

НАЦРТ

**НАЦИОНАЛНА СТРАТЕГИЈА
ЗА ПАЛИЈАТИВНО ЗБРИЊАВАЊЕ**

Септембар, 2008

1. УВОД

Стратегија за палијативно збрињавање је, као документ од националног значаја, део стратегије развоја здравственог система Републике Србије. Она представља инструмент за мобилизацију не само здравственог сектора, већ и свих чинилаца друштва који учествују у програмима палијативног збрињавања.

Стратегија је рађена у складу са Препорукама Комитета министара Савета Европе "REC 24 (2003) " које се односе на организацију палијативног збрињавања, као и у складу са Препорукама Европске конференције, одржане у Београду 2005. године, да палијативно збрињавање треба да постане саставни део система здравствене заштите и нераскидив елемент права грађана на здравствену заштиту.

Палијативно збрињавање је приступ који побољшава квалитет живота пацијента и породице, суочавајући се са проблемима који прате болести које угрожавају живот кроз превенцију и отклањање патње путем раног откривања и непогрешиве процене и лечења бола и других проблема: физичких, психосоцијалних и духовних (Светска Здравствена Организација 2002). Термин "болест која угрожава живот" односи се на пацијенте са активном, прогресивном, узнатредовалом болешћу за које је прогноза ограничена.

Палијативно збрињавање подразумева и филозофију бриге о пацијенту/породици и саму услугу палијативног збрињавања. Оно обухвата период од дијагнозе болести до краја периода жалости због губитка члана породице.

Палијативно збрињавање допуњује специфичне приступе који имају за циљ да утичу на ток основне болести. Како болест напредује, значај специфичних приступа се смањује, а значај палијативног збрињавања расте.

Разлози за доношење Стратегије су растуће потребе за овим видом здравствене заштите настале као последица старења становништва Србије и све већег броја оболелих од болести које имају прогресивни ток (кардиоваскуларних болести, малигних болести, шећерне болести, неуромускуларних, цереброваскуларних болести), ХИВ/АИДС-а, саобраћајног трауматизма и др.

Потреба за палијативним збрињавањем постаје приоритетни проблем чије решавање захтева да држава, у сарадњи са здравственим и другим професионалцима, невладиним удружењима, пацијентима, њиховим породицама и медијима, развија националну здравствену политику о палијативном збрињавању, дефинише стратешке циљеве и мере за реализацију те политике.

За успешно успостављање и интеграцију палијативног збрињавања у постојећи систем здравствене заштите неопходни су:

- Адекватни прописи и успостављање одрживог модела финансирања.
- Интеграција служби за палијативно збрињавање у систем здравствене заштите Републике Србије.
- Обезбеђивање и доступност опиоида и других лекова за палијативно збрињавање у складу са развојем Листе есенцијалних лекова за

палијативно збрињавање пацијената коју је предложила Комисија за палијативно збрињавање

- Едукација креатора здравствене политике, здравствених радника и других професионалаца, пацијената, породица и шире јавности о палијативном збрињавању.

Стратегија о палијативном збрињавању идентификује:

1. Демографске карактеристике становништва у Републици Србији
2. Групе болести и стања која доводе до потребе за палијативним збрињавањем
3. Организацију система здравствене заштите са аспекта обољења и стања која захтевају палијативно збрињавање
4. Укључивање друштвене заједнице у палијативно збрињавање
5. Законску регулативу
6. Принципе и кључне поруке
7. Општи циљ
8. Специфичне циљеве
9. Едукацију
10. Мониторинг и евалуацију
11. Акциони план

2. АКТУЕЛНА СИТУАЦИЈА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

2.1 Демографске карактеристике становништва Републике Србије

Основне карактеристике становништва Србије су одржавање тренда ниског наталитета и старење становништва, уз повећање општих стопа смртности (стопа смртности порасла је са 8,2/1.000 у 1986. на 13,9 умрлих особа на 1.000 становника у 2006.). Ове промене су довеле становништво на праг демографске старости. Према попису из 2002. године (без података за Косово и Метохију) просечна старост становника Србије је 40,2 године (градска 38,2 а остала 41,6 година).

Према последњем попису из 2002. у Србији је било 16,54% старих 65 и више година, односно, 22,7% особа старих 60 и више година, при чему су особе старе 80 и више година чиниле 8,6% старих. Удео руралног становништва старог 65 и више година је 20,8%.

