu. Starenjem stanovništva ne raste samo broj teških kroničnih bolesnika i bolesnika s karcinomom, već i izrazito brzo raste broj bolesnika s demencijom, a vrijeme u kojem živimo donosi sve manji broj članova obitelji koji mogu pomoći oboljelom.

Ovaj problem zahtijeva novi pristup, novu organizaciju i novi model zdravstvene skrbi. Upravo palijativna skrb označava novu filozofiju skrbi o svim bolesnicima s neizlječivom progresivnom bolesti i njihovim obiteljima. Cilj je poboljšanje kvalitete života i pronalaženje mogućnosti prilagodbe na bolest, sukladno pacijentovim potrebama, zahtjevima i željama, a takvu skrb može pružiti samo specifično educirani multidisciplinarni palijativni tim.

Polazna točka za pružanje palijativne skrbi bolesniku s Alzheimerovom bolesti je obiteljski liječnik, koji mora imati specifičnu edukaciju o palijativnom pristupu, kao i o osnovama palijativne skrbi. Mora biti dobar komunikator, dobar suradnik u timskom radu i osoba s empatijom za tu problematiku.

Bolesnici s Alzheimerovom bolešću zahtijevaju vrlo specifičnu palijativnu skrb, jer je to bolest koja se razvija neprimjetno, postepeno i vrlo se teško otkrije u prvoj fazi, kada blagi simptomi podsjećaju na „običnu“ staračku zaboravljivost. Tu je najveća uloga obiteljskog liječnika, da bolest otkrije što ranije, kako bi se pravovremenom terapijom usporila progresija bolesti. U srednjoj fazi bolest sa svojim simptomima postaje veliki problem i za bolesnika i za obitelj i zahtijeva potpuno personalizirani pristup i biopsihosocijalni pristup.

U uznapredovaloj fazi bolesnici su teško pokretni ili potpuno nepokretni, posve ovisni o tuđoj pomoći. Ponekad je takvu skrb moguće, uz velike napore i odgovarajući mobilni palijativni interdisciplinarni tim, provoditi i u domu bolesnika, ali uglavnom ta faza zahtijeva smještaj u specijaliziranu ustanovu. Skrb mora biti organizirana po principu 24/365. Cilj je podizanje i održanje kvalitete štita, osiguravajući maksimalnu udobnost bolesniku. Kako bolest napreduje, tako se mijenjaju i ciljevi skrbi.

---

Kontinuitet skrbi omogućava pravovremeno prepoznavanje nuspojava, optimalno liječenje simptoma i izbjegavanje svih uzaludnih postupaka. Svi koji skrbe o bolesniku trebaju znati promatrati bolesnika koji više ne komunicira te na izrazu lica i položaju tijela iznaći izvore nelagode. Treba voditi računa i o vjerskim aktivnostima – pjesme i rituali koje bolesnici prepoznaju i u ovoj, kasnoj fazi. Izrazita pažnja se pridaje ugodnom okruženju i velikoj udobnosti bolesnika.

Umiranje se ne može točno predvidjeti, ali se prognozira zajedno s obitelji i nastoji se osigurati „mirna smrt“. Možemo zaključiti da je u skrbi bolesnika s Alzheimerovom demencijom bitan učinkoviti timski rad s individualnim pristupom. Skrb mora biti kontinuirana, provedena od kompetentnog i utreniranog tima s usvojenim specifičnim znanjima.

Za bolju skrb bolesnika s Alzheimerovom demencijom u RH potrebno je ustrojiti specifične palijativne timove za Alzheimer, napraviti protokol za bolesnike s Alzheimerovom bolešću, napraviti dnevne boravke, napraviti palijativnu jedinicu na psihogerijatrijskim odjelima, oformiti Savjetovalište za demencije pri domovima zdravlja, uz MPT i koordinatora, oformiti specifične Centre za bolesnika s Alzheimerovom bolešću (regionalne, županijske i gradske), napraviti Domete za starije specijalizirane za bolesnike s demencijom, provesti edukaciju u svim ustanovama, svih djelatnika koji skrbe o bolesnicima s Alzheimerovom bolešću.

