

Sestrinska skrb za palijativnog bolesnika i otpust kući

Kopornić, Karla

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:188109>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-27**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





Sveučilište Sjever

Završni rad br. 1405/SS/2021

Sestrinska skrb za palijativnog bolesnika i otpust kući

Karla Kopornić 2405/336

Varaždin, lipanj 2021. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za sestrinstvo

Završni rad br. 1405/SS/2021

Sestrinska skrb za palijativnog bolesnika i otpust kući

Student:

Karla Kopornić

2405/336

Mentor

Vesna Sertić, dipl.med.techn.


Varaždin, lipanj 2021. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	preddiplomski studij Sestrinstva		
PRISTUPNIK	Karla Kopornić	MATIČNI BROJ	2405/336
DATUM	22.09.2020.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega u kući
NASLOV RADA	Sestrinska skrb za palijativnog bolesnika i otpust kući		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Nursing care for a palliative patient and discharge at home		
MENTOR	Vesna Sertić, dipl.med.techn.	ZVANJE	viši predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. doc.dr.sc. Marijana Neuberg, predsjednik		
	2. Vesna Sertić, dipl.med.techn., mentor		
	3. Valentina Novak, mag.med.techn., član		
	4. dr.sc. Irena Canjuga, zamjenski član		
	5.		

Zadatak završnog rada

BROJ	1405/SS/2021
OPIS	<p>Palijativna skrb je specifična i obuhvaća fizičku, psihološku, socijalnu i duhovnu skrb o bolesniku i njegovoj obitelji. Temelji se na radu multidisciplinarnog i interdisciplinarnog tima. Takav način rada podrazumijeva zajedničko planiranje i provođenje cjelokupne/potpune skrbi o bolesniku i njegovoj obitelji. Pritom se uloge i kompetencije različitih profesionalaca dijele i međusobno dopunjavaju. Znanja i vještine medicinske sestre koja provodi palijativnu skrb specifične su i usko vezane za skupinu bolesnika kojima se bliži kraj života, ali također obuhvaćaju i široko poznavanje, odnosno znanje iz drugih struka koje medicinska sestra primjenjuje u pružanju cjelovite skrbi. U svojem pristupu palijativna je skrb interdisciplinarna jer obuhvaća pacijenta, obitelj i zajednicu te nudi osnovni koncept zdravstvene zaštite, zbrinjavanje pacijentovih potreba bez obzira na to gdje se o njemu skrbi u kući, pacijenta ili u ustanovi. Ciljevi i zadaci rada su:</p> <ul style="list-style-type: none">- definirati i opisati palijativnu skrb u RH- navesti organizaciju palijativne skrbi- opisati pristup palijativnom bolesniku u zdravstvenoj ustanovi i otpust kući- navesti značaj medicinske sestre u palijativnoj skrbi kroz prikaz slučaja- navesti korištenu literaturu
ZADATAK URUČEN	18.02.2021.
PROTIPIS MENTORA	

Predgovor

Zahvaljujem mentorici Vesni Sertić, dipl.med.tech. koja mi je svojim znanjem i iskustvom pomogla pri pisanju ovog rada. Hvala Vam na svakoj riječi ohrabrenja, strpljenju i podršci koju ste imali za mene.

Hvala mojim roditeljima, što su vjerovali u mene, poticali me i omogućili mi da upišem studij sestriinstva.

Veliko hvala mojim prijateljicama Petri i Lei, na svakoj podršci i pomoći, te su dani studiranja uz njih bili ljepši.

Posebno se želim zahvaliti mome suprugu Dariu koji mi je bio velika podrška i pun razumijevanja tijekom ovih tri godine studiranja.

Sažetak

Palijativna medicina je interdisciplinarnan pristup medicinskoj skrbi čiji je cilj ublažiti patnju i pružiti optimalnu kvalitetu života pacijentima s ozbiljnim ili po život opasnim bolestima. Ključne sastavnice palijativne medicine uključuju ublažavanje simptoma (npr. liječenje boli, liječenje mučnine), pomoć u organizaciji sestrinskih i socijalnih službi te psihološku potporu pacijentima i njihovim obiteljima. Dokazano je da palijativna skrb poboljšava simptome i kvalitetu života pacijenata, te smanjuje broj prijema u bolnice. To je rastuće multidisciplinarno područje usredotočeno na složene potrebe suportivne skrbi bolesnika s uznapređovalom i životno ograničavajućom bolesti. Palijativnu skrb isporučuje interdisciplinarni tim, a cilj mu je pružiti cjelovitu i istodobnu skrb pacijentima uz primarne timove. Ova se skrb može pružiti zajedno sa bilo kojim liječenjem usmjerenim na bolest ili ublažavanjem simptoma. Nijedna terapija nije isključena kada pacijent prima palijativnu skrb, ako joj je cilj pomoći pacijentu. Palijativna skrb se može pružiti u raznim okruženjima, uključujući bolnice, ambulante, domove za starije, njegu u kući ili posjete pacijentima u njihovima domovima.

Republika Hrvatska usvojila je Nacionalnu strategije razvoja zdravstva 2012.g -2020.godine koja uključuje intenzivan razvoj palijativne skrbi jer je to dugogodišnji problem u zdravstvu zbog neodgovarajućih uvjeta u bolnicama i nedovoljnog broja postelja. U nastavku rada prikazati ću dva slučaja: pacijenta s rakom pluća i pacijenticu s dijagnozom bolesti mišićnog neurona.

Ključne riječi: palijativna skrb, zdravstvena njega, koordinacija palijativne skrbi, otpust

Summary

Palliative medicine is an interdisciplinary approach to medical care aimed at alleviating suffering and providing an optimal quality of life for patients with serious or life-threatening conditions. Key components of palliative medicine include relief of symptoms (eg pain management, nausea treatment), assistance in organizing nursing and social services, and psychological support to patients and their families. It has been proven that palliative care improves the symptoms and quality of life of patients, reduces the number of hospital admissions. It is a growing multidisciplinary field focused on the complex needs of supportive care of patients with advanced and life-limiting disease. Palliative care is delivered by an interdisciplinary team, and its goal is to provide comprehensive and simultaneous care to patients in addition to primary teams. This care can be provided along with any treatment aimed at disease or alleviation of symptoms. No therapy is excluded when the patient is receiving palliative care, if its goal is to help the patient. Palliative care can be provided in a variety of settings, including hospitals, clinics, nursing homes, home care, or visiting patients in their homes.

The Republic of Croatia is part of the National Strategy for Health Development 2012.g-2020.godine which involves the intensive development of palliative care because it is a long-standing health problem due to inadequate conditions in hospitals and insufficient number of beds. In the following, I will present two cases; a patient with lung cancer and a patient diagnosed with a muscle neuron disease.

Key words: palliative care, health care, palliative care coordination, discharge

Popis korištenih kratica:

CHF Kongestivno zatajenja srca

KOPB Kronične opstruktivne plućne bolesti

ALS Amiotrofična lateralna skleroza

SZO Svjetska zdravstvena organizacija

IPCHS Integrirane zdravstvene usluge usmjerene na ljude

SDG The Sustainable Development Goals

CEPAMET Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine

OB Opća Bolnica

MKB Međunarodna klasifikacija bolesti

GSF-PIG Gold Standards Framework – Prognostic Indicator Guidance

SPICT Supportive and Palliative Care Indicators Tool

CriSTAL Criteria for Screening and Triaging to Appropriate Alternative care

SMBS Smanjena mogućnost brige o sebi

MND Bolest motornog neurona

PMA Progresivna atrofija mišića

PEG Perkutana endoskopska gastrostoma

MRAB Multiplorezistentni Acinetobacter baumannii

JIL Jedinica intenzivnog liječanja

RTG Rendgensko snimanje

MSCT Višeslojna kompjutorizirana tomografija

PHD Patohistološka dijagnoza

CNS Centralni nervni sistem

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Palijativna skrb	3
2.1. Povijest palijativne medicine	4
2.2. Palijativna skrb u svijetu	4
2.2.1. Palijativna skrb prema SZO	5
2.3. Palijativna skrb u Hrvatskoj	6
2.3.2. Razine palijativne skrbi	8
2.3.3. Procjena potreba za palijativnom skrbi u Republici Hrvatskoj	10
2.3.4. Trenutni dostupni podaci o resursima palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj	11
2.4. Interdisciplinarni i međudisciplinarni pristup	12
2.5. Pristup palijativnom bolesniku u zdravstvenoj ustanovi i otpust kući	15
2.5.1. Problemi nakon otpusta	19
2.5.2. Koordinacija kontinuirane skrbi za palijativnog bolesnika i njegovu obitelji na različitim mjestima i razinama skrbi	20
3. Zadaci medicinske sestre u zdravstvenoj njezi palijativnih bolesnika	22
4. Prikazi slučaja	24
4.1. Pacijent s terminalnom fazom karcinoma pluća	24
4.1.1. Rak pluća	24
4.1.2. Prikaz slučaja	24
4.1.3. Tijek hospitalizacije	25
4.1.4. Sestrinske dijagnoze tijekom hospitalizacije	27
4.1.5. Otpusno pismo zdravstvene njege	31
4.1.6. Teorijska rasprava	33
4.2.1. Bolest motornog neurona	33
4.2.2. Prikaz slučaja	34
4.2.3. Tijek hospitalizacije	35

4.2.4. Sestrinske dijagnoze tijekom hospitalizacije	35
4.2.5. Otpusno pismo zdravstvene njege.....	40
5. Rasprava	43
6. Zaključak.....	44
7. Literatura	45

1. Uvod

Palijativna skrb je ublažavanje ili smirivanje simptoma bolesti ili poremećaja uz istovremeno održavanje najviše moguće kvalitete života za pacijente. Palijativna medicinska skrb relativno je mlada grana u medicini koja u mnogim zemljama, uključujući i Hrvatsku nije razvijena do dovoljne razine koja bi pokrivala broj potrebnih postelja u zdravstvu. Definicija pojma „palijativna medicina“ prihvaćena je u Velikoj Britaniji 1987. u vrijeme kad je priznata kao zasebna medicinska specijalizacija. Palijativna skrb je proučavanje i liječenje bolesnika s aktivnom, progresivnom, uznapredovalom bolešću, ograničene prognoze. Težište palijativne skrbi je kvaliteta, a ne duljina života. Holistička/cjelokupna briga za bolesnika i njegove najbliže može se realizirati samo u timskoj suradnji liječnika, medicinskih sestara, socijalnih radnika, fizioterapeuta, duhovnika i dobrovoljaca/volontera. Nazivom „palijativna skrb“ obuhvaća se aktivnost cijelog interdisciplinarnog tima [1]. Vlada Republike Hrvatske donijela je Nacionalnu strategiju razvoja zdravstva 2012.–2020. godine u kojoj se nalazi opis organizacijskog i zakonskog okvira palijativne skrbi te prioritetne mjere vezane uz strateški razvoj palijativne skrbi - ponajprije jačanje interdisciplinarne suradnje, povećanje bolničkih kapaciteta za palijativnu skrb i specijalističkih službi palijativne skrbi, te uključivanje civilnog društva, osobito volontera, u pružanje palijativne skrbi, uz odgovarajuću zakonsku regulaciju.

Nadalje, Vlada Republike Hrvatske usvojila je dana 18. listopada 2017. godine Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017. - 2020. godine. Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017. - 2020. obuhvaća aktivnosti za daljnji razvoj sustava palijativne skrbi prema utvrđenim potrebama za palijativnom skrbi, sukladno Bijeloj knjizi o standardima i normativima za palijativnu skrb u Europi, s daljnjom uspostavom organizacijskih oblika i međusobnim povezivanjem dionika palijativne skrbi, nastavkom edukacije iz palijativne skrbi, usvajanjem nacionalnih smjernica i preporuka za pružanje i razvoj palijativne skrbi i prijedlozima unaprjeđenja zbrinjavanja palijativnih bolesnika i njihovih obitelji. U novom Nacionalnom programu posebno je izdvojena i palijativna skrb za vulnerabilne skupine – djecu, branitelje i osobe s dementnim poremećajima s posebnim naglaskom na Alzheimerovu bolest, osobe na respiratoru, palijativno-gerijatrijske osobe i osobe s invaliditetom [2].

Zbog složenih potreba skrbi za pacijente s uznapredovalom bolešću koja ograničava život, multidisciplinarni i interdisciplinarni pristup skrbi može optimizirati iskustvo pacijenta i obitelji.