Према процени за 2006. годину (без података за Косово и Метохију) становништво старо 65 и више година чини 17,4% укупне популације у Републици Србији (Републички завод за статистику). Према процени за 2007. годину, од 161 општине у Републици Србији (без података за Косово и Метохију), у 101-ој општини ће индекс друштвене подршке старима (однос старих 65 и више година према становништву старости 19-64 године) бити већи од 27,66%, колико износи просек за Републику Србију (без података за Косово и Метохију).

Очекивано трајање живота на рођењу у Републици Србији је порасло у периоду 1950-51. до 2001-2002. и то за мушкарце са 53,5 година на 70,1 годину, а за жене са 56,0 на 75,1 годину. Упоредјујући округе, најдуже очекивано трајање живота је у Златиборском округу (укупно и за жене), а у Нишавском и Пиротском округу за мушкарце. Најмање очекивано трајање живота је у Севернобанатском округу (укупно, мушкарци, жене).

Када се говори о здравственим и социјалним потребама становништва, треба узети у обзир и чињеницу да у Србији има 947 хиљада домаћинстава са лицима старим 65 и више година (37,5% од укупног броја домаћинстава). Такође, већину самачких домаћинстава у Србији чине старачка домаћинства – чак у 52,8% их чине стари 65 или више година, а у 23,9% између 50 и 64 године.

Демографски трендови предвиђају и даљи пораст заступљености старих, као и продужење очекиване дужине живота што ће довести и до значајног увећања заступљености старијих лица који имају 80 и више година. Са старењем популације повећава се и заступљеност старих, хронично оболелих и функционално зависних (атеросклеротичне промене које доводе до повећања броја оболелих од кардиоваскуларених обољења, малигних обољења, хроничних опструктивних болести плућа, обољења коштаног мишићног система, остеопорозе као главног узрока инвалидности старих, неуролошких поремећаја). Обзиром на високу заступљеност старих који живе сами, често и без подршке породице, особе старије од 65 година имаће све већу потребу за услугама служби за кућно лечење и палијативно збрињавање.

2.2 Групе болести и стања које доводе до потребе за палијативним збрињавањем

2.2.1 Малигни тумори су, у 2006. години, са учешћем од 19,7% у свим узроцима смрти били други узрок умирања у Републици Србији (без података за Косово и Метохију). У структури болести које захтевају палијативно збрињавање малигна обољења су најзаступљенија.

Стандардизована стопа морталитета износила је 202,7 на 100.000, што је становнике Србије, у односу друге европске народе, сврстало у средњи ризик умирања од малигних болести. Стопе морталитета код мушкараца износиле су 160,5/100.000, а код жена 124,4/100.000 становника. Највише стопе умирања код мушкараца регистроване су у Београду, Поморавском и Рашком округу, а код жена у Београду, Мачванском и Пчињском округу.

Стандардизоване стопе морталитета од рака биле су више у Војводини а ниже у централној Србији у односу на републички просек. Према подацима регистра за рак, мушкарци су највише оболевали и умирали од рака плућа, колоне и ректума, простате и желуца, а жене од рака дојке, плућа, колоне и ректума, грлића материце и желуца

Вредности стопе инциденције код мушкараца износиле су 285,5 на 100.000, а код жена 246,6 на 100.000 становника. Највише стопе обољевања код оба пола регистроване су у Београду, Расинском и Нишавском округу.

2.2.2 Болести срца и крвних судова са учешћем од 57,3% у свим узроцима смрти су, у 2006., водећи узрок умирања у Републици Србији (без података за Косово и Метохију). Стопе умирања од болести срца и крвних судова, у периоду 2001.-2006. порасле су за 10,6% код жена, а код мушкараца за 7,2%. Од 2001. до 2006.године стопе умирања од болести узрокованих повишеним крвним притиском порасле су за 9,4%, од исхемијских болести срца за 20,1% и од цереброваскуларних болести за 6,8%. цереброваскуларне болести су болести са високим степеном морталитета и највећим степеном инвалидитета. Половина свих преживелих од акутног možданог удара је способна за обављање одређених активности, а око 20-30% преживелих од možданог удара је упућено на помоћ другог лица, док се 16% ових лица збрињава у институцијама за трајну негу.

2.2.3 Шећерна болест је једна од најчешћих хроничних незаразних болести. У Републици Србији дијабетес је пети водећи узрок смртности од свих узрока смрти и пети узрок оптерећења болешћу. Број оболелих од шећерне болести већ дужи низ година расте. У 2006. години Србија је (без података за Косово и Метохију), на основу стандардизоване стопе морталитета од 23,2/100 000 становника, припадала групи европских земаља са највишим стопама умирања од ове болести. У односу на републички просек стандардизована стопа морталитета од дијабетеса била је виша у Војводини и нижа у централној Србији.

