

"Važnost specijalističkih mobilnih palijativnih timova u zdravstvenom sustavu"

Kristić, Ana

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Dubrovnik / Sveučilište u Dubrovniku**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:155:742548>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-04**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Dubrovnik](#)



SVEUČILIŠTE U DUBROVNIKU
ODJEL ZA STRUČNE STUDIJE
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

ANA KRISTIĆ

**VAŽNOST SPECIJALISTIČKIH MOBILNIH
PALIJATIVNIH TIMOVA U ZDRAVSTVENOM SUSTAVU**

ZAVRŠNI RAD

DUBROVNIK, 2019.

SVEUČILIŠTE U DUBROVNIKU
ODJEL ZA STRUČNE STUDIJE
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

**VAŽNOST SPECIJALISTIČKIH MOBILNIH
PALIJATIVNIH TIMOVA U ZDRAVSTVENOM SUSTAVU**

**THE IMPORTANCE OF SPECIALIST MOBILE
PALLIATIVE CARE TEAMS IN A HEALTH CARE
SYSTEM**

ZAVRŠNI RAD

MENTOR:

VEDRANA IVETA, dipl.med. techn

KANDIDAT:

ANA KRISTIĆ

DUBROVNIK, 2019.

SADRŽAJ:

| | |
|--|----|
| Sažetak | 1 |
| Abstract | 2 |
| 1. Uvod..... | 3 |
| 2. Palijativna skrb | 5 |
| 2.1. Hospicij | 7 |
| 3. Organizacijski oblici palijativne skrbi | 8 |
| 3.1 Koordinator za palijativnu skrb/Centar za koordinaciju palijativne skrbi | 9 |
| 3.2. Mobilni palijativni tim | 10 |
| 3.3. Palijativna skrb u primarnoj zdravstvenoj zaštiti..... | 12 |
| 4. Bolesnici kojima je namijenjena palijativna skrb | 13 |
| 5. Uloga medicinske sestre u palijativnoj skrbi | 14 |
| 6. Bol kao ključni simptom liječenja u palijativnoj skrbi | 16 |
| 6.1. Nefarmakološke metode boli | 16 |
| 6.2. Farmakološko liječenje boli..... | 17 |
| 7. Mobilni palijativni tim Doma zdravlja Dubrovnik | 18 |
| 8. Cilj rada | 20 |
| 9. Metode istraživanja | 21 |
| 10. Ispitanici | 22 |
| 11. Rezultati | 23 |
| 12. Rasprava..... | 32 |
| 13. Zaključak..... | 34 |
| Literatura | 35 |

Sažetak

Uvod: Palijativna skrb je cjelovita i aktivna skrb za osobe čija bolest više ne reagira na postupke liječenja. Poboľjšava kvalitetu života bolesnika liječenjem fizičke boli te umanjnjem psihičke, socijalne i duhovne patnje. Nastoji ublažiti bol i patnju bolesniku i članovima obitelji za vrijeme bolesti i tijekom žalovanja. Poštuje život, ne ubrzava niti odgađa umiranje i smrt.

Cilj rada: Istražiti funkcionalnost i važnost mobilnih palijativnih timova na području grada Dubrovnika. Istražiti broj i vrstu intervencija koje se najčešće provode u kućnim uvjetima. Prikazati iskustva organizacije mobilnog palijativnog tima na području grada Dubrovnika te prikazati s kojim dijagnozama bolesnici najčešće traže pomoć mobilnog tima, te vrijeme kad se tim uključuje u pružanje skrbi.

Ispitanici i metode: Retrospektivnim istraživanjem obuhvaćeno je 72 pacijenta koji su zatražili uslugu palijativnog mobilnog tima Doma zdravlja Dubrovnik, na razini podataka iz 2016. godine. Svi ispitanici su zavedeni u Registar mobilnog palijativnog tima. Posebno su obrađeni podatci iz nasumično odabranog mjeseca (svibanj). Dobiveni podatci su prikazani grafički i izraženi su u postotku (%) te tako uspoređivani.

Rezultati rada: Dobiveni rezultati su prikazali da se resursi mobilnog palijativnog tima koriste u zadnjim danima života. U 2016. godini od umrlih pacijenata 71% ih je uključilo tim u zadnjih trideset dana života.

Rasprava: Palijativni mobilni tim se nastoji uključiti od same uspostave dijagnoze te pratiti pacijenta kroz sva razdoblja bolesti. Dobiveni podatci upućuju na činjenicu kako se mobilni tim najčešće uključuje u posljednjim danima života, što nam potvrđuje „stigma“ društvene zajednice prema nazivu palijativa.

Zaključak: Palijativna skrb i medicina u fokus stavljaju bolesnika i obitelj smatrajući najteža i neizlječiva oboljenja sastavnim dijelom života gdje glavni cilj čini kvaliteta i dostojanstvo života bolesnika bilo u sklopu obitelji ili institucije za skrb nemoćnih osoba.

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

Abstract

Introduction: Palliative care is comprehensive and active care for people whose illness no longer responds to medical treatments. It improves the quality of patients life by treating physical pain and reducing mental, social and spiritual suffering. It tries to alleviate the pain and suffering of a patient and their family members during illness and grief period. It respect life and does not speed up or postpone dying and death.

Objective: To explore the functionality, experience, and importance of mobile palliative care teams in the city of Dubrovnik. Investigate the number and type of interventions that are most often carried out in a home environment. Show what kind of diagnoses patients most often have and the time when the team gets involved in providing care.

Subjects and methods: Retrospective research was conducted on 72 patients that requested service of mobile palliative care team from Dubrovnik health centre, according to research from 2016. All subjects were imputed in Mobile palliative care team register. Additionally, data from randomly picked month of May were processed. Final results were presented graphically and by percentage with cross checking.

Results: Final results showed that most of Palliative mobile team recourses are used in last days of patient life. In 2016. 71% of patients that died used service of Palliative care team only during last 30 days of life.

Discussion: Intention of Palliative mobile team is to start with work as soon as diagnose is established and continue during all stages of disease. Final results are pointing the fact that Palliative mobile team is used only during last days of patient life, which confirm stigma of society towards name palliative.

Conclusion: Palliative care puts in focus patient with chronic and/or incurable diseases as well as his/her family. Palliative medicine considers death as a part of patient life and main goal is quality and dignity of life.

Keywords: Mobile palliative team, palliative care, nurse.

1. Uvod

Palijativna skrb usmjerena je prema osobama koje se suočavaju s neizlječivom bolešću, te prema njihovoj obitelji. Danas se kod nas najčešće koriste resursi palijativne skrbi kada medicina nema više rezultata u smislu izlječenja bolesti. Veliku nepoznanicu profesionalcima kao i društvenoj zajednici predstavlja pitanje kada uključiti palijativnu skrb. Da bi znali kada uključiti moramo najprije znati što tretira odnosno što liječi palijativna skrb i palijativna medicina.

Definicija navodi da palijativna skrb osim fizičke boli, tretira i liječi duhovnu, socijalnu i psihičku bol. Kad proučimo značenje definicije onda znamo da palijativna medicina i kurativna medicina u liječenju pacijenta sa palijativnom dijagnozom imaju dug put zajedničkog djelovanja, ovisno u kojem stadiju bolesti je došlo do postavljanja palijativne dijagnoze. Velika važnost je kod postavljanja dijagnoze koristiti i uključiti palijativnu skrb u svrhu liječenja psihološke boli kako kod oboljelog tako i kod njegove okoline jer potrebe te discipline su potrebne u svim fazama, a velika izraženost osim u početnoj fazi je i kod činjenice da se treba suočiti sa obustavom aktivnog liječenja.

Bolesnik i obitelj u tom trenutku proživljavaju emocionalni šok, često i ne čuju što im je rečeno, osjećaju se nemoćnima i odbačenima. Palijativna skrb svojim multidisciplinarnim pristupom od samog početka bolesti uveliko može pomoći da se bolesnik i okolina lakše pripreme na neizbježnu situaciju. Stoga se može reći da palijativna skrb ne dolazi poslije kurativne medicine nego ide uz nju kroz sve stadije kako bolest napreduje. U društvenoj zajednici vlada velika stigmatizacija kad je riječ o korištenju usluga palijativne skrbi jer se naziv palijativa isključivo veziva za smrt i umiranje. Kontinuirano educiranje zdravstvenih profesionalaca i ostalih koji djeluju u zdravstvenom sustavu o važnosti palijativne medicine i skrbi, o značenju samog pojma te prepoznavanje zajedničkih mogućnosti predstavlja cilj budućnosti.

