

Organizacija sustava palijativne skrbi i pojavnost infekcija u palijativnog pacijenta: analiza ključnih aspekata uz prikaz slučaja

Cimić, Vilmica

Master's thesis / Diplomski rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:009079>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-30**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)

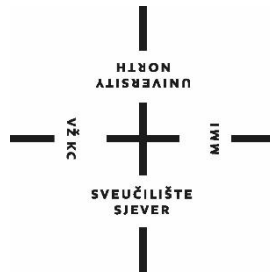


zir.nsk.hr



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN



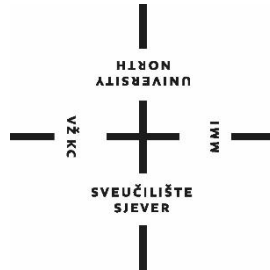
DIPLOMSKI RAD br. 364/SSD/2024

**Organizacija sustava palijativne skrbi i pojavnost
infekcija u palijativnog pacijenta: analiza ključnih
aspekata uz prikaz slučaja**

Vilmica Cimić

Varaždin, rujan 2024.

SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN
Studij Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu



DIPLOMSKI RAD br. 364/SSD/2024

**Organizacija sustava palijativne skrbi i pojavnost
infekcija u palijativnog pacijenta: analiza ključnih
aspekata uz prikaz slučaja**

Student:
Vilmica Cimić

Mentor:
Izv. prof. dr. sc. Tomislav Meštrović

Varaždin, rujan 2024.

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu		
PRISTUPNIK	Vilimica Cimić	ISKUPNI BROJ	1003081606
DATUM	6.8.2024.	KOLEGIJ	Javno zdravstvo i promocija zdravlja
NASLOV RADA	Organizacija sustava palijativne skrbi i pojavnost infekcija u palijativnog pacijenta: analiza ključnih aspekata uz prikaz slučaja		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Organization of the palliative care system and infection incidence in palliative patients: the analysis of key aspects and a case report		
MENTOR	Izv. prof. dr. sc. Tomislav Meštrović	ZVANJE	Izvanredni profesor; viši znanstveni suradnik
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. Izv. prof. dr. sc. Marijana Neuberg, predsjednica Povjerenstva 2. Izv. prof. dr. sc. Tomislav Meštrović, mentor 3. Doc. dr. sc. Ivo Dumić-Čule, član 4. Doc. dr. sc. Ivana Živoder, zamjenska članica 5.		

Zadatak diplomskog rada

BROJ	364/SSD/2024		
OPIS	<p>Palijativna skrb predstavlja sveobuhvatan pristup njezi bolesnika s neizlječivim bolestima, čiji je cilj ublažavanje boli i drugih simptoma, uz podizanje kvalitete života pacijenata i njihovih obitelji. Ova skrb obuhvaća ne samo zdravstvene aspekte, već i psihološku, socijalnu i duhovnu podršku, stvarajući holistički pristup koji stavlja pacijenta u središte. U ovom diplomskom radu bit će detaljno obrađena palijativna skrb kroz nekoliko ključnih aspekata. Najprije će se razmotriti povijest palijativne skrbi, definicija palijativnog pacijenta te najčešći sindromi s kojima se susreću ovi bolesnici. Posebna pažnja bit će posvećena problematici boli i medikamentnom liječenju umirućih, uz osvrt na uporabu alata kao što je SPICT (Supportive and Palliative Care Indicators Tool). Razmotrit će se i važnost MKB šifre Z51.5 u kontekstu palijativne skrbi, kao i komunikacija koja je ključna u odnosu s palijativnim pacijentima i njihovim obiteljima. Dodatno, bit će prikazana organizacija sustava palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj, uključujući različite organizacijske oblike i specifične timove, poput mobilnog palijativnog tima. Posebno će se analizirati rad mobilnog palijativnog tima u domu zdravlja Krapinsko-zagorske županije te opis stacionarne palijativne skrbi. Također, rad će obuhvatiti problematiku infekcija u palijativnih bolesnika, s naglaskom na epidemiologiju i najčešće infekcije koje se javljaju kod ove skupine pacijenata, uz prikaz slučaja palijativnog pacijenta s učestalim infekcijama.</p>		
ZADATAK PRIJEDEN	23.08.2024.	POTPIS MENTORA	Tomislav Meštrović



Predgovor.

Od srca se zahvaljujem svojoj obitelji što mi je bila podrška tijekom mog studiranja.

Veliko hvala i mentoru, izv. prof. dr. sc. Tomislavu Meštroviću što me bodrio tijekom pisanja ovog diplomskog rada.

Sažetak

Razumijevanje da je čovjeku najpotrebnija njega na početku i na kraju života znači i razumijevanje da faza života prije smrti zahtijeva posebnu brigu. Smrt je neizbježan dio svačijeg života i sve što se ikada rodilo, umrijet će. Činjenica da osoba doživi kraj svog života zbog starosti, bolesti ili drugih uzroka ni na koji način ne umanjuje njegovu vrijednost. Palijativna skrb je pristup koji poboljšava kvalitetu života pacijenata koji se suočavaju s terminalnom bolešću i njihovih obitelji. Počinje kada su iscrpljene klasične metode liječenja ili kada su znakovi proširenosti zloćudne bolesti u tolikoj mjeri da je bolesnik ne može tolerirati. Pokriva tri područja: ublažavanje simptoma, psihosocijalnu podršku štićenicima i njihovim skrbnicima te etička pitanja povezana s krajem života. Proces uključivanja bolesnika u planiranje skrbi na kraju života zahtijeva dostupnost informacija o pacijentu. Pacijenti diktiraju mjesto i način zbrinjavanja, dodatke medicinskih postupaka, tretmane i želje koje se uzimaju u obzir. Jedna od najvažnijih komunikacijskih sposobnosti potrebnih u palijativnoj skrbi je naučiti kako slušati i čuti. Interdisciplinarni tim (IDT) osnova je za potpunu i kvalitetnu palijativnu skrb. Budući da se pacijenti s uznapredovalom bolešću i njihove obitelji često suočavaju s komplikacijama i problemima, interdisciplinarni tim trebao bi pružiti opću i specijalnu skrb. Mora biti spreman pružiti fizičku, psihološku, socijalnu i duhovnu podršku koristeći interdisciplinarni timski pristup suradnje. Infekcije povezane sa zdravstvenom skrbi komplikacije su bolničke skrbi i predstavljaju rizik za sigurnost pacijenata. Higijena ruku smatra se najvažnijom mjerom prevencije infekcija uzrokovanih zdravstvenom njegom. Infekcije povezane sa zdravstvenom skrbi jedan su od najvećih izazova s kojima se suočava suvremeno zdravstvo.

Opisan je prikaz slučaja pacijentice koja je bila u skrbi palijativnog mobilnog tima. Detaljno je kronološki opisan tijek bolesti te su također kronološki prikazane fotografije kroničnih rana pacijentice. Prikazom slučaja može se vidjeti napredak kroničnih rana kod pacijentice što je u svakom slučaju pozitivna strana. Također, pacijentica je dala pisani pristanak za prikaz slučaja, isto kao i Dom zdravlja Krapinsko-zagorske županije koji je dao odobrenje za nevedeni prikaz slučaja.

Ključne riječi: palijativa, medicina, infekcije, liječenje

Summary

Understanding that a person needs the most care at the beginning and at the end of life also means understanding that the phase of life before death requires special care. Death is an inevitable part of everyone's life and everything that is ever born will die. The fact that a person lives to the end of his life due to old age, illness or other causes does not diminish his value in any way. Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients facing a terminal illness and their families. It begins when the classical methods of treatment have been exhausted or when the signs of extension of the malignant disease are to such an extent that the patient cannot tolerate it. It covers three areas: symptom relief, psychosocial support for residents and their caregivers, and ethical issues related to the end of life. The process of patient involvement in end-of-life care planning requires the availability of patient information. Patients dictate the place and method of care, additional medical procedures, treatments and wishes that are taken into account. One of the most important communication skills needed in palliative care is learning how to listen and hear. An interdisciplinary team (IDT) is the basis for complete and high-quality palliative care. Because patients with advanced disease and their families often face complications and problems, an interdisciplinary team should provide general and specialty care. Must be willing to provide physical, psychological, social and spiritual support using an interdisciplinary team collaborative approach. Healthcare-associated infections are complications of hospital care and pose a risk to patient safety. Hand hygiene is considered the most important measure to prevent infections caused by health care. Healthcare-related infections are one of the biggest challenges facing modern healthcare.

The case report of a patient who was in the care of a palliative mobile team is described. The course of the disease is described in detail chronologically, and photographs of the patient's chronic wounds are also presented chronologically. The presentation of the case shows the progress of the patient's chronic wounds, which is a positive aspect in any case. Also, the patient gave written consent for the presentation of the case, as did the Health Center of Krapina-Zagorje County, which gave approval for the uninformed presentation of the case.

Key words: palliative care, medicine, infections, treatment

Popis korištenih kratica

RH – Republika Hrvatska

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

br - broj

EU – Europska unija

Itd – i tako dalje

% - postotak

IDT – interdisciplinarni tim

Tzv - takozvano

Npr – na primjer

Tj – to jest

°C – stupnjeva Celzijevih

IMS – infekcija mokraćnog sustava

Sl - slično

FTH – fizikalna terapija

RTG - Konvencionalna digitalna radiografija

CT - kompjuterizirana tomografija

EMNG - elektromioneurografija

KBC – Klinički bolnički centar

KZŽ – Krapinsko-zagorska županija

MSCT - višeslojna kompjuterizirana tomografija

EKG - elektrokardiogram

EEG - elektroencefalografija

ECD - elektrokemijski detektor

F.O. – fiziološka otopina

i.v. – intravenozno

NG - nazogastrična

PEG - perkutana endoskopska gastrostoma

OB – opća bolnica

Sadržaj

1. UVOD.....	1
2. PALIJATIVNA SKRB	4
2.1. Razvoj palijativne skrbi.....	5
2.2. Oblici palijativne skrbi.....	7
2.3. Palijativni pacijent.....	8
2.4. Bol i medikamentno liječenje maligne boli.....	8
2.5. SPICT alat	10
2.6. Komunikacija u palijativnoj skrbi	12
2.7. Duhovnost u palijativnoj skrbi	13
3. ORGANIZACIJA SUSTAVA PALIJATIVNE SKRBI U RH	14
3.1. Ciljevi i organizacijski modeli palijativne skrbi	14
3.2. Interdisciplinarni tim palijativne skrbi	14
3.2.1. Liječnik	15
3.2.2. Koordinator.....	16
3.2.3. Medicinska sestra	16
3.2.4. Socijalna služba	17
3.2.5. Duhovnik	17
3.3. Mobilni palijativni tim	18
3.3.1. Prikaz rada mobilnog palijativnog tima Doma zdravlja Krapinsko-zagorske županije	18
3.4. Stacionarna palijativna skrb	19
4. INFEKCIJE.....	20
4.1. Epidemiologija	21

4.2. Antiseptika i asepsa.....	22
4.2.1. Dezinfekcija.....	22
4.2.2. Sterilizacija.....	23
4.3. Prevencija infekcija.....	24
4.4. Najčešće infekcije palijativnih bolesnika.....	26
4.4.1. Infekcije mokraćnog mjehura.....	26
4.4.2. Infekcije dišnog sustava.....	27
4.4.3. Infekcije kroničnih rana.....	28
5. MAGISTRA SESTRINSTVA U PALIJATIVNOM TIMU	30
6. PRIKAZ SLUČAJA – PALIJATIVNI PACIJENT S UČESTALIM INFEKCIJAMA	31
6.1. Opći podatci	31
6.2. Tijek bolesti.....	32
6.3. Infekcija kronične rane kod palijativnog pacijenta	35
6.3.1. Dekubitus desnog kuka.....	37
6.3.2. Dekubitus sakruma	40
7. ZAKLJUČAK.....	43
8. LITERATURA	45

1. UVOD

Osnovne podjele suvremene medicine su prevencija, liječenje i palijativna skrb. Svrha preventivne medicine je očuvanje zdravlja i sprječavanje bolesti, dok je svrha terapijske medicine liječenje bolesti. Međutim, lijekovi ne liječe uvijek pacijente i odgađaju smrt. Kurativna medicina prepušta svoju ulogu palijativnoj medicini u slučajevima kada se bolest više ne može izliječiti aktivnim liječenjem. Palijativna medicina nastoji osigurati optimalnu kvalitetu života pacijenata s neizlječivom aktivnom progresivnom bolešću, a temelji se na ublažavanju simptoma, psihosocijalnoj podršci pacijentima i njihovim obiteljima te etičkim pitanjima vezanim uz smrt. Palijativna skrb se koristi kada su aktivnosti liječenja bolesnika s neizlječivim bolestima i terminalnim bolestima veće od mogućnosti izlječenja [1].

Razumijevanje da je čovjeku najpotrebnija njega na početku i na kraju života znači i razumijevanje da faza života prije smrti zahtijeva posebnu brigu. Smrt je neizbježan dio svakog života i sve što se ikada rodilo umrijet će. Činjenica da osoba doživi kraj svog života zbog starosti, bolesti ili drugih uzroka ni na koji način ne umanjuje njegovu vrijednost. Čovjek do kraja života ima neotuđiva prava, što znači da se prema njemu treba odnositi dostojanstveno, poštivati njegove vrijednosti i pružiti mu pomoć i podršku. Svatko ima pravo kraj života dočekati sa što manje boli i duševnih boli, poštujući svoje dostojanstvo, a to se postiže kroz pristup i odnos palijativne skrbi.