Ključne riječi: Alzheimerova bolest; demencija; palijativna skrb; smjernice.

---

# SPECIJALISTIČKA PALIJATIVNA SKRB

Nada Rimac, mag. med. techn.

Zavod za onkologiju, KBC Osijek

Palijativna skrb je multidisciplinarna u svom pristupu te svojim djelokrugom rada obuhvaća bolesnika, obitelj i zajednicu. Cilj palijativne skrbi je podrška, postizanje, očuvanje i poboljšanje najbolje moguće kvalitete života, zbrinjavanje pacijentovih potreba gdje god da se za njega skrbi, bilo kod kuće ili u bolnici. Među specijalizirane službe ubrajaju se: stacionarne jedinice palijativne skrbi, timovi za palijativnu skrb u sklopu bolnice, stacionarni hospiciji, hospicijski timovi u zajednici, mobilni timovi za provođenje palijativne skrbi, ambulantne službe i hospicijski dnevni boravci. Ključna je koordinacija između pojedinih organizacijskih jedinica, pri čemu izrazito važnu ulogu ima stacionarna jedinica za specijalističku palijativnu skrb, a iznimno je važna povezanost tih specijalističkih jedinica s liječnicima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Potreban je pristup u kojem će svaka osoba u timu znati što će raditi, ali i kako će tražiti pomoć od drugih. Palijativna medicina ne može izliječiti osobu, ali može o njoj skrbiti, ublažiti joj bol i patnju, čuvajući dostojanstvo osobe kao jedinstvenoga ljudskog bića.

Ključne riječi: edukacija; multidisciplinarni palijativni tim; specijalistička palijativna skrb.



---

# STANDARDI KVALITETE – SESTRINSKA DOKUMENTACIJA

Danica Perić, mag. med. techn.

Koordinator palijativne skrbi, Dom zdravlja Županja

Sestrinska dokumentacija omogućuje kontrolu kvalitete rada medicinskih sestara. Pravovremeno i točno vođenje dokumentacije osigurava kontinuitet skrbi za pacijenta što je jedan od najvažnijih komunikacijskih alata u praksi. Dokumentiranje u palijativnoj skrbi obavezno je u svim područjima djelovanja koordinatora i mobilnog palijativnog tima, što je definirano DTP postupcima. Dokumentiranje olakšava komunikaciju i kronološki pregled skrbi za pacijenta iz perspektive svih članova tima čime se omogućuje cjeloviti pristup pacijentu i zadovoljavanje procijenjenih potreba. Osim dokumentiranja fizičkih, psiholoških, psihijatrijskih i socijalnih aspekata u palijativnoj skrbi, važno je dokumentirati i kulturološka i religijska uvjerenja bolesnika i obitelji. Također, dokumentira se i proces skrbi za umirućeg bolesnika te etički i moralni aspekti skrbi poput želje bolesnika o načinu, vremenu i mjestu liječenja. Kvaliteta palijativne skrbi definira se u odnosu na indikatore vezane uz organizaciju i strukturu rada te dostupnost, broj posjeta, prostor i stupanj edukacije djelatnika koji sudjeluju u pružanju skrbi. Također, jedan od indikatora kvalitete je omogućavanje bolesniku ostanak u vlastitom domu do samog kraja. Informatizacija sustava omogućuje povezanost s liječnicima obiteljske medicine i patronažnom službom, no povezanost na nivou različitih razina skrbi i dionika palijativne skrbi izvan sustava zdravstva još uvijek se temelji na telefonskim pozivima i organiziranjem sastanaka, što predstavlja poteškoće u radu zbog opsega područja rada, broja pacijenata, nedostatka vremena i zdravstvenih djelatnika. Na primjeru rada palijativne skrbi Doma zdravlja Županja prikazan je komunikacijski krug te shema povezanosti i cjelovite skrbi za bolesnika i obitelj.