Kad pružatelji usluga kroz kurativnu medicinu prepoznaju važnost uključivanja palijativne skrbi i palijativne medicine, tada će i bolesnik i njegova okolina lakše prihvatiti jer prijedlog dolazi od zdravstvenih profesionalaca. Palijativna skrb je multidisciplinarna gdje kroz tim stručnjaka koji djeluju unutar tima interdisciplinarno otklanja i prepoznaje probleme od najranijih početaka do najbolnijih završetaka. Nacionalna strategija je pred

nas stavila imperativ da do kraja 2016.g. svaka županija treba imati neki od oblika pružanja palijativne skrbi bilo kroz stacionar, mobilne timove, udruge itd. Tako da danas možemo reći da u u svakoj županiji imamo neki oblik pružanja palijativne skrbi. To možemo smatrati dobrim početkom jer potrebno je još puno vremena, edukacija i usavršavanja kako bi se koristilo puno značenje što palijativna skrb treba predstavljati društvu i korisnicima.

Kroz ovaj rad će se predstaviti i istražiti važnost i ulogu specijalističkog palijativnog mobilnog tima. Kroz djelovanje tima istaknuti ulogu medicinske sestre unutar tima i uloge ostalih disciplina koje su uključene u tim. Istraživanje će utvrditi i prikazati koliko je danas društvu prepoznatljivo važnost specijalističkih mobilnih timova i koje usluge tim pruža kroz svoje djelovanje

2. Palijativna skrb

Riječ „palijativna“ je izvedenica iz latinske riječi „pallium“ koja znači pokrivač ili ogrtač. Praktičnije tumačenje je provizija aktivne njege za osobe čije stanje ne reagira na tretman liječenja. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) 2002. god. definira palijativnu njegu kao: *„Aktivnu kompletnu njegu pacijenta, čija bolest više ne reagira na tretman liječenja. Kontrola bola i ostalih simptoma te psiholoških, socijalnih i duhovnih problema je na prvom mjestu. Cilj palijativne njege je dostizanje najbolje moguće kvalitete života za pacijente i njihove obitelji“* (1).

Danas u sustavu pružanja palijativne skrbi postoje tri razine. Te razine su palijativni pristup, opća palijativna skrb i specijalistička palijativna skrb. Svi zdravstveni profesionalci moraju biti dobro upoznati s palijativnom skrbi u smislu kako funkcionira, što sve nudi i predstavlja. Razlika između opće i specijalističke palijativne skrbi je ta što zdravstveni profesionalci u općoj palijativnoj skrbi uz svoj primarni posao sudjeluju i u palijativnoj skrbi dok u specijalističkoj palijativnoj skrbi zdravstveni profesionalci isključivo bave palijativnom skrbi.

| Kurativna medicina | Palijativna medicina |
|--|---|
| Primarni cilj je liječenje | Primarni je cilj olakšanje patnje |
| Objekt analize je bolesni proces | Objekt analize je bolesnik i njegova obitelj |
| Simptomima se pristupa, u prvom redu, kao ključu dijagnoze | Neugodni simptomi se liječe kao zasebne cjeline |
| Osnovna se vrijednost pridaje mjerljivim podacima tj. laboratorijskim testovima | Ocjenjuju se i mjerljivi i subjektivni podatci |
| Sklona je umanjiti vrijednost podatka koji je subjektivan, nemjerljiv i koji se ne može provjeriti | Cijeni se bolesnikovo iskustvo o bolesti |
| Liječenje je medicinski indicirano ako iskorjenjuje ili usporava napredovanje bolesti | Liječenje je medicinski indicirano ako kontrolira simptome ili olakšava patnju |
| Tijelo se bolesnika razlikuje od duše | Bolesnik je osoba koju čine fizičke, emocionalne, društvene i duhovne sastavnice |
| Bolesnika se gleda kao zbir dijelova tako da ima malo potrebe za upoznavanjem cijele osobe | Liječenje je u skladu s vrijednostima, vjerovanjima i interesima bolesnika i obitelji |
| Smrt je zadnji neuspjeh | Smrt koja se dogodi nakon što je bolesniku olakšana patnja je uspjeh |

Tablica 1. Razlika između kurativne i palijativne medicine

Izvor: (www.rijeka.hr/fgs.axd?id=23996)

2.1. Hospicij

Hospicij je izvedenica od latinske riječi za dobrodošlicu, gostoprimstvo pruženo strancu, onaj topao osjećaj između domaćina i gosta. Hospiciji su nekada bila mjesta gdje se vodila briga o hodočasniciima koji bi se ozlijedili na svojim dugim putovanjima, ali se brinulo i o lokalnim oboljelima ili siromašnima. Korijeni hospicija sežu u srednji vijek, a za sam razvoj modernog hospicijskog pokreta zaslužna je Cicely Saunders, utemeljiteljica St. Christopher's hospice u Londonu. Hospicij je danas organiziran kao poseban sustav skrbi za bolesnike u završnoj fazi bolesti (2).

Postoji bitna razlika između hospicija i palijativne skrbi. Naime hospicij nije oblik pružanja palijativne skrbi, nego je ustanova u kojoj se također pruža palijativna skrb i najvećim dijelom je namijenjena za posljednje dane života. Za razliku palijativna skrb se brine za pacijente i obitelj od same uspostave dijagnoze bolesti i ima za cilj biti uz njih kroz sve faze bolesti kako koja dolazi te ih olakšati i omogućiti najveću kvalitetu života, a na kraju i dostojanstvenu smrt.

3. Organizacijski oblici palijativne skrbi

U današnje doba došlo je do organiziranja različitih oblika pružanja palijativne skrbi. Ono što je važno naglasiti da svi koji djeluju u bilo kojem obliku pružanja palijativne skrbi trebaju imati završenu dodatnu edukaciju. Na razini fakulteta postoji edukacija o palijativnoj skrbi u obliku obaveznog ili izbornog predmeta na studiju medicine, sestrinstva, socijalnog rada i dr.

Medicinski fakultet u Zagrebu (CEPAMET), Splitu i Osijeku te Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci i Hrvatsko katoličko sveučilište u Zagrebu imaju dodatne predmete o palijativnoj skrbi ili tečajeve trajnog usavršavanja.

Osim edukacije koja je potrebna za rad sa takvim bolesnicima, prepoznata je i potreba za supervizijom svih profesionalaca i volontera uključenih u palijativnu skrb.

Palijativna skrb obuhvaća vrlo bitne specijalističke sastavnice kao što je koordinator palijativne skrbi, ustanova deklarirana za palijativnu skrb sa odjelima palijativne skrbi i određenim brojem kreveta za palijativne bolesnike u terminalnoj fazi bolesti. Nezaobilazne sastavnicu čini i posudionica pomagala te mobilni palijativni tim, dnevna bolnica i ambulanta za palijativnu medicinu koje najuže surađuju sa bolničkim timom za palijativnu skrb. Volonteri i organizacije civilnoga društva čine dodatnu snagu u skrbi palijativnih bolesnika (3).

3.1 Koordinator za palijativnu skrb/Centar za koordinaciju palijativne skrbi

Koordinator za palijativnu skrb je važna karika koja svojim djelovanjem povezuje sve dionike koji vode brigu o palijativnim bolesnicima. Na mjesto koordinatora raspoređuje se diplomirana medicinska sestra/magistra sestrinstva, a u slučaju nedostatka navedenog kadra, dok se ne steknu uvjeti, najmanje prvostupnica sestrinstva s dodatnom edukacijom iz palijativne skrbi. Prema važećoj Mreži javne zdravstvene službe predviđeno je 47 koordinatora za palijativnu skrb za cjelokupno područje RH, uz mogućnost da se zbog posebnih dodatnih potreba koje uvjetuju ruralna područja, otoci i sl. može dodatno osigurati još jedan koordinator (3).

3.2. Mobilni palijativni tim

Mobilni palijativni tim pruža palijativnu skrb bolesniku u njegovom domu, a uz palijativnu skrb pruža i psihosocijalnu podršku bolesniku i njegovoj obitelji. Uključuje druge profesionalce prema potrebi kao što su liječnik obiteljske medicine, patronažne službe i zdravstvene njege u kući. Mobilni palijativni tim čine doktor specijalist ili doktor medicine te dvije medicinske sestre prvostupnice sestrištva u dvije smjene. Svi članovi moraju imati dostatnu edukaciju ili radno iskustvo u palijativnoj skrbi, te uvjet da su prethodno radili s teškim bolesnicima. Cjelovita, interdisciplinarna i multidisciplinarna palijativna skrb je moguća jedno ako svi rade kao dobro organiziran tim te ako se prepozna potreba uključivanja ostalih članova tima: socijalnog radnika, psihologa, duhovnika i dr.