Skrb za pacijente na kraju života u mnogočemu se promijenila u odnosu na prošlost. Napredak medicine i tehnologija donijeli su promjene, promijenila se i medicinska etika, promijenila se uloga pacijenta, a razvio se i novi partnerski model koji je polako počeo zamjenjivati dosadašnji paternalistički pristup. Psihosocijalne i duhovne potrebe pacijenata na kraju života prepoznaju se i poštuju. Sve te promjene otvorile su put razvoju palijativne medicine i palijativne skrbi. Palijativna medicina predstavlja jednu od novijih subspecijalističkih grana moderne medicine (uglavnom onkologiju, nefrologiju, neurologiju i anesteziologiju). Glavni fokus palijativne medicine je skrb o neizlječivim bolesnicima, odnosno o pacijentima koji su u završnoj fazi bolesti i koji se više ne mogu izliječiti tradicionalnom medicinom i njezinim dijagnostičkim, terapijskim i znanstveno-tehnološkim metodama. Palijativna medicina obuhvaća tri područja: ublažavanje simptoma, psihosocijalnu podršku šticećenicima i njihovim skrbnicima te etička pitanja vezana uz kraj života. Pružanje palijativne skrbi mora se temeljiti na potrebi i ne smije biti

ograničeno vrstom bolesti, zemljopisnim položajem ili socioekonomskim statusom osobe kojoj je takva skrb potrebna. Svatko kome je potrebna palijativna skrb mora joj imati neposredan pristup na pravom mjestu prema individualnim potrebama i preferencijama. Misija palijativne skrbi je postići i održati najbolju kvalitetu života bolesnika. Palijativna skrb usmjerena je na fizičke, psihološke i duhovne aspekte neizlječive bolesti i stoga zahtijeva koordinirani doprinos visokostručnog i dobro opremljenog interdisciplinarnog i multiprofesionalnog tima. Pristup palijativnoj skrbi trebao bi se temeljiti na potrebi i ne bi trebao biti pod utjecajem vrste bolesti, geografskog položaja, socioekonomskog statusa ili sličnih čimbenika. Edukacijski programi o palijativnoj skrbi trebaju biti integrirani u edukaciju svih relevantnih zdravstvenih djelatnika. Trebalo bi provesti istraživanja kako bi se poboljšala kvaliteta skrbi. Sve postupke palijativne skrbi treba poduprijeti odgovarajućim podacima istraživanja kad god je to moguće. Palijativna skrb trebala bi dobiti odgovarajuće i pravedne razine financiranja [1].

Kao i u svim područjima zdravstvene skrbi, zdravstveni djelatnici uključeni u palijativnu skrb moraju u potpunosti poštivati prava pacijenata, pridržavati se profesionalnih obveza i standarda te raditi u interesu pacijenata u tom pogledu. U završnim (terminalnim) stadijima bolesti fokus palijativne skrbi nije na izlječenju, već na ublažavanju nelagode i boli te održavanju kvalitete života kroz kontrolu simptoma, psihološku, duhovnu i socijalnu podršku pacijentu do prestanka bolesti. Pružanje palijativne skrbi mora se temeljiti na potrebi i ne smije biti ograničeno vrstom bolesti, zemljopisnim položajem ili socioekonomskim statusom osobe kojoj je takva skrb potrebna [2].

U Republici Hrvatskoj djeluje 33 ugovorena mobilna palijativna tima koji su podijeljeni po županijama. U nastavku slijedi tablica 1.1. prema palijativnim timovima i koordinatorima po županija RH.

ŽUPANIJA	BROJ TIMOVA	BROJ KOORDINATORA
Zagrebačka županija	3	3
Krapinsko-zagorska županija	1	1
Sisačko-moslavačka županija	2	2
Karlovačka županija	1	2
Varaždinska županija	1	1
Koprivničko-križevačka županija	0	1
Bjelovarsko-bilogorska županija	0	0
Primorsko-goranska županija	3	3
Ličko-senjska županija	1	1
Virovitičko-podravska županija	1	1
Požeško-slavonska županija	2	2
Brodsko-posavska županija	1	1
Zadarska županija	0	2
Osječko-baranjska županija	2	3
Šibensko-kninska županija	1	2
Vukovarsko-srijemska županija	3	3
Splitsko-dalmatinska	0	3
Istarska županija	2	2
Dubrovačko-neretvanska županija	3	3
Međimurska županija	1	1
Grad Zagreb	5	5

Tablica 1.1. Palijativni timovi i koordinatori u RH

2. PALIJATIVNA SKRB

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO), palijativna skrb ima za cilj poboljšati kvalitetu života osoba koje boluju od neizlječivih bolesti. Palijativna skrb ima za cilj olakšati fizičku, psihičku, duhovnu i egzistencijalnu patnju te u procjeni bolesnikovih potreba nužno uzima u obzir socijalne i kulturološke čimbenike, kao i druge čimbenike koji mogu naštetiti dobrobiti mira. Palijativnu skrb provodi multidisciplinarni tim i svi članovi kroz zajedničku suradnju. Tim procjenjuje potrebe pacijenata, definira ciljeve zdravstvene skrbi i provodi specifične intervencije za postizanje pozitivnih ishoda skrbi [2].

Palijativna skrb je pristup kojim se poboljšava kvaliteta života pacijenata koji se suočavaju s terminalnom bolešću i njihovih obitelji. Počinje kada su iscrpljene klasične metode liječenja ili kada su znakovi proširenosti zloćudne bolesti u tolikoj mjeri da je bolesnik ne može tolerirati. Pokriva tri područja: ublažavanje simptoma, psihosocijalnu podršku štićenicima i njihovim skrbnicima te etička pitanja povezana s krajem života. Cilj palijativne skrbi je postići najbolju moguću kvalitetu života kroz ublažavanje patnje, kontrolu simptoma i obnovu vitalnih funkcija poštujući osobne, kulturne, vjerske i etičke vrijednosti. Palijativna medicina predstavlja jednu od najnovijih subspecializiranih grana moderne medicine (uglavnom onkologije, nefrologije, neurologije i anesteziologije) i rezultat je razvoja ne samo medicinskih znanosti, već i napretka u humanističkom promišljanju i civilizaciji suvremenog društva. Glavni cilj palijativne skrbi je skrb o terminalnim bolesnicima, odnosno pacijentima u završnoj fazi bolesti, kojima klasična kurativna medicina svojim dijagnostičko-terapijskim pristupom, kao i znanstveno-tehnološkim, ne može vratiti mirno stanje. Kako se smrt približava, intenzitet i učestalost simptoma se povećava, a pacijentova tolerancija na fizički i emocionalni stres opada, što može potaknuti želju za eutanazijom. Ulaskom u fazu kraja života, intervencije palijativne skrbi postaju primarne intervencije, a glavni simptomi koji obilježavaju ovu fazu života su sljedeća četiri simptoma:

- tjelesna bol - jedan od najčešćih simptoma, liječi se različitim metodama, dovodi do pogoršanja drugih simptoma, odgovarajuće liječenje je uvjet za njegu
- dispneja - subjektivni osjećaj nedostatka zraka, čest i uznemirujući simptom, zahtijeva kontinuiranu procjenu i liječenje farmakološkom terapijom

- delirij na kraju života – najčešće se razvija zbog uzimanja droga, karakterizira ga tjeskoba, agitacija i kognitivni pad
- “smrtni hropac” - zvuk zraka koji se kreće preko nakupljenog sekreta nije uzrok patnje, on uznemirava ukućane, promjena položaja glave smanjuje ovaj oblik disanja, što se može liječiti farmakološkom terapijom [2].

Osnovni principi palijativne skrbi su autonomija, dostojanstvo, terapijski odnosi između bolesnika i njegove obitelji, kvaliteta života uz oslobađanje od psihofizičkih patnji, stavovi prema životu i smrti, komunikacija, svijest građana, multidisciplinarni i interdisciplinarni pristup te tuga i žalovanje (Bijela knjiga) [2].

2.1. Razvoj palijativne skrbi

Razvoj palijativne medicine i palijativne skrbi započeo je u Ujedinjenom Kraljevstvu 1960-ih te u Sjedinjenim Državama i Kanadi 1970-ih. Taj je razvoj započeo kao odgovor na određene promjene u medicinskoj kulturi koje su uključivale prekid paternalističkih praksi i razvoj suradničkih odnosa s pacijentima. Cicely Saunders nedvojbeno je jedna od najvažnijih povijesnih osoba u medicini koja je doprinijela razvoju palijativne skrbi. Saunders se smatra začetnikom pokreta hospicija i imao je veliki utjecaj na razvoj međunarodne palijativne skrbi. Najveći i najvažniji korak Saunders je napravio 1967. godine kada je otvorio St Christopher's Hospice u Londonu. Bio je to prvi hospicij koji se razvio u modernu medicinsku ustanovu s interdisciplinarnim pristupom liječenju bolesnika s teškim i složenim bolestima [3].

U razvoju palijativne skrbi u Hrvatskoj treba uzeti u obzir ratna razaranja prve polovice devedesetih godina prošlog stoljeća, koja svakako nisu jedini razlozi sporog razvoja palijativne skrbi u Hrvatskoj, ali su uvelike utjecala na ukupni razvoj palijativne skrbi u Hrvatskoj. Važan iskorak učinjen je 1994. godine kada je u Zagrebu održan prvi Hrvatski simpozij hospicija i palijativne skrbi radi informiranja javnosti. Iste godine Hrvatski liječnički zbor osniva Hrvatsko društvo za hospicij i palijativnu skrb, čiji je osnivač i inicijator prof. dr. Anika Jusić. Zatim su pokrenute mnoge inicijative diljem Hrvatske, a od 1994. godine do danas organiziran je niz

edukativnih skupova i seminara, simpozija i kongresa od strane zdravstvenih radnika, socijalnih radnika, farmaceuta i svećenstva s ciljem podizanja društvenog interesa i edukacije društva za razumijevanje važnosti pružanja stručne pomoći i skrbi za umiruće bolesnike i njihove obitelji [3].

U srpnju 2003. godine, stupanjem na snagu novog Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine, br. 121/03), palijativna skrb je postala jedna od zdravstvenih mjera iz članka 8. te je kao djelatnost uvrštena u Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Hrvatska je 2013. godine ušla u EU i pojavio se novi razvojni zamah. Neki bi stručnjaci rekli da palijativna skrb u Hrvatskoj nije bila organizirana prije ulaska u EU. Hrvatska se kao država članica obvezala na određene promjene u zdravstvenom sektoru, od kojih se neke odnose i na uvođenje palijativne skrbi u zdravstveni sustav. Ulaskom u EU, Republika Hrvatska provodi Strateški plan razvoja palijativne skrbi od 2012. do 2016. godine, čime se stvara novi pravni i organizacijski okvir za razvoj palijativne skrbi i palijativne skrbi [3].

Palijativna skrb u Hrvatskoj još uvijek nije dosegla potrebnu i idealnu razinu razvoja. Razvoj je i dalje neujednačen u cijeloj zemlji, zdravstveni djelatnici u različitim regijama Hrvatske imaju različite interese za provedbu palijativne skrbi, a iako broj specijalista palijativne skrbi raste, još uvijek nedostaje specijaliziranog kadra – medicinskih sestara, liječnika, socijalnih radnika, psihologa znanstvenika i drugih stručnjaka.

Hrvatska je do sada ove godine objavila dva dokumenta u skladu s bijelom knjigom. Prvi je Strateški plan razvoja palijativne skrbi u RH 2014. godine – 2016. godine, a drugi Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017. godine – 2020. godine. Do 2018. godine uspostavljen je i razvijen organizacijski oblik te je započeo proces uspostave komunikacijskih protokola između sudionika palijativne skrbi. Budući da je palijativna skrb trenutno još u razvoju, nije usmjerena na sve potrebite u Hrvatskoj, već na one koji su pri kraju aktivnog liječenja i one koji su završili liječenje. Nacionalni plan razvoja palijativne skrbi također to uzima u obzir, ali ne rješava to pitanje već stoji samo na papiru [4].

Kada govorimo o edukaciji, najčešće su predmeti o palijativnoj skrbi obavezni ili izborni, a što se edukacija izvan škola, često svodi na seminare, predavanja ili tečajeve, dok je edukacija unutar bolnica gotovo nikakva. Iako vidimo da je integracija palijativne skrbi u zdravstveni sustav u Hrvatskoj dugotrajan proces (što svakako jest), moramo naglasiti da su dosadašnji koraci važni [3].

2.2. Oblici palijativne skrbi

Najpoželjniji oblik skrbi je svakako kućna hospicijska skrb, ona se postiže interdisciplinarnim hospicijskim timom u suradnji s timom primarne zdravstvene zaštite, gdje je vrlo bitna suradnja s pacijentom i članovima njegove obitelji. Ukoliko su bolesnikovi simptomi prejaki ili dolazi do preopterećenosti ljudi, bolesnik mora biti smješten u hospicij, gdje može boraviti privremeno do oporavka ili ako je u terminalnoj fazi do smrti [5].

Svrha dnevnog hospicija je reintegracija kroničnih bolesnika i izoliranih osoba u društvo i pružanje mogućnosti podvrgavanja liječničkim pregledima, primanje različitih vrsta usluga ili bavljenje željenim aktivnostima, a njegovatelje oslobađa dnevnih obaveza. U većim bolnicama postoje manji odjeli palijativne skrbi, posebice oni blizu onkologije [6].

Savjetovališta ili ambulante za palijativnu skrb (osobito bol) primaju ambulantne pacijente i blisko surađuju s dnevnim centrima i specijalističkim bolnicama [6].

Službe za ožalošćene su ambulantne jedinice u suradnji s prethodno navedenim agencijama koje pružaju psihosocijalnu podršku obitelji/njegovateljima kada je to potrebno i tijekom duljeg vremenskog razdoblja tijekom života štićenika, a posebno nakon njegove smrti. Palijativnu/hospicijsku skrb provodi visoko obučeni interdisciplinarni tim liječnika, medicinskih sestara, socijalnih radnika, psihologa, fizioterapeuta, svećenika, nutricionista i drugih stručnjaka, ovisno o potrebama bolesnika [5].