Progresivna bolest često zahtijeva njegu u više okruženja, uključujući specijalne bolnice za produženo liječenje, stacionare domova zdravlja i stacionare ustanova za zdravstvenu njegu, domove za starije osobe, bolnice, hitne medicinske službe. Stručnjaci raznih specijalnosti i struka zajednički se angažiraju kako bi oboljelima i njihovim bližnjima olakšali suočavanje s bolešću i njezinim konačnim ishodom, a ta interdisciplinarnost odnosi se na sve tri razine zdravstvene skrbi: primarnu, sekundarnu i tercijarnu. Na primarnoj razini u palijativnu skrb su uključeni: obiteljski liječnici, patronažna djelatnost, zdravstvena njega u kući, ljekarnici, volonteri i dakako, služba palijativne skrbi kao specijalističko-konzilijarna pomoć.

Mnoge medicinske sestre uključene u palijativnu skrb suočavaju se s izazovom kombiniranja umijeća njege i medicinske znanosti u kohezivni model koji odražava suosjećajnu, individualiziranu skrb bez obzira na okolinu. Rad u palijativnoj skrbi zahtijeva intenzivno kritičko razmišljanje, psihičku otpornost i sposobnost korištenja složenih palijativnih vještina njege.

Medicinske sestre u palijativnoj njezi suočavaju se sa složenim socijalnim situacijama, teškim dijagnozama, izazovnim upravljanjem simptomima i izazovnom komunikacijom vezanu za smrt pacijenta i tugu.

2. Palijativna skrb

Palijativna skrb je specijalizirana medicinska skrb za poboljšanje kvalitete života nekoga tko se liječi od ozbiljne bolesti. Palijacija znači ublažavanje simptoma bolesti. Simptomi mogu biti:

- bol,
- mučnina,
- povraćanje,
- tjeskoba,
- zatvor,
- spavanje
- i problemi s disanjem.

Ljudima koji se liječe i članovima obitelji daje se emocionalna i duhovna podrška. Palijativna skrb pruža se istodobno s tradicionalnom medicinskom skrbi. Aktivno liječenje bolesti ne prestaje.

Palijativnu skrb pruža multidisciplinirani tim ljudi koji se fokusiraju na fizičke, emocionalne i psihosocijalne aspekte uznapredovale bolesti. Multidisciplinarni tim može uključivati pružatelja palijativne skrbi ili medicinsku sestru, socijalnog radnika, ljekarnika, dijetetičara, savjetnika, duhovnog savjetnika i druge.

Timovi za palijativnu skrb usredotočeni su na kvalitetu života, skrbe za ljude koji pate od simptoma i stresa ozbiljnih bolesti poput raka, kongestivnog zatajenja srca (CHF), kronične opstruktivne plućne bolesti (KOPB), bolesti bubrega, Alzheimerove, Parkinsonove, amiotrofične lateralne skleroze (ALS), demencije i mnogih drugih bolesti. Medicinske sestre pomažu pacijentu u stjecanju snage za nastavak svakodnevnog života [3].

2.1. Povijest palijativne medicine

Palijativna skrb započeta je s fokusom na njegu umirućih. Dr. Cicely Saunders svoje je ideje o modernoj hospicijskoj njezi prvi put artikulirala potkraj 1950-ih na temelju pažljivog promatranja umirućih pacijenata. Zalagala se za to da samo interdisciplinarni tim može ublažiti "totalnu bol" umiruće osobe u kontekstu njegove ili njezine obitelji, a koncept tima još je uvijek srž palijativne skrbi.

Šezdesetih godina prošlog stoljeća psihijatrica u Sjedinjenim Američkim Državama Elisabeth Kübler-Ross naišla je na žestok otpor tretiranju ljudi na kraju života s poštovanjem, otvorenosću i iskrenom komunikacijom. Njezina revolucionarna knjiga "O smrti i umiranju" i karizmatična predstavljanja revolucionirali su i humanizirali kako su umirući pacijenti prepoznavani i zbrinuti.

1974. godine dr. Balfour Mount, kirurški onkolog iz bolnice Royal Victoria sa Sveučilišta McGill u Montrealu u Kanadi, definirao je termin palijativna skrb i započeo pilot program koji se sastojao od programa kućne njege koji je svakodnevno brinuo o oko 100 pacijenata u zajednici, stacionarnog odjela, savjetodavne službe za aktivne programe liječenja, tima za praćenje žalovanja koji je pratio obitelji za koje je procijenjeno da imaju veći rizik za žalovanje, kao i istraživanje i podučavanje. Bila je to sveobuhvatna usluga i program je prihvaćen, a dr. Mount smatra se ocem palijativne skrbi u Sjevernoj Americi.

Izvještaj Instituta za medicinu 1997. Godine, „Približavanje smrti: poboljšanje njege na kraju života“ (M.I. Field i C.K. Cassel, urednici) dokumentirao je očite nedostatke u skrbi na kraju života u Sjedinjenim Državama. Uz potporu Zaklade Robert Wood Johnson i Instituta za otvoreno društvo Georgea Sorosa, pokrenut je veliki napor da se palijativna skrb uvede u medicinu i sestinstvo [4].

2.2. Palijativna skrb u svijetu

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji palijativna skrb presudan je dio integriranih zdravstvenih usluga usmjerenih na ljude (IPCHS). Ništa nije više usmjereno na ljude kao olakšavanje njihove patnje, bilo fizičke, psihološke, socijalne ili duhovne. Dakle, bez obzira je li uzrok patnje rak ili veliko zatajenje organa, tuberkuloza otporna na lijekove ili teške opekline,

kronična bolest u završnom stadiju ili akutna trauma, ekstremna nedonošenost (djeca porođena između 23.-27. tjedna trudnoće) ili ekstremna slabost starosti, palijativna skrb može biti potrebna i integrirana na svim razinama skrbi.

Cilj održivog razvoja 3 (SDG 3 ili Globalni cilj 3), u vezi s "Dobro zdravlje i Blagostanje", jedan je od 17 ciljeva održivog razvoja osnovan od strane Ujedinjenih naroda u 2015. godini [5]. Službena formulacija glasi: "Osigurati zdrav život i promovirati dobrobit za sve u svim dobnim skupinama." Ciljevi SDG 3 pokrivaju i usredotočuju se na različite aspekte zdravog života i zdravog načina života. Napredak prema ciljevima mjeri se pomoću dvadeset i jednog pokazatelja. Sve vlade država članica koje pokušavaju postići Cilj 3 održivog razvoja SZO-a - „Osigurati zdrav život i promovirati dobrobit za sve u svim dobnim skupinama“ moraju razviti politike palijativne skrbi koje bi pokrile 40 milijuna osoba (što ukupno uključuje najmanje 20 milijuna njegovatelja) kojima je potrebna podrška palijativne skrbi na globalnoj razini. Trenutno u zemljama s niskim i srednjim prihodima palijativnu skrb prima manje od 10% palijativnih pacijenata [6]. Te politike uključuju edukaciju i financiranje članova obitelji koji skrbe o palijativnim pacijentima, jačanje javnog zdravstvenog sustava educiranjem liječnika, medicinskih sestara i ostalih djelatnika koji sudjeluju u palijativnoj skrbi, to se prvenstveno odnosi na primarnu zdravstvenu zaštitu, te obavljanje palijativne skrbi u domovima oboljelih kako bi se rasteretio javni zdravstveni sustav.

2.2.1. Palijativna skrb prema SZO

SZO definira palijativnu skrb kao prevenciju i ublažavanje patnje odraslih i pedijatrijskih bolesnika i njihovih obitelji suočenih s problemima povezanim s po život opasnom bolesti. Ti problemi uključuju fizičku, psihološku, socijalnu i duhovnu patnju pacijenata i psihološku, socijalnu i duhovnu patnju članova obitelji.

Palijativna skrb:

- podrazumijeva rano prepoznavanje i besprijekornu procjenu i liječenje ovih problema;
- poboljšava kvalitetu života, promiče dostojanstvo i udobnost, a također može pozitivno utjecati na tijek bolesti;
- pruža pratnju pacijentu i obitelji tijekom bolesti;

- treba integrirati i nadopunjavati prevenciju, ranu dijagnozu i liječenje ozbiljnih bolesti ili zdravstvenih problema koji ograničavaju život;
- je primjenjiva u ranoj fazi bolesti zajedno s drugim terapijama kojima je cilj produžiti život;
- pruža alternativu liječenju koje modificira bolest i održava život sumnjive kvalitete pred kraj života i pomaže u donošenju odluka o optimalnoj upotrebi liječenja koje održava život;
- je primjenjiva na one koji žive s dugotrajnim tjelesnim, psihološkim, socijalnim ili duhovnim posljedicama ozbiljnih ili po život opasnih bolesti ili njihovog liječenja;
- prati i podržava ožalošćene članove obitelji nakon pacijentove smrti, ako je potrebno;
- nastoji ublažiti patogene učinke siromaštva na pacijente i obitelji i zaštititi ih od financijskih teškoća zbog bolesti ili invaliditeta;
- ne namjerno ubrzava smrt, već pruža liječenje koje je neophodno za postizanje odgovarajuće razine udobnosti za pacijenta u kontekstu pacijentovih vrijednosti;
- bi trebali primjenjivati zdravstveni radnici na svim razinama zdravstvenih sustava, uključujući pružatelje primarne zdravstvene zaštite, opće i specijaliste u mnogim disciplinama i različitim razinama obuke i vještina palijativne skrbi, od osnovne i srednje do specijalističke;
- potiče aktivno uključivanje zajednica i članova zajednice;
- bi trebala biti dostupna na svim razinama zdravstvenih sustava i u domovima pacijenata;
- poboljšava kontinuitet skrbi i na taj način jača zdravstvene sustave [5].

2.3. Palijativna skrb u Hrvatskoj

Najzaslužnija osoba za razvoj palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj je prof. dr. sc. Anica Jušić. Prvi simpozij o hospiciju i palijativnoj skrbi pod sloganom «Smrt je dio života» organiziran je 1994. godine te je osnovano i Hrvatsko društvo za hospicij/palijativnu skrb Hrvatskog liječničkog zbora kojime je predsjedala prof. dr. sc. Anica Jušić. Intenzivno je promovirala hospicijski pokret te je organizirala više od 40 simpozija, radionica i predavanja. Pojam palijativne skrbi 2003. godine ulazi u Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske. Važan korak je bio i osnivanje Centra za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine (CEPAMET) Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu 2010. godine.

Uspostavljanje sustava palijativne skrbi je jedan od prioriteta Republike Hrvatske i dio je Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012.g –2020.g. u kojoj se nalazi opis organizacijskog i zakonskog okvira palijativne skrbi te prioritetne mjere vezane uz strateški razvoj palijativne skrbi. Danas u svakoj županiji imamo bar neki od oblika palijativne skrbi s ciljem uspostave sustava palijativne skrbi na cijelom području Republike Hrvatske. Mrežom javne zdravstvene službe predviđeno je 52 koordinatora za palijativnu skrb, uz mogućnost da se zbog posebnih dodatnih potreba koje uvjetuju ruralna područja, otoci i sl. može dodatno osigurati dodatni koordinator te uz kojeg se može organizirati mobilni palijativni tim, 14 palijativnih postelja u ustanovi za palijativnu skrb, 338 palijativnih postelja u bolničkim ustanovama i 83 palijativnih postelja u stacionarima domova zdravlja. Od 1.listopada 2016. godine započelo je ugovaranje djelatnosti palijativne skrbi na primarnoj razini zdravstvene zaštite i na dan 01. ožujka 2018. godine ugovorena je djelatnost palijativne skrbi u deset županija, a sukladno Nacionalnom programu razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017.g.-2020. godine krajnji rok za ugovaranje svih organizacijskih oblika bio je 31. prosinca 2020. godine. U bolničkim zdravstvenim ustanovama nastavlja se provođenje djelatnosti palijativne skrbi na odjelima palijativne skrbi odnosno na ugovorenim palijativnim posteljama. Od posebne važnosti je provođenje stručnog usavršavanja iz palijativne skrbi.

Aktivnosti Nacionalnog programa uključuju:

- daljnja uspostava organizacijskih oblika
- međusobno povezivanje dionika palijativne skrbi
- nastavak edukacije iz palijativne skrbi
- usvajanje nacionalnih smjernica i preporuka za pružanje i razvoj palijativne skrbi i prijedlozima unaprjeđenja zbrinjavanja palijativnih bolesnika i njihovih obitelji
- palijativna skrb za vulnerabilne skupine – djecu, branitelje, osobe s uznapredovalim dementnim poremećajima s posebnim naglaskom na Alzheimerovu bolest, bolesnike na respiratoru, palijativno-gerijatrijske bolesnike i osobe s invaliditetom [7].

