

На основу члана 45. став 1. Закона о Влади („Службени гласник РС”, бр. 55/05, 71/05-исправка, 101/07 и 65/08),

Влада доноси,

СТРАТЕГИЈУ ЗА ПАЛИЈАТИВНО ЗБРИЊАВАЊЕ

1. УВОД

Стратегија за палијативно збрињавање је документ од националног значаја, којом се утврђује целовита и усклађена политика државе у циљу развоја здравственог система Републике Србије.

Потреба за палијативним збрињавањем постаје приоритетни проблем чије решавање захтева да држава, у сарадњи са здравственим радницима и сарадницима, удружењима, пацијентима, њиховим породицама и јавним гласилима, развија националну здравствену политику о палијативном збрињавању, дефинише стратешке циљеве и мере.

Стратегија за палијативно збрињавање (у даљем тексту: Стратегија) рађена је у складу са Препорукама Комитета министара Савета Европе „РЕС 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. године). Израз „болест која угрожава живот” односи се на пацијенте са активном, прогресивном, узнапредовалом болешћу за које је прогноза ограничена.

Палијативно збрињавање подразумева и филозофију бриге о пацијенту и његовој 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 Републике 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.

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

- Измена прописа којима се уређује систем здравствене заштите;
- Укључивање 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 и
- Едукација здравствених радника и сарадника, пацијената, породица и јавности о палијативном збрињавању.

Ова стратегија на основу демографских карактеристика становништва у Републици Србији, групе болести и стања која доводе до потребе за палијативним збрињавањем, треба да омогући организацију система здравствене заштите у циљу ефикаснијег палијативног збрињавања.

2. АКТУЕЛНА СИТУАЦИЈА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

2.1. Демографске карактеристике становништва у Републици Србији

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

Према последњем попису из 2002. године у Републици Србији било је 16,54% старих лица (65 и више година), односно, 22,7% лица старијих од 60 година. Лица старија од 80 година чинила су 8,6%, а рурално становништво старије од 65 година чини 20,8% од укупног броја становника.

Према процени за 2006. годину (без података за Аутономну покрајину Косово и Метохија), становништво старије од 65 година чини 17,4% укупне популације у Републици Србији (подаци Републичког завода за статистику). Према процени за 2007. годину, од укупног броја јединица локалне самоуправе у Републици Србији (без података за Аутономну покрајину Косово и Метохија), у сто једној јединици локалне самоуправе индекс друштвене подршке старима (однос старијих од 65 година према становништву старости од 19. до 64. године) биће већи од 27,66%, колико износи просек за Републику Србију (без података за Аутономну покрајину Косово и Метохија).

Очекивано трајање живота на рођењу у Републици Србији је порасло у периоду 1950 -1951. године до 2001-2002. године и то за мушкарце са 53,5 година на 70,1 годину, а за жене са 56 на 75,1 годину. Упоређујући управне округе, најдуже очекивано трајање живота у Златиборском управном округу (укупно и за жене), а у Нишавском и Пиротском управном округу за мушкарце. Најмање очекивано трајање живота је у Севернобанатском управном округу (укупно, мушкарци и жене).

Када се говори о здравственим и социјалним потребама становништва, треба узети у обзир и чињеницу да у Републици Србији има 947 хиљада домаћинства са лицима старијим од 65 година (37,5% од укупног броја домаћинства). Такође, већину самачких домаћинства у Републици Србији чине старачка домаћинства, тако да у 52,8% их чине старији од 65 година, а у 23,9% старости 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. Старењем популације, повећава се и заступљеност старих, хронично оболелих и функционално зависних лица (атеросклеротичне промене које доводе до повећања броја оболелих од кардиоваскуларних обољења, малигнух обољења, хроничних опструктивних болести плућа, обољења коштаног 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 службе 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 Аутономну покрајину Косово и Метохија). У структури болести које захтевају палијативно збрињавање малигна обољења су најзаступљенија.

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

Стандардизоване стопе морталитета од рака биле су више у Аутономној покрајини Војводина 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 управном округу.

2.2.2. Болести срца и крвних судова са учешћем од 57,3% у свим узроцима смрти су у 2006. години, водећи узрок умирања у Републици Србији (без података за Аутономну покрајину Косово и Метохија). Стопе умирања од болести срца и крвних судова, у периоду 2001-2006. године порасле су за 10,6% код жена, а код мушкараца за 7,2%. Од 2001. године 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 можданог удара је способна за обављање одређених активности, а око 20-30% преживелих од можданог удара су упућени на помоћ другог лица, док се 16% ових лица збрињава у институцијама за трајну негу.