Ključne riječi: kvaliteta; palijativna skrb; sestrinska dokumentacija.

---

# STOMATOLOG U PALIJATIVNOJ SKRBI

doc. prim. dr. sc. Davor Seifert

Dentalna medicina Seifert d.o.o.

Stomatognati sustav funkcijsko jedinstvo struktura zuba, njihovih potpornih struktura, čeljusti, čeljusnih zglobova, pomoćnih i glavnih žvačnih mišića, malih i velikih žlijezda slinovnica, jezika, sluznice, krvožilnog i živčanog sustava, čija se akcija i reakcija isprepliće i nadopunjuje, a nesmetano funkcioniranje sustava moguće je jedino uz ekvilibrij svih dijelova sustava. Nesmetana funkcija uvjetovana je zdravljem svakog pojedinog dijela stomatognatog sustava.

Dobro oralno zdravlje važan je čimbenik općeg zdravlja i kvalitete života ljudi. Oralno zdravlje ne podrazumijeva samo zdrave zube već je to stanje bez boli i bolesti ne samo oralnog prostora, nego i cijelog stomatognatog sustava. Ujedno podrazumijeva postojanje funkcionalne denticije koja olakšava žvakanje, gutanje, jasan govor, prehranu i normalnu probavu. Pacijenti u palijativnoj skrbi zbog poteškoća u samostalnom održavanju oralne higijene imaju loše oralno zdravlje i veći rizik od karijesa i parodontne bolesti. Loše oralno zdravlje ne samo da utječe na fizičko blagostanje, već također ima utjecaj na kvalitetu života, opće zdravlje i samopoštovanje.

Ettinger i Berkey objavili su smjernice za terapiju osoba starije životne dobi i podijelili ih u pet stupnjeva. Prva dva stupnja uključuju palijativnu skrb.

Osnovu održavanja stomatognatog sustava zdravim predstavljaju uputstva i provođenje mjera za održavanje oralne higijene, vlastitih zuba i protetskih nadomjestaka, insistiranje na provođenju higijenskih mjera i uz pomoć pomoćnog medicinskog osoblja ili skrbnika, osoba koje se brinu za zdravstveno stanje, posebice štićenika domova umirovljenika i ležećih nepokretnih starijih bolesnika.

Ključne riječi: oralno zdravlje; palijativna skrb; smjernice.

---

# ULOGA OBITELJSKOG LIJEČNIKA U PALIJATIVNOJ MEDICINI

prof. dr.sc. Ljiljana Trtica Majnarić, specijalist obiteljske medicine  
Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, Medicinski fakultet u Osijeku,  
Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

Zvonimir Bosnić, dr. med., specijalizant obiteljske medicine  
Medicinski fakultet u Osijeku, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

Obiteljska medicina, kao temeljni dio primarne zdravstvene zaštite, osigurava kontinuiranu i sveobuhvatnu zdravstvenu zaštitu pojedincima i njihovim obiteljima. Starenje stanovništva, praćeno porastom broja osoba s kroničnim i malignim bolestima, uvelike se odražava i na obiteljsku medicinu, koja se osim izazova pružanja cjelovite skrbi za bolesnike s višestrukim kroničnim bolestima našla i pred izazovom pružanja palijativne skrbi. Liječnik obiteljske medicine je glavni sudionik u planiranju i organizaciji palijativne skrbi za svoga pacijenta, uvažavajući njegove socijalne, psihološke i duhovne potrebe. Liječnik obiteljske medicine je u položaju da može rano prepoznati pogoršanje zdravstvenog stanja bolesnika kojemu je potrebna palijativna skrb te sukladno tome predvidjeti i njegove moguće potrebe, što kroz interaktivni pristup s drugim službama i sudionicima u toj skrbi omogućuje pravovremeno planiranje i organizaciju sveukupne (holističke) palijativne skrbi. Pri tome liječnik obiteljske medicine surađuje sa službama specijalističke palijativne skrbi i mobilnim palijativnim timovima, ali i s ostalim zdravstvenim stručnjacima, kao i psiholozima, socijalnim radnicima, duhovnicima, volonterima i udrugama građana. U krajnjoj liniji, to dovodi do smanjenja broja kriznih hospitalizacija te se smanjuje patnja tih teških bolesnika, a povećava kvaliteta njihova života. Važan aspekt te skrbi je i pružanje psihološke podrške članovima obitelji, a s ciljem sprječavanja sindroma sagorijevanja (engl. *burnout*) te razvoja metaboličkih i KV poremećaja.