Danas djeluje 10 mobilnih timova za palijativnu skrb u kući , 22 bolnička tima za palijativnu skrb, 31 ambulanta za bol, 47 besplatne posudionice pomagala, 16 organizacija volontera u palijativnoj skrbi, 9 županijskih timova za razvoj, 5 županijskih koordinatora za palijativnu skrb.

Ugovorene su palijativne postelje u bolničkim zdravstvenim ustanovama i hospiciju „Marija Krucifiksa Kozulić“, 13 bolnica je iskazalo da bilježi šifru Z 51.5, dok 6 bolnica ima uspostavljenu brzu liniju za palijativne bolesnike, 15 bolnica izdaje uz liječničko i sestrijsko otpusno pismo - plan zdravstvene njege, a 15 bolnica ima organiziran planiran otpust (3).

Uloga mobilnog palijativnog tima je da:

Kad analiziramo rad i djelovanje mobilnog tima onda možemo posebno istaknuti da je od neprocijenljive važnosti odlazak liječnika u kuću pacijenta, u odnosu na dosadašnju praksu da je pacijent uvijek odlazio liječniku.

- pruža specijalističku palijativnu skrb bolesnicima u njihovom domu prema potrebama oboljelog,
- pruža psihološku, socijalnu i duhovnu podršku,

- pruža podršku članovima obitelji koji skrbe za bolesnika u samoj skrbi i poslije u procesu žalovanja,
- ima savjetodavnu ulogu liječnicima obiteljske medicine i medicinskim sestrama u patronažnoj službi i zdravstvenoj njezi u kući,
- sudjeluje u zbrinjavanju kompleksnih simptoma i potreba u suradnji s liječnikom obiteljske medicine, medicinskim sestrama iz patronažne službe i zdravstvene njege i dr.
- pruža skrb za palijativne bolesnike 24/7 (24 sata kroz 7 dana u tjednu), u suradnji s drugim dostupnim službama,
- djeluje multidisciplinarno i interdisciplinarno s drugim službama u osiguravanju kontinuirane i kompletne palijativne skrbi,
- sudjeluje u preuzimanju bolesnika koji se otpušta iz bolnice na kućnu skrb u suradnji s bolničkom ustanovom, koordinatorom za palijativnu skrb i izabranim liječnikom u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (3).

3.3. Palijativna skrb u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Pružanje palijativne skrbi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti organizirano je, odnosno pruža se na tri načina. Samim svojim radom i djelovanjem osnova pružanja palijativne skrbi započinje kroz **Obiteljsku medicinu** koja je temeljna djelatnost u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, koja provodi kurativnu i preventivnu zdravstvenu zaštitu, ali svojim djelovanjem i palijativni pristup, te opću palijativnu skrb u populaciji za koju skrbi (2).

Druga važna karika su **patronažne sestre** koje kroz svoje djelovanje koriste palijativni pristup ali i u općoj palijativnoj skrbi zbog dobrog poznavanja kako samog oboljelog tako i svih članova obitelji. Patronažna sestra svojim djelovanjem zajedno s izabranim doktorom u primarnoj zdravstvenoj zaštiti sudjeluje u prepoznavanju palijativnih bolesnika. Nakon prepoznavanja palijativnog bolesnika sugerira obitelji i oboljelom službu palijativne skrbi, nakon prepoznavanja potreba i stvaranja cjelovite slike o dinamici cijele obitelji (2).

Zdravstvena njega u kući možemo reći sudjeluje kontinuirano, provodi sve postupke opće zdravstvene njege i dijagnostičko - terapijske postupke sukladno stečenim kompetencijama prema nalogu obitelji, patronažne sestre i obiteljskog liječnika (2).

4. Bolesnici kojima je namijenjena palijativna skrb

Palijativna skrb zbrinjava sve bolesnike bez obzira na životnu dob te različite dijagnoze koje utječu na kvalitetu života ili na samu dužnu života. U palijativnu skrb ubrajaju se sva stanja bez obzira na dob koja zahtijevaju neku vrstu terapije kako bi se održali na životu i/ili kako bi mogli obavljati svakodnevne aktivnosti.

Dijagnoze koje zbrinjava palijativna skrb možemo svrstati u tri razine. Prva razina su akutna stanja a po život opasna kao što su teške ozljede, prirođene bolesti, leukemije ili blaži moždani udar kada nije došlo do težih funkcionalnih oštećenja to su stanja koja se mogu u potpunosti izliječiti ali je taj proces složen, dugotrajan i zahtjevan. Zatim kronična progresivna stanja kao uznapredovale srčane i plućne bolesti, bolesti jetre, kronično zatajenje bubrega, moždani udar koji je uzrokovao znatno funkcionalno oštećenje, neurodegenerativne bolesti, demencija i maligniteti. Treća skupna je kronična i za život ograničena stanja kao što su povrede uslijed nesreća ili drugih teških ozljeda, terminalni bolesnici kao što su demencije u posljednjoj fazi, karcinomi u zadnjoj fazi, teški invaliditet uslijed moždanog udara, to su stanja za koja nema izlječenja već im je potrebno osigurati maksimalnu kvalitetu života što im je preostao a u tom stadiju se javlja i najveća potreba za palijativnom skrbi (4).

5. Uloga medicinske sestre u palijativnoj skrbi

Medicinska sestra ima iznimnu važnost kao član tima u palijativnoj skrbi. Ona mora imati dovoljno znanja i iskustva kako bi mogla biti fleksibilna i modificirala dijagnoze, izraditi plan zdravstvene njege sukladno sa bolesnikovim stanjem i potrebama zajedno s ostalim članovima tima i obitelji samog bolesnika. Mora stalno prikupljati informacije o stanju bolesnika također i procijeniti očekivanja, razumijevanje, način suočavanja i prihvaćanja situacije samog bolesnika i njegove obitelji. Uz dobru procjenu svega navedenog medicinska sestra s ostalim članovima tima utvrđuje potrebe i donosi plan zdravstvene skrbi kako bi bila što kvalitetnija i cjelovita. Kao model zdravstvene njege koristi se adaptacijski model Caliste Roy.

Taj model uključuje provođenje zdravstvene njege uz individualiziran pristup i timski rad. On je orijentiran na sposobnost osobe da se prilagodi ili prihvati promjene u svom životu (5). Taj model orijentiran je prema sposobnosti osobe na prilagodbu i prihvaćanje promjena u životu, promatra pojedinca i njegovo prilagođavanje, usmjerava se na osnovne ljudske potrebe (fiziološke, svijest, ulogu, podršku).

Za kvalitetnu zdravstvenu skrb koja za cilj ima otkloniti, umanjiti, olakšati tegobe na koje palijativni bolesnici nailaze s obzirom na svoju dijagnozu i stadij bolesti potrebna je sveobuhvatna procjena fizičkih, psihičkih, socijalnih i duhovnih faktora. Najosjetljivije područje u palijativnoj skrbi je komunikacija s bolesnikom i njegovom obitelji. Stoga svi članovi tima a posebno medicinska sestra koja je najviše uz bolesnika i njegovu obitelj mora imati dobro razvijene komunikacijske vještine. Kroz cijeli proces svima je najpotrebnija podrška kako bi se suočili i prihvatili svoje stanje, a najveća podrška se upravo i pruža komunikacijom s bolesnikom i obitelji kako se bolest razvija. Zato bez dobre komunikacije nema ni dobre palijativne skrbi. U palijativnoj skrbi se koristi osim dvosmjerne komunikacije medicinska sestra – bolesnik i mreža raznovrsnih komunikacija. Porebno je da sveki član tima suradnika poznaje svoju ulogu i zadatke koje provodi te odgovorost koju snosi. Taj tim mora biti dobro obučen osim u praktičnom dijelu obavljanja svog dijela posla i dobrom komunikacijom kako bi sudjelovali u procesu bolesnikovog prilagođavanja jer nema bolesnika kojem ne treba podrška i edukacija.

Osim verbalnih vještina koje zdravstveni stručnjaci u palijativnoj skrbi moraju dobro poznavati nezaobilazna je neverbalna komunikacija koja čini čak dvije trećine interakcije između sugovornika. Naime verbalna i neverbalna komunikacija su usko povezane uvijek se međusobno isprepliću i dokazuju rečeno. Kako bi ta komunikacija bila uspješna potrebno je osigurati mirnu okolinu, pažljivo slušati i koncentrirati se na bolesnika, miran pogled i dodir ako je potrebno.

Medicinska sestra osim dobro razvijenih komunikacijskih vještina mora posjedovati određeni stupanj empatije kako bi što bolje razumjela bolesnika, mora preispitivati nužno bolesnikovo znanje i razumjevanje u određenim fazama njegove bolesti, biti iskrena, optimistična sa punom podrškom u zbrinjavanju poteškoća kroz svaki dan, ali ne davati lažnu nadu bolesniku u smislu „Sve će biti uredu.“, „Ne gubite nadu, vi ćete ozdraviti.“ I slično.