Posudionice ortopedskih pomagala prema županijskom sporazumu nalaze se u raznim agencijama i službama i takve posudionice pacijentima pružaju besplatne usluge. Možete posuditi razne pomoćne alate kao što su električni medicinski kreveti, hodalice, invalidska kolica, štake, toaletne stolice, antidekubitalni madraci, itd. Tim za mobilnost i koordinator u dogovoru s pacijentom nabavljaju specifična pomoćna pomagala koja su mu u tom trenutku potrebna za održavanje mobilnosti. Na taj je način osoba neovisna te izbjegava oslanjanje na druge kada je u pitanju zadovoljenje osnovnih ljudskih potreba. Koordinator i članovi tima sudjeluju u evidenciji izdanih i primljenih pomoći, održavanju postojećih i nabavi novih pomoći. Najčešće agencije koje pružaju pomoć su Crveni križ i Caritas [5].

2.3. Palijativni pacijent

Pretpostavlja se da pojam "po život opasna ili degenerativna bolest" uključuje široku skupinu pacijenata različite dobi i dijagnoza koje nepovoljno utječu na svakodnevno funkcioniranje bolesnika ili skraćuju očekivani životni vijek [7].

Prema navedenoj definiciji, u palijativne pacijente ubrajaju se:

- djeca i odrasli s prirodnim bolestima ili stanjima koja dovode do ovisnosti o liječenju za održavanje života i/ili dugoročne skrbi njihovih skrbnika za obavljanje svakodnevnih aktivnosti
- osobe bilo koje dobi koje imaju akutnu, ozbiljnu i po život opasnu bolest, kao što je ozbiljna ozljeda, leukemija ili moždani udar, imaju vrlo dug i mukotrpan put do oporavka, prepun ogromnih poteškoća
- osobe s progresivnim kroničnim bolestima (zloćudna bolest, kronično zatajenje bubrega, bolest jetre, moždani udar koji uzrokuje ozbiljno funkcionalno oštećenje, uznapredovala bolest srca ili pluća, slabost, neurodegenerativne bolesti i demencija)
- osobe koji su pretrpjele kronične i smrtonosne ozljede kao posljedicu nesreće ili drugog oblika ozbiljne ozljede
- kritično bolesni i neizlječivo bolesni pacijenti (kao što su oni s krajnjim stadijem demencije uzrokovane rakom ili oni s teškim invaliditetom uzrokovanim moždanim udarom) koji se vjerojatno neće oporaviti, a kritična palijativna skrb primarni je fokus i cilj njihove skrbi za preostalo vrijeme [7].

2.4. Bol i medikamentno liječenje maligne boli

Kod 30 – 40% pacijanata oboljelih od zloćudnog tumora bol je prisutna već pri postavljanju dijagnoze. U kasnim stadijima bolesti čak 75-90% pacijenata osjetit će bol. U razvijenom svijetu samo 50% ovih pacijenata dobije adekvatnu skrb, a u zemljama u razvoju ta je statistika još više poražavajuća. Maligna bol je u početku srednjeg intenziteta, a kasnije postaje vrlo intenzivna bol. Intenzitet može ozbiljno narušiti kvalitetu pacijentovog života i sve društvene i financijske kontakte. Uživanje u životu je ograničeno, a pokretljivost je često smanjena. Pod kvalitetom

života podrazumijevamo i sposobnost spavanja. Ako imate bolove 24 sata dnevno i ne možete se odmoriti, kvaliteta vašeg života i općenito vaša sposobnost prilagodbe i suradnje mogu biti ozbiljno ugroženi [8].

Liječenje maligne boli mora biti sastavni dio liječenja u svim stadijima bolesti. Liječenje boli tijekom izlječive faze može povećati učinkovitost liječenja, dok liječenje boli tijekom neučinkovite faze može smanjiti učinkovitost liječenja. U slučaju maligne boli postoji uhodan sustav za procjenu intenziteta boli i klasifikaciju pacijenata na temelju njihovih skeletnih simptoma. Bol se razlikuje od boli mekih tkiva. Intenzitet boli određuje se na temelju jednostavne ljestvice Svjetske zdravstvene organizacije.

Ispravan i kvalitetan pristup liječenju boli zasniva se na osnovnim načelima palijativne medicine, a to su brzo i djelotvorno uklanjanje boli, liječenje “totalne” boli te plansko liječenje boli [8].

Nakon što se odredi intenzitet boli, potrebno je odabrati lijek koji će smanjiti i isti. Maligna bol je srednjeg intenziteta u ranoj fazi, a u kasnijoj fazi prelazi u jaku bol kako bi se postigao što bolji učinak otklanjanja maligne boli. Osim analgetika, liječenje treba uključivati adjuvantne analgetike, anesteziju i neurokirurgiju, palijativnu terapiju zračenjem i palijativnu operaciju. Vrlo je važno bolesniku i članovima obitelji pružiti psihološku podršku jer se totalna bol pogoršava uz prisustvo tjeskobe ili depresije. U nastavku slijedi tablica 2.4.1. u kojoj su prikazane smjernice liječenja i terapije prema vrsti boli [9].

VRSTA BOLI	LIJEČENJE I TERAPIJA
Lagana do umjerena bol	Redovito se uzimaju neopioidne analgetike. U ovu skupinu spadaju paracetamol, acetilsalicilna kiselina i nesteroidni antireumatici (NSAID).
Srednje jaka bol	Neopioidni lijekovi često se koriste u kombinaciji s blagim opioidima, a za jaku bol koja se pogoršava koriste se jači opioidi, često i u kombinaciji s neopioidnim

	<p>lijekovima. Povraćanje, mučnina i zatvor uobičajeni su problemi tijekom supresije boli opioidnom terapijom, za koje je potrebno primijeniti odgovarajuće antiemetike i laksative. Ako psihički problemi ne nestanu s ublažavanjem boli, treba koristiti lijekove protiv anksioznosti i sedative.</p>
Završna faza bolesti	<p>U ovoj fazi dijagnostičke i terapijske postupke treba ograničiti na najnužnije. Odnos između rizika i povrata postaje manje važan. Liječenje ovisi o medicinskom iskustvu i ograničeno je na značajnije opioide i psihotropne lijekove. Pacijenti u komi također osjećaju bol pa bi ti pacijenti također trebali primiti terapiju protiv bolova. Preporuča se oprezno doziranje, smanjujući dozu tijekom dana i povećavajući dozu noću. Cilj je osigurati učinkovito ublažavanje boli kako bi se poboljšala kvaliteta života pacijenata.</p>

Tablica 2.4.1. Smjernice liječenja i terapije prema vrsti boli

2.5. SPICT alat

SPICT je vodič za prepoznavanje osoba s povećanim rizikom od pogoršanja zdravlja i smrti. Služi za procjenu indikatora suportivne i palijativne skrbi. U nastavku slika 2.5.1. gdje je prikazan SPICT alat.

Alat za pokazatelje potporne i palijativne skrbi (SPICT-4ALL™)

SPICT™ pomaže nam prepoznati osobe lošijeg stanja i s jednim ili više zdravstvenih problema. Te osobe trebaju više pomoći i skrbi u sadašnjosti, te plan skrbi u budućnosti. Postavite si sljedeća pitanja:

Pokazuje li ta osoba znakove lošeg ili pogoršanog zdravlja?

- Neplanirani (hitni) prijem(i) u bolnicu
- Opće zdravlje joj je loše ili joj se pogoršava; osoba se nikad nije posve oporavila od prethodnog pogoršanja (to može značiti da je osoba smanjenih sposobnosti i često ostaje u krevetu ili naslonjaču više od pola dana)
- Treba tuđu pomoć zbog sve većih tjelesnih i/ili mentalnih zdravstvenih problema
- Njegovatelj te osobe treba veću pomoć i podršku
- Osoba je u posljednjih par mjeseci primjetno izgubila na težini, ili je ostala na premaloj težini
- Većinu vremena ima zabrinjavajuće simptome, unatoč dobrom liječenju svojih zdravstvenih problema
- Osoba (ili obitelj) traže palijativnu skrb; odlučuju se smanjiti, prekinuti ili ne započeti liječenje; ili pak žele usmjeriti se na kvalitetu života

Ima li ta osoba neki od ovih zdravstvenih problema?

Rak

Manje sposobna obavljati uobičajene aktivnosti, a stanje joj se pogoršava
Zbog lošeg stanja ne može primiti terapiju protiv raka, ili joj se liječenje sastoji samo od ublažavanja simptoma

Demencija / krhkost

Nesposobna je bez pomoći odjenuti se, hodati ili jesti
Jede i pije manje; teškoće s gutanjem
Izgubila je kontrolu nad mokrenjem i stolicom
Nesposobna komunicirati govorom; na druge ljude malo reagira
Učestali padovi; prijelom kuka
Učestale infekcije; upala pluća
Nesposobna je bez pomoći odjenuti se, hodati ili jesti

Neurološki problemi

(npr. Parkinsonova bolest, multipla skleroza, ALS)
Tjelesno i mentalno zdravlje se pogoršavaju
Sve više problema s govorom i komuniciranjem; smetnje gutanja su sve jače
Infekcije dišnih puteva ili upala pluća; smetnje disanja
Teški moždani udar s gubitkom pokretljivosti i sve jačim poteškoćama

Problemi sa srcem ili cirkulacijom

Srčano zatajenje ili teški napadi grudne boli. Kratak dah kod odmaranja, pomicanja ili nakon samo par koraka.
Vrlo loša cirkulacija u nogama; kirurški zahvat nije moguć

Problemi s plućima

Loše stanje i dugotrajni problemi s plućima. Kratak dah u mirovanju, pomicanju ili nakon par koraka, čak i onda kad su pluća najbolje.
Treba kisik većinu dana i noći
U bolnici je bila spojena na aparat za disanje

Problemi s bubrežima

Bubrezi zakazuju, a opće stanje je sve lošije
Prestanak dijalize, ili dijaliza nije ni započeta, nego se odlučilo za potpunu skrb

Problemi s jetrom

Pogoršanje jetrenih problema u proteklih godinu dana, uz komplikacije kao:
• nakupljanje tekućine u trbuhu
• povremeno je smetena
• bubrezi ne rade dobro
• infekcije
• krvarenje iz jednjaka
Presađivanje jetre nije moguće

Ostale smetnje

Ljudi koji su u lošijem stanju i mogli bi umrijeti od nekih drugih zdravstvenih problema ili komplikacija. Liječenje nije moguće ili ne bi bilo korisno.

Što možemo učiniti da pomognemo takvoj osobi i njenoj obitelji?

Započnimo razgovor s tom osobom i njenom obitelji o tome zašto je važno planirati skrb u budućnosti
Potražimo pomoć medicinske sestre, liječnika ili drugog zdravstvenog radnika koji može procijeniti stanje te osobe i njene obitelji, te pomoći u planiranju skrbi
Možemo razmotriti lijekove i druge tretmane koje ta osoba prima, kako bismo bili sigurni da im pružamo najbolju skrb ili, ako su problemi složeni ili teško rješivi, potražimo savjet stručnjaka
Ako osoba u budućnosti možda neće moći odlučivati, moramo rano planirati
Zapišimo plan skrbi i podijelimo ga s ljudima koji ga trebaju vidjeti

Mobilni timovi palijativne skrbi koriste različite alate u svom pristupu, poput SPICT smjernica. SPICT smjernice koriste se za pravovremeno prepoznavanje progresije bolesti i smrti. Osim toga, često je potrebno procijeniti psihološke potrebe i potrebu za palijativnom skrbi.

Prvo, tim je tražio dva ili više općih pokazatelja pogoršanja zdravlja u sljedećem: stanje bolesnika se pogoršava, pacijent treba pomoć u održavanju osobne higijene i provodi većinu vremena ležeći ili sjedeći. Bilo je nekoliko neplaniranih hospitalizacija tijekom nekoliko godina. U zadnjih šest mjeseci pacijentova tjelesna masa se smanjila za 5-10%, simptomi se nastavljaju javljati usprkos svim naporima da se simptomi umanje, bolesnik nije u stanju brinuti se o sebi, treba pomoć obitelji ili bez obitelji, bolesnik zahtijeva psihološku i palijativnu skrb [10].

Klinički pokazatelji uznapredovalih stanja mogu biti: zloćudna bolest (funkcioniranje bolesnika pogoršava se zbog progresivnih metastaza), demencija/oslabljenost (pacijent se oslanja na pomoć drugih u zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba), srčana/krvožilna bolest: III. ili IV. kategorija zatajenja srca (bolesnik se teško kreće zbog otežanog disanja i nedostatka zraka u mirovanju ili uz malo napora), bolesti dišnog sustava (kronična plućna bolest, kod koje bolesnik teško diše u mirovanju), neurološke bolesti (pogoršanje stanje), smanjen mentalni status i smanjena pokretljivost, bolest bubrega (stadij 4 ili 5 kronične bolesti bubrega koji zahtijeva invazivne medicinske postupke), bolest jetre: uznapredovala ciroza s jednim ili više komorbiditeta u posljednjih 12 mjeseci, npr. ascites otporan na diuretike, hepatička encefalopatija, hepatorenalni sindrom i rekurentna krvarenja iz varikoziteta, u kojem slučaju je transplantacija jetre kontraindicirana.

2.6. Komunikacija u palijativnoj skrbi

Komunikacija je složen i dinamičan proces koji uključuje govoreni i pisani jezik, kao i neverbalnu komunikaciju. Razumijevanje i posjedovanje znanja i vještina nužno je za kvalitetan komunikacijski stil i obavljanje kvalitetne zdravstvene njege. Komunikacija u sestriinstvu uključuje tri bitna elementa, a to su: komunikacija između zdravstvenih djelatnika, pacijenata i članova obitelji bolesnika. Komunikacija dovodi do boljeg druženja s ostalim kolegama u zdravstvenom timu i potiče ugodnu atmosferu na poslu. Komunikacija između zdravstvenih radnika i pacijenata smatra se specifičnim oblikom komunikacije koji uključuje suptilne

emocionalne i intelektualne razmjene i koju karakterizira važnost međusobnog uvažavanja osobnosti bolesnika. U komunikacijskoj uspješnosti zdravstvenih djelatnika nisu bitni talent i sposobnost, već stjecanje komunikacijskih sposobnosti kroz obuku i neposredno zapošljavanje, npr. teorija i praksa. S obzirom na način komuniciranja, postoji podjela na dvije vrste komunikacije, verbalnu i neverbalnu [11].