Процењује се да данас у Србији од дијабетеса болује приближно 500.000 особа или 6,7% популације. Преваленција дијабетеса расте са годинама старости и процењује се да је готово половина оболелих старија од 65 година. Дијабетес са свим последицама и компликацијама које га прате (инфаркт, цереброваскуларни инсулт, хронична бубрежна инсуфицијенција) представља болест која захтева палијативно збрињавање.

2.2.4 Опструктивне болести плућа је веома чест узрок онеспособљености и четврти је узрок умирања у Републици Србији (без података за Косово и Метохију) у 2006. години. Стопа морталитета од хроничних опструктивних болести плућа била је виша у Војводини (33,0/100 000 становника) и нижа у Централној Србији (31,1/100 000 становника) у односу на републички просек (31,6/100 000 становника), док је стандардизована стопа морталитета од астме била виша у Централној Србији и нижа у Војводини у односу на републички просек (3,6/100 000 становника).

2.2.5 Актуелна ситуација HIV/AIDS. У Републици Србији (без података за Косово и Метохију) у периоду од 1985. до 2006.године пријављена су 1 352 оболела од Morbus HIV (AIDS, SIDA) од којих је 905 (67%) особа умрло. Током 2006.године регистрована је 51 новооболела особа (стопа инциденције 0,7/100 000), док је 24 умрло (стопа морталитета 0,3/100 000).

2.2.6 Саобраћајне несреће и трауматизам. У Републици Србији (без података за Косово и Метохију) према подацима МУП-а Републике Србије, у 2006. је било 63.954 саобраћајних инцидената у којима је повређено 18.411 особа (13,7%), од којих 25,95% (4.778) са тешким телесним повредама које доводе до функционалне онеспособљености за обављање активности свакодневног живота и захтевају туђу негу и помоћ.

2.3 Истраживање здравља становника Србије 2006.

На основу поновљеног истраживања здравственог стања становништва Србије које је обављено у току 2006 године, утврђено је да у Србији хроничну болест или здравствени проблем има 26,6% одраслог становништва, што је значајно више у односу на 2000.годину (17,6%). Свакодневне активности без тешкоћа обавља 83,2% одраслог становништва. Највећи проценат становништва које без помоћи не може обављати активности везане за личну негу је код становништва старости 65-74 године. У порасту је проценат старих особа које без туђе помоћи не могу да обављају активности везане за личну хигијену, са 3,8% у 2000.години на 7,0% у 2006.години.

Према подацима Градског завода за геронтологију, Београд, у 2007. години, од 2.239 болесника на кућном лечењу и нези 46,4% су чинили непокретни и инконтинентни болесници. Велики број болесника 13,7% (306 болесника) се налазио у терминалном стадијуму, најчешће малигне болести, и захтевао је палијативно збрињавање.

3. ОРГАНИЗАЦИЈА СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ СА АСПЕКТА ОБОЉЕЊА И СТАЊА КОЈА ЗАХТЕВАЈУ ПАЛИЈАТИВНО ЗБРИЊАВАЊЕ

3.1 Анализа здравствене делатности на примарном нивоу (кућно лечење и нега)

У складу са Националном здравственом политиком којом је предвиђено укључивање палијативног збрињавања у систем здравствене заштите и спровођење палијативног збрињавања као саставног дела рада кућног лечења и неге, сачињена је анализа постојећих капацитета, организације, кадровске обезбеђености и обима рада у службама кућног лечења и неге на нивоу примарне здравствене заштите.

Анализа о начину унутрашње организације, као и услова за обављање здравствене делатности у служби кућног лечења и неге у домовима здравља у Републици Србији, рађена је на основу Извештаја о кадровској структури, Извештаја о извршењима из плана услуга за 2007. годину и Упитника за 2008. годину које је спровело Министарство здравља Републике Србије у сарадњи са Институтом за јавно здравље Србије "Др Милан Јовановић Батут".

Увидом у кадровску структуру и обезбеђеност службе кућног лечења и неге изабраним доктором медицине, констатује се да преко 59,3% домовна здравља у Републици Србији нема посебно организовану службу кућног лечења и неге, већ се делатност службе кућног лечења и неге обавља у оквиру службе за здравствену заштиту одраслих (општа медицина, хитна, поливалентна патронажа). На територији Града Београда постоји специјализована установа (Градски завод за геронтологију, Београд) која обезбеђује кућно лечење и палијативно збрињавање у просеку дневно, за око 1.500 старих и тешко оболелих грађана Београда.