2.3.2. Razine palijativne skrbi

Podjela palijativne skrbi u Hrvatskoj:

1. Palijativni pristup: svi profesionalci trebali bi biti informirani o postojanju palijativne skrbi, što nudi, koje su dobrobiti, gdje se nalazi.

2. Opća palijativna skrb: zdravstveni profesionalci, te psiholozi, socijalni radnici i duhovnici te volonteri i udruge kojima palijativna skrb nije primarni posao nego u svom radučesudjeluju u skrbi za palijativne bolesnike, sukladno opisu u točki 9.4. strategije. Pružatelji opće palijativne skrbi imaju osnovna znanja iz palijativne skrbi te znaju prepoznati i riješiti nekomplicirane simptome.

3. Specijalistička palijativna skrb: dobro educirani zdravstveni profesionalci, dobro educirani psiholozi i socijalni radnici koji se isključivo bave palijativnom skrbi te volonteri i organizacije civilnog društva za palijativnu skrb. Profesionalci iz specijalističkog palijativnog tima rješavaju kompleksne situacije i simptome (bez obzira o kojoj službi palijativne skrbi se radi), dok volonteri doprinose kvaliteti palijativne skrbi, sukladno opisu u točki 9.4. (ali ne provode zdravstvenu skrb) [8].

Tablica 2.1. prikazuje službe palijativne skrbi prilagođene organizaciji zdravstvenog sustava Republike Hrvatske prema preporukama Europskog udruženja za palijativnu skrb.

		RAZINE PALIJATIVNE SKRBI		
		Palijativni pristup	Opća palijativna skrb	Specijalistička palijativna skrb
Oblik/mjesto skrbi	Skrb u kući bolesnika	Primarna zdravstvena zaštita (PZZ): izabrani timovi u djelatnosti opće/obiteljske medicine i djelatnosti zdravstvene zaštite djece predškolske dobi, patronažna služba; zdravstvena njega u kući, centri za socijalnu skrb	PZZ, bolnice, domovi za starije osobe, volonteri – srodne organizacije civilnog društva, duhovnici	koordinator za palijativnu skrb mobilni palijativni tim ustanova za palijativnu skrb bolnički tim za palijativnu skrb dnevna bolnica ambulanta za palijativnu medicinu
	Dugotrajno liječenje i dugotrajni smještaj	specijalne bolnice za produženo liječenje, stacionari domova zdravlja i stacionari ustanova za zdravstvenu njegu, domovi za starije osobe	(službe čije područje djelovanja nisu samo palijativni bolesnici, ali ih češće imaju u skrbi)	palijativne postelje odjel palijativne skrbi
	Akutna skrb	Bolnice, hitne medicinske službe		volonteri i organizacije civilnog društva za palijativnu skrb koje se isključivo bave palijativnom skrbi

Tablica 2.1. Prikaz službi palijativne skrbi prilagođen organizaciji zdravstvenog sustava Republike Hrvatske prema preporukama Europskog udruženja za palijativnu skrb

Izvor: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274559/9789241514477-eng.pdf?ua=1>

U svakoj županiji kao minimalni standard treba uspostaviti :

- koordinatora za palijativnu skrb / Centar za koordinaciju palijativne skrbi
- mobilni palijativni tim
- stacionarni smještaj s palijativnom skrbi po županijama (standard za broj postelja za palijativnu medicinu je 80 postelja na milijun stanovnika)
- posudionica pomagala [9]

2.3.3. Procjena potreba za palijativnom skrbi u Republici Hrvatskoj

Procjenjuje se da godišnje u Hrvatskoj potrebu za palijativnom skrbi ima 26.000 do 46.000 pacijenata. Najmanje 20% pacijenata oboljelih od tumora i 5% neonkoloških pacijenata zahtijevaju specijalističku palijativnu skrb u posljednjih godinu dana njihova života. Procijenjeni broj potrebnih palijativnih postelja u Republici Hrvatskoj u rasponu je između 349 i 429 [7].

U tablici 2.2. prikazana je procjena potreba za palijativnim kapacitetima po županijama prema preporukama Europskog udruženja za palijativnu skrb/Mreži javne zdravstvene službe

Županija/ Grad Zagreb/ Hrvatska	Ukupan broj stanovnika (2011)	Broj umrlih (2010/2015)	Procijenjena potreba broja palijativnih postelja (80-100 na 1 mil. stanovnika)	Broj bolničkih palijativnih postelja prema Mreži javne zdravstvene službe	Broj palijativnih postelja u stacionarima domova zdravlja prema Mreži javne zdravstvene službe	Broj koordinatora za palijativnu skrb	Broj mobilnih palijativnih timova
Grad Zagreb	792.875	8.465/8.821	63-79	81**	0	8	8
Zagrebačka županija	317.642	3.478/3.692	25-32	0	0	3	3
Krapinsko-zagorska županija	133.064	1.916/1.844	11-13	2	0	1	1
Varaždinska županija	176.046	2.294/2.366	14-18	89**	0	2	2
Koprivničko-križevačka županija	115.582	1.673/1.626	9-12	5	0	1	1
Medimurska županija	114.414	1.235/1.274	9-11	2	0	1	1
Bjelovarsko-bilogorska županija	119.743	1.814/1.817	10-12	6	0	1	1
Virovitičko-podravska županija	84.586	1.245/1.133	7-8	5	0	1	1

Tablica 2.2. Procjena potreba za palijativnim kapacitetima po županijama prema preporukama Europskog udruženja za palijativnu skrb/Mreži javne zdravstvene službe

Izvor: <https://www.nppr.hr/palijativna-skrb/>

2.3.4. Trenutni dostupni podaci o resursima palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj

Na dan 31. listopada 2018. godine s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje ugovoreno je 29 koordinatora za palijativnu skrb i 21 mobilni palijativni tim. U 17 županija (25 domova zdravlja) izdano je rješenje za obavljanje djelatnosti palijativne skrbi na primarnoj razini u Varaždinskoj, Požeško – slavonskoj, Osječko-baranjskoj, Međimurskoj, Istarskoj, Karlovačkoj, Vukovarsko-srijemskoj, Dubrovačko-neretvanskoj, Zadarskoj, Primorsko-goranskoj, Šibensko-kninskoj, Sisačko-moslavačkoj, Krapinsko-zagorskoj, Virovitičko-podravskoj, Brodsko-posavskoj, Zagrebačkoj županiji i Gradu Zagrebu.

Izdano je rješenje za obavljanje djelatnosti palijativne skrbi na primarnoj razini za slijedećih 25 domova zdravlja: Dom zdravlja Varaždinske županije, Dom zdravlja Požeško – slavonske županije- ispostave Pakrac i Požega, Dom zdravlja Osijek, Dom zdravlja Čakovec, Istarski domovi zdravlja, DZ Karlovac, Dom zdravlja Vinkovci, Dom zdravlja Vukovar, Dom zdravlja Županja, Dom zdravlja Dubrovnik, Dom zdravlja Korčula, Dom zdravlja Zadarske županije, Dom zdravlja Krapinsko-zagorske županije, Dom zdravlja Primorsko-goranske županije, Dom zdravlja Knin, Dom zdravlja Šibenik, Dom zdravlja Kutina, Dom zdravlja Sisak, Dom zdravlja Virovitičko-podravске županije, Dom zdravlja Slavonski Brod, Dom zdravlja Zagreb-Zapad, Dom zdravlja Zagreb-Istok i Dom zdravlja Zagrebačke županije. Imenovano je 22 bolnička tima u palijativnoj skrbi u Istarskoj, Karlovačkoj, Koprivničko-križevačkoj, Međimurskoj, Požeško-slavonskoj, Primorsko-goranskoj, Sisačko-moslavačkoj, Varaždinskoj, Vukovarsko-srijemskoj županiji i Gradu Zagrebu.

U bolnicama djeluje i 31 ambulanta za bol, a na području Republike Hrvatske imamo i 47 besplatnih posudionica pomagala i 16 organizacija volontera u palijativnoj skrbi [9].

Kad je pacijentu postavljena dijagnoza palijativnog pacijenta, korisno je dodijeliti mu MKB-10 šifru koja označava palijativnu skrb (Z51.5). Time pacijent u kliničkom radu i u informatičkom sustavu postaje prepoznatljiv [11].

2.4. Interdisciplinarni i međudisciplinarni pristup

Kvalitetna palijativna skrb može se jedino postići dobrom međusobnom suradnjom koja uključuje medicinsku sestru, volontere, liječnike, vjerske zajednice, tim psihologa, fizioterapeuta, socijalnog radnika i farmaceuta (slika 2.4.).



Slika 2.4. Interdisciplinarni pristup

Izvor: <https://www.obnasice.hr/index.php/palijativa>

Sustav palijativne skrbi ustrojava se u nespecializiranim službama palijativne skrbi (ordinacija opće medicine, patronažna služba, ustanove za zdravstvenu njegu u kući, jedinice u bolnicama i domovima za osobe starije životne dobi), a zatim i na drugoj razini koja se naziva opća palijativna skrb koju pružaju specijalisti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, kao i specializirana palijativna skrb koju pružaju profesionalci koji skrbe za pacijente čije su potrebe kompleksne i koji se bave isključivo palijativnom skrbi. Specializirane službe palijativne skrbi imaju važnu ulogu u podupiranju profesionalaca koji pružaju usluge palijativne skrbi, ali im to nije glavna djelatnost. Djelatnost specializirane službe palijativne skrbi se provodi u:

- stacionarnim jedinicama palijativne skrbi
- stacionarnim hospicijima
- hospicijskim dnevnim boravcima

- ambulantnim službama za palijativnu skrb
- bolničkim timovima za podršku palijativnoj skrbi
- volonterskim hospicijskim timovima
- mobilnim timovima za palijativnu skrb
- centrima izvrsnosti [12].

Mreže palijativne skrbi povezuju širok spektar institucija i usluga, osiguravaju djelotvornu koordinaciju, poboljšavaju pristup palijativnoj skrbi, kvalitetu i kontinuitet skrbi. Koordinaciju može ostvarivati jedna osoba ili tim, ili interdisciplinarna skupina stručnjaka koji su predstavnici raznih službi unutar mreže palijativne skrbi. Ipak, najdjelotvornija koordinacija postiže se aktivnošću menadžera ili koordinatora slučaja. Koordinator za palijativnu skrb povezuje sve sudionike skrbi, osigurava prijenos podataka i kontinuitet skrbi pa je zato od neprocjenjivog značenja. Koordinator nije dio mobilnog tima, već djeluje samostalno i predstavlja samostalnu organizaciju, centar za koordinaciju palijativne skrbi. Njegovo postojanje predstavlja minimalne standard razvoja palijativne skrbi u županiji. Kako bi koordinacija bila učinkovita i pacijent zadovoljio svoje potrebe, usluge moraju biti dostupne 24 sata dnevno i svih sedam dana u tjednu. Osim toga nužna je i procjena djelotvornosti mreže skrbi. To se postiže metodama revizije, organizacijom i nadzorom obrazovne i istraživačke aktivnosti svih sudionika mreže palijativne skrbi. Osim koordinacije i revizije, mreža palijativne skrbi ima i druge zadaće koje su nužne radi učinkovitijeg pružanja palijativne skrbi:

- definiranje ciljeva i standarda kvalitete;
- jedinstveni kriteriji za prijem i otpust na svim razinama;
- korištenje zajedničkih metoda procjene;
- provedba zajedničkih terapijskih strategija temeljenih na raspoloživim dokazima.