2.2.3. Дијабетес је једна од најчешћих хроничних незаразних болести и у Републици Србији је пети водећи узрок смртности од свих узрока смрти и пети узрок оптерећења болешћу. Број оболелих од дијабетеса већ дужи низ година расте. У 2006. години Република Србија је (без података за Аутономну покрајину Косово и Метохија), на основу стандардизоване стопе морталитета од 23,2 на 100.000 становника, припадала

групи европских земаља са највишим стопама умирања од ове болести. У односу на републички просек стандардизована стопа mortalитета од дијабетеса била је виша у Аутономној покрајини Војводина.

Процењује се да данас у Републици 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 старијих 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 су веома чест узрок онеспособљености и четврти су узрок умирања у Републици Србији (без података за Аутономну покрајину Косово и Метохија) у 2006. години. Стопа mortalитета од хроничних опструктивних болести плућа била је виша у Аутономној покрајини Војводина (33,0 на 100.000 становника) у односу на републички просек (31,6 на 100.000 становника), док је стандардизована стопа mortalитета од астме била нижа у Аутономној покрајини Војводина у односу на републички просек (3,6 на 100.000 становника).

2.2.5. Актуелна ситуација болести HIV/AIDS је таква да у Републици Србији (без података за Аутономну покрајину Косово и Метохија) у периоду од 1985. године до 2006. године, пријављена су 1352 лица оболела од Morbus HIV (AIDS, SIDA) од којих је 905 лица умрло (67%). Током 2006. године регистровано је 51 новооболело лице (стопа инциденције 0,7 на 100.000), док је 24 умрло (стопа mortalитета 0,3 на 100.000).

2.2.6. Саобраћајне несреће и трауматизам у Републици Србији (без података за Аутономну покрајину Косово и Метохија) према подацима Министарства унутрашњих послова, у 2006. години било је 63.954 саобраћајних несрећа у којима је повређено 18.411 лица (13,7%), од којих 4.778 лица (25,95%) са тешким телесним повредама које доводе до функционалне онеспособљености за обављање активности у свакодневном животу и захтевају помоћ другог лица.

2.3. Истраживање здравља становника у Републици Србији

На основу истраживања здравственог стања становништва Републике Србије које је обављено у току 2006. године, утврђено је да у Републици 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 другог лица не може да обавља активности везане за личну негу јесу лица старости од 65 до 74 године. У порасту је проценат старих лица која без помоћи другог лица 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 у Београду, 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 У ЦИЉУ СПРОВОЂЕЊА ПАЛИЈАТИВНОГ ЗБРИЊАВАЊА

3.1. Анализа здравствене делатности на примарном нивоу

Анализа организације, рада служби кућног лечења и неге и кадровске структуре у домовима здравља у Републици Србији, урађена 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 у сарадњи са Институтом за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”.

Увидом у кадровску структуру и обезбеђеност служби кућног лечења и неге изабраним доктором медицине, утврђено је да преко 59,3% домова здравља у Републици Србији нема посебно организовану службу кућног лечења и неге, већ се делатност ове службе обавља у оквиру здравствене заштите 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 лица.

Анализом постојећег кадра у службама кућних лечења и неге (уговореног броја лекара, медицинских 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 („Службени гласник РС”, број 43/06 – у даљем тексту: Правилник), док уговорени број медицинских сестара - техничара за 2007. годину, у већини домова здравља није у складу са Правилником и неопходно је повећање броја медицинских сестара у службама кућних 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 медицинских сестара и техничара (број медицинских услуга по једној медицинској 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

Уредбом о плану мреже здравствених установа („Службени гласник РС”, бр. 42/06, 119/07 и 84/08) прописан је капацитет болничких установа за продужено лечење и негу (геријатрија, палијативно збрињавање, хемиотерапија, физикална медицина и рехабилитација) и то 0,20 постеља на 1000 становника (члан 22. став 1).

Правилником је прописано да у одељењима за продужено лечење и негу у општој болници има осам доктора медицине и 50 медицинских сестара – техничара са вишим односно средњим образовањем (члан 19. тачка 11), у специјалној болници пет доктора медицине и 75 здравствених радника са вишим односно средњим образовањем (члан 25. тачка 1), а за клинику у интернистичкој области и рехабилитацији – осам доктора медицине специјалисте одговарајуће гране медицине и 20 медицинских сестара – техничара са вишим односно средњим образовањем (члан 26. тачка 1).