Анализом постојећег кадра у служби кућног лечења и неге (уговореног броја лекара, сестара/техничара) утврђено је да је обезбеђеност у погледу броја лекара у складу са постојећим Правилником о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе (Сл.гласник РС бр.43/06), док уговорени број сестара/техничара за 2007. годину, у већини општина-домова здравља није у складу са Правилником и неопходно је повећање броја сестара у служби кућног лечења и неге.

Анализа оптерећености лекара (број посета по једном лекару) показује да је, у односу на укупан број прегледа лекара и броја уговорених лекара, оптерећеност по једном лекару у складу са прописаним стандардом броја услуга.

Анализа оптерећености сестара/техничара (број медицинских услуга по једној сестри/техничару) показује повећан обим рада наведеног кадра и повећану оптерећеност у односу на прописани стандард.

3.2 Анализа здравствене делатности на секундарном и терцијарном нивоу

Према Уредби о плану мреже здравствених установа (Сл. гласник бр.42/06 119/07) и Уредби о изменама и допунама Уредбе о Плану мреже здравствених установа (Сл. гласник 84/08) предвиђено је чланом 22, тачка 14, за продужено лечење и негу (геријатрија, палијативна нега, хемиотерапија, рехабилитација и др.) 0,20 постеља на 1000 становника.

Правилником о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе ("Сл. гласник РС" бр. 43//06), у чл. 19, тачка 11, предвиђено је у Одељењу за продужено лечење и негу-осам (8) доктора медицине и 50 медицинских сестара/техничара са средњом односно вишом стручном спремом.

3.3 Предлог организације палијативног збрињавања

Постојећи ресурси, у оквиру организованог система здравствене заштите, који се у будућности могу користити за палијативно збрињавање су:

На примарном нивоу здравствене заштите, Стратегија предвиђа организационо и кадровско јачање служби кућног лечења и неге:

- измене и допуне Правилника о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе (Сл.гласник РС бр.43/06) у смислу обавезе образовања служби за кућно лечење и негу у свим општинама (88 домова здравља) које имају преко 25.000 становника;
- измене и допуне Правилника о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе (Сл.гласник РС бр.43/06) који предвиђа повећање броја кадра са постојећег норматива од 1 лекар: 4 сестре на 25.000 становника на 1 лекар : 5 сестара на 25.000 становника;

- у Граду Београду сви домови здравља морају да оснују службе кућног лечења. Норматив за градске општине треба да остане један (1) лекар према четири (4) медицинске сестре, а за домове здравља на ширем градском подручју један (1) лекар према пет (5) медицинских сестара;
- формирање **Референтног центра за координацију** служби за кућно лечење и негу у Градском заводу за геронтологију, Београд уз измену назива установе у Завод за геронтологију, кућно лечење и негу.

На секундарном нивоу здравствене заштите, Стратегијом је предвиђено:

- формирање посебних **Јединица за палијативно збрињавање** у саставу Одељења за продужено лечење и негу, као и измена и допуна Правилника о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе (Сл.гласник РС бр.84/08), којима би се, од предвиђених 0,20 постеља на 1000 становника, **0,04 постеље на 1000 становника определиле за палијативно збрињавање;**
- Допуна Правилника о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе ("Сл. гласник РС" бр. 43//06), у члану 19, тачка 11, да се из у постојећег норматива кадра определи **1 доктор специјалиста интерне медицине и 5 сестара на 10 постеља** за Јединицу за палијативно збрињавање (Хоспис);
- Избор болница у којима ће се формирати јединице за палијативно збрињавање (Хосписи), извршен је на основу следећих критеријума:

1.Демографске ситуације:

- Укупан број становника округа у Републици Србији
 - Индекс друштвене подршке старима (однос старих 65 и више година према радно активном становништву од 19 до 64 године) који је у 62,11% општина (у 101 од укупно 161 општина) изнад републичког просека који је 27,66% у Републици Србији

2. Болести и стања која доводе до потребе за палијативним збрињавањем

3. Постојећи капацитети (просторни, постељни и кадровски) и заузетости постеља на секундарном и терцијерном нивоу у 2007. години,

- У I фази у периоду од 2009 - 2012 године ће се основати Јединице за палијативно збрињавање у 13 здравствена установа са укупно 140 постеља: ОБ Суботица, ОБ Зрењанин, ОБ Сомбор, ЗЦ Лозница-ОБ Лозница, ОБ Смедеревска Паланка, ОБ Ћуприја, ЗЦ Зајечар -ОБ Зајечар, ЗЦ Ужице-ОБ Ужице, Специјална болница за интерне болести Врњачка Бања, Клинички Центар Ниш - Клиника за плућне болести и ТБЦ, Кнез Село, ЗЦ Врање - ОБ Врање, КБЦ Земун-Београд, КБЦ Звездара - Београд.