Svi opisani načini na koji se palijativna skrb pruža trebaju biti u oblicima u kojima to pacijent ili članovi njegove obitelji zahtijevaju. Budući da velika većina pacijenata želi provesti svoje posljednje dane u krugu vlastite obitelji u kućnim uvjetima, posebna pozornost posvećuje se palijativnoj skrbi u kući pacijenta. Zato se naglasak stavlja na kućnu palijativnu skrb. Palijativna skrb u kućnim uvjetima osigurava se onda kada osobitost bolesti dopušta takav oblik skrbi, kada u kući pacijenta za navedeno postoje uvjeti te kada članovi obitelji aktivno žele sudjelovati u skrbi. Takav oblik skrbi onemogućen je kada je pacijent ne želi, kada živi sam ili u obitelji koja ne može, ne zna ili ne želi pružiti skrb. Novonastala situacija u obitelji može katkad stvoriti veliku napetost i nelagodu, posebice ako je pojavnost simptomatologije (jaki bolovi, krvarenja, zadah, inkontinencija) teško kontrolirana. Također, učestalija potreba za specijaliziranom

medicinskom skrbi te udaljenost od najbliže bolnice mogu utjecati na odluku o izbjegavanju palijativne njege u kući. Međutim, ako je kućna palijativna skrb dobra, tada je kontrola simptomatologije slična onoj koja se postiže u institucijama koje nude istu uslugu. Međutim, postoje i negativne strane takve skrbi. Nerijetko takav oblik palijativne skrbi i palijativne zdravstvene njege često nije moguće realizirati budući da pacijent katkada nema osobu koja bi mu mogla pružiti adekvatnu njegu ili su osobe u njegovoj neposrednoj okolini i članovi obitelji iscrpljeni. Opterećenje članova obitelji i redukcija njihovih dotadašnjih aktivnosti pa i sati sna negativno utječe na funkcioniranje članova i obiteljski sklad. Zbog promjene stanja pacijenta, njegova raspoloženja i ponašanja narušava se obiteljska ravnoteža, što se može očitovati iskazom negativnih emocija anksioznosti, straha, krivnje, ljutnje. Troškovi liječenja, izostanci s posla i druga financijska opterećenja mogu narušiti ekonomsku situaciju u obitelji. Moguće je da je u pitanju i složena simptomatologija koja zahtijeva složenije tretmane za njihovo ublažavanje, a osobe u okolini nisu u mogućnosti navedeno provesti. U tim okolnostima pacijent boravi u hospiciju sve do trenutka dok nije u mogućnosti biti u okruženju vlastitog doma, gdje će se provoditi daljnja skrb. Vrlo često pacijent s takvim simptomima ostaje u hospiciju do trenutka smrti. Ako hospicij ili drugi oblik specijalizirane ustanove kroničnog tipa nije u neposrednoj blizini, skrb u posljednjim trenucima nerijetko se osigurava u instituciji (bolnici) koja možda i nema ustrojenu organizaciju palijativne skrbi, pri čemu se nastoji primijeniti palijativni pristup. Zbog širokog raspona potreba realizacija palijativne skrbi i palijativnog pristupa izvodi se suradnjom interdisciplinarnih i multidisciplinarnih specijaliziranih timova s timovima primarne zdravstvene zaštite, osiguravanjem mreže palijativne skrbi, povezanošću svih stručnjaka i mreže volontera, s posebnim naglaskom na senzibilizaciju javnosti za potrebe onih kojima je palijativna skrb potrebna.

Poseban oblik skrbi jesu palijativni dnevni boravci. Mogu biti osnovani kao zasebne jedinice pri ustanovama. U njima se provodi resocijalizacija pacijenata s kroničnim i neizlječivim bolestima, osiguravaju kontrolni pregledi, pružaju različite usluge ili provode aktivnosti kojim se osigurava rasterećenje osoba koje neposredno skrbe o pacijentu kod kuće. Pacijenti mogu boraviti u dnevnom boravku jedan dan ili nekoliko dana. U njima se provodi medicinska skrb (ublažavanje boli i drugih simptoma); rehabilitacija (fizioterapija i drugi oblici rehabilitacije); zdravstvena njega (zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba: hranjenje, kupanje, tuširanje, komunikacija, edukacija i dr.); duhovne (molitva); rekreacijske i radno-okupacijske aktivnosti (likovne, glazbene, sportske i druge aktivnosti). Osoba koja skrbi o pacijentu tako ima dio slobodnog vremena za osobne potrebe i odmor.

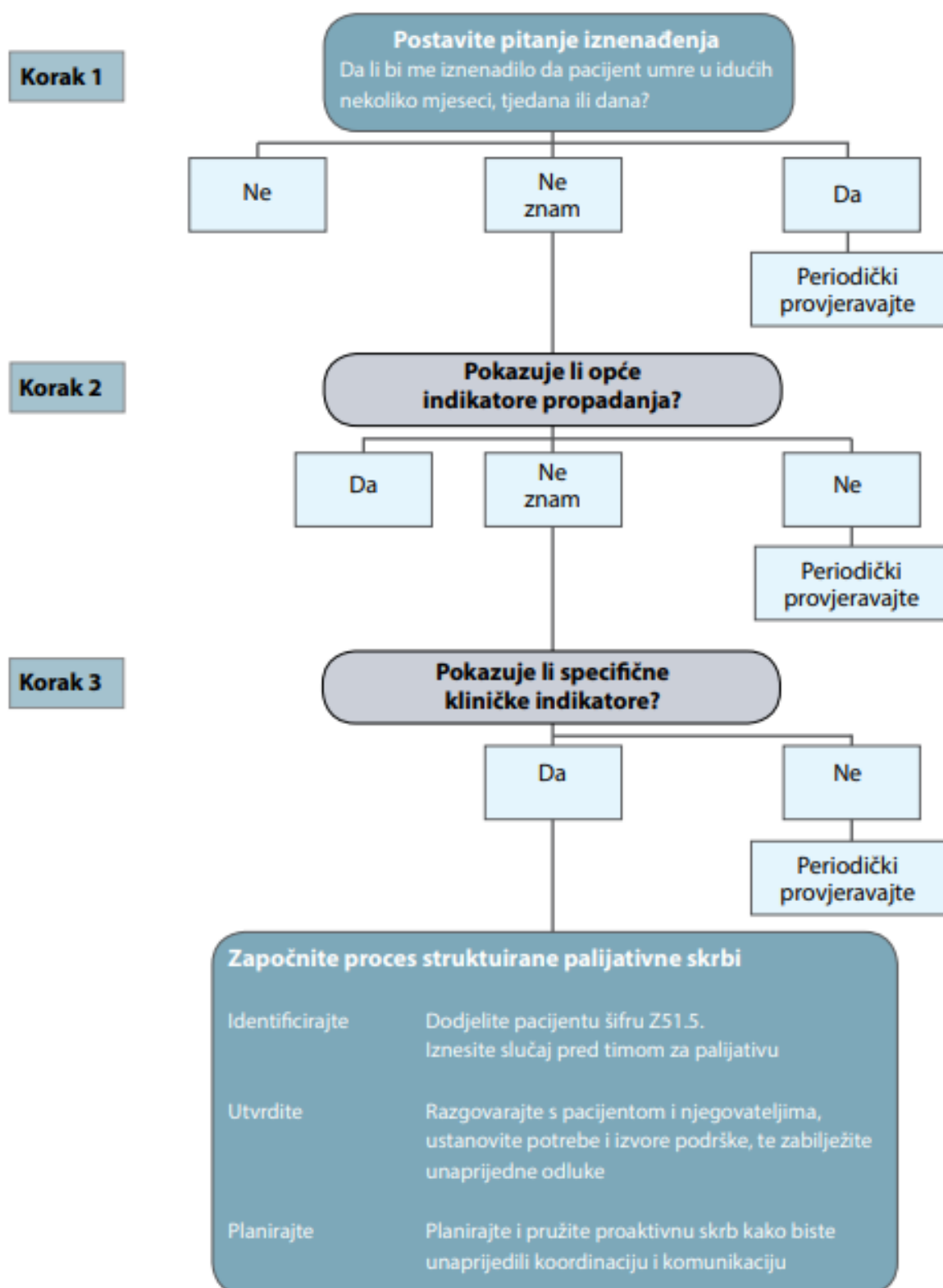
Stacionarne jedinice palijativne skrbi su odjeli specijalizirani za liječenje i zdravstvenu njegu pacijenata s potrebama za palijativnom skrbi. Može biti organiziran kao odjel unutar bolnice ili uz bolnicu, ali može postojati i kao samostalna služba. Takav pristup razlikuje se od države do države. U pojedinim državama jedinice palijativne skrbi su sastavni dio bolnica i osiguravaju pružanje pomoći pacijentima u kriznim situacijama kad dođe do pogoršanja simptoma i izraženijih teškoća, dok su u drugima samostalne ustanove koje pružaju palijativnu skrb pacijentima kojima kućna skrb više nije dostatna. U stacionarnim jedinicama palijativne skrbi osigurava se skrb za pacijente čije fizičko, psihičko, socijalno i duhovno zdravstveno stanje zahtijeva specijalističku multidisciplinarnu palijativnu skrb. Nastoje se ublažiti teškoće uzrokovane bolešću i terapijom, stabilizirati funkcionalni status pacijenta i pružiti psihološku i socijalnu pomoć. Pacijenti se primaju sukladno prioritetima (medicinskim indikacijama, problemima u zdravstvenoj njezi, psihosocijalnim ili duhovnim potrebama). Skrb može trajati nekoliko dana ili više tjedana. Jedinice palijativne skrbi zahtijevaju zdravstveno osoblje s posebnom edukacijom. Za jednog pacijenta s potrebama za palijativnom skrbi treba skrbiti minimalno 0,15 liječnika. Omjer sestrinskog osoblja u jedinici palijativne skrbi trebao bi biti takav da za jednog pacijenta skrbi jedna medicinska sestra, a po mogućnosti 1,2 sestre. Edukacija medicinskih sestara poseban je prioritet u pružanju učinkovite palijativne zdravstvene njege. Uz navedeno, ove jedinice mogu osigurati i usluge dnevnog boravka, određenih oblika kućne njege, podršku u domovima za starije i nemoćne osobe [12].

2.5. Pristup palijativnom bolesniku u zdravstvenoj ustanovi i otpust kući

Bolnički tim za podršku palijativnoj skrbi (bolnički mobilni tim, bolnički tim za suportivnu skrb) prvenstveno pruža podršku zdravstvenim djelatnicima u bolničkim jedinicama i poliklinikama koje nisu specijalizirane za palijativnu skrb i palijativnu zdravstvenu njegu. Uključuje liječničko i sestrinsko osoblje koje treba proći specijalističko usavršavanje. Tim treba usko surađivati s brojnim stručnjacima (dijetetičari, psiholozi, psihijatri, onkolozi, farmaceuti, fizioterapeuti, socijalni radnici, svećenici, radni terapeuti, logopedi, stručnjaci za žalovanje) kako bi se u nespecijaliziranim okruženjima osigurala kvalitetna palijativna skrb [13].

U utvrđivanju zadovoljavanja kriterija šifre Z51.5. sudjeluje stručni tim utemeljen na nivou bolnice (slika 2.5.).

Proces pravovremenog prepoznavanja palijativnog pacijenta



Slika 2.5. Postavljanje dijagnoze Z51.5.

Izvor: <https://www.bolnica-zadar.hr/pacijenti-i-posjetitelji/palijativna-skrb/>

Palijativnu skrb treba široka populacija pacijenata svih dobi i različitih dijagnoza koje negativno utječu na svakodnevno funkcioniranje osobe ili smanjuju očekivano trajanje života. Do definiranja i usvajanja hrvatskih smjernica Ministarstvo zdravstva nalaže primjenu europskih smjernica. Europske smjernice koje omogućuju prepoznavanje pacijenata sa potrebama za palijativnom skrbi ili skrbi na kraju života. One uključuju jedan osnovni alat i nekoliko pomoćnih alata kojima se upotpunjuje skrb:

1. Osnovni alat za što ranije prepoznavanje pacijenata koji se približavaju kraju života uključuje „Zlatni standardni okvir – Smjernice s prognostičkim indikatorima“ (engl: Gold Standards Framework – Prognostic Indicator Guidance – GSF-PIG);

2. Pomoćni alati su:

a.) Brzi vodič za identificiranje radi suportivne i palijativne skrbi i uključivanje u registar pacijenata sa potrebama za palijativnom skrbi i skrbi na kraju života – QUICK GUIDE alat;

b.) Alat za indikatore suportivne i palijativne skrbi je pomoćni alat za brzo trijažiranje u svim okruženjima skrbi (engl. Supportive and Palliative Care Indicators Tool – SPICT);

c.) Alat za prethospitalizacijsko prepoznavanje završnog stadija života je pomoćni alat za brzo prepoznavanje u hitnim službama i prijama na bolničko liječenje (engl. Criteria for Screening and Triaging to Appropriate Alternative care – CriSTAL) [14].