3.3. Предлог организације палијативног збрињавања

На примарном нивоу здравствене заштите овом стратегијом предвиђа се:

- организационо и кадровско јачање службе кућног лечења и неге;
- измена и допуна Правилника о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе, тако што би се прописала обавеза оснивања служби за кућно лечење и негу у 88 домова здравља, у јединицама локалне самоуправе које имају преко 25.000 становника и повећање броја кадра са постојећег норматива од једног лекара и четири медицинске сестре на 25.000 становника на једног лекара и пет медицинских сестара на 25.000 становника;

- сви домови здравља у граду Београду морају да оснују службу кућног лечења и неге. Норматив за градске општине треба да остане један лекар и четири медицинске сестре, а за домове здравља на ширем градском подручју један лекар и пет медицинских сестара на 25.000 становника;

- оснивање Центра за координацију служби за кућно лечење и негу у Градском заводу за геронтологију, Београд.

На секундарном нивоу здравствене заштите, овом стратегијом предвиђа се:

- оснивање посебних јединица за палијативно збрињавање у оквиру одељења за продужено лечење и негу;

- измена и допуна Правилника о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе, тако што би се, од предвиђених 0,20 постеља на 1000 становника, определиле 0,04 постеље на 1000 становника за палијативно збрињавање и да се из постојећег норматива кадра определи један доктор специјалиста интерне медицине и пет медицинских сестара на десет постеља за јединицу за палијативно збрињавање.

Избор болница у којима ће се основати јединице за палијативно збрињавање извршен је на основу следећих критеријума:

а) Демографске ситуације.

- укупан број становника у Републици Србији,
- индекс друштвене подршке старима (однос старијих од 65 година према радно активном становништву од 19 до 64 године), који је у 62,11% јединица локалне самоуправе у Републици Србији изнад републичког просека;

б) Болести и стања која доводе до потребе за палијативним збрињавањем;

в) Постојећих капацитета (просторни, постељни и кадровски) и заузетости постеља на секундарном и терцијарном нивоу у 2007. години.

У првој фази, у периоду од 2009 – 2012. године, основаће се јединице за палијативно збрињавање у 13 здравствених установа са укупно 140 постеља, и то у општој болници у: Суботици, Зрењанину, Сомбору, Смедеревској Паланци, Ћуприји; здравственом центру-општој болници у: Лозници, Зајечару, Ужицу, Врању; Специјалној болници за интерне болести у Врњачкој Бањи, Клиничко болничком центру у Земуну и Звездари, као и Клиничком центру у Нишу (Клиника за плућне болести и туберкулозу)

У другој фази, у периоду 2012 – 2015. године, по истим критеријумима основаће се јединице за палијативно збрињавање са још 160 постеља, у следећим здравственим установама и то у општој болници у: Кикинди, Панчеву, Врбасу, Сремској Митровици; здравственом центру-општој болници у: Ваљеву, Пожаревцу, Бору, Чачку, Крушевцу, Пироту, Прокупљу и Косовској Митровици; Клиничко болничком центру: „Земун”;

„Бежанијска Коса”, „Др Драгиша Мишовић”-Дедиње, „Звездара” и у Клиничком центру у Крагујевцу.

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

На терцијарном нивоу здравствене заштите овом стратегијом предвиђа се :

- образовање консултативног тима у установама здравствене заштите, као што су 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 туберкулозу); 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 који су на палијативном збрињавању.

У консултативном тиму су доктор медицине, специјалиста одређене гране медицине и медицинска сестра са високим или вишим образовањем.

- оснивање Центра за развој палијативног збрињавања у Институту за онкологију и радиологију Србије.