Ključne riječi: liječnik; obiteljska medicina; palijativna medicina.

---

# ULOGA ONKOLOGA U SKRBI ZA PALIJATIVNOG BOLESNIKA

Miranda Čanadić-Frelj, dr. med. spec. radioterapije i onkologije  
Dom zdravlja Osječko-baranjske županije

Incidencija, prevalencija i mortalitet malignih bolesti u stalnom su porastu unatoč činjenici kako onkologija ima najdinamičniji razvitak znanosti i struke u 21. stoljeću. Nemogućnost trajnog izlječenja, više od polovine bolesnika s rakom današnjim oblicima liječenja, pretpostavlja nužnost neophodne palijativne skrbi za većinu oboljelih, što uvjetuje njihovo rano uključivanje u palijativnu skrb paralelno s aktivnim onkološkim liječenjem. Poznavanje različitih, sve složenijih oblika onkološke terapije usmjerene razvoju personalizirane terapije, omogućava rano prepoznavanje akutnih i kroničnih nuspojava te njihovu prevenciju i zbrinjavanje u djelokrugu rada mobilnog palijativnog tima u kući bolesnika. Interdisciplinarna timska suradnja pretpostavlja se kao temelj u skrbi za palijativnog bolesnika. Svjetska udruženja – EAPC, ASCO, ESMO – donose sveobuhvatne smjernice za primarnu i specijalističku palijativnu skrb, kao i za skrb na kraju života. Znanje i iskustvo iz područja radioterapije i onkologije, te specifične vještine stečene tijekom dugogodišnje kliničke prakse, imaju značajno mjesto u svakodnevnom radu onkologa unutar mobilnog palijativnog tima. Djelokrug rada onkologa unutar tima usmjerava se na razumijevanje, primjenjivanje i razvijanje navedenih smjernica što značajno doprinosi boljem shvaćanju sve složenijih algoritama dijagnostike i liječenja malignih bolesti, ublažavanju simptoma te rješavanju bioetičkih pitanja na korist i dobrobit palijativnih bolesnika, a napose onih u terminalnoj fazi bolesti.

Ključne riječi: mobilni palijativni tim; onkolog; palijativna skrb.

---

# ULOGA PSIHologa U PALIJATIVNOM TIMU

doc. dr. sc. Barać Ivana, prof.

Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

Pružanje psihološke pomoći je, uz medicinsku skrb, najvažniji segment skrbi palijativnog bolesnika, a označava uspostavljanje emocionalne i psihološke dobrobiti pojedinca. Istraživanja navode kako zanemarivanje psihološke patnje i psihičkih tegoba dovodi do brže progresije bolesti, smanjene suradljivosti bolesnika, lošijeg odgovora na terapijske postupke te općenito do smanjenja kvalitete života. Uloga psihologa u palijativnom timu je višestruka. Ona uključuje rad s bolesnikom: što se odnosi na psihodijagnostiku s naglaskom na procjenu kvalitete života, savjetovanje i psihoterapiju. Zatim, rad s obitelji bolesnika tijekom bolesti bolesnika i nakon smrti. Svakako je uloga psihologa i rad s multidisciplinarnim timom, u smislu pružanja psihološke pomoći i podrške, te u konačnici i sam istraživački rad u području palijativne skrbi. Kako je rad psihologa u palijativnom timu prepoznat, tako je u Republici Hrvatskoj uspostavljena Sekcija psihologa u palijativnoj skrbi pri Hrvatskoj psihološkoj komori, odnosno stvoren je poseban program za stjecanje dopusnice za rad psihologa u palijativnoj skrbi.