Ne smije se zaboraviti niti obitelj koja je jednako važna u cijelom procesu skrbi. I njima je također potrebna podrška kako bi sami prihvatili promjene koje im se događaju u obitelji i kako bi mogli biti uz bolesnika kao potpora što će utjecati i na samog bolesnika. Jer ako je obitelj odsutna tokom procesa smrti za oboljelog to stvara osjećaj psihičkog opterećenja, osjećaj krivnje, straha, napuštenosti. Kako bi to sve spriječili potrebno je puno rada s bolesnikom i njegovom obitelji kako bi skupa prihvatili sve činjenice i stanje bolesnika te posljedice same bolesti, a bolesnik kada i dođe do same smrti može dostojanstveno umrijeti u vlastitom domu okružen ljudima koje voli i koji ga vole.

6. Bol kao ključni simptom liječenja u palijativnoj skrbi

Bol je neugodno osjetno i emocionalno iskustvo udruženo s akutnim ili mogućim oštećenjem tkiva ili se javlja prilikom takvog oštećenja. Bol je tjelesno i mentalno, odnosno emocionalno iskustvo (6).

Razlikujemo više vrsta boli stoga smo ih podijelili na nociceptivnu koja se javlja oštećenjem tkiva, razlikujemo akutnu i kroničnu, neuropatska bol koja se javlja prilikom štetnog utjecaja na živčana vlakna, zatim psihogena bol koja nastaje kada mentalna bolest prethodi napadu boli i somato-formni bolni sindrom stanje kada psihološki faktori objašnjavaju bol, ali bez postojanja neke psihičke bolesti u pozadini.

Bol tretiramo na dva načina nefarmakološkim i farmakološkim metodama.

6.1. Nefarmakološke metode boli

Nefarmakološke metode liječenja boli podrazumijevaju psihosocijalne intervencije, fizikalnu terapiju, kemoterapiju, radioterapiju, anesteziološke, neurokirurške i kirurške postupke. Psihosocijalne intervencije uključuju programe za liječenje boli koji se temelje na kognitivnim i bihevioralnim principima. Imaju za cilj poboljšanje fizičke, psihičke, emocionalne i socijalne dimenzije osobe te poboljšanje kvalitete života i omogućuju optimalno funkcioniranje pacijenta. Fizikalna terapija se koristi za rješavanje problema smanjene pokretljivosti nepokretnih pacijenta. Radioterapija se najčešće koristi za bol uzrokovanu koštanim metastazama na način da dovodi do smanjenja tumora i manjeg lučenja kemijskih medijatora boli. Anesteziološko liječenje boli obuhvaća blokadu perifernih živaca neuromodulacijom i neurolizom, blokadom autonomnog živčanog sustava i epiduralna analgezija (7).

6.2. Farmakološko liječenje boli

Kad je riječ o palijativnim bolesnicima u zadnjoj fazi bolesti kada se sam život privodi kraju najčešći problem se javlja kod takvih bolesnika fizička bol koju se na bilo koji način pokušava otkloniti bez upotrebe nekih farmaceutskih proizvoda. No kad i dođe do trena kada je to jedini način da se pomogne bolesniku, ukloni i/ili smanji bol potrebno je to provoditi na pravilan način. Kod procjene intenziteta boli najčešće se koristi VAS skala. Ta se skala koristi zbog njene jednostavnosti u korištenju, sastoji se od deset jedinica pri čemu nula označava da nema boli, a broj deset najveću bol. Sam bolesnik određiva visinu boli i potrebno vjerovati njegovoj procjeni te prema tome reagirati u tretiranju boli. U početku dok bolovi nisu prejaki tj. kada procjena boli ne prelazi broj 4 na VAS skali koriste se neopioidni i adjuvantni lijekovi (antipiretici i nestereoidni protu-upalni lijekovi). Kada je bol u jačem intenzitetu tj 4-7 na VAS ljestvici koriste se lijekovi iz prvog stupnja uz dodatak slabih opioida kao kodeina, dihidrokodeina. Svaka procjena iznad 7 na VAS ljestvici tretira se upotrebom jakih opijata poput metadona, morfina, hidromorfina te ranije navednima lijekovima. Pravilo kojeg se treba pridržavati prilikom liječenja boli kod bolesnika je da se koriste što blaži oblici lijekova dobro balansirani dok god je to moguće kako bi se kod bolesnika izbjeglo stvaranje imunosti na lijekove. Kao glavnu vodilju kod palijativnog bolesnika potrebno je uzeti intenzitet postojeće boli, sa ciljem da ona prema VAS skali izkazuje što je moguće manji broj (npr. < 6 VAS). Drugim riječima da je bol uz analgetsku terapiju ipak podnošljiva i bez vidljivog trpljenja bolesnika.

7. Mobilni palijativni tim Doma zdravlja Dubrovnik

Započinje s radom 1. rujna 2015. godine. Projekt razvoja palijativne skrbi s početkom 26. siječnja 2015. temelji se na „Strategiji razvoja palijativne skrbi u Dubrovačko-neretvanskoj županiji“. S radom započinje Mobilni palijativni tim kojeg sačinjavaju:

- Liječnik (spec. interne medicine)
- Medicinska sestra (prvostupnica sestrinstva)
- Medicinska sestra koordinator (magistra sestrinstva)
- Vanjski suradnici koji se uključuju prema potrebama pacijenata (anesteziolog, kirurg, onkolog, psiholog, socijalni radnik i duhovnik)

Mobilni palijativni tim DZ Dubrovnik pruža usluge na području od Prevlake do Janjine, a uključuje se po pozivu obiteljskih liječnika, patronažnih sestara, med. sestara iz ustanova za zdravstvenu njegu u kući, obitelji, prijatelja, susjeda, te odjela Palijativne skrbi Opće Bolnice Dubrovnik otvorenog 28. travnja 2014. godine. Poziv se zaprima putem fiksnog i mobilnog telefona, putem maila, faxes ili dolaskom članova obitelji. Tim je specijaliziran za pružanje usluga kao što su promjene nazogastrične sonde, urinarnih katetera, primjena s.c. infuzija te ostalih usluga koje se mogu pružati u kući bolesnika.

Mobilni palijativni tim DZ Dubrovnik ima opremljenu Posudionicu pomagala koja je otvorena od samog početka rada tima u veljači. Posudionica raspolaže s različitim pomagalima koje znatno pomažu bolesnicima i njihovim obiteljima.

Posudionica raspolaže sa:

- Mehaničkim bolničkim krevetima
- Antidekubitalnim madracima
- Invalidskim kolicima
- Toaletnim kolicima
- Više vrsta hodalica
- Stolića za hranjenje...

Temelj funkcioniranja tima zasniva se na stalnom konsenzusu u donošenju odluka, na obrascu uspješne komunikacije između različitih profesija i filozofiji skrbi baziranoj na bolesnikovim potrebama, bolesniku kao subjektu i obitelji kao važnom čimbeniku. Uz potrebe pacijenta ne zanemaruju se niti potrebe obitelji oboljelog.

8. Cilj rada

Cilj rada je na osnovu dobivenih podataka prikupljenih kroz jednogodišnje razdoblje Istražiti:

- koliko je pacijenata kroz godinu zatražilo pomoć palijativnog tima
- koliki broj pacijenata je umrlo u ustanovi
- koliko je pacijenata umrlo kod kuće
- u kojem vremenskom razdoblju je zatražena pomoć tima
- koja dob pacijenata je zastupljena
- je li razlika u zastupljenosti potreba između ženskog i muškog spola
- koje usluge se najčešće pružaju kroz mobilni palijativni tim
- koliko usluga tim pruža na razini mjeseca
- koliko se usluga pružilo kroz razdoblje cijele godine

9. Metode istraživanja

Istraživanje se provodilo deskriptivnim pristupom. U istraživanju su korišteni podaci objavljeni u registru pacijenata koji se vodi u službi palijativne skrbi pri Domu zdravlja Dubrovnik. U radu je provedeno retrospektivno istraživanje koje omogućuje uvid u predmetno područje u konkretnoj ustanovi te ukazuje na čimbenike koji su eventualno zajednički, ali i koji bi se trebali uzeti u obzir kod pacijenata (dob, spol, dijagnoza i dr.).

Analizirani podaci su statistički predočeni u deskriptivnom obliku te grafički prikazani. Na taj način se uočava učestalost pojavnosti pojedinog parametra istraživanja, odnosno pojedinog parametra zabilježenog u registru.