Центар за развој палијативног збрињавања прати, истражује и предлаже мере за унапређење развоја палијативног збрињавања. Задатак Центра за развој палијативног збрињавања је успостављање сарадње са Светском здравственом организацијом, међународним организацијама и удружењима, медицинским факултетима ради унапређења палијативне медицине. У Центру за развој палијативног збрињавања су 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 јединица локалне самоуправе, образовних и социјалних установа, као и ангажовање удружења, 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 („Службени гласник РС”, бр. 55/05 ,71/05, 101/07 и 65/08),
2. Закон о здравственој заштити („Службени гласник РС”, број 107/05),
3. Закон о здравственом осигурању („Службени гласник РС”, бр. 107/05 и 109/05),

4. Закон о лековима и медицинским средствима („Службени гласник РС”, бр. 84/04 и 85/05),
5. Закон о производњи и промету опојних дрога („Службени гласник РС”, број 110/03),
6. Уредба о Плану мреже здравствених установа („Службени гласник РС”, бр.42/06, 119/07 и 84/08),
5. Правилник о условима и начину унутрашње организације здравствених установа („Службени гласник РС”, број 43/06),
6. Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе („Службени гласник РС”, број 43/06),
7. Правилник о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2009. годину („Службени гласник РС”, број 7/09),
10. Правилник о начину прописивања и издавања лекова („Службени лист СРЈ”, бр. 16/94, 22/97 и 52/02),
11. Решење о утврђивању опојних дрога и психотропних супстанци („Службени гласник РС”, број 24/05).

Законом о здравственој заштити прописано је да 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 своје личности, као и на уважавање његових моралних, културних, религијских и филозофских убеђења.

Сваки грађанин има право на: доступност здравствене заштите, информације, обавештење, слободан избор, приватност и поверљивост информација, самоодлучивање и пристанак, увид у медицинску документацију, тајност података, приговор, накнаду штете и на право пацијента над којим се врши медицински оглед

Ова стратегија укључује право пацијената на отклањање бола што је и иницијатива Светске здравствене организације и Интернационалне асоцијације за изучавање бола (IASP) .

Стратегија предвиђа измену прописа у смислу промене унутрашње организације здравствених установа; стандарда кадра и услуга; обезбеђености и доступности лекова за палијативно збрињавање, на првом месту опиоидних аналетика. Републичка стручна комисија за палијативно збрињавање је сачинила предлог, усаглашен са препорукама Светске здравствене организације, у погледу контроле опиоида у складу са Јединственом Конвенцијом Уједињених Нација о опојним дрогама (1961). 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 ПОРУКЕ СТРАТЕГИЈЕ

5.1. Водећи принципи ове стратегије јесу:

- 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 болести свог члана 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 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. Порукe ове стратегије јесу:

- Болест, губитак и смрт су саставни и неизбежни део живота.
- Циљ палијативног збрињавања је мање патње, више достојанства и бољи квалитет живота.
- У средишту 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 неотуђиви елемент права грађанина на здравствену заштиту.
- Неопходно је дефинисати националну здравствену политику о палијативном збрињавању у сарадњи са здравственим радницима и сарадницима, удружењима, 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 и породици и подразумева разгранату мрежу служби које тај континуитет обезбеђују.

6. ЦИЉЕВИ СТРАТЕГИЈЕ

6.1. Општи циљеви ове стратегије јесу:

6.1.1. Укључивање палијативног збрињавања у здравствени систем Републике Србије како би постао неотуђиви 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

Општи циљеви ове стратегије разрађују се кроз специфичне циљеве и мере које воде њиховом остваривању.

6.2.1. Дефинисање националних стандарда за палијативно збрињавање

На примарном нивоу здравствене заштите у тиму за палијативно збрињавање су доктор медицине или специјалиста опште медицине, медицинска сестра, патронажна сестра, физиотерапеут и социјални радник. У ширем тиму за палијативно збрињавање су психолог, психијатар, свештеник и волонтери.

На секундарном нивоу здравствене заштите, у јединици за палијативно збрињавање, у тиму су доктор медицине-специјалиста интерне медицине и медицинске сестре.

На терцијарном нивоу здравствене заштите у установама у консултативном тиму су доктор медицине специјалиста одређене гране медицине и медицинске сестре.

6.2.2. Прилагођавање законске регулативе стандардима лекова и медицинских средстава за палијативно збрињавање.

6.1.3. Информисање јавности о значају палијативног збрињавања.

6.2.4. Успостављање организационо и финансијски одрживог модела палијативног збрињавања.

6.2.5. Оснивање организационих јединица службе за кућно лечење и негу у свим домовима здравља, у јединицама локалне самоуправе са и преко 25.000 становника у Републици Србији (укупно у 88 домава здравља).

У палијативном збрињавању у јединицама локалне самоуправе са мање од 25.000 становника, учествују изабрани лекар и медицинска сестра - техничар у тиму.