Ključne riječi: multidisciplinarni tim; palijativna skrb; psiholog.

---

# ULOGA SOCIJALNOG RADNIKA U TIMU PALIJATIVNE SKRBI

Olivera Grgić, dipl. soc. radnica

Specijalna bolnica za psihijatriju i palijativnu skrb „Sveti Rafael“ Strmac

Djelovanje socijalnog radnika u timu usmjereno je na stručno, kvalitetno i ažurno rješavanje socijalne problematike pacijenata, a u svrhu zaštite pacijentovog određenog interesa i prava do planiranja terapijskih postupaka što uključuje širok raspon različitih socijalnih i pravnih intervencija. Za kvalitetan rad socijalnog radnika u palijativnoj skrbi neophodni su: kvalitetna procjena socijalno-ekonomske situacije bolesnika i zdravstvenog stanja te intervencija. Dobivanje detaljnih informacija o bolesniku, obitelji i životnom okruženju osnovni su preduvjet uspješne socijalne intervencije. On surađuje i s nadležnim centrima za socijalnu skrb, domovima za starije i nemoćne, obiteljskim liječnicima, patronažnom službom i zdravstvenom kućnom njegom, udrugama koje pomažu u promicanju ideja i vrijednosti palijativne skrbi i mnogim drugima. Socijalni radnik sudjeluje na prijemu pacijenta u bolnicu, kao i u samim dogovorima oko mogućeg prijema, aktivno sudjeluje na odjelnim i drugim sastancima, informira nadležne liječnike i ostale članova tima o svim poduzetim radnjama iz sustava socijalne skrbi i o novonastalim obiteljskim i drugim socijalnim prilikama pacijenata ukoliko do njih dođe. Unutar tima zalaže se za stavove i potrebe bolesnika i članova obitelji te im pomaže u komunikaciji s drugim članovima tima, a s ciljem poboljšavanja razumijevanja, pravilnog odabira oblika intervencije i odluke te formuliranju planova daljnjeg tretmana. Osim toga, identificira resurse, nudi savjetovanje, usluge podrške i praktične intervencije. Također istražuje, educira se i osposobljava za nove mogućnosti terapijskog rada, kao i promjenama u sustavu rada socijalne skrbi.

Ključne riječi: palijativna skrb; socijalni radnik; timski rad.

---

# VAŽNOST SPIRITUALNOG U PALIJATIVNOJ MEDICINI

doc. dr. sc. Drago Tukara

Katolički bogoslovni fakultet u Đakovu, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

Ljudski um podijelio je čovjeka na tri dijela: duh, duša i tijelo. U toj tripartitnoj cjelini čovjek se rađa, živi, djeluje i umire. Nasuprot čovjeku stoji duh i materija univerzuma koji se kreću prema svojim zadanostima. Zajedničko čovjeku i kozmosu je duh koji ih prožima i povezuje te su upućeni jedan na drugoga. Harmonija postojanja svega oduvijek je bila predmetom filozofskih i drugih promišljanja te njihov zajednički cilj.