Budući da je naš sustav palijativne skrbi tek u razvoju i nema dovoljno resursa za tolike potrebe, resurse je potrebno usmjeriti na one pacijente kod kojih je aktivno liječenje završeno, to jest, njihova bolest brzo napreduje usprkos svim pokušajima liječenja. Kod velike većine pacijenata radi se o posljednjih dvanaest mjeseci života.

U pristupu palijativnom pacijentu moraju biti utvrđeni ključni izvori patnje (mučnina, bol...).

Temeljne komponente upravljanja simptomima uključuju:

1) Procjenu simptoma i njeno stalno ponavljanje kako bi se uvidjela pojava novih ili pogoršanje postojećih simptoma na vrijeme.

2) Propisivanje lijekova, uključujući sigurnu uporabu opioidnih analgetika, pomoćni pristup u upravljanju boli i upravljanje širokim spektrom drugih uobičajenih i uznemirujućih simptoma i sindroma, uključujući, na primjer, delirij, dispneju, umor, začepljenje crijeva i depresiju.

3) Vješto upravljanje nuspojavama liječenja, koje je potrebno za uspješno suzbijanje simptoma.

Uz temeljne odgovornosti, tu su i prateće odgovornosti poput priopćavanja loših vijesti i rasvjetljavanja želja pacijenata za buduću njegu.

Medicinska sestra se treba pobrinuti da su evidentirane sve potrebe bolesnika i obitelji te da su oni educirani u dovoljnoj mjeri za kućnu njegu. Nadalje, preporuke za zdravstvenu kućnu njegu trebaju biti upisane u otpusno pismo, zajedno s kontaktima koordinatora palijativne skrbi.

Većinu skrbi o bolesti pružaju kod kuće članovi obitelji, a nisu ni obučeni niti emocionalno pripremljeni za te odgovornosti. Teret obiteljskih negovatelja jedna je od glavnih briga teško bolesnih pacijenata. Pacijenti i obitelji često se bore sa strepnjom da čine nešto krivo, poteškoćama s putovanjem u zdravstvene ordinacije, socijalnom izolacijom i drugim poteškoćama od kojih se mnoge mogu prevenirati i umanjiti dobrim pristupom od strane medicinskog osoblja.

Kliničari za palijativnu skrb moraju pokušavati poboljšati uspjeh i održivost plana otpusta pružanjem medicinski poduprijetih i prikladnih preporuka kako bi se povećala vjerojatnost da će obitelji moći negovati pacijenta kod kuće s potrebnom podrškom, jer se ne može očekivati da jedna profesija ili pojedinac pruža sve aspekte palijativne skrbi [13].

Već kod prijema pacijenta trebao bi se planirati otpust što uključuje komunikaciju s pacijentovom obitelji ili zakonskim skrbnicima. Ukoliko pacijent nema zakonskog skrbnika poziva se bolnički socijalni radnik kako bi riješio tu problematiku. Pacijent i obitelj moraju biti informirani o njegovom stanju. Potrebno je provjeriti da li pacijent i obitelj razumiju informacije kako bi znali što ih očekuje nakon otpusta. Potrebno je procijeniti potrebe za posthospitalnom skrbi (kućna palijativna skrb, pojačana dugotrajna skrb u izvanbolničkim stacionarnim ustanovama) te upoznati pacijenta i obitelj s tim mogućnostima. Potrebno je educirati obitelj o poshospitalnoj skrbi. Kod planiranja otpusta potrebno je evidentirati sve potrebe pacijenta i obitelji. Pacijent mora biti upoznat s odlukom o otpustu i mjestu premještaja (kuća, ustanova). Ako je pacijent priseban mora dati svoju suglasnost vezanu uz otpust u mjesto premještaja. S pacijentom i obitelji potrebno je detaljno isplanirati daljnju skrb (prevencija dekubitusa, higijena pacijenta, eliminacija, upravljanje boli, hranjenje). Pacijent i obitelji se educiraju o kućnoj skrbi. Prednosti kućne skrbi su privatnost, udobnost, opuštenost vlastitog doma, poznata okolina, izostanak neugodnih medicinskih aktivnosti te boravka u višekrevetnim sobama. Kvalitetna edukacija omogućuje kontrolu simptomatologije gotovo jednako kao u bolnicama, jer npr. bol je jedan od glavnih razlog ponovne hospitalizacije. Kada je obitelj nespremna; suočavanje s

nespavanjem, 24-satnom brigom, troškovima, slabom kontrolom simptoma dovodi do anksioznosti, krivnje i ljutnje. Kućna palijativna skrb veliki je teret za obitelj zbog čega često pribjegavaju smještanju osoba u ustanove, zbog toga je važno provesti kvalitetnu edukaciju i provjeru stečenog znanja [12].

Neposredno prije otpusta:

- Provjereno je da li su svi preporučeni lijekovi u pristupačnom obliku (pogodni za primjenu u kućnim uvjetima, pacijent ih može gutati itd.)
- Obitelj je razumjela i dobila napismeno upute o složenim posthospitalnim postupcima (npr. injekcije heparina, parenteralna prehrana)
- Izdane su doznake za pomagala (npr. koncentrator kisika, antidekubitalni madrac...)
- Na mjestu buduće skrbi pripremljena su neophodna pomagala (npr. koncentrator kisika, aspirator, kućni respirator)
- Pripremljene su pismene upute i informacije za pacijenta i obitelj (npr. kontakti koordinatora za palijativu, upute za PEG...)
- Procijenjena je mogućnost naglog pogoršanja stanja kod terminalne faze karcinoma.

Što je detaljnije otpust isplaniran, to je manja mogućnost ponovne hospitalizacije [13].

Palijativnu skrb najdjelotvornije pruža interdisciplinarni tim zdravstvenih stručnjaka koji raspolažu znanjima i vještinama u svim aspektima procesa skrbi vezanih uz područje njihove struke. Temeljni tim palijativne skrbi trebao bi se sastojati minimalno od medicinske sestre i doktora medicine koji su prošli specifičnu edukaciju o palijativnoj skrbi te ga nadopunjuju psiholozi, socijalni radnici, fizioterapeuti i ostali stručnjaci koji mogu biti članovi tima, ali i vanjski suradnici [9].

Odjelni liječnici i medicinske sestre zajedno djeluju u njezi složenih i teško bolesnih pacijenata pružanjem intenzivnog liječenja i stalnim ponavljanjem procjene simptoma. Oni pomažu pacijentima u distresu i njihovim članovima obitelji bez zavaravanja o stanju situacije. Također su dužni osigurati kvalitetan otpust pacijentima.

2.5.1. Problemi nakon otpusta

Mnoge obitelji i pacijenti nakon otpusta zbog prvotnog šoka imaju problema s funkcioniranjem. Mnogi od njih moraju si prilagoditi život novonastaloj situaciji, a problemi s kojima se susreću su manjak znanja, financije, funkcioniranje obitelji, pitanje skrbi o pacijentu. Zbog toga je obitelj i bolesnika potrebno uputiti u sve dostupne izvore pomoći, u detaljno stanje

pacijenta i upravljanje simptomima jer je jedan od glavnih uzroka ponovne hospitalizacije palijativnih pacijenta neadekvatna skrb, a ne pogoršanje zdravstvenog stanja. Obitelji je potrebno dati vremena da postavi sva potrebna pitanja, opskrbiti ih s pisanim materijalima i detaljnom liječničkom i sestrinskom dokumentacijom (otpusno pismo zdravstvene njege) s opisom stanja i potrebama pacijenta, te izvršenim sestrinskim intervencijama za vrijeme hospitalizacije i preporukama za daljnju skrb. Često se događaju propusti u smislu nedovoljne i nejasne komunikacije, te zanemarivanja različitih aspekata ličnosti i situacije, osim samog fizičkog stanja i simptoma. Vijest o postojanju neizlječive bolesti je teško prenijeti na pravi način bez prethodnog znanja i edukacije iz područja komunikacijskih vještina. Zbog toga tu dužnost mora obavljati kvalitetno educirano osoblje. Manjak empatije i holističkog pristupa, te neuključivanje obitelji i pacijenta u donošenje odluka dovodi do nezadovoljstva pacijenta i obitelji te osjećaja neadekvatne skrbi. Potrebno je puno empatije u radu sa obitelji koja vjerojatno nema medicinsku naobrazbu i na taj način pristupiti njihovoj edukaciji - detaljno i obzirno, jer je kvaliteta života palijativnog bolesnika svrha palijativne skrbi. Iz različitih razloga, a ponekad socijalne prirode (nemogućnost obitelji da se adekvatno brine za pacijenta, ne pronalazak adekvatnog smještaja, financijska ograničenja itd.) dolazi do produženih hospitalizacija, nerijetko i do pojava bolničkih infekcija koje dodatno kompliciraju pacijentovo stanje i produžuju boravak u bolnici. Produžene hospitalizacije dovode do niza problema: zauzimanje kapaciteta akutnih kreveta, preopterećenost odjela, što povlači nemogućnost odvijanja skrbi na odgovarajućoj razini, te otežavanja odvijanja normalnog procesa rada. Uz sve probleme koji se javljaju u bolničkom sustavu, postavlja se pitanje da li je to najbolja skrb za takvog pacijenta i trajno rješenje njegovih problema [14].

2.5.2. Koordinacija kontinuirane skrbi za palijativnog bolesnika i njegovu obitelji na različitim mjestima i razinama skrbi

Palijativni bolesnik tijekom svoje bolesti prima skrb na različitim mjestima i različitim razinama zdravstvene zaštite. Zato je potrebna dobra suradnja i zajedničko pružanje skrbi kako bi se postigao kontinuitet i kvaliteta što uključuje:

- Posjet bolesniku i obitelji u kući u suradnji s mobilnim timom
- Posjet bolesniku u instituciji u kojoj boravi
- Organizacija kontinuirane skrbi za bolesnika i obitelj pri promjeni mjesta skrbi
- Definiranje načina prepoznavanja bolesnika, suradnje prilikom skrbi i prijave bolesnika u bazu podataka / popis palijativnih bolesnika u županiji
- Redoviti sastanci koordinatora s mobilnim timom i ostalim dionicima koji sudjeluju u skrbi radi pružanja i evaluacije skrbi

- Izrada i provedba plana skrbi za bolesnika i obitelj
- Pružanje psihosocijalne i duhovne potpore bolesniku i obitelji tijekom bolesti
- Pružanje skupne ili individualne potpore u žalovanju [8]

Kod otpusta pacijenta liječničko otpusno pismo mora sadržavati sljedeće podatke, kako bi koordinatori mogli evaluirati kvalitetu skrbi nakon otpusta:

- Šifru Z51.5
- Preporuku za nastavak palijativne skrbi
- Napomenu da je aktivno liječenje završeno (ako jest)
- Terapiju boli (ako je potrebna)
- Šifre za fizioterapiju kod kuće (ako je potrebna)
- Tipove i šifre za materijale (npr. za stome, obloge za rane, pelene, kateter...)
- Preporuke za prehranu (npr. enteralni pripravci, kašasto...) [13]

Sestra za planirani otpust mora ispitati koji su dostupni resursi na području na kojem bolesnik stanuje te uspostaviti sve potrebne kontakte na vrijeme kako bi kod otpusta bolesnika bili stvoreni svi potrebni preduvjeti za siguran otpust kući i nastavak skrbi u kućnim uvjetima. Prilikom otpusta bolesnika iz bolnice liječnik piše liječničko otpusno pismo obiteljskom liječniku u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u kojem obavezno navodi socio-anamnestičke podatke, nalaz pregleda bolesnika, utvrđene dijagnoze, plan liječenja, epikrizu i preporuke za daljnja postupanja u liječenju. Medicinske sestre patronažnoj službi i zdravstvenoj njezi u kući izdaju otpusno pismo zdravstvene njege za preuzimanje palijativnog bolesnika koje sadrži: administrativne podatke o pacijentu, podatke o skrbniku i članovima obitelji, podatke o zdravstvenim radnicima koji su skrbili za pacijenta, fazi palijativne skrbi, uključenosti bližnjih i drugih službi, ocjenu stanja pacijenta i njegovih poteškoća, skalu aktivnosti svakodnevnog života, opis rana i dekubitusa, posebnosti zdravstvene njege (disanje, kognitivne funkcije, unos hrane i pića, eliminacija, ograničenje pri kretanju, spavanje, ovisnost o supstancama, pacijentovo viđenje najtežih problema, pacijentove želje / ciljevi, specijalne potrebe u zdravstvenoj njezi, davanje lijekova, opis prisutnih tegoba i potreba kod otpuštanja te podatke o tome koliko pacijent zna o svom stanju i preporuke za nastavak zdravstvene njege u zajednici [14].