10. Ispitanici

Istraživanje je obuhvatilo 72 nasumično odabrana pacijenta koji su zatražili uslugu palijativnog mobilnog tima Doma zdravlja Dubrovnik na razini podataka iz 2016. godine. Detaljni podaci o pacijentima, također su nasumično odabrani, a odnose se na svibanj 2016. godine.

Istraživanjem su analizirani svi prikupljeni podaci o pacijentima: dob, spol, dijagnoza, učestalost korištenja usluge, smrtnost, nastavak korištenja usluga i sl.

11. Rezultati

Istraživanje provedeno na godišnjoj razini

Ukupan broj pacijenata koji se javio u palijativni mobilni tim Doma zdravlja Dubrovnik u 2016. godini bio je 72 pacijenta. Budući da je dio pacijenata umrlo, u nastavku Grafikon 1 prikazuje koliki je postotak pacijenata koji su umrli.

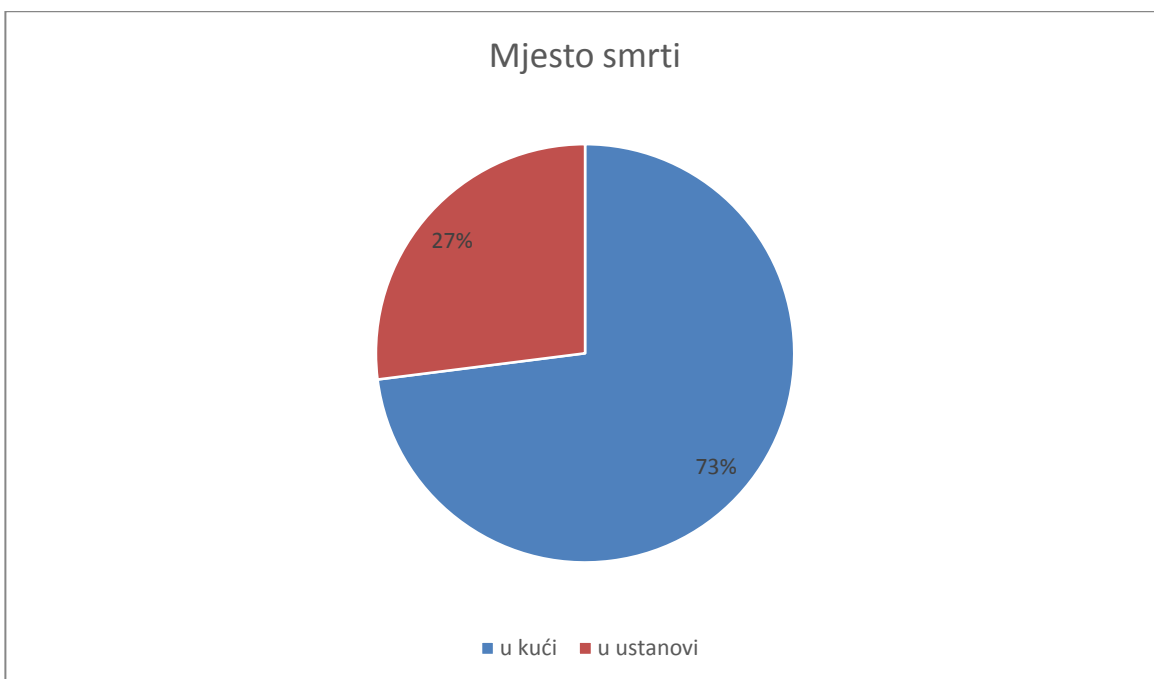
Grafikon 1: Preživjeli i umrli pacijenti u 2016. godini



Kao što se može vidjeti na Grafikonu 1, od ukupno 72 prijavljenih pacijenata (100%) u palijativni mobilni tim Doma zdravlja Dubrovnik u vremenu istraživanja, 41 pacijent je umro (57%), a 31 živi pacijent (43%) su nastavili daljnju palijativnu skrb. Ovaj podatak govori o težini bolesti i visokoj stopi smrtnosti (više od polovice pacijenata) prijavljenih u palijativni mobilni tim Doma zdravlja Dubrovnik umrlo u odabranom vremenu promatranja.

Grafikon 2 prikazuje mjesto smrti prijavljenih pacijenata u palijativni mobilni tim Doma zdravlja Dubrovnik.

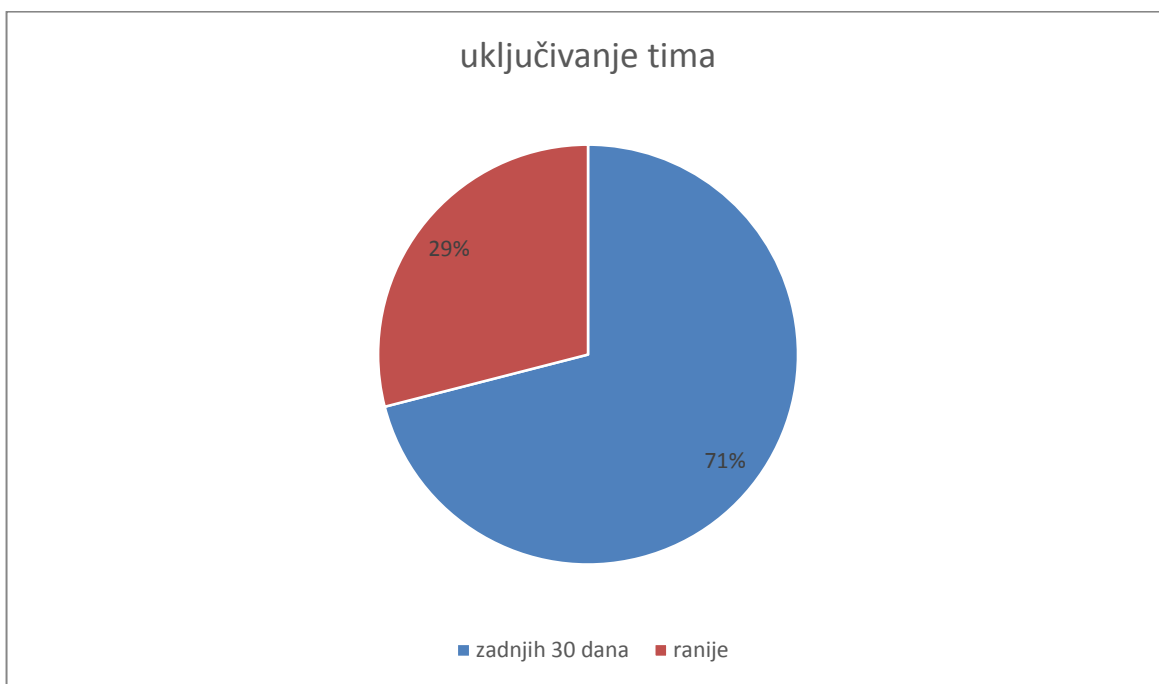
Grafikon 2: Mjesto smrti prijavljenih pacijenata



Podaci s Grafikona 2 ukazuju na to da je 73% pacijenata (30 pacijenata) umrlo u kući dok je njih 27% (11 pacijenata) umrlo u ustanovi. Ovi podaci upućuju na to da je većina pacijenata umrla u vlastitom domu.

Grafikon 3 prikazuje koliko je pacijenata uključilo palijativni mobilni tim Doma zdravlja Dubrovnik u posljednjih 30 dana, a koliko njih je uključilo tim i ranije.

Grafikon 3: Uključivanje tima



Grafikon 3 pokazuje kako je od umrlih 71% pacijenata (30 pacijenata) uključilo palijativni mobilni tim Doma zdravlja Dubrovnik zadnjih 30 dana, a njih 29% (11 pacijenata) tim je uključilo ranije. Navedeno upućuje na činjenicu kako se tim često uključuje u krajnjoj terminalnoj fazi bolesti.

Grafikon 4 prikazuje koliko pacijenata je ostalo u skrbi i 2017. godine.