Govor o spiritualnom je na tragu traženja harmonije u čovjekovom biću. Spiritualnost je unutarnji proces u čovjeku kojemu je cilj ukloniti iz čovjekova bića sve ono što ne pripada čovjeku te povezati i sjediniti čovjeka s božanskim: s onim što ga nadilazi u njegovoj malenosti. Spiritualnost je naporan i trajan proces za pružatelja palijativne skrbi koji ga treba „odgajati i obrazovati“, izvući iz sfere njegove spiritualnosti ono najbolje kako bi što uspješnije doveo u sklad slobodni duh i posrnulu materiju. Čovjekov život nije „bez veze“, on je neprestano u korelaciji s drugima, a posebno u korelaciji sa samim sobom. Suočavanje sebe sa samim sobom dramatičan je čin. U dramatičnim trenucima osnaživanje duha i duhovnoga u čovjeku prevažna je zadaća ljudske zajednice. Spiritualnost je proces i za bolesnika koji ga treba dovesti do toga, da postane svjestan kako njegov duh (život!) nije „bez veze“ s nekim, nego da je kao biće u trajnoj vezi s nečim univerzalnim, da je povezan s boljom stvarnošću, da nije stvoren samo za sebe.

S pojmom spiritualnog povezani su i drugi pojmovi, najčešće spominjani: duhovnost, religioznost, spoznajno, mistično, osjetilno, misaono, čuvstveno... Spiritualno se postiže vježbanjem u kojem se čovjek povlači u sebe i traži svoj ja. Traži odgovor na pitanje: Tko sam ja? Što je život? Osnaživati sve oblike duhovne sfere imperativ je koji mora slijediti i pojedinac i društvo u cjelini. Spiritualno je pokretač prema onomu što je iznad ljudskoga, slaboga, krhkoga. U najširem smislu, sagledavanje važnosti spiritualnoga u palijativnoj skrbi je težnja prema stabilnosti relacija čovjekova duha, duše i tijela. Na putu ostvarenja toga cilja često se nađu zapreke poput neživotvornog duha koji vlada u čovjeku pojedincu ili u široj društvenoj zajednici. A kad se tomu neživotvornome duhu pridodaju otežavajući zakonski propisi, tada u praksi izostaje konkretna palijativna skrb za bolesnika koji zbog bolesti polako „gubi vezu s ovom stvarnošću“. Stoga, kvalitetan čovjekov život uvelike ovisi o kvaliteti ljudskoga duha, o čemu postoje brojna svjedočanstva iz kršćanske i humane tradicije.

Ključne riječi: palijativna skrb; pružatelj palijativne skrbi; spiritualnost.

---

# VOLONTERI-BRANITELJI U PALIJATIVNOJ SKRBI

Ahnetka Stjepanović, mag. med. techn.  
Dom zdravlja Vukovar

Željko Miškulin  
volonter-branitelj, predsjednik udruge „Branitelj pomaže branitelju“

Volonterski tim „Branitelj pomaže branitelju“ za psihološku i palijativnu pomoć braniteljima i članovima njihovih obitelji osnovan je 24. travnja 2019. godine. Nakon uspješno završene stručne edukacije „Branitelj za branitelja“ koja je održana u Osijeku pod pokroviteljstvom Ministarstva branitelja RH, Osječko-baranjske županije i Grada Zagreba volonteri-branitelji su potpisali i prve ugovore o volontiranju. Volonteri-branitelji pridružili su se palijativnom timu Doma zdravlja Vukovar gdje su se uz pomoć koordinatora i palijativnog mobilnog tima uključili u pružanje psihološke pomoći korisnicima palijativne zdravstvene skrbi. Palijativna zdravstvena skrb Doma zdravlja Vukovar je na ovaj način osigurala pružanje još kvalitetnije palijativne skrbi. Uključivanje volontera-branitelja u palijativni mobilni tim pozitivno je prihvaćeno od strane korisnika i njihovih obitelji.

Ključne riječi: palijativna skrb, volonter-branitelj.



---

# VOLONTERI U PALIJATIVNOJ SKRBI

dr. sc. Ivana Klinar, dr. med.  
Pliva Hrvatska d.o.o.