- У II фази у периоду 2012 - 2015, по истим критеријумима ће се основати јединице за палијативно збрињавање са још 160 постеља, у следећим здравственим установама: ОБ Кикинда, ОБ Панчево, ОБ Врбас, ОБ Сремска Митровица, ЗЦ-ОБ Ваљево, ЗЦ-ОБ Пожаревац, КЦ Крагујевац, ЗЦ-ОБ Бор, ЗЦ-ОБ Чачак, ЗЦ-ОБ Крушевац, ЗЦ-ОБ Пирот, ЗЦ-ОБ Прокупље, ЗЦ-ОБ Косовска Митровица, КБЦ Бежанијска Коса - Београд, КБЦ Др Драгиша Мишовић - Београд, КБЦ Земун-Београд, КБЦ Звездара - Београд.

У обе фазе потребно је прилагодити и простор и опрему за палијативно збрињавање.

- **На терцијарном нивоу** предвиђено је формирање:

а) **Консултативних тимова у референтним установама здравствене заштите Клинички Центар Србије:** Институт за инфективне и тропске болести, Институт за неурологију, Институт за ендокринологију, дијабетес и болести метаболизма, Институт за урологију и нефрологију, Институт за плућне болести и ТБЦ; **Клинички Центар Војводине-Нови Сад:** Институт за онкологију Војводине, Сремска Каменица, Клиника за инфективне болести, Институт за интерне болести-ендокринологија, Институт за неурологију; **Клинички Центар Ниш:** Клиника за заразне болести, Институт за нефрологију, Клиника за онкологију, Клиника за Неурологију, Клиника за ендокринологију; **Клинички Центар Крагујевац:** Клиника за интерне болести:ендокринологија, нефрологија, неурологија, инфективне, пнеумофтизиологија, радиологија и онкологија.

На предлог Стручног савета установе, директор именује консултативни тим који успоставља сарадњу са тимовима на примарном и секундарном нивоу, пружа стручну помоћ у решавању проблематике пацијената на палијативном збрињавању.

Стандард кадра консултативних тимова чине доктор медицине, специјалиста одређене гране медицине и медицинска сестра са вишом/високом стручном спремом.

б) **Центра за развој палијативног збрињавања** у Институту за онкологију и радиологију Републике Србије. Центар за развој палијативног збрињавања прати, истражује и предлаже мере за унапређење развоја палијативног збрињавања. Задатак Центра је успостављање сарадње са СЗО, међународним организацијама и удружењима, медицинским факултетима ради унапређења палијативне медицине. Центар за развој палијативног збрињавања чине истакнути научни и други здравствени радници и сарадници који имају значајан допринос у раду и развоју палијативног збрињавања.

Палијативно збрињавање не треба да буде препуштено само здравственим службама већ треба да буде брига целе заједнице. У оквиру активности и ангажовања целокупне заједнице у области палијативног збрињавања неопходно је успостављање међуресорне сарадње, укључивање органа локалне самоуправе,

образовних и социјалних установа, као и ангажовање цивилног друштва, цркве и међународних организација.

4. ЗАКОНСКА РЕГУЛАТИВА

Постојећа законска регулатива уређује систем здравствене заштите, организацију здравствене службе, као и друштвену бригу за здравље становништва и друго:

1. Закон о Влади ("Сл. гласник РС" бр. 55/05 и 71/05-исправка),
2. Закон о здравственој заштити ("Сл. гласник РС" бр. 107/05),
3. Уредба о Плану мреже здравствених установа ("Сл. гласник РС" бр.42/06),
4. Уредба о изменама и допунама Уредбе о Плану мреже здравствених установа ("Сл. гласник РС" бр.84/08),
5. Правилник о условима и начину унутрашње организације здравствених установа ("Сл. гласник РС" бр. 43//06),
6. Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе ("Сл. гласник РС" бр. 43//06),
7. Закон о здравственом осигурању ("Сл. гласник РС" бр. 107/05),
8. Правилник о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2008. годину ("Сл. гласник РС" бр.14/08),
9. Закон о лековима и медицинским средствима ("Сл. Гласник РС бр. 84/04 и 85/05),
10. Правилник о начину прописивања и издавања лекова (Сл. лист 16/94),
- 11.Допуна Правилника о начину прописивања и издавања лекова (Сл. лист 22/97),
12. Закон о производњи и промету опојних дрога ("Сл. Гласник РС бр. 110/03),
13. Решење о утврђивању опојних дрога и психотропних супстанци("Сл. Гласник РС бр. 24/05.

Законом о здравственој заштити (чл.25) дефинисана су људска права и вредности у здравственој заштити. Сваки грађанин има право да здравствену заштиту остварује уз поштовање највишег могућег стандарда људских права и вредности, односно има право на физички и психички интегритет и на безбедност његове личности, као и на уважавање његових моралних, културних, религијских и филозофских убеђења.

Права пацијента:

- Право на доступност здравствене заштите
- Право на информације
- Право на обавештење

- Право на слободан избор
- Право на приватност и поверљивост информације
- Право на самоодлучивање и пристанак
- Право на увид у медицинску документацију
- Право на тајност података
- Право пацијента над којим се врши медицински оглед
- Право на приговор
- Право на накнаду штете
- Иницијатива Светске Здравствене Организације и Internacionalne Asociјације за изучавање бола (IASP) је да се, у област основних људских права, укључи и право пацијента на отклањање бола, па га ова Стратегија укључује у законом дефинисана права пацијената.

Стратегија о палијативном збрињавању предвиђа измену и допуну Закона и правилника у смислу промене унутрашње организације здравствених установа; стандарда кадра и услуга; обезбеђености и доступности лекова за палијативно збрињавање, на првом месту опиоидних аналетика. Комисија је сачинила предлог, усаглашен са препорукама СЗО, за измену и допуну Националне политике контроле опиоида у складу са Јединственом Конвенцијом о наркотицима Уједињених Нација о наркотицима. На националном нивоу неопходно је успоставити уравнотежену политику прописивања опиоида и такав систем контроле који ће онемогућити злоупотребу наркотика и у исто време осигурати њихову доступност за примену у медицини у циљу отклањања бола и патње.

5. ВОДЕЋИ ПРИНЦИПИ И КЉУЧНЕ ПОРУКЕ ПАЛИЈАТИВНОГ ЗБРИЊАВАЊА

5.1 Водећи принципи

Палијативно збрињавање:

- пружа отклањање бола и других симптома;
- афирмише живот и гледа на смрт као на нормалан процес;
- обједињује психолошке и духовне аспекте бриге о пацијенту;
- нуди систем подршке и помоћи пацијентима;
- нуди систем подршке и помоћи породици да савлада проблеме током пацијентове болести и у периоду жалости због губитка члана породице;
- захтева тимски приступ у препознавању потреба пацијената и њихових породица, укључујући и саветовања током периода жалости, уколико је то потребно;
- побољшава квалитет живота, а може такође позитивно да утиче на ток саме болести;
- у зависности од потреба индивидуалног болесника може да се примени и у раном стадијуму болести заједно са специфичним приступима који утичу на ток основне болести или као једини приступ;

- укључује истраживања чији је циљ побољшање квалитета палијативног збрињавања.

5.2 Кључне поруке

- Болест, губитак и смрт су саставни и неизбежни део живота.
- Циљ палијативног збрињавања је мање патње, више достојанства и бољи квалитет живота.
- У фокусу палијативног збрињавања је квалитет, а не квантитет живота.
- Палијативно збрињавање је инердисциплинарни и мултипрофесионални приступ и подразумева тимски рад. Палијативно збрињавање промовише филозофију тима и тимског рада.
- Палијативно збрињавање треба да постане саставни део система здравствене заштите и неotuђиви елемент права грађанина на здравствену заштиту.
- Неопходно је формулисати националну здравствену политику о палијативном збрињавању у сарадњи са здравственим радницима и другим професионалцима, невладиним организацијама, пацијентима и породицама.
- Палијативно збрињавање треба да буде доступно и бесплатно за све пацијенте којима је потребно, без обзира на тип болести, географску локацију или социо-економски статус.
- Палијативно збрињавање захтева свеобухватну и континуирану бригу о пацијенту/породици и подразумева разгранату мрежу служби које тај континуитет обезбеђују.
- Палијативно збрињавање као дисциплина је cost-effective.