3. Zadaci medicinske sestre u zdravstvenoj njezi palijativnih bolesnika

Unatoč svijesti o neizlječivom stanju i percepciji mogućeg smrtnog ishoda, pacijente s potrebama za palijativnom skrbi ne smijemo promatrati kao osobe za koje se ništa ne može učiniti. Sve aktivnosti medicinske sestre i drugih profesionalaca uključenih u skrb trebaju biti usmjerene na postizanje samostalnosti pacijenta u zadovoljavanju potreba i povećanje kvalitete života. Kroz proces zdravstvene njege usmjereni aktivnosti u opsegu potrebne pomoći zahtijevaju samoinicijativno, racionalno, plansko i sustavno otkrivanje i rješavanje problema te provjeravanje uspješnosti realizacije. Temelji se na znanstvenim spoznajama i stručnom znanju medicinske sestre o fiziološkim, psihološkim, socijalnim i kulturnim aspektima zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba, prioritetima i percepciji pacijenta o važnosti zadovoljavanja potreba te mogućnosti rješavanja prisutnog problema.

Proces zdravstvene njege sastoji se od četiri osnovne faze: utvrđivanje potreba za sestrinskom skrbi, planiranje, provođenje i evaluacija. Utvrđivanje potreba započinje procjenom psihofizičkog funkcioniranja. To je trajna sustavna aktivnost medicinske sestre, koja uključuje vještinu promatranja, analize prikupljenih podataka i njihovu interpretaciju. Ključan segment procjene je procjena psihofizičkog funkcioniranja. Ona uključuje percepciju vlastita zdravstvenog stanja, prehranu, eliminaciju, aktivnosti, spavanje, senzorne i kognitivne funkcije, odnos s drugim ljudima, seksualnu aktivnost, percepciju samog sebe, toleranciju na stres, sustav vrijednosti i stavova te fizikalni pregled. Sadržaj prikupljenih podataka u tim obrascima čini sestrinsku anamnezu. Interpretacijom prikupljenih podataka uočavamo postoji li u pacijenta problem u zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba te koji je uzrok tomu. Zaključak koji proizlazi iz navedenog je sestrinska dijagnoza u procesu zdravstvene njege. Svi ovi koraci od prikupljanja podataka, preko analize do sestrinske dijagnoze odvijaju se istovremeno, uz stalnu procjenu. Zahtijevaju stručno-znanstvene spoznaje o svim aspektima zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba i bez toga nije moguća procjena, a ni primjena sestrinske skrbi. Planiranje zdravstvene njege zajednička je aktivnost medicinske sestre i pacijenta s potrebama za palijativnom skrbi i/ili člana obitelji. Plan zdravstvene njege sadržava četiri skupine informacija: sestrinsku dijagnozu, cilj, intervencije i evaluaciju. Tijekom provođenja zdravstvene njege posebnu pozornost treba posvetiti onim sestrinskim intervencijama koje su prilagođene pacijentu, realne i omogućuju rješavanje više problema. Evaluacija zdravstvene njege kao sustavna i planirana usporedba aktualnog stanja i ponašanja osobe po završenoj sestrinskoj skrbi s unaprijed predviđenim, definiranim ciljem, potvrđuje jesu li i do koje razine predviđeni ciljevi

postignuti ili nisu. Općenito se može reći da proces zdravstvene njege u pacijenata s potrebama za palijativnom skrbi omogućuje trajno praćenje stanja, kontinuitet skrbi i evaluaciju planiranih i provedenih intervencija. Primjenom sestrinske dokumentacije osigurava se dokumentiranje i dosljednost podataka, omogućuje kronološki pregled zadataka i realiziranih rezultata te analiza uspješnosti palijativne zdravstvene njege.

Specifičnosti zdravstvene njege palijativnih pacijenata uključuju procjenu prehrane i hidracije, primjene supkutane hidracije, postupke rješavanja i ublažavanja neugodnih simptoma i patnje pacijenata vezane uz dišni, urinarni i probavni sustav, kožu sluznice i kosu, pojavnost umora, poremećaje spavanja, promjene raspoloženja, procjenu boli i postupke ublažavanja boli te psihička potpora obitelji i pacijentu [12].

4. Prikazi slučaja

Prikazati ću dva primjera prikaza slučaja palijativnih pacijenata:

1. Pacijent s terminalnom fazom karcinoma pluća,
2. Pacijentica koja boluje od bolesti motornog neurona

4.1. Pacijent s terminalnom fazom karcinoma pluća

4.1.1. Rak pluća

Rak pluća ili bronhogeni karcinom odnosi se na tumore koji potječu iz plućnog parenhima ili unutar bronha. Četiri najčešća tipa koji obuhvaćaju više od 90% bolesnika uključuju karcinom pločastih stanica, adenokarcinom, karcinom velikih stanica i karcinom malih stanica. Dijagnoza počiva na RTG-u pluća ili CT-u toraksa, a potvrđuje se biopsijom. Liječi se kirurški, kemoterapijom i/ili zračenjem. Unatoč napretku u liječenju, prognoza je loša pa je najvažnije rano otkrivanje i prevencija.

Rak pluća dijagnoza je koja je postala vodeći uzrok smrti od raka u svijetu. Nemikrocelularni karcinom bronha, koji je dijagnosticiran kod pacijenta u prikazu slučaja, čini 40 % svih dijagnoza raka pluća. Preživljavanje u zadnjem stadiju bolesti iznosi 1%. Pacijenti s uznapredovalom bolesti prežive prosječno 6 mjeseci ako se ne liječe te 9 mjeseci ako se liječe. Kliničke manifestacije nemikrocelularnog karcinoma pluća mogu se podijeliti na intratorakalne i vantorakalne učinke. Unutatorakalni učinci mogu uključivati kašalj, hemoptizu, bol u prsima, dispneju ili promuklost, što se može procijeniti na anamnezi i fizičkom pregledu. Skvamozni karcinom može uzrokovati Pancoastov sindrom, koji se očituje bolovima u ramenu (ali može uključivati i podlakticu, lopaticu ili prste), Hornerov sindrom, atrofiiju mišića šake ili propadanje kostiju. Koštane metastaze mogu se sumnjati tijekom fizikalnog pregleda, jer približno 20 posto nemikrocelularnih karcinoma u plućima ima metastaze u kostima na početku. Moždane metastaze imaju najveću učestalost u adenokarcinomu i mogu se pojaviti s glavoboljom, povraćanjem, deficitom vidnog polja, napadajima ili žarišnim neurološkim deficitima [15,16].

4.1.2. Prikaz slučaja

Pacijent K. Z. Rođen je 21.11.1973.godine, živi sa suprugom u Đurđevcu. Oženjen, zaposlen kao konobar. Pacijent je primljen na odjel Pulmologije preko hitne službe zbog anemije, smetenosti i povišene tjelesne temperature. Od subjektivnih tegoba navodi glavobolju, bolove u desnom prsištu i pod desnim rebrenim lukom, te klijenut lijeve ruke. Kod pacijenta je u

lipnju 2018.g u bolnici Klenovnik postavljena dijagnoza nemikrocelularnog karcinoma bronha. Nikada do tada nije teže bolovao, pušač je 25 godina, dnevno je pušio do dvije kutije cigareta, ne konzumira alkohol.

U Općoj Bolnici „dr T. Bardek“ Koprivnica pacijentu je 18.06.2018.g učinjena ekstirpacija solitarne meta promjene u mozgu, na temelju koje je i postavljena dijagnoza, a bronhoskopija je u tri navrata bila negativna.

Pacijent je 27.12.2018. godine zbog slabosti i povišene tjelesne temperature, te laboratorijskih nalaza - Lkc 40, CRP 84, pregledan na Klinici za Infektivne bolesti dr. Fran Mihaljević. Radiološki tim utvrđuje tumor na desnom plućnom krilu promjera 17 centimetara uz smetnje ventilacije u srednjem polju, što odgovara progresiji bolesti. Upućen je u hitnu službu Klinike Jordanovac, ali zaključno bez indikacije za hitan prijem. Primio je Solumedrol 80 mg i.v., te inhalaciju Ciple na što je nastupilo subjektivno poboljšanje. Preporučeno je pregled nadležnog radioterapeuta te pulmologa / onkologa zbog odluke o daljnjem liječenju, koji donosi mišljenje da je porast leukocita vjerojatno leukemoidna reakcija. Zadnja hospitalizacija na odjelu Pulmologije bila je od 09.01.2019.g do 21.01.2019.g zbog hemoptiza. Liječen je antibiotikom (ceruroksim + klindamicin), traneksamičnom kiselinom inhalacijski i oralno, bronhodilatatorom inhalacijski i parenteralno, kisikom u malom protoku, antitustikom, uz ostalu suportivnu terapiju. Zbog anemije je primio 6 doza filtriranih eritrocita. Primjenom mjere liječenja došlo je do poboljšanja zdravstvenog stanja, te je otpušten na kućno liječenje. Zadnju kemoterapiju primio je 24.01.2019. u Dnevnoj bolnici.

4.1.3. Tijek hospitalizacije

Gospodin K.Z. je primljen na odjel Pulmologije 06.02.2019.g preko hitne službe zbog anemije, smetenosti i povišene tjelesne temperature. Radi se o pacijentu koji godinu dana boluje o nemikrocelularnog karcinoma bronha. Od subjektivnih tegoba tada glavobolja, bolovi u desnom prsištu i pod desnim rebrenim lukom, te klijenut lijeve ruke i štuca. U Općoj Bolnici (OB) Varaždin je 18.06.2018.g učinjena ekstirpacija solitarne meta promjene u mozgu, na temelju koje je i postavljena dijagnoza, bronhoskopija je u tri navrata bila negativna. Gospodin je primio 4 ciklusa kemoterapije po paclitaxel / carboplatina protokolu.

28.09.2018.g Zbog sumnje naprogresiju bolesti učinjen je MSCT toraksa koji potvrdi povećanje tumorske tvorbe, uz suspektne nove sekundarne promjene na mozgu.

09.11.2018.g učinjen je MR mozga kojim se verificira višesekundarnih promjena. Bronhoskopski također progresija nalaza- desni glavniuredan, na ušću desnog gornjeg

egzofitička patološki vaskularizirana tvorba koja gotovo upotpunosti zatvara ušće. Pregled distalno nije moguć. Citološki i PHD nalaz u smislu adenokarcinoma. Ponovljene mutacije (EGFR, ALK, PD-L1 negativne).

16.11.2018.g pregledan od strane radioterapeuta na Klinici za tumore prihvaćen je za iradijaciju mozga.

20.11.2018.g primio prvi ciklus druge linije kemoterapije Pemetrexodom. Započeta iradijacija CNS-a, koja je radi kvara uređaja prekidana, do sada je primio 6frakcija (od planiranih 10), zadnja je bila 31.12.2018.

Od 21.12.2018.g zbog povišene temperature do 38°C, te suhog kašlja u terapiju uključen Makcin 500mg.(Lkc 32, CRP 111).

11.12.2018.g započeta iradijacija CNS-a, koja je radi kvara uređaja prekidana, do sada je primio 6 frakcija (od planiranih 10), zadnja je bila 31.12.2018. Od 21.12.2018. zbog povišene temperature do 38°C, te suhog kašlja u terapiju uključen Makcin 500mg. (Lkc 32, CRP 111).

27.12.2018.g zbog slabosti i povišene tjelesne temperature, te u lab. nalazima Lkc 40, CRP 84 Pregledan na Klinici za Infektivne bolesti dr. Fran Mihaljević. Radiološki tumor desno promjera 17 cmuz smetnje ventilacije u srednjem polju, što odgovara progresiji bolesti. Upućen u hitnu službu Klinike Jordanovac.

PAAK ph 7.44, PCO2 32.6 mmHg, pO2 65 mmHg, sO2 93.4%, LKC 40.2, Hgb101, Trc 416. Bez indikacije za hitan prijem na Kliniku. Primio je Solumedrol 80 mg i.v. te inhalaciju Ciple na što je nastupilo subjektivno poboljšanje. Preporučeno je pregled nadležnog radioterapeuta tepulmologa / onkologa radi odluke o daljnjem liječenju. Mišljenje je da je porast leukocita vjerojatno leukemoidna reakcija.