U mnogim objavljenim radovima dobro su opisane poželjne karakteristike volontera, kao što su dobra volja, predanost, odgovornost, motiviranost, samokritičnost, komunikacijske vještine, kreativnost, a u palijativnoj skrbi to je još i empatija prema palijativnim bolesnicima i njihovim najbližima. U okviru svog redovitog rada organizirala sam prve online edukacije iz palijativne skrbi, liječenja kronične maligne i nemaligne boli, komunikacije, asertivnosti, empatije i timskog rada u medicini što je dodatno potaknulo moj interes za ovom granom medicine. Aktivnim uključivanjem u rad Zaklade „Biskup Josip Lang“ pod vodstvom pok. p. Antuna Cveka koji je više od 40 godina brinuo za stare, bolesne i napuštene osobe krenula sam kao volonter u jednu od aktivnosti, a to je posjet starim, nemoćnim i osamljenim osobama u staračkim domovima u Zagrebu. U istraživanju provedenom među 12 volontera koji su sudjelovali u istoj akciji, volonteri su istaknuli da su osnovni motivi koji ih pokreću: činiti dobro i dobro se osjećati te pomoći najbolesnijima, starijim i nemoćnim osobama iz ljubavi. Volonterima se najviše sviđa pomaganje drugima, druženje i komunikacija, kako s korisnicima, tako i međusobno, a osobito je jedan ispitanik istaknuo zajedničko druženje s voditeljem volontera te njegovu nesebičnu ljubav i zahvalnost koju im upućuje.

Drugo volontersko iskustvo odnosi se na rad s kronično bolesnim beskućnicima kod sestara Majke Terezije o kojima sam skrbila u timu s medicinskom sestrom, ljekarnikom, časnom sestrom, fizioterapeutom i socijalnim radnikom uz poštivanje etičkih načela i potrebnu pažnju. U trenutnim okolnostima pandemije COVID-19 volontiramo koliko možemo, komuniciramo telefonski i prilagođavamo se na nove mogućnosti virtualnog pomaganja.

Ključne riječi: palijativna skrb; virtualno pomaganje; volonteri; volonterski rad.

---

# ZDRAVSTVENA NJEGA U KUĆI – PALIJATIVNA SKRB

Jadranka Plužarić, mag. med. techn.

Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, Sveučilište Josipa Jurja  
Strossmayera u Osijeku

Zdravstvena njega u kući je djelatnost u sustavu primarne zdravstvene zaštite, a u Republici Hrvatskoj se od 1991. provodi u okviru obveznog zdravstvenog osiguranja. Pravilnikom o načinu ostvarivanja prava na zdravstvenu njegu u kući definirani su uvjeti i način ostvarivanja prava te vrsta i količina zdravstvene njege koju je moguće propisati bolesniku u kući. Liječnik obiteljske medicine, u suradnji s patronažnom sestrom, uvidom u stanje bolesnika određuje stupanj zahtjevnosti zdravstvene njege, kao i frekvenciju dolazaka medicinske sestre. Većini korisnika zdravstvene njege u kući potrebna je palijativna skrb koja se može ostvariti propisivanjem postupka DTP 4 – „zdravstvena njega izrazito teškog ili umirućeg bolesnika (palijativna skrb)“. Navedeni postupak uključuje sve intervencije zdravstvene njege koje je medicinska sestra ovlaštena provoditi u kući, samostalno ili u suradnji s liječnikom. Trajanje postupka je 120 minuta, najviše sedam puta tjedno.

U izlaganju će se kroz prikaz slučaja prikazati organizacija, prednosti, ograničenja i perspektive pružanja usluga palijativnim bolesnicima u okviru djelatnosti zdravstvene njege u kući, kao i nužnost suradnje s ostalim članovima tima u palijativnoj skrbi.