Proces uključivanja bolesnika u planiranje skrbi na kraju života zahtijeva dostupnost informacija o pacijentu. Pacijenti diktiraju mjesto i način zbrinjavanja, dodatke medicinskih postupaka, tretmane i želje koje se uzimaju u obzir. Jedna od najvažnijih komunikacijskih sposobnosti potrebnih u palijativnoj skrbi je naučiti kako slušati i čuti. To je oblik slušanja koji uključuje pacijenta u proces, uključuje ga u prezentaciju njegovih riječi, pitanja i emocija. Neki pacijenti prepoznaju da je smrt neizbježna, što stvara strah od onoga što je pred njima u trenutku tjeskobe smrti. Zdravstveni djelatnici trebaju razgovarati o pripremi za smrt i želji da članovi obitelji i drugi pojedinci sudjeluju u procesu umiranja, ukoliko pacijent to želi [11].

2.7. Duhovnost u palijativnoj skrbi

Duhovnost i duhovne potrebe sastavni su dio ljudskog iskustva, ali su često posebno važne za pacijente na palijativnoj skrbi. Duhovnost ima mnoge pozitivne učinke, posebno za one koji su suočeni s teškim bolestima. Međutim, duhovna se dimenzija ponekad zanemaruje u skrbi za pacijente [12].

U kontekstu palijativne skrbi, razumijevanje i rješavanje vjerskih i duhovnih borbi ključni su aspekti pružanja holističke skrbi pacijentima koji se suočavaju s izazovima na kraju života. Te borbe mogu duboko utjecati na pacijentovo emocionalno blagostanje, mehanizme suočavanja i ukupnu kvalitetu života. Duhovne potrebe u palijativnoj skrbi mogu se definirati kao osjećaj mira, svrhe, povezanosti s drugima i vjere u smisao života. Izazovi povezani s mentalnim zdravljem, opraštanjem od voljenih, održavanjem nade i drugim problemima na kraju života često se slabo razumiju i nisu u potpunosti integrirani u cjelokupni plan skrbi za pacijenta. Kao rezultat toga, duhovna skrb i podrška često se označavaju kao najzanemarenija dimenzija skrbi za pacijenta [12].

3. ORGANIZACIJA SUSTAVA PALIJATIVNE SKRBI U RH

3.1. Ciljevi i organizacijski modeli palijativne skrbi

Jedan od primarnih ciljeva palijativne medicine je pružanje psihosocijalne podrške pacijentima, a to se postiže holističkim pristupom te stvaranjem osjećaja sigurnosti, povjerenja i vjere u tim koji brine o neizlječivo bolesnima [13].

Palijativna medicina uključuje pružanje pacijentu stvari poput:

- raspoloživost, odnosno dostupnost
- osiguravanje stalne njege
- nenapuštanje
- psihološki suport
- rješavanje etičkih pitanja povezanih s posljednjim trenucima života [14].

Modeli palijativne skrbi koji uključuju hospicijske programe nazivaju se konzilijarnim servisnim timovima (koji se obično sastoje od liječnika, medicinskih sestara i socijalnih radnika, kao i psihologa, svećenika i volontera). Ovi timovi posvećeni su pružanju skrbi u bolnicama, privatnoj praksi, domovima za njegu i domovima oboljelih, a namijenjeni su pružanju i akutne i rehabilitacijske skrbi [14].

3.2. Interdisciplinarni tim palijativne skrbi

Tim se smatra posebnom strukturnom jedinicom koja ima manji broj sudionika sa zajedničkim ciljem koji svaki član ostvaruje. Svaki je član odgovoran za uspjeh ili neuspjeh drugog. Svjetska zdravstvena organizacija opisuje tim kao skup dviju ili više ovisnih osoba koje nastoje postići zajednički cilj [15].

Danas se pružanje zdravstvene zaštite smatra složenim poslom koji zahtijeva znanje drugih stručnjaka, socijalnih radnika, psihologa, fizioterapeuta, svećenika i drugih. Neki od primarnih atributa timskog rada u zdravstvu su dinamičnost, brzo formiranje timova i sudjelovanje u više različitih timova. Timski rad u području palijativne skrbi najvažniji je za pružanje aktivne i

sveobuhvatne skrbi i njege. Kod skrbi za bolesnike koji boluju od neizlječive bolesti, timski rad i interdisciplinarni pristup su neophodni za ispunjavanje svih potreba pacijanata, ali i potreba njegove obitelji [15].

Interdisciplinarni tim (IDT) osnova je za potpunu i kvalitetnu palijativnu skrb. Budući da se pacijenti s uznapređovalom bolešću i njihove obitelji često suočavaju s komplikacijama i problemima, interdisciplinarni tim trebao bi pružiti opću i specijalnu skrb. Mora biti spreman pružiti fizičku, psihološku, socijalnu i duhovnu podršku koristeći interdisciplinarni timski pristup suradnje. Uspješno funkcioniranje interdisciplinarnog tima hospicija može se istaknuti kada tim ima jasan pristup vezan uz palijativnu skrb i etička pitanja, otvorenu komunikaciju unutar tima te između tima i obitelj. Važno je da u timu postoji fleksibilno vodstvo te da je spreman za rješavanje svih nesuglasica. Stručnost zaposlenika u sustavnoj administraciji i psihosocijalnim/duhovnim pitanjima bit će naglašena kroz pripremu ili sudjelovanje u obrazovnim programima na radnom mjestu za cijeli tim kao i za članove određenih profesija. Bez obzira na sastav tima, svaki član mora razumjeti i cijeniti ciljeve programa palijativne skrbi i hospicija te primjenjivati i poštivati vještine i snage svih članova tima [16].

3.2.1. Liječnik

Hospicijski liječnici organiziraju proces liječenja i izdaju liječničke naloge za najučinkovitije ublažavanje bolnih i neugodnih simptoma. Ova izazovna uloga primjenjuje svo znanje stečeno u akutnoj medicini na ciljeve palijativne skrbi. Hospicijski liječnici doprinose hospicijskoj skrbi vlastitim snagama, podrškom, razumijevanjem tijeka i putanje bolesti, odgovarajućim intervencijama te potvrđivanjem plana tima. Liječnik u hospiciju radit će s drugim članovima tima, pacijentom, pacijentovom obitelji i pacijentovim liječnikom primarne zdravstvene zaštite kako bi koordinirao najučinkovitiji plan skrbi. Glavna zadaća liječnika je organizirati postupak liječenja, procijeniti potrebe bolesnika, predvidjeti tijek bolesti i moguće komplikacije te poduzeti potrebne medicinske mjere kako bi se otklonili ili barem ublažili bolesnikovi bolni i neugodni simptomi. Najučinkovitiji pristup je spriječiti ili suzbiti nepotrebne nuspojave liječenja te propisati pomoćne lijekove koji pomažu osamostaljivanju bolesnika. Osim toga, važna zadaća liječnika je kontrola boli. Značajan doprinos liječnika u pružanju palijativne skrbi najviše se očituje u primjeni njegovih znanja iz područja akutne medicine [16].

Razumjevanjem tijeka i razvoja bolesti te primjenom odgovarajućih medicinskih intervencija liječnici pomažu u ranom prepoznavanju progresije bolesti. Rano prepoznavanje egzacerbacija omogućuje rano prepoznavanje potreba, što omogućuje bolje planiranje skrbi, što znači manje prijema u bolnicu.

3.2.2. Koordinator

Mrežom javne zdravstvene zaštite na području Hrvatske ugovorena su 42 koordinatora, a previđeno je da bude zaposleno 52 koordinatora. Uloga koordinatora unutar tima za palijativnu skrb je povezivanje svih članova tima i promicanje razvoja palijativne skrbi u županiji. Osnažuje i povezuje aktivnosti svih razina zdravstvene zaštite, koje su neophodne za adekvatno pružanje palijativne, psihijatrijske i socijalne skrbi. Zadužen je i za upis pacijenata u registar palijativne skrbi, organiziranje i povezivanje korisnika s posudionicom, uključujući volontere i svećenike/redovnike, prema njihovim potrebama [15]. Također, koordinator organizira potrebne edukacije mobilnih timova te prati provedbu pružanja palijativne skrbi.

3.2.3. Medicinska sestra

Medicinske sestre igraju važnu ulogu u hospicijskoj/palijativnoj skrbi jer su one članovi tima koji provode najviše vremena s pacijentima i odgovorne su za stalnu procjenu i planiranje izravnih potreba za skrb. Medicinske sestre moraju pažljivo procijeniti pacijentove verbalne i neverbalne poruke koje se odnose na bilo koji oblik fizičke i emocionalne ugone. Također moraju razmotriti preventivne postupke (kao što je sprječavanje dekubitusa ili zatvora) i ne zaboraviti uključiti članove obitelji u procjenu, obrazovanje i podršku. Primarna odgovornost medicinske sestre je briga za pacijente. Odgovorna je za provedbu, planiranje i evaluaciju pružanja zdravstvene skrbi, kontinuirano praćenje stanja pacijenata i blisku suradnju s ostalim članovima tima. Također, odgovorna je za informiranje i edukaciju pacijenata i njihovih obitelji o načinima pružanja zdravstvene zaštite [16].

Poseban izazov u radu medicinskih sestara je rad s pacijentima i njihovim obiteljima koje su njihovi liječnici zanemarivali ili zlostavljali, zbog čega je važno promicati liječničku praksu prema suradničkom pristupu. Važan dio posla medicinske sestre također uključuje pružanje

potporne komunikacije. Pacijenti imaju bliži odnos s medicinskim sestrama nego s liječnicima, pa im je često lakše postavljati pitanja ili izražavati svoje želje ili strahove medicinskim sestrama u vezi s daljnjim postupcima liječenja i njege, što podrazumijeva povjerljivu prirodu odnosa medicinska sestra-pacijent. Medicinska sestra svojim radom pruža empatičku podršku bolesniku te, kako bi ga što bolje razumjela, preispituje njegova potrebna znanja i razumijevanja u pojedinim fazama bolesti, a pritom mora biti iskrena i optimistična, bez davanja lažnih nada [16].

3.2.4. Socijalna služba

Psihosocijalni problemi koji prate bolest opasnu po život mogu biti golemi. Socijalni radnici procjenjuju i planiraju intervencije u vezi s financijskim problemima, obiteljskim problemima, žalovanjem i pitanjima okoliša. Socijalni radnici sudjeluju u terapijskim konzultacijama, identificiranju resursa zajednice i pomažu timu da razumije psihosocijalne probleme i obrasce suočavanja pacijenata i njihovih obitelji [17].

3.2.5. Duhovnik

U posljednja dva desetljeća raste interes za povezanost religijskih i duhovnih pitanja s medicinskim područjem, kako na razini znanstvenih spoznaja tako i na razini susreta i odnosa s pacijentima. U ispunjavanju dužnosti skrbi duhovniku pomažu temeljna znanja iz drugih disciplina koje predstavlja sustav palijativne skrbi, tako da ima temeljna znanja iz opće medicine, psihologije, socijalnog rada, njegovateljstva i drugih područja. Duhovnik je odgovoran za pronalaženje primjerenih metoda za sve bolesnike, njihove obitelji, osoblje u sustavu palijativne skrbi i one koji trebaju njegovu pomoć, uzimajući u obzir različite koncepte smisla života, smrti i patnje, različite vjere i uvjerenja. pogled na svijet. Slušajući pacijentov glas, duhovnik može pomoći pacijentu da se osvrne na prošlost i sagleda život iz nove perspektive, čime se povećava pacijentovo razumijevanje i priprema za budućnost. Rad duhovnika tima palijativne skrbi može se podijeliti u tri osnovna područja. Prvi se odnosi na pružanje duhovne pomoći pacijentima. Kroz dijalog pun razumijevanja i empatije, koristeći riječi koje pacijent može razumjeti, kapelan daje podršku pacijentu i, u okviru svog znanja, pokušava odgovoriti na pitanja koja mogu imati veze sa smrću, smislom, gubitkom, i tugovanje. Drugo područje djelovanja uključuje pružanje moralne pomoći i podrške obiteljima bolesnika. Duhovnik je, prema riječima obitelji bolesnika, bio tješitelj, dobar

savjetnik i pouzdan prijatelj u razgovorima. Na taj se način obitelji mogu ojačati kako bi pomogle pacijentu, ali i sebi. Treće područje djelovanja uključuje pružanje duhovne pomoći ostalim članovima palijativnog tima i jednako je važno. U središtu palijativne skrbi je dobrobit pacijenta, ali kako bi tim za palijativnu skrb mogao pružiti tu dobrobit, mora dobro obavljati svoj posao, a primanje psihijatrijske pomoći može puno doprinijeti. U tom smislu duhovnik uspostavlja suradnički odnos s ostalim članovima, uvažavajući njihovu stručnost i pružajući im potporu u radu. Uloga duhovnika u timu palijativne skrbi iznimno je važna jer svakodnevno potiče ostale članove tima na aktivnost koja se često podcjenjuje i smatra nepotrebnom [18].

3.3. Mobilni palijativni tim

Mobilni timovi palijativne skrbi interdisciplinarna su grana zdravstvene skrbi koja skrbi za neizlječivo bolesne pacijente. Stoga ove timove karakterizira njihovo poznavanje nekoliko različitih područja zdravstvene skrbi. Mobilni tim palijativne skrbi sastoji se od liječnice, prvostupnice sestrinstva i koordinatorice [16].