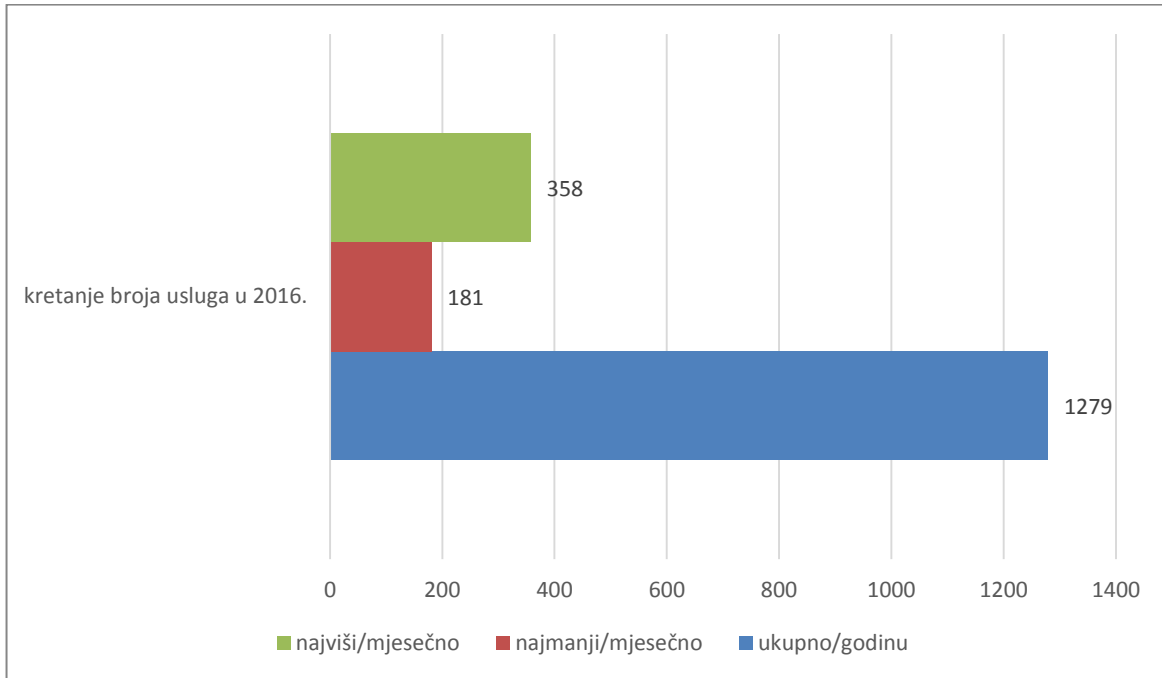
Grafikon 4: Ostali pacijenti u skrbi u 2017. godini



Statistički podaci pokazuju kako je tijekom 2017. ostalo u skrbi 43% pacijenata, dok 57% pacijenata nije ostalo u skrbi. Ovi podaci upućuju na to da usluge palijativnog mobilnog tima Doma zdravlja u Dubrovniku nastavljaju koristiti živi pacijenti.

Prosječni broj mjesečnih usluga koje pruža palijativni mobilni tim Doma zdravlja Dubrovnik kreće se od 181 do 358, a sveukupni broj pruženih usluga u 2016. godini bio je 1279. Grafikon 5 prikazuje kretanje broja usluga u 2016.

Grafikon 5: prikaz prosječnog broja usluga palijativnog tima u 2016. godini.

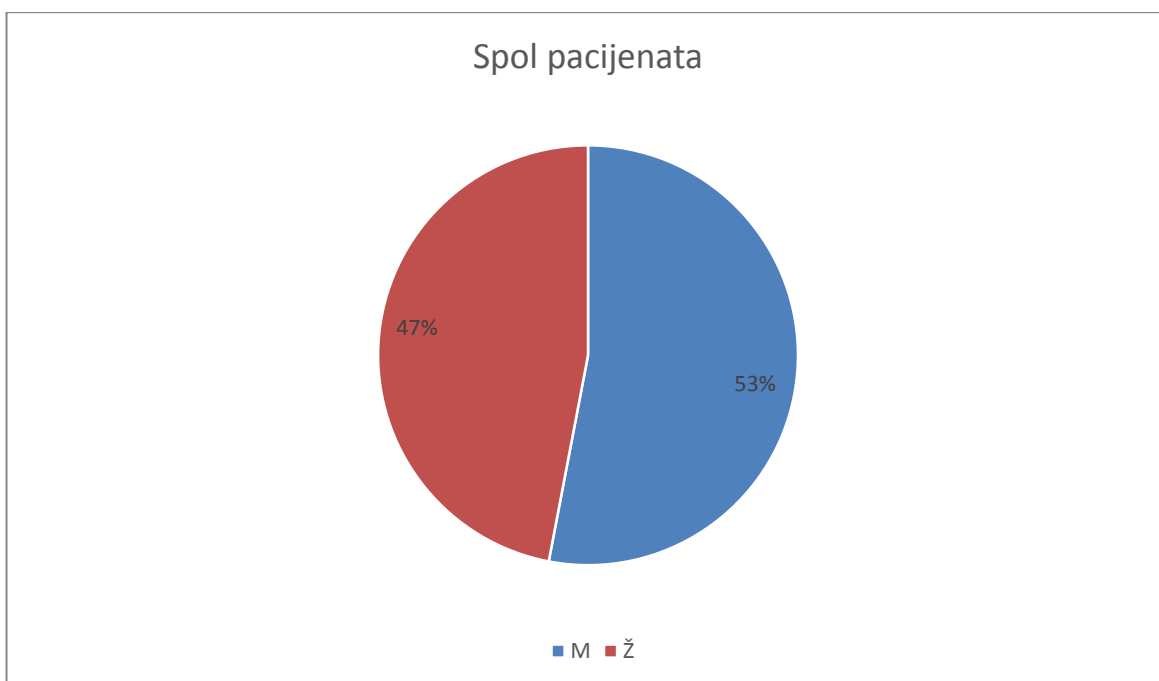


Kao što se može vidjeti na Grafikonu 5, velika je razlika između najvećeg i najmanjeg broja usluga koje palijativni mobilni tim Doma zdravlja Dubrovnik pruži u jednom mjesecu. S obzirom na navedeno, može se reći da ne postoji jasna vizija o tome koliko se pacijenata očekuje u jednom mjesecu i s kojim potrebama.

Istraživanje provedeno na određenom mjesecu svibnju 2016. godine

Grafikon 6 prikazuje broj pacijenata u palijativnom mobilnom timu Doma zdravlja Dubrovnik u svibnju 2016. Pacijenti su prikazani s obzirom na spol.

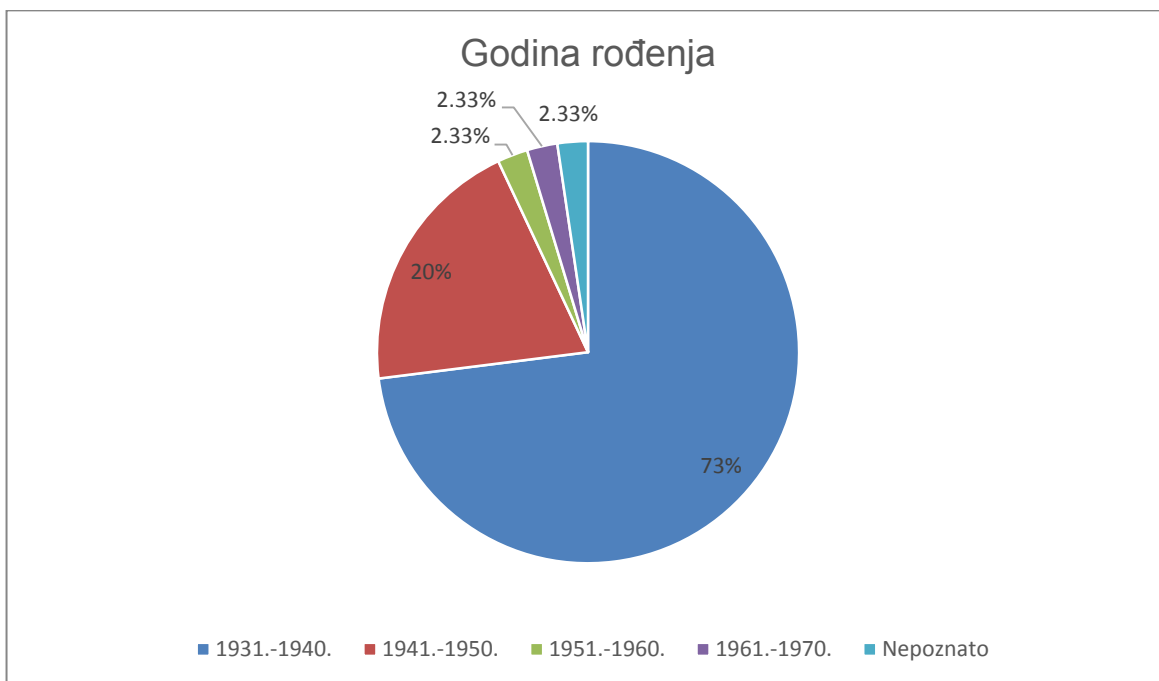
Grafikon 6: Spol pacijenata



Kao što se može vidjeti na grafikonu 6, u skrbi palijativnog mobilnog tima Doma zdravlja Dubrovnik u svibnju 2016. je više osoba muškog spola u odnosu na osobe ženskog spola. Naime, 53% (16 osoba) muškog je spola i 47% (14 osoba) osoba ženskog je spola.