6. ЦИЉЕВИ СТРАТЕГИЈЕ

6.1 Општи циљеви

6.1.1 Интеграција палијативног збрињавања у здравствени систем Републике Србије како би постао неotuђиви елемент права грађана на здравствену заштиту.

6.1.2 Унапређење и достизање најбољег могућег квалитета живота за пацијента и његову породицу.

6.2 Специфични циљеви:

6.1.1

1. Дефинисање националних стандарда за палијативно збрињавање

На **примарном нивоу** здравствене заштите тим за палијативно збрињавање чине: доктор медицине/специјалиста опште медицине, медицинска сестра, патронажна сестра, физиотерапеут и социјални радник. Шири тим за палијативно збрињавање чине: психолог/психијатар, свештеник и волонтери.

На **секундарном нивоу** здравствене заштите, у јединици за палијативно збрињавање, тим чине: доктор медицине-специјалиста интерне медицине и медицинске сестре.

На **терцијарном нивоу** здравствене заштите у референтним установама консултативни тим чине доктор медицине специјалиста одређене гране медицине и медицинске сестре.

2. Прилагођавање законске регулативе стандардима лекова и медицинских средстава за палијативно збрињавање.
3. Информисање јавности о значају палијативног збрињавања.
4. Успостављање организационо и финансијски одрживог модела палијативног збрињавања.
5. Формирање посебних организационих јединица - Служби за кућно лечење и негу у свим домовима здравља у општинама са и преко 25.000 становника у Републици Србији (укупно у 88 домова здравља).
6. Формирање референтног центра за координацију Служби за кућно лечење и негу Републике Србије на примарном нивоу здравствене заштите у Заводу за геронтологију, Београд.
7. Формирање јединица за палијативно збрињавање (Хоспис) у 25 округа, са укупно 300 постеља, у две фазе.
8. На терцијарном нивоу здравствене заштите:
 - а) Формирање специјализованих консултативних тимова у референтним здравственим установама
 - б) Формирање Центра за развој палијативног збрињавања у Институту за онкологију и радиологију Србије.
9. Формирање јединственог информационог система.
10. Сарадња са Светском здравственом организацијом, Саветом Европе и другим релевантним организацијама.
11. Научно истраживање на пољу палијативног збрињавања, засновано на клиничким доказима и усмерено ка пацијенту.
12. Мониторинг и евалуација у односу на стандардизоване процедуре за палијативно збрињавање.

6.1.2

1. Формирање Листе есенцијалних лекова и медицинских средстава за палијативно збрињавање.
2. Увођење палијативног збрињавања у програм наставе медицинских школа, медицинских и других факултета.
3. Стандардизација и акредитација програма за едукацију свих учесника у палијативном збрињавању.

4. Мобилизација свих заинтересованих актера на нивоу локалне заједнице.

.7. ЕДУКАЦИЈА

Едукација здравствених радника и сарадника, као и свих осталих учесника у палијативном збрињавању (друштва, законодавца, породице оболелих, волонтера) од суштинског је значаја за развој палијативног збрињавања.

Ради спровођења едукације неопходно је установити:

- Ниво едукације (степен)
- Обим едукације (према планираним кадровима)
- Програм едукације
- Спровођење едукације

7.1 Ниво едукације

Базни ниво едукације укључује изабране лекаре и медицинске сестре примарне здравствене заштите, као и волонтере.

Средњи ниво едукације укључује лекаре и медицинске сестре служби кућних лечења и неге, геронтолошких центара (државни и приватни), социјалне раднике и психологе.

Виши ниво едукације укључује докторе медицине, специјалисте и медицинске сестре у јединицама за палијативно збрињавање.

7.2 Обим едукације

Едукативни програм се доноси за сва три нивоа здравствене заштите. Едукацијом је потребно обухватити и оболелог, његову породицу и окружење.

Приоритет у едукацији треба дати службама кућног лечења и неге и започети до краја 2008. године са по једним тимом у 60 домова здравља у којима већ постоје организоване службе кућног лечења и неге. Са формирањем кућног лечења у преосталих 28 општина са преко 25.000 становника истовремено ће се започети и едукација тимова.

На секундарном нивоу, након формирања јединица за палијативно збрињавање, започеће се едукација тимова.