Zadnja hospitalizacija na odjelu Pulmologije OB Koprivnica bila je od 09.01.2019.g do 21.01.2019.g zbog hemoptiza. Liječen je antibiotikom (ceruroksim + klindamicin), traneksamičnom kiselinom inhalacijski i parenteralno, bronhodilatatorom inhalacijski i parenteralno, kisikom u malom protoku, antitustikom,uz ostalu suportivnu terapiju. Zbog anemije je primio 6 doza filtriranih eritrocita. Uz primjenjene mjere liječenja došlo je do poboljšanja zdravstvenog stanja, te je otpušten na kućno liječenje. Zadnju kemoterapiju primio je 24.01.2019.g u Dnevnoj bolnici. Unatoč kemoterapiji bolest progresira i odustaje se od nastavka onkološkog liječenja.

Anamneza i status kod prijema 06.02.2019.g :

Zadnja 3 dana osjeća slabost, ima povišenu tjelesnu temperaturu $>38^{\circ}\text{C}$, po navodu supruge smeten je. Nije bilo hemoptiza. Stolicu ima 1 put na dan, mokri 4-5 puta na dan. Slabog je apetita, ima sve zube, otežano guta i žvače. Pacijent je nepokretan, potrebna mu je pomoć za sve aktivnosti, ima bolove. Po noći spava, i po danu često drijema. Pacijent je pri svijesti, dezorijentiran u vremenu i prostoru, kontaktibilan, tahikardan, dispnoičan, febrilan, dehidriran, Cushingoidnog izgleda. Koža i vidljive sluznice slabije prokrvljene i hidrirane, bez vidljiva osipa i krvarenja. Glava i vrat naizgled "moon face", vratne vene nisu distendirane. Osluškivanjem pluća auskultatorno desno čuje se oslabljen šum disanja, lijevo pokoji hropac. Akcija srca je ritmična, ubrzana, tonovi jasni, šumovi se ne čuju. Pregledom abdomena iznad razine prsnog koša stijenke su mekane, čujne peristaltike, abdomen je bezbolan na palpaciju. Jetra i slezena ne palpiraju se uvećanima. Lumbalne lože bezbolne su na sukusiju. Ekstremiteti su simetrični i bez edema, održanih perifernih art. pulzacija.

Lijekovi: Oxalept 300 mg 1,0,1 , Dexamethason 4 mg ujutro, Folacin 1/2 tbl svaki drugi dan, Zoltex 40 mg. Lupocet 1000 mg pp., Atrovent N 4x2 udaha putem spacera, Codein 3x1, Pholcodin. Alergije na lijekove negira.

Trenutni tlak iznosi 115/60mmHg, puls je 130min, respiracija: 22/min, saturacija 84%, i tjelesna temperatura 38,10 C.

Pregledom RTG-a SRCA I PLUĆA na sumacijskoj snimci torakalnih organa, poluležeći (AP), i nadalje je vidljivo opsežno homogeno zasjenjenje gotovo čitavog plućnog parenheima desno, izuzev manjeg ostatnog dijela bazalno uz slobodan lat FC sinus. Lijevo je vidljiva uredna prozračnost plućnog parenhima, bez znakova likvidotoraksa.

Tijekom desetodnevne hospitalizacije pacijentu je postavljena dijagnoza Z51.5 i otpušta se u ustanovu za zdravstvenu njegu. Pacijenta vozi sanitetski prijevoz koji je organizirala glavna sestra dan prije planiranog otpusta, te je o tome informirala obitelj.

4.1.4. Sestrinske dijagnoze tijekom hospitalizacije

- Smanjena prohodnost dišnih puteva u/s osnovne bolesti 2° karcinom bronha
- Bol u/s osnovne bolesti 2° karcinom bronha
- Smanjena mogućnost brige o sebi (hranjenje, higijena, odijevanje, eliminacija) u/s osnovne bolesti 2° karcinom bronha
- Dehidracija u/s smanjenim unosom tekućine 2° karcinom bronha
- Visok rizik za dekubitus (Braden skala 7) u/s osnovne bolesti 2° karcinom bronha

4.1.4.1. Smanjena prohodnost dišnih puteva u/s osnovne bolesti 2° karcinom bronha

Prikupljanje podataka uključuje promatranje respiratornog statusa, vitalnih funkcija, procjenu stanja svijesti, težinu, pokretljivost, promet i vrstu tekućina [17]

Ciljevi:

- Bolesnik će imati prohodne dišne putove, disati će bez hropaca u frekvenciji 16-20 udaha u minuti.

Sestrinske intervencije:

- Nadziranje respiratornog statusa pacijenta tijekom 24 sata
- Mjerenje i bilježenje vitalnih funkcija bolesnika
- Poticanje promjene položaja i pozicioniranje bolesnika
- Dogovoriti fizioterapiju prsnog koša
- Primjena ordinirane terapije kisikom prema standardima i nalogu liječnika
- Primjena inhalacija
- Primjena propisanih lijekova, praćenje njihovog djelovanja i pojavu nuspojava
- Praćenje prometa tekućina
- Osiguranje vlažnosti zraka
- Praćenje stanja svijesti
- Aspirirati sekret prema utvrđenom protokolu

Mogući ishodi/evaluacija

- Dišni putevi pacijenta su prohodni,
- Pacijent ne može samostalno iskašljavati, otežano diše u frekvenciji više od 20 udaha u minuti, čuju se hropci
- Prisutni su simptomi i znakovi retencije sekreta u dišnim putovima, tjelesna temperatura je > 38 °C.

4.1.4.2. Bol u/s osnovne bolesti 2° karcinom bronha

Prikupljanje podataka uključuje promatranje pacijenta i utvrđivanje jačine boli, mjerenje vitalnih znakova, provjera prethodnih podataka o ublažavanju bolova, prikupiti podatke o spavanju. [17]

Ciljevi

- Pacijent će manifestirati nižu razinu boli od početne

Sestrinske intervencije

- Izmjeriti vitalne funkcije
- Dati pacijentu analgeziju
- Pratiti obrasce boli
- Ukloniti čimbenike koji mogu pojačati bol
- Primijeniti nefarmakološku terapiju protiv boli
- Masirati bolno područje, ako je moguće
- Ponovno procjenjivati bol
- Dokumentirati bol na skali boli
- Promijeniti položaj pacijenta
- Omogućiti pacijentu dostatan odmor
- Educirati njegovatelja o načinu korištenja propisanog analgetika, mogućim nuspojavama jakih opioidnih analgetika, te duljinu djelovanja analgetskog učinka
- Dati analgetik u točno određeno vrijeme, a ne prema potrebi
- Pomoći bolesniku zauzeti najudobniji položaj

Mogući ishodi/evaluacija

- Pacijent ne osjeća bol
- Pacijentu je bol smanjena
- Pacijent manifestira bol

4.1.4.3. Smanjena mogućnost brige o sebi (SMBS) (hranjenje, higijena, odijevanje, eliminacija) u/s osnovne bolesti 2° karcinom bronha

Prikupljanje podataka uključuje prepoznavanje uzroka SMBS, prepoznavanje pacijentovih potreba, prepoznavanje nutritivnih potreba, procjena refleksa gutanja. [17]

Ciljevi

- Pacijent će biti čist i suh

Sestrinske intervencije

- Zadovoljiti bolesnikove potrebe za održavanjem osobne higijene, hranjenjem, odijevanjem i eliminacijom
- Postaviti bolesnika u odgovarajući položaj prilikom prvođenja aktivnosti

- Osigurati dovoljno vremena za odmor
- Dati terapiju protiv bolova pola sata prije provođenja aktivnosti, ako je potrebno
- Osigurati privatnost
- Koristiti praktičnu i udobnu odjeću
- Educirati njegovatelje kako na što prikladniji način zadovoljiti bolesnikove potrebe za održavanjem osobne higijene, hranjenjem, odijevanjem i eliminacijom

Mogući ishodi/evaluacija

- Pacijentove potrebe su ispunjene u skladu s mogućnostima

4.1.4.4. Dehidracija u/s smanjenim unosom tekućine 2° karcinom bronha

Prikupljanje podataka uključuje podatke o unosu i izlazu tekućina, praćenje vitalnih znakova, provjera stanja sluznica, procjena mentalnog statusa. [17]

Ciljevi

- Pacijent će biti hidriran
- Pacijent će povećati unos tekućine

Sestrinske intervencije

- Procijeniti kognitivni status
- Pratiti i dokumentirati temperaturu
- Pratiti unos tekućina
- Pratiti prisutnost mučnine, povraćanja i temperature
- Dnevno vagati pacijenta
- Pomoći pacijentu kod unosa tekućina
- Administrirati parenteralne tekućine kako je propisano
- Provoditi mjere za sprečavanje prevlelikog gubitka elektrolita
- Kod teže dehidracije:
 - predložiti nadoknadu tekućine parenteralno
 - Postaviti i održavati intravenozni kateter s većim protokom primijeniti parenteralnu infuziju kako je propisano.
 - Održavati brzinu intravenskog protoka
 - Primijeniti druge lijekove kako je propisano i lijekove protiv dijareje kako je propisano
 - Voditi evidenciju unosa i izlučivanja tekućine tijekom 24 h.
 - Supkutana infuzija (hipodermoklizna, intersticijska infuzija, potkožna infuzija)

4.1.4.5. Visok rizik za dekubitus (Braden skala 7) u/s osnovne bolesti 2° karcinom bronha

Procijeniti rizik od dekubitusa sa Braden skalom, pregledati kožu pacijenta, prikupiti podatke o laboratorijskim pokazateljima: hemoglobin, hematokrit, serumskial bumin, fosfor, magnezij. [18]

Ciljevi

- Pacijentova koža će ostati neoštećena

Sestrinske intervencije

- Procjenjivat postojanje čimbenika rizika za dekubitus - Braden skala dva puta tjedno.
- Prilikom promjene stanja pacijenta, odrediti učestalost ponovne procjene na Braden skali.
- Upisati rizike čimbenika sukladno broju bodova Braden skale.
- Djelovati na rizike čimbenika sukladno bodovima Braden skale.
- Nadzirati pojavu edema.
- Održavati higijenu kože - prema standardu.
- Održavati higijenu kreveta i posteljnog rublja.
- Izraditi algoritam mijenjanja položaja pacijenta sukladno bodovima Braden skale

Mogući ishodi/evaluacija

- Pacijentova koža je neoštećena

4.1.5. Otpusno pismo zdravstvene njege

Pacijentu Z. K. stanje se pogoršalo te se odustaje od onkološkog liječenja i u dogovoru sa suprugom otpušten je u obiteljski dom u Đurđevcu. Skrbnik je supruga, nije korisnik socijalne pomoći. U skrb je do prijema u bolnicu bila uključena supruga.

Tijekom boravka na odjelu Pulmologije rješavani su sljedeći problemi iz područja zdravstvene njege:

1. Smanjena prohodnost dišnih puteva u/s osnovne bolesti 2° karcinom bronha
2. Bol u/s osnovne bolesti 2° karcinom bronha
3. Smanjena mogućnost brige o sebi (hranjenje, higijena, odijevanje, eliminacija) u/s osnovne bolesti 2° karcinom bronha
4. Visok rizik za dehidraciju
5. Visok rizik za dekubitus (Braden skala 7) u/s osnovne bolesti 2° karcinom bronha

Ad 1) Smanjena prohodnost dišnih puteva u/s osnovne bolesti 2° karcinom bronha

Medicinska sestra je nadzirala stanje respiratornog statusa pacijenta tijekom 24 sata, mjerila i bilježila vitalne funkcije bolesnika, poticala promjene položaja i pozicioniranje bolesnika, dogovorila fizioterapiju prsnog koša, primjenila ordinirane terapije kisikom prema standardima i nalogu liječnika, primjenila inhalacije, primjenila propisane lijekove i pratila njihovo djelovanje i pojavu nuspojava, pratila promet tekućina, osigurala vlažnost zraka, pratila stanje svijesti, aspiriran je sekret prema utvrđenom protokolu.

Pacijent je imao prohodne dišne puteve. Potrebno je nastaviti s navedenima intervencijama u ustanovi za njegu.

Ad 2) Bol u/s osnovne bolesti 2° karcinom bronha

Medicinska sestra je primijenjivala nefarmakološke metode protiv boli i analgeziju u točno propisano vrijeme i točnu dozu. Medicinska sestra je pratila obrasce boli i redovito ponavljala procjene boli te dokumentirala na skali boli. Medicinska sestra je mijenjala pacijentu položaje i osigurala dostatan odmor.