Grafikon 7 prikazuje godine rođenja primljenih pacijenata.

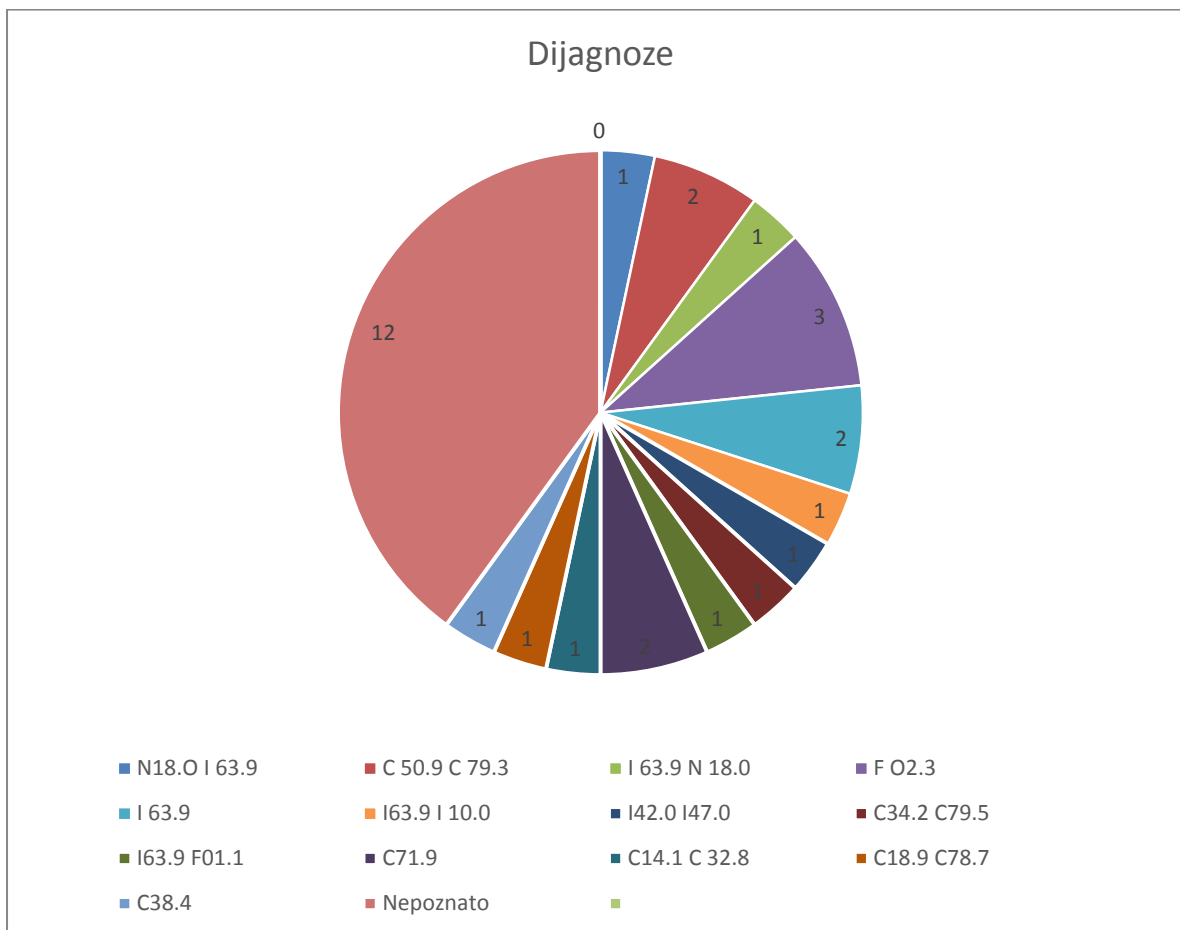
Grafikon 7: Godina rođenja pacijenata



Najviše primljenih pacijenata je bilo rođeno između 1931. i 1940. godine. Ovoj dobnoj skupini pripadalo je 73% (22 pacijenta) . Šest pacijenata (20%) rođeno je između 1941. i 1950. godine. Za jednog pacijenta nije navedena godina rođenja. Ovi podaci upućuju da je najviše pacijenata starije životne dobi tj. 78 – 88 godina.

Grafikon 8 prikazuje dijagnoze kod zaprimljenih pacijenata.

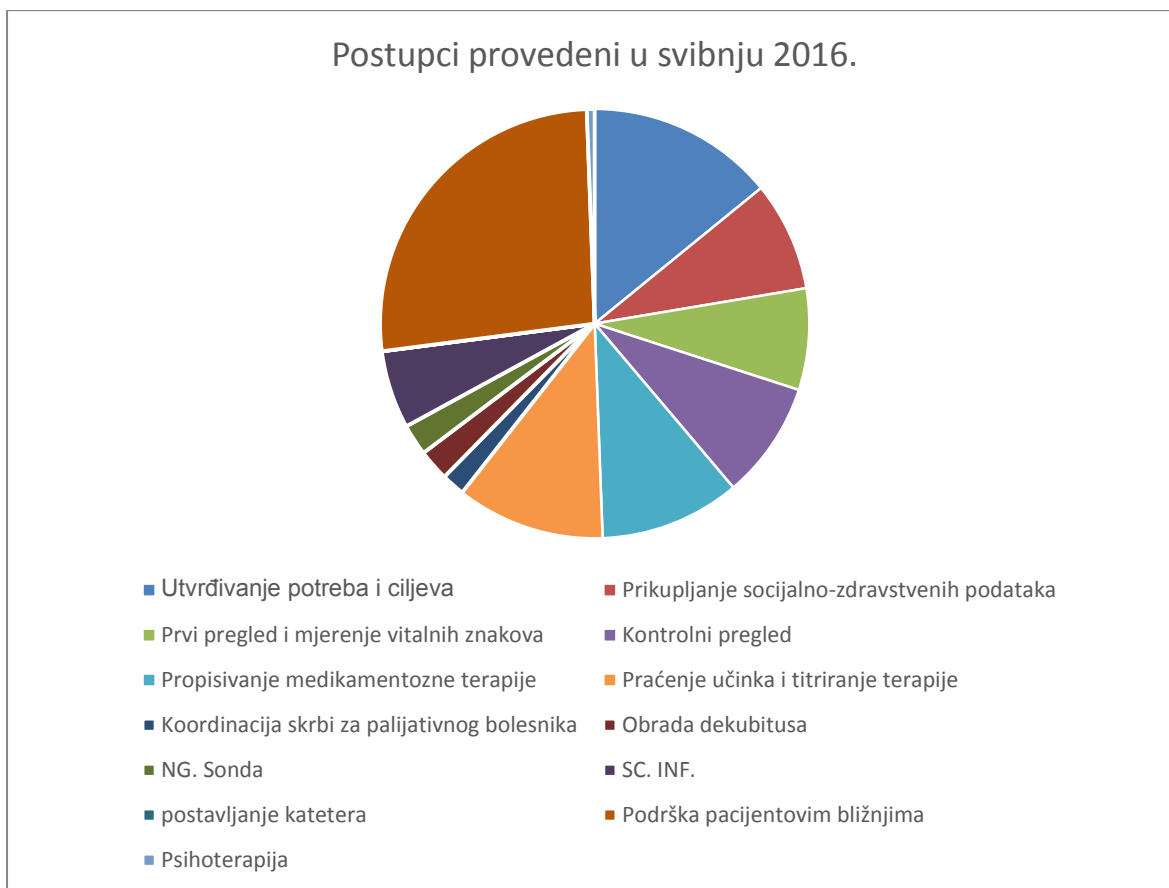
Grafikon 8: Dijagnoze pacijenata



Grafikon 8 pokazuje kako je kod najvećeg broja pacijenata (8 pacijenata) postavljena C (zloćudna novotvorina) dijagnoza, kod 6 pacijenata I (bolesti cirkulacijskog sustava) dijagnoza, a kod tri F (mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja). Međutim, najviše pacijenata zastupaju pacijenti dijagnoze kronično neizlječivih bolesti koji su u terminalnoj fazi zbog starosne dobi i utjecaja tih stanja.

Grafikon 9 prikazuje postupke provedene u svibnju 2016.

Grafikon 9: Postupci provedeni u svibnju 2016. godine



Kao što se može vidjeti na Grafikonu 9 najčešće je proveden postupak podrške pacijentovim bližnjima (45), utvrđivanje potreba i ciljeva (24) te praćenje učinka i titriranje terapije (19). Postupak stavljanja katetera nije proveden kod nijednog pacijenta.