Ključne riječi: DTP 4; palijativna skrb; patronažna sestra; primarna zdravstvena zaštita; timski rad.

---

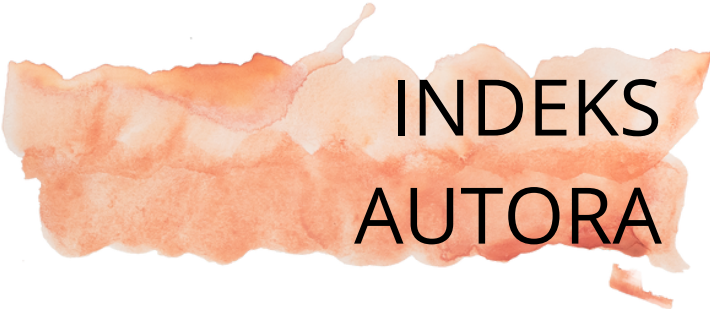
# ŽALOVANJE U PALIJATIVNOJ SKRBI

Maristela Šakić, dr. med. spec. psih.

Specijalna bolnica za psihijatriju i palijativnu skrb Sveti Rafael Strmac

Žalovanje je riječ kojom obično opisujemo osjećaje i reakcije koje doživljavamo kada izgubimo nekoga ili nešto što nam je bilo vrijedno. To je univerzalna reakcija na gubitak. Bolna je i stresna, ali isto tako i prirodna, normalna i nužna. Tijekom izlaganja osvrnut će se uglavnom na osjećaje i reakcije koje se manifestiraju u terminalnoj fazi bolesti palijativnih bolesnika i njihovih članova obitelji. Proradit će se pet faza žalovanja po Elizabeth Kübler-Ross: misli i osjećaji, promjene u ponašanju, načini suočavanja i moguća prilagodba.

Ključne riječi: faze žalovanja; gubitak; palijativni bolesnici; žalovanje.



**INDEKS  
AUTORA**

- 
- B  
Barać, Ivana 49  
Bašić, Marijan 19  
Bosnić, Zvonimir 47  
Butković Soldo, Silva 22
- Č  
Čanadić-Freljih, Miranda 48
- D  
Degmečić, Dunja 21  
Dodlek, Nikolina 18
- E  
Eraković, Filip 36
- G  
Grgić, Anđela 13  
Grgić, Olivera 50  
Gvozdanović, Zvezdana 27  
Gvozdanović, Zvonimir 9
- H  
Haršanji Drenjančević, Ivana 12
- J  
Johum, Helena 23  
Jovanovac, Tin 9  
Juranić, Brankica 31
- K  
Klinar, Ivana 53  
Kovačević, Marijana 26  
Krpan, Zoran 14
- M  
Martinović, Martin 11  
Matanović, Domagoj 40  
Mikšić, Štefica 15  
Miškić, Blaženka 26  
Miškulin, Željko 52
- O  
Omašić, Karolina 9
- P  
Pavlović, Dragica 16  
Pejić, Ela 41  
Perić, Danica 45  
Plužarić, Jadranka 54  
Prevendar, Marijana 35
- R  
Rimac, Nada 44
- S  
Seifert, Davor 46  
Selthofer-Relatić, Kristina 39  
Smolić, Robert 20  
Stjepanović, Ahnetka 30, 52
- Š  
Šakić, Maristela 10, 37, 55  
Šantor, Mirjana 38  
Šentija-Knežević, Mirela 35
- T  
Tomić, Anamaria 35  
Trtica Majnarić, Ljiljana 47  
Tukara, Drago 51
- V  
Valent, Ružica 32  
Vučevac, Vlasta 24, 28, 33, 42  
Vujanić, Jasenka 17  
Vuletić, Suzana 8



Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku  
Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek  
Crkvena 21, 31000 Osijek  
telefon: +385 31 399 600  
fax: +385 31 399 601  
email: [info@fdmz.hr](mailto:info@fdmz.hr)