3.3.1. Prikaz rada mobilnog palijativnog tima Doma zdravlja Krapinsko-zagorske županije

Ministarstvo zdravstva prepoznalo je potrebu uvođenja palijativne skrbi u zdravstveni sustav Republike Hrvatske i odobrilo rad mobilnog palijativnog tima u Domu zdravlja Krapinsko-zagorske županije koji je s radom započeo u travnju 2015. godine. Mobilni timovi za palijativnu skrb osnovani su kako bi terminalno bolesnima omogućili što bolju kvalitetu života do kraja života te kako bi njihovim obiteljima olakšali brigu o takvim pacijentima. Kućnim upoznavanjem bolesnika i članova njegove obitelji može se utvrditi koji problemi postoje i koji problemi mogu nastati, bez obzira jesu li oni medicinske, psihosocijalne ili druge naravi. Rješenja tih problema trebala bi rasteretiti pacijente i njihove obitelji. Rad tima uključuje suradnju s obiteljskim i bolničkim liječnicima, psiholozima, socijalnim radnicima i volonterima s posebnim obrazovanjem iz palijativne skrbi.

Usluge koje izvršava mobilni palijativni tim Krapinsko-zagorske županije:

- konzultacija s liječnikom obiteljske medicine
- svakodnevni rad s palijativnim pacijentima
- svakodnevni rad i telefonske konzultacije s obitelji palijativnog pacijenta
- vođenje grupa za potporu za oboljele od malignih bolesti i njihove obitelji
- evidencija i korištenje posudionica pomagala [15].

Mobilni palijativni tim KZZ ima zaposlenog doktora medicine, magistru sestrinstva, koordinatora, psihologa te teologa.

3.4. Stacionarna palijativna skrb

Hospicij se može definirati kao moderna medicinska ustanova sa sveobuhvatnim sustavom za pomoć pacijentima u terminalnoj fazi, koji pomaže u pružanju psihološke pomoći obiteljima i vođenju kroz proces tugovanja. Time hospicij postaje ustanova čija je glavna karakteristika gostoljubivost. Izraz hospicij odnosi se na svetišta koja se nalaze duž hodočasničke rute i namijenjena su pružanju usluga hodočasnicima koji tamo primaju pomoć. Kako globalna zabrinutost zbog nedostatka visokokvalitetne kontrole boli raste, Svjetska zdravstvena organizacija objavila je izvješće pod naslovom Ublažavanje boli kod raka i palijativna skrb, predlažući specifičnu definiciju palijativne skrbi. Palijativna skrb znači posebnu skrb za neizlječive bolesnike i njihove obitelji. Ovu vrstu skrbi često traže pacijenti koji su iscrpili sve načine liječenja i kada se zloćudna bolest toliko proširila da im je nemoguće pomoći kod kuće. Glavni zadaci palijativne skrbi su smanjenje simptoma te kontrola boli, psihosocijalna podrška pacijentima i njihovima obiteljima te etički problemi vezani za kraj životnoga vijeka. Najvažniji cilj palijativne skrbi je postići najbolju moguću kvalitetu na kraju života [16].

4. INFEKCIJE

Infekcija se odnosi na proces u kojem mikroorganizmi ulaze u tijelo domaćina, rastu i razmnožavaju se, a domaćin razvija imunološki odgovor na mikroorganizme. Zarazne bolesti nastaju kada kontakt mikroorganizama i domaćina uzrokuje oštećenje anatomskih ili funkcionalnih tkiva ili organa, što dovodi do razvoja simptoma i kliničkih znakova bolesti. Kolonizacija znači prisutnost potencijalno patogenih mikroorganizama, ali odsutnost kliničkih simptoma bolesti. Obično se misli na prisutnost mikroorganizama na koži ili sluznici dišnog, probavnog ili urogenitalnog sustava [19]. S obzirom da ljudska mikrobiota prirodno kolonizira ljudsku kožu i sluznicu, iznimno je važno pridržavati se aseptičkih i antiseptičkih mjera tijekom operacije.

Budući da mikroorganizmi posjeduju niz adaptivnih mehanizama, sposobni su uzrokovati zarazne bolesti. Neki iskorištavaju sposobnost prianjanja na određene stanice pomoću specijaliziranih struktura ili receptora, kao i sposobnost proizvodnje toksina i enzima koji im omogućuju da uspješno uđu u domaćina, rastu i repliciraju se te šire kroz tkiva. No, ne dovodi svaki kontakt s mikroorganizmima do razvoja infekcija i zaraznih bolesti. Rizik od razvoja zaraznih bolesti ovisi o domaćinu i mikrobnim čimbenicima, a njihova interakcija ključna je za daljnji razvoj kliničkih manifestacija. Mikrobnim čimbenici koji utječu na to hoće li njihova prisutnost izazvati bolest su vrsta i patogenost mikroorganizma, količina i virulencija mikroorganizma. Patogenost je sposobnost mikroorganizma da izazove bolest, dok je virulencija kvantitativna mjera stupnja patogenosti (mnogi patogeni se uvelike razlikuju u svojoj sposobnosti da izazovu bolest). Prisutnost kapsule, sposobnost proizvodnje i izlučivanja toksina te otpornost na fagocitozu i lijekove neki su od faktora virulencije koji mikroorganizam mogu učiniti virulentnijim [20].

Neki čimbenici na strani domaćina koji utječu na razvoj zaraznih bolesti i kirurških infekcija su dob, tjelesna težina, kronične i maligne bolesti, imunosupresivna terapija lijekovima, prisutnost stranih tijela i očuvanje tjelesnog integriteta. Upalni odgovor na infekciju složen je proces koji uključuje promjene u protoku krvi, povećanu vaskularnu propusnost i migraciju upalnih stanica u područja oštećenja tkiva.

Pet osnovnih simptoma upale su toplina (*lat. calor*), crvenilo (*lat. rubor*), oteklina (*lat.*

tumor), bol (*lat. dolor*) i gubitak funkcije (*lat. functio laesa*). Djelovanje kemijskih medijatora, kao što su prostaglandini i leukotrieni, uzrokuje vazodilataciju arteriola u upaljenom području, što rezultira povećanim protokom krvi i posljedičnim crvenilom i toplinom. Oteklina je prvenstveno uzrokovana ekstravazacijom tekućine i stvaranjem upalnog edema te taloženjem upalnih stanica. Bol nastaje zbog edematoznog pritiska okolnih tkiva i oštećenja živčanih vlakana, a također i zbog oslobađanja prostaglandina, bradikinina, histamina i sličnih upalnih medijatora. Bol ili veći upalni edem mogu dovesti do gubitka funkcije u području zahvaćenom upalom. [21].

Infekcije povezane sa zdravstvenom skrbi komplikacije su bolničke skrbi i predstavljaju rizik za sigurnost pacijenata. Higijena ruku smatra se najvažnijom mjerom prevencije infekcija uzrokovanih zdravstvenom njegom. Infekcije povezane sa zdravstvenom skrbi jedan su od najvećih izazova s kojima se suočava suvremeno zdravstvo. One opterećuju zdravstveni sustav jer povećavaju mortalitet i morbiditet bolesnika, produžujući time duljinu liječenja i troškove liječenja. Unatoč napretku moderne medicine, infekcije povezane sa zdravstvenom skrbi još uvijek se javljaju u 5-10% pacijenata primljenih u bolnicu. Ulaskom u 21. stoljeće probleme higijene ruku zaposlenika prepoznala je i Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) kao problem sigurnosti pacijenata, a krajem 2005. godine pokrenut je projekt pod nazivom "Prvi globalni izazov sigurnosti pacijenata" i primjenjuje se globalno. Ispravna higijena ruku u kliničkim okruženjima je najučinkovitiji način za sprječavanje, kontrolu i smanjenje infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi. U zdravstvenim ustanovama poboljšana provedba odgovarajućih postupaka higijene ruku može smanjiti širenje mikroorganizama rezistentnih na više lijekova, spriječiti širenje infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi i smanjiti troškove liječenja [22].

4.1. Epidemiologija

Za nastanak i širenje infekcije potrebno je pet čimbenika koji tvore tzv. Voglalik epidemiološki lanac, a to su:

- izvor mikroorganizama
- putovi širenja mikroorganizama
- ulazno mjesto mikroorganizama
- količina i virulencija

- dispozicija mikroorganizama [22].

Prekidanjem jedne ili više poveznica krug neće ostati zatvoren i neće doći do infekcije. Sve veća otpornost pojedinih mikroorganizama na antibiotike otežava liječenje i povećava broj i učestalost bolničkih infekcija. Već samo to povećava morbiditet i mortalitet, produljuje liječenje pacijenata i otežava liječenje osnovnih bolesti, što rezultira povećanjem troškova bolničkog liječenja i dodatnim opterećenjem zdravstvenog sustava [22].

4.2. Antiseptika i asepsa

Asepsa podrazumijeva način rada koji eliminira mogućnost infekcije (npr. korištenje sterilnih instrumenata, zaštitne opreme, sterilnih kirurških zastora), dok antiseptika podrazumijeva korištenje različitih metoda uništavanja mikroorganizama koji naseljavaju površine tijela. Antiseptika se postiže metodama dezinfekcije. Kontaminacija je prisutnost mikroorganizama na predmetu ili površini (tj. neživoj tvari). Kako bi se poštivale aseptičke radne metode, kontaminirani predmeti moraju se sterilizirati, a za ulazak u operacijski prostor moraju se koristiti samo sterilni instrumenti, pribor i oprema. Osnovna pravila asepsa uključuju adekvatnu pripremu pacijenta, prostora, pribora, osoblja te pravilno postupanje s ranom [23].

4.2.1. Dezinfekcija

Dezinfekcija je niz postupaka kojima se smanjuje broj mikroorganizama u određenoj sredini ili na određenom objektu i otklanja njihova zaraznost. Metode dezinfekcije uključuju: prirodnu dezinfekciju, mehaničku dezinfekciju, toplinsku dezinfekciju i kemijsku dezinfekciju.

Prirodne metode dezinfekcije podrazumijevaju sunčevu svjetlost, filtraciju, taloženje i vrtloženje. Mehaničke metode dezinfekcije uključuju ribanje, četkanje, pranje i struganje. Spaljivanje, glačanje, žarenje i kuhanje pripadaju termičkoj metodi dezinfekcije, dok upotreba kemijskih sredstava pripada kemijskim metodama dezinfekcije.

Suvremena sredstva za dezinfekciju ocjenjuju se na temelju svojstava koja treba imati idealno sredstvo za dezinfekciju. Treba imati: širok spektar djelovanja, brzu sterilizaciju u malim koncentracijama, ne smije biti toksičan, mora djelovati u prisutnosti organskih tvari, ne smije iritirati kožu, niti izazivati alergijske reakcije, ne smije biti kancerogena ni teratogena, mora biti bez mirisa ili ugodnog mirisa, ne smije oštećivati metale, tkanine, plastiku i mijenjati im boju, mora raditi na različitim temperaturama i uvjetima te mora biti ekonomična [24].

4.2.2. Sterilizacija

Sterilizacija je proces uništavanja svih vrsta i oblika mikroorganizama, uključujući i njihove spore. Postupci sterilizacije dijele se na fizikalnu sterilizaciju te fizikalnu i kemijsku sterilizaciju. Fizičke metode uključuju: žarenje, filtraciju, sterilizaciju suhim vrućim zrakom, sterilizaciju parom pod tlakom i sterilizaciju ionizirajućim zračenjem. U fizikalno-kemijskom procesu koristili smo etilen oksid, formaldehid i plazma vodikov peroksid [24].

Žarenje se može primijeniti samo na metalne predmete, ali nije sigurno jer će hlađenje ponovno kontaminirati predmet. Može filtrirati samo tekuće medije i koristi se za sterilizaciju termolabilnih tekućina. Sterilizacija suhim vrućim zrakom provodi se na temperaturi od 180°C u trajanju od 45 minuta. Najprikladnija je za sterilizaciju vozila hitne pomoći i metalnih instrumenata, ali nije prikladna za tkanine i gumene predmete.

Postoje dvije metode sterilizacije parom pod pritiskom: sterilizacija na 121°C, 20 minuta i sterilizacija na 134°C, 3 i pol minute. Sterilizaciju ionizirajućim zračenjem koriste samo proizvođači proizvoda za jednokratnu upotrebu koji stižu zapakirani, sterilni i spremni za uporabu. Oprema za sterilizaciju mora biti pod stalnom kontrolom kako bi se izbjegle pogreške. Vrste kontrola sterilizacije su: fizikalne, kemijske i biološke kontrole. Fizičke kontrole za sterilizaciju uključuju kontrolu tlaka, trajanja sterilizacije, temperature, koncentracije plina i radioaktivnog zračenja te zasićenja vodenom parom. Bowie i Dick testiraju vakuumske pumpe koje se koriste za kontrolu autoklava. Promjenom boje indikatora pokazuje je li sav zrak izvučen iz autoklava. Rad počinje u praznoj komori autoklava nakon tri i pol minute svaki dan na temperaturi od 134°C. Zbog toga se zove kontrolni test sterilizatora, a ne test sterilizacije. Kada se temperatura promijeni tijekom sterilizacije, kemijski indikator mijenja boju kako bi pokazao je li postupak sterilizacije

pravilno izveden [23]. Najpouzdaniji način provjere sterilizacije su biološki indikatori. Koristiti *Bacillus subtilis* (suha sterilizacija), *Bacillus stearothermophilus* (autoklav), *Bacillus pumilus* (ionizirajuće zračenje).

4.3. Prevencija infekcija

Medicinska sestra ima vrlo važnu ulogu u prevenciji bilo koje bolesti, pa tako i infekcija, jer educira bolesnika i obitelj te kontinuirano prati tjelesno stanje bolesnika. Stalno praćenje uključuje bilježenje svih promjena u izgledu pacijenta, posebno prisutnost edema. Osim fizičkog stanja, medicinske sestre prate i psihičko stanje zbog složenosti liječenja i emocionalnih problema koji mogu utjecati na pacijenta. Također je vrlo važno pratiti socijalnu integraciju bolesnika, jer je ona često ugrožena. Važno je pratiti fizičko, mentalno i socijalno stanje tijekom cijelog liječenja. Kako bi se postigla i zajamčila što veća kvaliteta života pacijenata, neizbježno je pridržavanje svih navedenih čimbenika uz suradnju s pacijentom. Drugi vrlo važan čimbenik je izgradnja profesionalnog odnosa s obitelji bolesnika, što uključuje stručnu edukaciju, empatiju, strpljenje, profesionalnost, motivaciju, psihološku podršku i dostupnost [22].