12. Rasprava

Kroz analizu podataka vidimo da je u istraživanju sudjelovalo 72 nasumično odabrana pacijenta koji su zatražili uslugu palijativnog mobilnog tima Doma zdravlja Dubrovnik na razini podataka iz 2016. godine. Palijativni mobilni tim se nastoji uključiti od same uspostave dijagnoze te pratiti pacijenta kroz sva razdoblja bolesti, no analizom podataka vidljivo je da 71% pacijenata uključilo palijativni mobilni tim Doma zdravlja Dubrovnik zadnjih 30 dana, a njih 29% tim je uključilo ranije. Navedeno upućuje na činjenicu kako se tim češće uključuje u terminalnoj fazi bolesti, što nam govori da palijativna skrb i pomoć koju može pružati u domu bolesnika još uvijek nije poznata i da društvena zajednica ima „stigmatu“ prema takvom obliku pružanja skrbi. Činjenica je da se misli da ako zatraže palijativnu skrb da za obitelj i samu oboljelu osobu izgleda kao da su se prepustili smrti i da za njih nema nade za život. Palijativni mobilni tim ima za cilj uključiti se u pacijentov život skupa s obitelji od same uspostave dijagnoze te pratiti bolest i olakšavati svaki stadij bolesti kako dolazi. Što je u početku samo prihvaćanje dijagnoze i sve što ona donosi, a kasnije u krajnoj fazi olakšati fizičku bol kao i ostale tegobe.

Cilj palijativnog mobilnog tima je da najveći broj pacijenata umire u svom domu u okruženju obitelji i prijatelja, a ne u zdravstvenoj ustanovi okružen medicinskim osobljem. Analiza podataka ukazuje da 73% pacijenata (30 pacijenata) umrlo u kući dok je njih 27% (11 pacijenata) umrlo u ustanovi. Ovi podaci upućuju na to da je većina pacijenata umrla u vlastitom domu što potvrđuje navedeni cilj palijativnog mobilnog tima. Ovakvi podaci o umiranju u krugu svoje obitelji ukazuju da su osobe koje su zatražile pomoć mobilnog tima educirane i upućene na simptome koji najavljuju smrt i da u takvim momentima ostaju uz umirućeg i pružaju mu potporu i dostojanstvo u svome domu.

Analizom podataka provedenom na nasumično odabranom mjesecu (svibanj) u 2016. godini vidimo da su 53% pacijenata muškog spola i 47% osoba ženskog spola, iz čega se može zaključiti da nema značajne razlike u broju pacijenata po spolu. Na osnovu dobivenih podataka vidimo da je najviše primljenih pacijenata bilo rođeno između 1931. i 1940. godine 73% (22 pacijenta), 20% (6 pacijenata) rođeno je između 1941. i 1950. godine. Ti podaci potvrđuju da je većinski broj pacijenata starije životne

dobi. Na pitanje vezano za dijagnoze pacijenata uključenih u palijativni mobilni tim je potvrđeno da najveći broj pacijenata ima C dijagnozu (C00-C97; zloćudne novotvorine). To potvrđuje da su najveći broj pacijenata palijativne skrbi onkološki pacijenti što odgovara i podacima iz literature (3), gdje vidimo da je najveći broj pacijenata sa onkološkim dijagnozama njih 70 %, a da ostalih dijagnoza koje zahtijevaju palijativnu skrb je znatno manje. Prosječni broj mjesečnih usluga koje pruža palijativni mobilni tim Doma zdravlja Dubrovnik kreće se od 181 do 358, a sveukupni broj pruženih usluga u 2016. godini bio je 1279. Usluge koje pruža mobilni tim u kući bolesnika su raznolike i zapravo je teško reći koliko usluga će imati prosječno jer broj usluga ovisi i o broju pacijenata koji se nalaze u skrbi, a taj broj je promjenljiv iz dana u dan. Iz analiziranih podataka pacijenata koji su zatražili pomoć tima vidljivo je da najveći broj postupaka koje su pacijenti i obitelj zatražili u posebno analiziranom mjesecu, svibanj 2016. se odnosi na razgovore podrške obitelji i bližnjima koji skrbe o pacijentu. Tim podatkom potvrđujemo kako je najpotrebnija psihička potpora obitelji i bolesniku kako bi se što lakše nosili sa svim što ih čeka u zadnjim danima života. Još jednom ovakav podatak potvrđuje da obitelj koja je imala psihičku pripremu i podršku je lakše prihvatila gubitak, na smrt gleda kao na dio života.

Druga pomoć koja je najčešće zatražena od mobilnog palijativnog tima odnosila se na optimalizaciju terapije koja se odnosila na ublažavanje fizičke boli koja je dosta izražena u zadnjim danima života. Uspješnost ublažavanja inteziteta fizičke boli je sigurno doprinijelo podatku koji smo već spomenuli, da je u jednogodišnjem razdoblju 30 pacijenata umrlo u svojoj kući.

Za uslugu koja se odnosila na utvrđivanje potreba vidimo da je kod velikog broja pacijenata njih 24 najprije trebalo utvrditi koje potrebe su kod bolesnika u trenutku uključivanja mobilnog tima najizraženije. Kod ostalih se nije trebalo utvrđivati jer su se već na osnovu telefonskog poziva obitelji i savjetovanja sa obiteljskim liječnikom prepoznale i utvrdile, što je za tim bila početna smjernica.

13. Zaključak

Istraživanje je potvrdilo već poznate činjenice o važnosti edukacije kako zdravstvenih profesionalaca tako i cjelokupne zajednice o palijativnoj skrbi i svemu onome što pacijent, kao i njegova obitelj mogu koristiti od samog početka bolesti. Koristiti palijativnu skrb ne znači smrt, uz resurse palijativne medicine i skrbi znači imati kvalitetniji život, lakše se nositi sa svim bolima i potrebama koje bolest donosi od početka do samog kraja.

Razvoj znanosti i medicine danas ima velike rezultate u potpunom izlječenju pojedinih karcinoma. Zato ne govorimo samo o umirućim pacijentima, već i o pacijentima i dijagnozi koje mogu usporedno koristiti resurse kurativne i palijativne medicine u cilju potpunog izlječenja.

Ono što treba naglasiti da palijativna skrb i medicina u fokus stavljaju bolesnika i obitelj, a za glavni cilj imaju kvalitetu i dostojanstvo života.

Kad govorimo o smrti i umiranju ono što je cilj rada mobilnog palijativnog tima je pripremiti obitelj na smrt i ne gledati smrt kao gubitak nego kao dio života. U današnje vrijeme kad prihvaćamo sve ubrzane promjene koje nam nameće suvremeni život i znanost, koja je znatno produžila životni vijek još uvijek izbjegavamo govoriti o smrti i umiranju, kao i o potrebama umirućeg. Ljudski život može biti produljen, ali ima svoj kraj, a cilj palijativne skrbi je da umirući ima pravo umrijeti kao čovjek koji je imao svoj život i za koji je na kraju dobio poštovanje i dostojanstvo u trenutku kad ga napušta.

Literatura

1. Braš M., Đorđević V. i sur. Suvremene spoznaje palijativne medicine. Uloga ljekarnika u palijativnoj skrbi. Zagreb: Medicinska naklada 2012.
2. A. Jušić i suradnici: Hospicij i palijativna skrb, Školska knjiga: Hrvatska liga protiv raka, Zagreb, 1995.
3. Republika Hrvatska, ministarstvo zdravstva. NACIONALNI PROGRAM RAZVOJA PALIJATIVNE SKRBI U REPUBLICI HRVATSKE 2017.-2020., Zagreb, listopad, 2017. Str. 4/5, STR 15-21, str 12

Dostupno na: <https://zdravlje.gov.hr/UserDocImages/2018%20Programi%20i%20projekti/NP%20RAZVOJA%20PALIJATIVNE%20SKRBI%20RH%202017-2020-%20usvojen%2018.10.2017..pdf> (18.12.2018.)

4. Brkljačić Žagrović M.: Palijativna medicina u Hrvatskoj – nužnost implementacije u zdravstveni sustav, Medicina 2010., Vol.46, No.1, 37-42

Dostupno na: <https://zir.nsk.hr/islandora/object/unin%3A1809/datastream/PDF/view> (26.11. 2018.)

5. Đorđević V., Braš M., Brajković L.: Osnove palijativne medicine Ars medica prema kulturi zdravlja i čovječnosti, Medicinska naklada, Zagreb 2013.; 104-109.

6. Članak Zdravo budi

Dostupno na: <https://www.zdravobudi.hr/clanak/1108/bol-1-dio> (21.01. 2019.)

7. Završni rad, Uloga medicinske sestre u tretiranju boli kod palijativnih pacijenata, Čede Marić.

Dostupno na: <https://zir.nsk.hr/islandora/object/unidu%3A159> (13.01.2019)