6.2.6. Оснивање Центра за координацију служби за кућно лечење и негу у Републици Србији на примарном нивоу здравствене заштите у Заводу за геронтологију, Београд.

6.2.7. Оснивање јединица за палијативно збрињавање у 25 управна округа, са укупно 300 постеља, у две фазе.

6.2.8. Овом стратегијом на терцијарном нивоу здравствене заштите предвиђа се образовање консултативних тимова у здравственим установама и оснивање Центра за развој палијативног збрињавања у Институту за онкологију и радиологију Србије.

6.2.9. образовање јединственог информационог система.

6.2.10. Сарадња са Светском здравственом организацијом, Саветом Европе и другим организацијама.

6.2.11. Научно истраживање на пољу палијативног збрињавања, засновано на клиничким доказима и усмерено ка пацијенту.

6.2.12. Праћење и процена у односу на стандардизоване процедуре за палијативно збрињавање.

6.2.13. Образовање Листе есенцијалних лекова и медицинских помагала за палијативно збрињавање

6.2.14. Увођење палијативног збрињавања у програм наставе медицинских школа, и у студијске програме одговарајућих високошколских установа.

6.2.15. Стандардизација и акредитација програма за едукацију свих учесника у палијативном збрињавању.

6.2.16. Укључивање свих заинтересованих учесника на локалном нивоу.

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, обим едукације према планираним кадровима и програм.

7.1. Ниво едукације

Базни ниво едукације укључује изабраног лекара и медицинску сестру примарне здравствене заштите, као и волонтере.

Средњи ниво едукације укључује лекаре и медицинске сестре службе кућног лечења и неге, геронтолошких центара (државни и приватни), социјалног радника, психолога и психијатра.

Виши ниво едукације укључује доктора медицине, специјалисту и медицинску сестру у јединицама за палијативно збрињавање.

7.2. Обим едукације

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

Приоритет у едукацији треба дати служби кућног лечења и неге и започети до краја 2009. године са по једним тимом у 60 домова здравља у којима већ постоји организована служба кућног лечења и неге. Са формирањем кућног лечења у преосталих 28 јединица локалне самоуправе 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 принципа 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:

- комуникацији са оболелим, породицом као и између самих учесника у палијативном збрињавању;

- доношењу одлуке на основу процене стања оболелог, примени разних видова терапије, промени исте, извођењу неке интервенције или укључивање других неопходних услуга оболелом или породици;
- лечењу компликација саме болести или терапијских процедура;
- ублажавању бола и других симптома болести (диспнеа, повраћање, опстипација, дијареја, анксиозност, депресија и др.);
- пружању психосоцијалне подршке оболелом и породици (препознавање забринутости, финансијских проблема, неспоразума у породици);
- разумевању душевних потреба и приступ истима односно спиритуална потпора.
- нези умирућег при којој се негује однос са поштовањем и разумевањем ка умирућем и породици.
- периоду непосредно после смрти у коме је потребно показати саосећање са губитком, изражавање саучешћа, одлазити у посете и одржавати контакте са породицом.

8. ПРАЋЕЊЕ И ПРОЦЕНА

Праћење спровођења активности Стратегије подразумева оснивање службе кућног лечења, Центра за координацију служби за кућно лечење и негу, јединица за палијативно збрињавање, консултативних тимова у здравственим установама и Центра за развој палијативног збрињавања на терцијарном нивоу. Оно обухвата праћење индикатора који побољшавају квалитет живота оболелог на основу скале бола, скале процене симптома, задовољства пацијента, као и броја породица којима је пружена психосоцијална подршка у периоду болести члана породице и до шест месеци у периоду жалости, као и праћење броја тимова за палијативно збрињавање којима је пружена психосоцијална подршка (синдром сагоревања). Извештаје о плану рада и његовом извршењу свих учесника у палијативном збрињавању, на сва три нивоа здравствене заштите заводи и институти за јавно здравље достављају Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”.

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

9. АКЦИОНИ ПЛАН

Акциони план за спровођење ове стратегије одштампан је уз њу и чини њен саставни део.

10. ЗАВРШНИ ДЕО

Ову стратегију објавити у „Службеном гласнику Републике Србије”.

Број _____
У Београду

Литература:

1. Годишњи извештај о раду. Градски завод за геронтологију, Београд. Београд, 2008. године
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, домаћинстава 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 startegy for palliative care. Journal of Pain and Symptom Management 2007.
11. Cancer Control, Knowledge into Action, WHO Gude 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/