Kako bi samo liječenje i rezultati bili uspješniji, potrebno je educirati pacijente i njihove obitelji o metodama i principima liječenja. U procesu edukacije i liječenja uključen je interdisciplinarni tim liječnika, psihologa, medicinskih sestara i fizioterapeuta. Uz edukaciju oboljelih i njihovih obitelji vrlo je važna i edukacija zdravstvenih djelatnika koja mora biti na visokoj razini ukoliko želimo spriječiti eventualnu zarazu. Prevencija infekcije podrazumijeva uspostavljanje barijere između mikroorganizama i domaćina i uključuje sve poznate aktivnosti, intervencije, tehnike i strategije za sprječavanje nastanka i širenja infekcija uzrokovanih zdravstvenom skrbi. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), svake godine imamo 7,1 milijun slučajeva infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi [22]. Budu li se pridržavali standarda i specifičnih zaštitnih mjera, poražavajući broj spomenutih zaraza znatno će se smanjiti te bi sama zdravstvena skrb bila kvalitetnija.

Intervencije koje medicinska sestra mora obaviti kod svakog pacijenta su praćenje izlučevina radi znakova i simptoma infekcije, redovito pranje ruku, korištenje zaštitne radne odjeće, cipela i rukavica u skladu sa standardima, edukacija posjetitelja o higijeni ruku prije

kontakta s pacijentima, sprječavanje pacijenta da dođu u kontakt sa zaraženim osobama, edukacija pacijenata o važnosti redovitog pranja ruku, pridržavanje svih sterilnih radnih uvjeta, osigurati sterilne uvjete tijekom svakog invazivnog postupka, pratiti znakove i simptome infekcije te poticati pacijente na redovito održavanje osobne higijene [22].

Uz edukaciju medicinskog osoblja vrlo je važna i kvalitetna edukacija pacijenata i njihovih obitelji. Uz verbalnu edukaciju, svakom pacijentu i obitelji potrebno je osigurati pisane edukativne materijale kako bi se dodatno promicalo i unaprijedilo obrazovanje i prevencija. Edukacija kao krunski dragulj prevencije zahtijeva vrijeme, stoga medicinske sestre i liječnici imaju obvezu osigurati dovoljno vremena za kvalitetnu edukaciju pacijenata i obitelji. Ključne točke treba naglasiti i ponoviti više puta, poticati pacijente i/ili obitelji na samostalno iznošenje preventivnih mjera, komunicirati na tihom mjestu kako bi nas pacijenti i obitelji razumjeli, a najbolje je koristiti medicinsku terminologiju kroz edukaciju, no svaka terminologija treba temeljiti se na pacijentu i objasniti na način koji obitelj može razumjeti. Zakonom su propisane mjere za sprječavanje i suzbijanje širenja bolničkih infekcija; članaka, utvrđivanje provedbe uvjeta i načina mjera za sprječavanje i suzbijanje bolničkih infekcija. Svo osoblje odgovorno je za provedbu svih mjera te kontrolu infekcija. Sve ustanove i trgovačka društva koja obavljaju zdravstvenu djelatnost i privatnu praksu dužne su provoditi ove mjere [22].

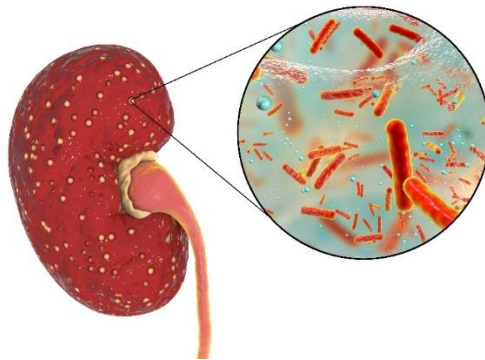
Kada govorimo o preporučenim mjerama za sprječavanje i suzbijanje infekcija, mislimo na metode koje uključuju probir i sanitaciju primljenih pacijenata, provođenje higijenskih postupaka na radnom mjestu (sustav označavanja kretanja ljudi unutar radnog mjesta), ustanova, označavanje rizičnih ili zabranjenih područja), donošenje internih pravila i propisa koji uređuju ponašanje zaposlenika, pacijenata, posjetitelja itd., osiguranje kvalitete zraka, dezinfekcija instrumenata, medicinske opreme i okoliša, sterilizacija opreme i pribora, sterilnost, antiseptički i sanitarni postupci, higijena ruku, kože i sluznica osoblja i postavljanje znakova koji podsjećaju na higijenu ruku, prikupljanje, sortiranje, pranje, dezinfekcija i transport odjeće, sigurnost hrane, zbrinjavanje infektivnog otpada, postupanje sa zaraženim osobe u izolaciji i infekcije, praćenje i prijava infekcija, praćenje otpornosti mikroba na antimikrobna sredstva, smanjenje nepotrebne uporabe antimikrobnih lijekova, usporedba s raširenošću drugih bolničkih infekcija, stalna edukacija medicinskog i nemedicinskog osoblja o mjerama prevencije i suzbijanja bolničkih infekcija te edukacija posjetitelja s izravnim kontaktom s bolesnikom [22].

4.4. Najčešće infekcije palijativnih bolesnika

Vrste infekcija kod palijativnih pacijenata su mnogobrojne, međutim najčešće su infekcije mokraćnog mjehura, infekcije dišnog sustava te infekcije kroničnih rana.

4.4.1. Infekcije mokraćnog mjehura

Infekcija mokraćnog sustava (IMS) je infekcija koja zahvaća bilo koji dio mokraćnog sustava. Urinarni sustav ima mnogo mikroorganizama i smatra se sterilnim u normalnim uvjetima [25].



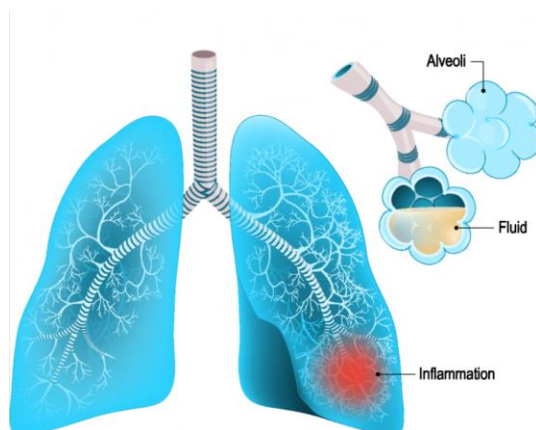
Slika 4.3.1.1. Infekcija mokraćnog sustava [Izvor: https://canephron.hr/ro/za_pacijente/infekcije-mokracnog-sustava]

IMS je karakteriziran prisutnošću razmnožavajućih mikroorganizama koji stvaraju bakterijske kulture i zatim uzrokuju bakteriuriju. Bakteriurijom se smatra prisutnost veća od 10^5 CFU/mL bakterija u mokraći, pri čemu je niži broj bakterija pokazatelj kontaminacije [26]. Zbog blizine perianalnog područja, bakterije mogu lako ući u mokraćni sustav, što je osobito često kod žena. Osim zbog blizine perianalnog područja, žene su osjetljivije na infekcije i zbog drugih anatomskih i funkcionalnih karakteristika. Mokraćna cijev je znatno kraća nego kod muškaraca, što olakšava ulazak mikroorganizama u mokraćni mjehur. Svaki pojedini IMS razlikuje se po lokalizaciji, simptomima, učestalosti komplikacija i recidiva te antimikrobnoj terapiji. Nadalje,

IMS se može karakterizirati jednostavnim slučajem, poput upale mjehura (cistitis), ili teškim stanjem, poput septičkog šoka [27].

4.4.2. Infekcije dišnog sustava

Respiratorne komplikacije nastaju zbog smanjene plućne ventilacije te nakupljanja i stagnacije sekreta. Mogu se spriječiti održavanjem optimalnih mikroklimatskih uvjeta u prostoriji (npr. temperatura, vlažnost zraka, prozračivanje prostorije). Osim toga, pomažu u sprječavanju respiratornih infekcija potičući pacijente na duboko disanje i promjenu položaja u krevetu [28].



Slika 4.3.2.1. Pneumonija [Izvor: <https://medicbap.co.rs/poliklinika/interna-medicina/pulmologija/upala-pluca/>]

Pneumonija je akutna upala pluća uzrokovana mikroorganizmima. To je jedna od najčešćih i najozbiljnijih infekcija. Pneumonija je šesti vodeći uzrok smrti u svijetu i četvrti vodeći uzrok smrti u osoba starijih od 65 godina. Godišnje od te bolesti u Republici Hrvatskoj oboli između 500.000 i 60.000 ljudi, dok je u svijetu taj broj oko 450 milijuna. Najčešći simptomi upale pluća su jak i uporan kašalj, lučenje sluzi, bol u prsima, zimica, visoka temperatura i otežano disanje [29].

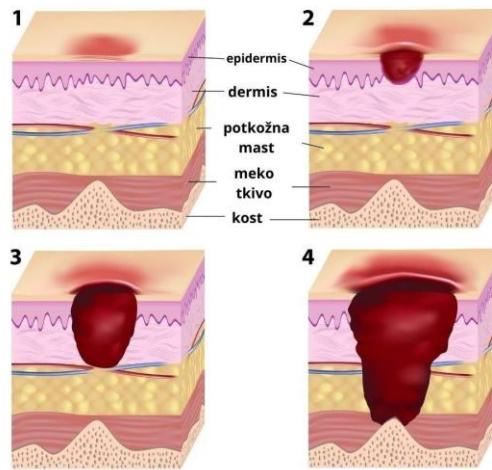
4.4.3. Infekcije kroničnih rana

Prepoznavanje i liječenje kroničnih infekcija rana iznimno je složen pothvat koji zahtijeva timski rad i svrhovito rješavanje problema korak po korak. Kronična infekcija rane najopasnija je komplikacija jer može dovesti do smrti bolesnika. Načela najbolje kliničke prakse uključuju temeljito liječenje pacijentove endogene bolesti i čimbenika rizika, identifikaciju mjesta infekcije i karakteristika rane te kliničkih znakova infekcije. Ovisno o stanju rane, određuje se dijagnostički postupak te se utvrđuje uzročnik i njegova osjetljivost na antibiotike. Uzimajući u obzir težinu kliničke situacije, formulira se plan kirurške intervencije. Osnovni postupak je debridman ili suportivna metoda liječenja, odabrana prema indikacijama i kontraindikacijama. Ciljano liječenje infekcije je sustavna primjena antibiotika i debridman. Važno je da poštujuemo načela sterilnosti i antiseptike pri radu s kronično inficiranim ranama [30].

Prevenciju kroničnih infekcija rane karakterizira primjena niza postupaka koji smanjuju broj i sastav kolonizirajućih mikroorganizama u rani, uklanjaju ili uništavaju njihovu virulentnost, uglavnom biofilmove, te sinergijskim djelovanjem. Učinkovitost postupka ovisi o trajanju izloženosti tkiva djelovanju mikroorganizama. Dodatno, treba se pozabaviti temeljnim patofiziološkim procesima kao što su ishemija, reperfuzijsko oštećenje, hipoalbuminemija, bol i prekomjerna proizvodnja proteaze. Prevencija kroničnih infekcija rana kombinira niz postupaka usmjerenih i na mikroorganizam i na osnovnu bolest.

Dekubitus potječe od latinske riječi decumbere, što znači ležati, a u prijevodu na hrvatski riječ dekubitus znači rana nastala ležanjem. Dekubitusi su ozljede kože i potkožnog tkiva uzrokovane pritiskom ili trenjem te njihovom kombinacijom [30].

Faze razvoja dekubitusa



Slika 4.3.3.1. Prikaz stunjeva dekubitusa [Izvor: <https://hr.izzi.digital/DOS/112269/115171.html>]

Zbog visokog tlaka na predlekcionim mjestima, cirkulacija je oslabljena, dotok kisika i hranjivih tvari u tkiva je slab te dolazi do njihovog odumiranja [30].

5. MAGISTRA SESTRINSTVA U PALIJATIVNOM TIMU

Briga o pacijentima u palijativnoj skrbi izuzetno je važna jer medicinske sestre većinu svog vremena provode s pacijentima. Procjenjuje tjelesno stanje bolesnika (bol, slabost, nedostatak energije, nesаница, otežano izlučivanje, slaba prokrvljenost...), psihičko stanje (anksioznost, depresija, delirij, osjećaj bespomoćnosti, bezvrijednosti i sl.), socijalne poteškoće (socijalna izolacija, visok rizik od razvoja osjećaja usamljenosti...) i duhovne potrebe (potreba za ljubavlju, povezivanjem, preispitivanje smisla života, osjećaj krivnje i sl.). Najprije je potrebno zadovoljiti osnovne ljudske potrebe bolesnika, spriječiti simptome i komplikacije, rano ih otkriti i ublažiti farmakološkim i nefarmakološkim postupcima. Osim toga, medicinske sestre uvijek moraju rješavati probleme kao tim, uključujući pacijente i njihove obitelji.

Palijativni pacijent ima mnogobrojne sestrinske dijagnoze, a neke od najčešćih jesu: bol, anksioznost, smanjena mogućnost brige o sebi, dehidracija, smanjen unos hrane, gubitak apetita, mučnina, povraćanje, opstipacija, inkontinencija, smanjena prohodnost dišnih puteva, promjene tjelesnog izgleda, visok rizik za komplikacije dugotrajnog ležanja, visok rizik za pad, visok rizik za razvoj infekcije, poremećaj eliminacije, neupućenost, beznade, neučinkovito sučeljavanje, poremećaj kognitivnih funkcija, smanjeno podnošenje napora, socijalna izolacija, nesаница, poremećaj funkcioniranja obitelji, žalovanje.