За успешно остваривање палијативног збрињавања неопходно је спровести едукацију друштва на свим нивоима, од законодаваца (за допуне законске регулативе) до ширења основних постулата палијативног збрињавања у јавности.

7.3 Програм едукације

Програм мора бити заснован на основним принципима палијативног збрињавања. Од свих учесника у палијативном збрињавању захтевају се знања и вештине у:

1. Комуникацији – са оболелим, породицом као и између самих учесника у палијативном збрињавању.
2. Доношењу одлуке – процена стања оболелог, примена разних видова терапије, промене исте, извођење неке интервенције или укључивање других неопходних услуга оболелом или породици.
3. Лечењу компликација саме болести или терапијских процедура.
4. Ублажавању бола и других симптома болести (диспнеа, повраћање, опстипација, дијареја, анксиозност, депресија).
5. Пружању психосоцијалне подршке оболелом и породици (препознавање забринутости, финансијских проблема, неспоразума у породици).
6. Разумевање душевних потреба и приступ истима – спиритуална потпора.
7. Нега умирућег – однос са поштовањем и разумевањем ка умирућем и породици.
8. Периоду непосредно после смрти – саосећање са губитком, изражавање саучешћа, посете и одржавање контакта са породицом.

7.4 Спровођење едукације

Едукација се спроводи кроз континуирану медицинску едукацију, семинаре, симпозијуме, интерактивне курсеве, практичан рад уз постељу пацијента и унутар породице оболелог.

8. МОНИТОРИНГ И ЕВАЛУАЦИЈА

Мониторинг подразумева праћење успостављања служби кућног лечења, јединица за палијативно збрињавање, специјализованих консултативних тимова у референтним центрима, центра за развој палијативног збрињавања. Оно обухвата праћење индикатора који побољшавају квалитет живота оболелог-скала бола, скала процене симптома, задовољство пацијената, као и броја породица којима је пружена психосоцијална подршка у периоду болести члана породице и до шест месеци у периоду жалости и праћење броја тимова за палијативно збрињавање којима је пружена психосоцијална подршка (синдром сагоревања). Извештаје о Плану рада и извршењу служби за палијативно збрињавање на сва три нивоа и мишљење о извршењу, заводи и институти за јавно здравље достављају Институту за јавно здравље Републике Србије "Др Милан Јовановић Батут".

Републичка стручна комисија два пута годишње процењује интеграцију Стратегије и спровођење Акционог плана и доноси мере за побољшање и унапређење палијативног збрињавања.

Литература:

1. Годишњи извештај о раду. Градски завод за геронтологију, Београд. Београд, 2008.
2. Г.Шево, С.Јанкелић, М.Тасић, Љ. Козаревић, Б.Томашек. Процена социјално здравствених потреба становника Града Београда старосне доби 80 и више година. Градски завод за геронтологију, Београд. Београд, 2006.
3. Doyle D, Hanks GWC, Cherny IN, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3rd New York: Oxford University Press; 2004
4. Здравствено статистички годишњак Републике Србије 2006. Институт за јавно здравље „Др Милан Јовановић-Батут“. Београд, 2007.
5. Истраживање здравља становника Републике Србије 2006. Финални извештај. Министарство здравља Републике Србије. Београд, 2007.
6. Национална стратегија за борбу против HIV-а/AIDS-а. Министарство здравља Републике Србије. Београд, 2005.
7. Препорука РЕЦ (2003) 24 Комитета министара државама чланицама у вези са организацијом палијативног збрињавања.
8. Становништво, домаћинства и породице - подаци на нивоу Републике. Попис становништва, домаћинства и станова у 2002. Књига 18. Републички завод за статистику. Београд, 2005.
9. Становништво и домаћинства Србије према попису 2002. године. У: Горан Пенев. Републички завод за статистику Србије, Институт друштвених наука, Центар за демографска истраживања, Друштво демографа Србије. Београд, 2006.
10. Stjernsward J, Folley KM, Ferris FD. The public health strategy for palliative care. Journal of Pain and Symptom Management 2007.
11. Cancer Control, Knowledge into Action, WHO Guide for Effective Programmes, Palliative Care, WHO 2007
12. Clinical practice guidelines for quality palliative care. Brooklyn (NY): National Consensus Project for Quality Palliative Care; 2004. 67 p.
13. World Health Organization. Cancer pain relief: with a guide to opioid availability, 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 1996.
14. www.pallcare.belgrade2005.org.yu
15. www.who.int/cancer/palliative/definition/en/
16. www.who.int/cancer/palliative/en/