Upravo zbog navedenih dijagnoza, potrebno je da medicinska sestra koja skrbi za takvog pacijenta bude dovoljno educirana, empatična, komunikativna i kvalificirana. Vrlo je važno da se palijativni pacijenti uz medicinsko osoblje osjećaju sigurno te da u njima prepoznaju kvalitetnog zdravstvenog djelatnika. Kompetencije kojima vlada magistra sestrinstva su kombinaciju vještina, znanja, stavova, vrijednosti, sposobnosti i prosuđivanja koji omogućuju zakonito obavljanje sestrinstva. Kompetencija je razina izvedbe koja pokazuje učinkovito korištenje svih ovih elemenata. Kompetencije uključuju: odgovornost, etičku praksu, načela pružanja zdravstvene zaštite, promicanje zdravlja, procjenu, planiranje zdravstvene zaštite, provedbu programa i edukaciju.

6. PRIKAZ SLUČAJA – PALIJATIVNI PACIJENT S UČESTALIM INFEKCIJAMA

U daljnjem radu opisan je prikaz slučaja pacijentice koja je bila u skrbi palijativnog mobilnog tima. Detaljno je kronološki opisan tijek bolesti te su također kronološki prikazane fotografije kroničnih rana pacijentice. Prikazom slučaja može se vidjeti napredak kroničnih rana kod pacijentice što je u svakom slučaju pozitivna strana. Također, pacijentica je dala pisani pristanak za prikaz slučaja, isto kao i Dom zdravlja Krapinsko-zagorske županije koji je dao odobrenje za navedeni prikaz slučaja.

6.1. Opći podatci

Pacijentica R.M., rođena 14.09.1940. Živi s kćeri koja je uključena u skrb pacijentice.

Dijagnoze:

- Z51.5 – Cura palliative
- F00.1 – Mb Alzheimer
- L89 – Ulcera decub. Multicol. Gr IV
- I10 – Hypertensio arterialis
- I48 – Fibrillatio atriorum et fluctuatio atriorum
- D50 - Anemia
- N17.2 - Insufficiencia renalis chronica, st post uroinfectionem
- I63.5 - St. post ICV
- G40 - Epilepsia
- E05.0 - Struma gl. Thyreoideae
- M54 – Dorzalgia

Kronična terapija:

- Fresubin crème
- Zoltex 1,0,0
- Memantin 1,0,0

- Roteas 0,1,0
- Tulip 0,0,1
- Folacin 1,0,0
- Haldol 1,1,1
- Lorsilan 0,0,1
- Byol 1,0,0
- Euthyrox 1,0,0

6.2. Tijek bolesti

U lipnju 2019. godine, pacijentica je upućena kod fizijatra zbog akutne boli i zakoćenosti u vratu i križima, boli niz natkoljenicu te slabosti u nogama, bol u kukovima i koljenima. Procjena VAS boli do 5, noćna bol 0. Preporuka fizijatra: provesti fizikalnu terapiju (FTH 10x FT006, FT020: PM, IMG-dozirno, IFS, fango). Te preporuka za pregled neurologa, učiniti RTG te opskrbiti pacijenticu ortopedskim pomagalima (štap s četiri nogice).

U rujnu 2019. godine, pacijentica odlazi na kontrolni pregled fizijatra s nalazima; na provedenu fizikalnu terapiju bez bitnijeg poboljšanja, učestali padovi i dalje bolovi. Preporuka fizijatgra je učiniti CT lumbalne kralježnice te pregled vertebrologa.

U studenome 2019. godine, pacijentica odlazi na prvi pregled specijalista ortopedije i traumatologije; preporuke su da učini RTG zdjelice, EMNG donjih ekstremiteta te dođe na kontrolu s navedenim nalazima.

Nakon prvedenog, pacijentica u kolovozu 2020. godine ide na prvi pregled psihijatra u KBC Zagreb, klinika za psihijatriju: verbalizira kako se u zadnje vrijeme događaju čudne stvari, u večernjim satima priviđaju joj se ljudi koji ju promatraju kroz prozor, plaše je te ne može spavati – tegobe od 06.2020. (unazad 2 mjeseca). S pacijenticom je proveden suportivni razgovor – potrebna 24 satna skrb nad pacijenticom te nadzor nad uzimanjem terapije; nema indikacije za hitnom psihijatrijskom hospitalizacijom niti prisilnim zadržavanjem. Početak uzimanja psihofarmatika. Daljnje kontrole kod psihijatra u Krapini u Domu zdravlja KZZ – jednom mjesečno, te se takvim redovitim kontrolama utvrdilo da pacijentica neredovito uzima lijekove.

U studenome 2020. godine, pacijentica odlazi na kontrolni pregled fizijatra gdje se dolazi do zaključka da zbog epidemiološke situacije pacijentica nije sklona provođenju fizikalne terapije te se preporuča provesti fizikalnu terapiju kroz par mjeseci te je preporuka za kontrolom fizijatra po potrebi. Istog mjeseca, pacijentica odlazi na kontrolni pregled neurologa gdje joj se preporuča dnevna bolnica radi obavljanja MSCT mozga, pregled endokrinologa, hematološka-biokemijska obrada seruma i urina, anti-AChR, anti-AChR, anti-MuSK, EKG, EEG, prostigminski test, ECD).

U prosincu 2020. godine, pacijentica je pregledana preko hitnog bolničkog prijema radi pogoršanja stanja; spava kroz cijeli dan, slabije uzima tekućinu i hranu, slabije se kreće; primila F.O. 500 ml i.v. + O₂/min te otpuštena kući. Istog mjeseca pacijentica je bila u dnevnoj bolnici neurologa gdje je dobila preporuke za fizikalne terapije u kući uz kontrolu neurologa za 2 tjedna te je dokazano da se radi o Alzheimer demenciji uz superponiranu vaskularnu demenciju.

U siječnju 2021. godine, pacijentica je ponovno pregledana preko hitnog bolničkog prijema radi povrede lijevog kuka i lumbalne kralježnice; navodi kako je pala, ali ne zna točno kad – nije bilo vidljivih svježih koštanih trauma – preporuka za mirovanje i lokalno obloge.

U veljači 2021. godine, ponovno pregledana preko hitnog bolničkog prijema zbog bolova u prsima; brza forma fibrilacije atrija s tahiaritmijom ventrikula (nakon primljene terapije postignute normalne vrijednosti srčane frekvencije). Preporuka za kardiološkom i internističkom obradom.

23.02.2021. godine provedena je prva posjeta mobilnog palijativnog tima kod kuće; pacijentica bez kontakta, po terapiji sedirana, spontano pije i guta iz bočice sa dudom. Pri pregledu hipotenzivna, suha usta, okrajine tople, edema nema, crvenilo kože peta i kukova. Fizikalno nalaz pluća b.o., srce tahiaritmično, peristaltika čujna. Oskudno mokri, stolicu nije imala 4 dana – nužno davanje obilje tekućine. Nakon samo 2 dana od prve posjete palijativnog tima, ponovno pregledana preko HBP zbog niske saturacije i hipotenzije – preporuka za NG sondu ili PEG.

U ožujku 2021. godine, pacijentica je pregledana preko hitnog bolničkog prijema zbog progresivnog pogoršanja vodećih simptoma. U svibnju 2022. godine, pacijentica odlazi na neurološku kontrola radi uvođenja enteralne prehrane; Fresubin Crème 7x dnevno.

Pacijentica je hospitalizirana u OB Zabok od 20.07. do 25.07.2022. godine zbog pogoršanja disfagije, dehidracije i uroinfekcije. U navedenoj hospitalizaciji, uvedena joj je nazogastrična

sonda te trajni urinarni kateter. Slijedi ponovna hospitalizacija OB Zabok od 07.08. do 11.08.2022. – zbog otežanog disanja. Temeljem obavljenih dijagnostičkih pretraga, dolazi do sumnje na epileptičke atake. Tokom hospitalizacije u kolovozu 2022. godine, dolazi do prve pojave kronične rane: Ulcus decubital. reg. sacri. U istom mjesecu dolazi do ponovne hospitalizacija u OB Zabok od 15.08. do 08.09.2022. godine zbog lijevostrane pneumonije i posljedične respiratorne insuficijencije hipoksemijskog tipa. U evidenciji su tada već prisutni dekubitus na području sakruma (IV stupanj), lijevog kuka (IV stupanj) i lijevog lakta (III stupanj). Navedeno je kako će pacijentica telefonski biti kontaktirana radi postavljanja PEG-a.

27.09.2022. godine provedena je druga posjeta mobilnog palijativnog tima kod kuće, gdje je pacijentica tijekom pregleda bez kontakta, sumnja se na pneumoniju te je mokraća mutna. Počinje se primjenjivati aspiratora kod kuće.

05.10.2022. godine provedena je treća posjeta mobilnog palijativnog tima kod kuće gdje je pacijentica stabilno, odnosno uz NG sondu osnovne fiziološke funkcije su zadovoljavajuće, ali je i dalje bez suvislog kontakta. Preporučuju se manji, ali češći obroci te obilna dehidracija.

Pacijentica je ponovno hospitalizirana u OB Zabok od 25.10. do 28.10.2022. godine zbog poremećaja stanja svijesti i febriliteta. Preporučuje se obilazak liječnika obiteljske medicinske 1-2x tjedno uz primjenu 500 ml F.O. uz Furosemid 40 mg tbl. u te dane. Tijekom hospitalizacije evidentirani dekubitus na desnom boku (IV stupanj), gluteusu (III stupanj), lijevi lakat (I stupanj), desna peta (I stupanj).

24.11.2022. godine provedena je četvrta posjeta mobilnog palijativnog tima kod kuće, gdje je pacijentica stabilno, nepromijenjenog općeg stanja. Funkcije su održane, pluća i srce zadovoljavajuće, hidrirana, peristaltika čujna. Tijekom posjete promjeni se NG sonde.

Početkom nove godine, ponovna hospitalizacija u OB Zabok od 08.01. do 20.01.2023. godine zbog febriliteta, pogoršanja općeg stanja, uroinfekcije i radiološki potvrđene obostrane pneumonije. Tijekom hospitalizacije evidentirani dekubitus na gluteus (IV stupanj), desni bok (IV stupanj), lijeva potkoljenica (II stupanj), desna peta (II stupanj), lijeva peta (II stupanj). Nakon sedam dana ponovna hospitalizacija u OB Zabok, odnosno od 27.01. do 31.01.2023. godine zbog reevaluacije Alzheimer demencije. Dekubitalne rane su evidentirane, isto kao i u prethodnoj hospitalizaciji.

08.03.2023. godine provedena peta posjeta mobilnog palijativnog tima kod kuće po pozivu kćeri koja skrbi o pacijentici. Pacijentica uglavnom nepromijenjenog općeg stanja, pri pregledu i dalje bez kontakta. Promijeni se NG sonde koju je pacijentica isčupala (navodno tokom kašlja). Preporuke palijativnog mobilnog tima da se pacijenticu smjestiti na Palijativni odjel u Novi Marof.

Pacijentica je ponovno hospitalizirana u OB Zabok od 08.03. do 14.03.2024. godine radi ekstremne dehidracije i akutnog zatajanje bubrega, hiperosmolarnog stanja s hipernatrijemijom, hiperkalijemijom i metaboličkom acidozom. Evidentirani su dekubitusi na gluteusu (III stupanj), desni bok (II stupanj) te lijevi lakat (I stupanj).

Nakon toga, u evidenciji slijedi otpusno pismo od OB Varaždin, gdje je provedeno produženo liječenje i palijativna skrb Novi Marof od 19.04. do 31.05.2023. godine. Tijekom liječenja postupna stabilizacija općeg stanja, ukinuti ankioliti. Pacijentica je bila u fazama budnosti u oskudnom verbalnom kontaktu i odgovara na neke naloge, ipak nesuvislih odgovora. Evidentirani dekubitusi na gluteusu (III stupanj, 7x7 cm), desna peta (III stupanj, 3x3 cm), lijeva peta (III stupanj, 4x4 cm), lijevi lakat (IV stupanj, 3x3 cm), desni bok (IV stupanj, 4x4 cm).

01.06.2023. godine provedena je šesta posjeta mobilnog palijativnog tima gdje u evidenciji stoji da je od pacijentice disanje mirno, da je ona bez kontakta, te da su funkcije održane, mokraća tamna i mutna uz edeme potkoljenica. Preporuča se kontrola po potrebi te se promjeni NG sonde.

6.3. Infekcija kronične rane kod palijativnog pacijenta

U daljnjem radu prikazana su tri slučaja kroničnih rana koja su tretirana oblogama unazad nekoliko mjeseci od strane zdravstvene njege u kući. Prikazane slike vlasništvo su autorica ovog rada te su fotografirani pacijenti dali dozvolu za javnu objavu niže navedenih fotografija rana te podataka o dijagnozama i lijekovima.

Bolesnici koja ima oštećenje kože (dekubitus) nakon otpusta iz bolnice potreban je nastavak skrbi za bolesnicu u njezinoj kući. Pacijentica ima pravo na zdravstvenu njegu koja je propisana od strane obiteljskog liječnika. DTP ovisi o stanju i potrebama bolesnika, s liječnikom i patronažnom sestrom koja je obišla pacijenticu dogovara se DTP te broj posjeta u tjednu.

Gore navedena pacijentica je u skrbi zdravstvene njege u kući od 2020 god., a od 8/2022. godine po povratku iz bolnice skrbi se o dekubitusima koji se nalaze na području desnog kuka veličine 4x4 cm koji zahvaća kost te sacruma u veličini od 8x5 cm. Dekubitusi su trećeg i četvrtog stupnja.

Po dobroj procjeni rane, utvrđuje se prisutna srednja sekrecija, prisutnost fibrinskih naslaga te crvenilo okolne kože. U dogovoru s liječnikom na dekubituse se aplicira hidrokolooidna obloge tj. pristupa se metodi vlažnog cijeljenja rane uz primarnu oblogu hidrofibera s dodatkom i dezinficijensa zbog prisutne sekrecije i infekcije rane. Rana je tretirana pomoću otopine Plivasepta pjenušavog, fiziološke otopine (0,9% NaCl) te povremeno antiseptički sprej (Octenisept). Nakon prevoja pacijentice infektivni otpad koji je nastao zbrinut je prema pravilima. Potrebno liječenje: ukloniti fibrinske naslage s rane, primijeniti odgovarajuće čišćenje rane i tretiranje okolne kože. Potrebno je pratiti vitalne funkcije, krvne parametre, hidrirati pacijenticu, ukloniti pritisak odgovarajućim mjerama, davati ordiniranu terapiju te davati enteralne pripravke za učinkovitije cijeljenje rane. Budući da je pacijentica zbog osnovne bolesti nekontaktibilna, educira se njezina kćer koja je preuzela skrb o dotičnoj pacijentici. Nazogastrična sonda postavljena joj je u bolnici zbog disfagije, kćer dodatno educirana o načinu hranjenja te davanju terapije, toaleti sonde i usne šupljine.

6.3.1. Dekubitus desnog kuka



Slika 5.3.1.1. M.R. Stanje rane u 8 mj. 2022. [Izvor: autor]

Aplikacija hidrokolidnog gela i hidrofibera s dodatkom srebra i dezinficijensa te sekundarno hidrokoloida obloga. Hidrofiber je primjenjivan zbog dubine rane te prisutne sekrecije. Veličina hidrokolidne obloge bira se tako da je 3 cm veća od ruba rane. Obloga može biti na rani do 7 dana ili kad gel procuri ispod ruba rane. U ovom slučaju se pacijentica u prvom tjednu previjala svakodnevno, a naredni tjedan svakog drugog dana.

Rana se očisti otopinom Plivasepta, ispere fiziološkom otopinom te posuši i potom aplicira gel i ordinirane obloge.



Slika 5.3.1.2. M.R. Prikaz sekreta iz rane nakon promjene obloge koja je stajala na rani dva dana, 8 mj/2022. [Izvor: autor]



Slika 5.3.1.3. M.R. Stanje rane u 9 mj/2022 [Izvor: autor]

Rana se nakon jednog mjeseca bitno poboljšala, ali je još uvijek prisutna fibrinska naslaga. Ponavlja se toaleta rane i aplikacija obloga.



Slika 5.3.1.4. M.R. Stanje rane u 10 mj/2022. [Izvor: autor]



Slika 5.3.1.5. M.R. Stanje rane u 12 mj/2022. [Izvor: autor]

Dekubitalna rana čista, vidna granulacija, aplikacija samo hidrokolidne obloge.

6.3.2. Dekubitus sakruma

Druga rana nalazi se na sacrumu, duboka sa srednjom sekrecijom i fibrinom. Primjena hidrogela, hidrofibera s dodatkom srebra i dezinficijensa potom hidrokolooidna obloga.

Pristupa se autolitičkom debridmanu uz dobru toaletu rane. U prvom tjednu broj prevoja bio je svakodnevan. Naredni tjedan broj prevoja se smanjio na svaki drugi dan.

Pacijentica ima trajni urinarni kateter što uvelike pomaže da urin ne uđe u samu ranu. Perianalno područje smo zaštitili dodatnim uloškom da ne uđe stolica u ranu. Važno je očuvanje perianalne kože i primjena hranjivih krema.



Slika 5.3.2.1. M.R. Druga rana, stanje u 8 mj/2022. [Izvor: autor]



Slika 5.3.2.2. M.R. Stanje rane u 9 mj/2022. [Izvor: autor]

Promjena obloge koja je bila na rani dva dana.



Slika 5.3.2.3. M.R. Stanje rane u 11 mj/2022. [Izvor: autor]



Slika 5.3.2.4. M.R. Stanje rane u 12 mj/2022, prisutna hipergranulacija tkiva [Izvor: autor]



Slika 5.3.2.5. M.R. Prikazana rana s oblogom [Izvor: autor]

7. ZAKLJUČAK

Približavanje kraju života važan je, neizbježan i osjetljiv dio svakog ljudskog života. Njegova jedinstvenost i važnost zahtijevaju solidarnost i suosjećanje, koja uključuje konkretne intervencije za one koji se bore sa terminalnom bolešću na kraju svog života. Direktno djelovanje obuhvaća sveobuhvatnu brigu o bolesniku, poštujući prije svega njegovo dostojanstvo. Takva je palijativna skrb, holistička skrb gdje se zadovoljavaju fizičke, mentalne, emocionalne, socijalne i duhovne potrebe osobe i pruža podrška njemu i njegovoj obitelji. Glavni cilj je osigurati najbolju moguću kvalitetu života pacijenata koji se suočavaju s problemima u razvoju neizlječive terminalne bolesti.

U radu je prikazan slučaj pacijentice R.M. u kojem je detaljno objašnjen njen tijek bolesti. Može se zaključiti da obzirom na komorbidne bolesti i zdravstveno stanje pacijentice, kronične rane su uredno cijelile. Redovitim i kvalitetnom zdravstvenom njego pacijentice, postignuta je bolja kvaliteta života, odnosno smanjena je bol što je primarno kod palijativnih pacijenata. Kronične rane, nažalost česte su kod nepokretnih pacijenata, a statistički je dokazano da su još češće kod palijativnih pacijenata, zbog toga je vrlo važna opsežna i kvalitetna edukacija članova obitelji kako bi se pojave komplikacija dugotrajnog ležanja smanjile na minimalno.

Medicinske sestre palijativne skrbi nezamjenjivi su članovi multidisciplinarnog tima. Odgovorne su za planiranje, provedbu i evaluaciju zdravstvene njege, stalnu procjenu, evaluaciju i edukaciju pacijenata i obitelji, pružanje zdravstvene njege te koordinaciju i upravljanje cjelokupnim kontinuumom skrbi. Medicinska sestra jest osoba koja je najbliža pacijentu i s njim se najduže druži. Njezine komunikacijske vještine, njezina ljubaznost, suosjećanje s oboljelima, njezino znanje i privrženost bolesniku pomažu u poboljšanju kvalitete života bolesnika i doprinose vrijednosti.

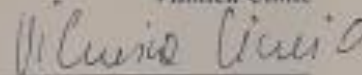
IZJAVA O AUTORSTVU

Završni/diplomski/specijalistički rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjava o autorstvu rada.

Ja, Vilmica Čimic pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica diplomskog rada pod naslovom *Organizacija sustava palijativne skrbi i pojavnost infekcija u palijativnog pacijenta: analiza ključnih aspekata uz prikaz slučaja* te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Studentica:

Vilmica Čimic



Sukladno članku 58., 59. i 61. Zakona o visokom obrazovanju i znanstvenoj djelatnosti završne/diplomske/specijalističke radove sveučilišta su dužna objaviti u roku od 30 dana od dana obrane na nacionalnom repozitoriju odnosno repozitoriju visokog učilišta.

Sukladno članku 111. Zakona o autorskom pravu i srodnim pravima student se ne može protiviti da se njegov završni rad stvoren na bilo kojem studiju na visokom učilištu učini dostupnim javnosti na odgovarajućoj javnoj mrežnoj bazi sveučilišne knjižnice, knjižnice sastavnice sveučilišta, knjižnice veleučilišta ili visoke škole ili na javnoj mrežnoj bazi završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice, sukladno zakonu kojim se uređuje umjetnička djelatnost i visoko obrazovanje.

8. LITERATURA

1. M. Braš, V. Đorđević, B. Kondić-Splavski, V. Vučevac: Osnovni pojmovi o palijativnoj medicini i palijativnoj skrbi. Medix, Zagreb, 2016.
2. M. Brkljačić, M. Šamija, B. Belev, M. Strnad, T. Čengiđ: Palijativna medicina, Markulin, d.o.o., Rijeka, 2013.
3. V. Đorđević, M. Braš, L. Brajković: Osnove palijativne medicine, Medicinska naklada, Zagreb, 2013.
4. Palliative care: Key facts. World Health Organization, Geneva [Online]. 2020. Dostupno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> (Datum pristupa: 17.07.2024.)
5. D. Teoli, C. Schoo, VB. Kalish: Palliative Care. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing [Online]. 2023. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.gov/30725798/> (Datum pristupa: 17.07.2024.)
6. B. Jack, V. Hillier, A. Williams, J. Oldham: Hospital based palliative care team improve insight of cancer patients into their disease, *Palliative Medicine*, 2004; 46 – 52.
7. Š. Ozimec Vulinec: Palijativna skrb, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2014.
8. RB. Rome, H. Luminais, D. Bourgeois: The Role of Palliative Care at the End of Life. *Ochsner Journal*. 2011;11(4):348-52.
9. L. Poslon: Ljudsko dostojanstvo i kraj života, *Obnovljeni život: časopis za filozofiju i religijske znanosti*, 2022; 235 – 248.
10. SPICT™ - Alat za indikatore suportivne i palijativne skrbi, NHSLothian.
11. V. Krešić: Komunikacija u sestinstvu – međuljudski odnosi zdravstvenih djelatnika, *Nursing journal*, 2013; 41 – 43.
12. T. Košanski, M. Neuberg M: Stručnost i praksa medicinskih sestara u zadovoljavanju duhovnih potreba pacijenata unutar službi palijativne skrbi: Nacionalna studija presjeka, *Zdravstvena njega*. 2024; 12(7):725. <https://doi.org/10.3390/healthcare12070725>

13. Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi: 1. dio, Preporuke Europskog udruženja za palijativnu skrb, European journal of palliative care, 2009.
14. M. Brkljačić, M. Šamija, B. Belev, M. Strnad, T. Čengić: Palijativna medicina. Markulin d.o.o., Rijeka, 2015.
15. L. Brajković, J. Pavić, Š. Ozimec-Vulinec, I. Grahovac i sur: Multidisciplinarni tim u palijativnoj skrbi, Medix, 2016; 83 – 89.
16. Fumić Dunkić L. Multidisciplinarni tim Hrvatskog centra za palijativnu skrb. Hrvatski Časopis za javno zdravstvo [Internet]. 2012 [pristupljeno 20.07.2024.];8(32):159-166. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/297029>
17. A. Štambuk, T. Obrvan: Uloga, standardi i kompetencije socijalnih radnika u palijativnoj skrbi. Ljetopis socijalnog rada, 2017; 119 – 146.
18. S. Vuletić, B. Juranić, Š. Mikšić Ž. Rakošec: Palijativna skrb i medicinsko-duhovne potrebe terminalnih bolesnika. Bogoslovska smotra, 2014; 881 – 906.
19. S. Stanec, F. Rudman: Infekcija, upala i antibiotici, Kirurgija, Zagreb, Naklada Ljevak, 2007, str. 117-128.
20. S. Židovec Lepej, A. Markotić, J. Begovac: Patogeneza infektivnih bolesti, Klinička infektologija, Zagreb, Medicinska naklada, 2019, str. 6-14.
21. Encyclopedia Britannica: Inflammation [pristupljeno 01.09.2024.]; Dostupno na: <https://www.britannica.com/science/inflammation>
22. I. Kuzman: Infektologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2012
23. V. Bojić-Turčić: Sterilizacija i dezinfekcija u medicini, Medicinska naklada, Zagreb, 1994.
24. N. Damani: Priručnik o prevenciji i kontroli infekcija, Medicinska naklada, Zagreb, 2015.

25. M. Orlović: Kliničke značajke hospitaliziranih bolesnika s infekcijom mokraćnog sustava, Diplomski rad, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera, Osijek, 2017.
26. B.J. Barnett, D.S. Stephnes: Urinary tract infection: an overview, Emory University School of Medicine, Atlanta, 1997.
27. I. Ćosić, V. Ćosić: KomPLICIRANE infekcije mokraćnog sustava u odraslih, ActaMed Croatica, Zagreb, 2016.
28. E. Mušič: Suvremeno liječenje pneumonija u starijoj životnoj dobi, Medicus, 2005.
29. I. Kuzman: Infekcije dišnog sustava: najčešće bolesti čovjeka, Medicus, 2005.
30. J. Hančević i sur: Prevencija, detekcija i liječenje dekubitusa, Naknada slap, Jastrebarsko, 2009.

POPIS SLIKA

Slika 2.5.1. SPICT alat.....	11
Slika 4.3.1.1. Infekcija mokraćnog sustava	26
Slika 4.3.2.1. Pneumonija	27
Slika 4.3.3.1. Prikaz stunjeva dekubitusa	29
Slika 5.3.1.1. M.R. Stanje rane u 8 mj. 2022.....	37
Slika 5.3.1.2. M.R. Prikaz sekreta iz rane nakon promjene obloge koja je stajala na rani dva dana, 8 mj/2022.	38
Slika 5.3.1.3. M.R. Stanje rane u 9 mj/2022.....	38
Slika 5.3.1.4. M.R. Stanje rane u 10 mj/2022.....	39
Slika 5.3.1.5. M.R. Stanje rane u 12 mj/2022.....	39
Slika 5.3.2.1. M.R. Druga rana, stanje u 8 mj/2022.....	40
Slika 5.3.2.2. M.R. Stanje rane u 9 mj/2022.....	41
Slika 5.3.2.3. M.R. Stanje rane u 11 mj/2022.....	41
Slika 5.3.2.4. M.R. Stanje rane u 12 mj/2022, prisutna hipergranulacija tkiva	42
Slika 5.3.2.5. M.R. Prikazana rana s oblogom.....	42

POPIS TABLICA

Tablica 1.1. Palijativni timovi i koordinatori u RH	3
Tablica 2.4.1. Smjernice liječenja i terapije prema vrsti boli	10