Pacijent je manifestirao olakšanje boli nakon primijenjenih postupaka. Nastaviti s primjenom navedenih metoda u ustanovi za njegu.

Ad3) Smanjena mogućnost brige o sebi (hranjenje, higijena, odijevanje, eliminacija) u/s osnovne bolesti 2° karcinom bronha

Medicinska sestra je zadovoljila bolesnikove potrebe za održavanjem osobne higijene, hranjenjem, odijevanjem i eliminacijom. Medicinska sestra je postavila bolesnika u odgovarajući položaj prilikom provođenja aktivnosti. Medicinska sestra je osigurala dovoljno vremena za odmor i osigurala privatnost tokom provođenja aktivnosti. Medicinska sestra je koristila praktičnu i udobnu odjeću

Pacijentove potrebe su ispunjene u skladu s mogućnostima. Bio je suh i čist. Potrebno je nastaviti s aktivnostima u ustanovi za njegu.

Ad 4) Visok rizik za dehidraciju u/s smanjenim unosom tekućine 2° karcinom bronha

Medicinska sestra je procijenila kognitivni status, pratila i dokumentirala temperaturu, unos tekućina, prisutnost mučnine, povraćanja. Medicinska sestra je primijenila subkutanu infuziju prema uputi liječnika. Medicinska sestra je voditla evidenciju unosa i izlučivanja tekućine

tijekom 24 h. Pacijent je hidriran. Potrebno je nastaviti pratiti pacijenta i davati mu subkutanu infuziju prema preporuci liječnika.

Ad5) Visok rizik za dekubitus(Braden skala 7) u /s osnovne bolesti 2° karcinom bronha

Medicinska sestra je procjenjivala postojanje čimbenika rizika za dekubitus - Braden skala dva puta tjedno. Medicinska sestra je dokumentirala rizike čimbenika sukladno broju bodova Braden skale. Medicinska sestra je nadzirala pojavu edema. Održavala higijenu kožem kreveta i postelnog rublja. Medicinska sestra je redovito mijenjala položaj pacijenta.

Pacijent nije razvio dekubitus. Potrebno je daljnje provođenje mjera protiv razvijanja dekubitusa.

Bolesniku je potreban je nastavak kontinuirane palijativne skrbi, zbog progresije dijagnoze, potpune ovisnosti o tuđoj pomoći i mentalnog stanja. Bolesniku je potrebna 24-satna skrb druge osobe. Preporuča se pridržavanje svih savjeta i preporuka dobivenih od liječnika i medicinske sestre.

4.1.6. Teorijska rasprava

Simptomi boli i nepokretnosti mogu uzrokovati strah i tjeskobu kod pacijenata i obiteljskih negovatelja. Zbog toga je za obitelj najbolja odluka prepuštanje skrbi stručnoj osobi ustanove za zdravstvenu njegu koja ima zaposlenu medicinsku sestru uz nadzor patronažne djelatnosti. Rasprave sa pacijentom o prognozi bolesti moraju biti jasne i sažete kako bi se pacijentima i obiteljskim negovateljima pomoglo da odluče je li ustanova za njegu ili dom pacijenta najbolje mjesto nakon hospitalizacije za zbrinjavanje pacijenata s terminalnom bolesti. Opsežno i cjelovito planiranje otpusta pacijenata potrebno je kako bi se održao kontinuitet skrbi i smanjila mogućnost ponovne hospitalizacije kod pogoršanja ili pojave novih simptoma, te kod promjene ciljeva zdravstvene skrbi.

4.2. Prikaz slučaja pacijentice s bolesti motornog neurona

4.2.1. Bolest motornog neurona

Bolest motornih neurona (MND) odnosi se na skupinu kroničnih sporadičnih i nasljednih neuroloških poremećaja koje karakterizira progresivna degeneracija motoričkih neurona. To može utjecati na gornje motoričke neurone, donje motorne neurone ili oboje. Progresivna atrofija mišića (PMA) degenerativna je bolest donjeg motornog neurona. Tijek bolesti i smrtna prognoza odgovaraju onima kod amiotrofične lateralne skleroze (ALS). Neuropatološki i genetski nalazi

podupiru kategorizaciju PMA unutar spektra ALS-a, iako nije vidljiv klinički znak poremećaja gornjeg motornog neurona. Dijagnoza PMA temelji se na uznapređovalim parezama i atrofijama ekstremiteta s visokom stopom progresije. Respiratorna insuficijencija je odlučujuća za prognozu. Odsutna ili kasna naklonost bulbarnih funkcija karakteristična je za bolest. Većina bolesnika s ALS-om umire od respiratornog zatajenja u roku od tri godine od početka bolesti. Progresivna slabost i gubitak osjeta u udovima i respiratornim mišićima pripisani su osnovnim pretkazateljima respiratornog zatajenja. Teška disfagija može dovesti do gubitka kilograma, gušenja i aspiracije. Dugotrajni obroci bez napora i kašljanje pri pokušaju gutanja drugi su čimbenici koji mogu utjecati na kvalitetu skrbi pacijenta.

Progresivno pogoršanje svakodnevnih aktivnosti, nemogućnost ambulacije, problemi povezani s produljenom imobilizacijom, poput površinskih infekcija kože, dekubitusnih čireva i duboke venske tromboze, također su uočeni kod ovih pacijenata [20].

4.2.2. Prikaz slučaja

Pacijentica L.L. rođena 01.09.1966. živi u Ludbregu. Ima dijagnozu bolesti motornog neurona/ progresivna mišićna atrofija od 2011-te godine. Unazad par godina liječena je od hipertenzije, hiperlipidemije i hipertireoze. Bolest progredira od 2011.g.- 2017. godine . Postavljena je perkutana endoskopska gastrostoma (PEG) i učinjena je traheostomija s formiranjem traheostome. Kod kuće pacijenticu njeguje suprug i njegovateljica.

U anamnezi od 2011. progredira slabost mišića na rukama i nogama. U 07/2016. kiretaža zbog postmenopauzalne methroragije. Hospitalizirana na Pulmologiji u 03/2017.godine sa ciljem obrade progresivne zaduhe. S obzirom da je pacijentica tada bila respiratorno kompenzirana, nije bilo indikacije za početak kućne neinvazivne ventilacije. Preporučena je respiratorna fizioterapija uz pojačan zdravstveni nadzor.

15.04.2017.g hospitalizirana u Jedinicu intenzivnog liječenja zbog dekompenzirane globalne respiratorne insuficijencije. U podlozi je slabost dišne muskulature u sklopu neuromišićne bolesti. Odmah po prijemu je intubirana. Postavljanje centralnog venskog katetera komplicirano je pneumotoraksom zbog čega je desno prsište kirurški renirano.

S obzirom da je ovisna o respiratoru, 24.04.2017. je formirana traheostoma.

Zbog bulbarnih simptoma uz nemogućnost gutanja 21.04.2017. je postavljena PEG. Tijekom boravka u Jedinici intenzivnog liječenja kolonizirana je multirezistentnim Acinetobacterom (MRAB). Po stabilizaciji općeg stanja 25.04.2017. premještena na odjel Pulmologije, tijekom

boravka javila se s obostranom nozokomijalnom pneumonijom i sepsom uzrokovanom Enterobacterom cloacae, zbog čega je bila 14 dana na ciljanoj antimikrobnoj terapiji ceftazidimom.

4.2.3. Tijek hospitalizacije

Razlog dolaska na odjel Pulmologije je premještaj iz JIL-a po stabilizaciji akutne respiracijske insuficijencije, a uz invazivnu mehaničku ventilaciju. U trenutku dolaska pacijentica je svjesna, ne može verbalno komunicirati, i vrlo teško preko pokreta, dijelom šapće. Sluznice su urednog stanja, bez osipa i krvarenja. Alergije negira. Urednih reakcija na svijetlo. MRAB pozitivna. Stolica je redovna.

Pri svijesti je, orijentirana, u otežanom verbalnom kontaktu, traheotomirana, kvadriplegična, eupnoična. U plućima je auskultatorno uredan šum disanja. Akcija srca je tahiritmična, tonovi jasni, šumovi se ne čuju. U abdomenu u razini prsnog koša, mekane stijenke, čujne peristaltike, palpatorno bezbolan. Postavljen PEG. Jetra i slezena ne palpiraju se uvećanima. Ekstremiteti su simetrični, bez edema. Održanih perifernih arterijskih pulzacija.

Bolesnica je u strahovima sa osjećajem ugroženosti zbog potpune ovisnosti o drugima. U terapiju je uključen Coaxil 3x1/2 tablete kroz 2-3 dana i potom Promazin 3x1 25 mg navečer. Nije suicidalna. Nakon postavljanja traheostome lakše komunicira.

Terapija: Citala a 500 mg 2x1 tbl./10 dana, Emanera a 40 mg 1 cps. na dan (otvoriti kapsulu i sadržaj pomiješan s 1 dcl vode dati na PEG), Coaxil a 12.5 mg 3x1 tbl., Olanzapin a 5 mg 1 tbl. navečer, Prazine a 25 mg 1,1,4 tbl. + 1 tbl. p.p, Dulcolax čepić p.p., Nutrison MF Energy 2000kcal/dan putem pumpe za enteralno hranjenje brzinom 75-100m L/h.

Tlak je 101/60 mmHg, puls: 74/min, respiracija 18/min, saturacija 98%, Tjelesna temperatura 36,3°C.

Tijekom 14-dnevne hospitalizacije zaključuje se da ne postoji potreba za nastavak aktivnog liječenja pacijentici te je postavljena dijagnoza Z51.5 i pacijentica se otpušta kući. Obitelj je obaviještena o postavljenoj dijagnozi i otpustu. Pacijenticu vozi sanitetski prijevoz koji je organizirala glavna sestra dan prije planiranog otpusta.

4.2.4. Sestrinske dijagnoze tijekom hospitalizacije

- Smanjena prohodnost dišnih puteva
- SMBS – osobna higijena,

- SMBS - eliminacija,
- SMBS - hranjenje
- Visok rizik za dekubitus (Braden skala 7) 2° bolest motornih neurona
- Visok rizik za infekciju u/s urinarnim kateterom

4.2.4.1. Smanjena prohodnost dišnih puteva

Prikupljanje podataka uključuje promatranje respiratornog statusa, vitalnih funkcija, procjenu stanja svijesti, težinu, pokretljivost, promet i vrstu tekućina. [19]

Ciljevi

- Bolesnik će imati prohodne dišne putove, disati će bez hropaca u frekvenciji 16-20 udaha u minuti.

Sestrinske intervencije

- Nadzirati respiratorni status tijekom 24 sata Kontinuirano pratiti vitalne funkcije putem hemodinamskog monitora
- Izvoditi promjenu položaja svaka 2 sata Izvoditi drenažne položaje kod bolesnice Praćenje dnevnog prometa tekućine i unošenje dovoljne tekućine dnevno
- Slušati, bilježiti intenzitet hropaca, krkljanja
- Provođenje perkusije prsnog koša svaka 4 sata po danu
- Provesti aspiraciju traheobronhalnog stabla Aspiraciju i asistiranje kod aspiracije provesti pod aseptičnim uvjetima sukladno – protokolu ustanove
- Praćenje i evidencija izgleda, količine, mirisa aspirata
- Namjestiti bolesnicu tijekom dana više puta u Fowlerov položaj Svakodnevna promjena bakteriološkog filtera na cijevima respiratora koji je ujedno i ovlaživač zraka
- Primjena propisanih bronhodilatatora po potrebi i antibiotika prema antibiogramu kod – pojave infekcije dišnih putova

Mogući ishodi/evaluacija

- Bolesnica ima prohodne dišne putove, diše frekvencijom od 16-18/min bez hropaca i šumova

4.2.4.2. SMBS – osobna higijena

Prikupljanje podataka uključuje prepoznavanje uzroka SMBS, prepoznavanje pacijentovih potreba.

Ciljevi

- Bolesnica će biti suha i dotjerana
- Sestrinske intervencije
- Sestrinske intervencije
- osigurati privatnost
- dogovoriti osobitosti održavanje higijene
- osobnu higijenu izvoditi uvijek u isto vrijeme
- dogovoriti sa bolesnicom temperaturu vode
- osigurati da je prostorija u kojoj se vrši osobna higijena topla i bez propuha
- ukoliko se utvrde bolovi kod bolesnice, primijeniti ordinirani analgetik oko 30 minuta prije izvođenja osobne higijene
- učiniti okolinu sigurnom prilikom izvođenja osobne higijene: korištenje zaštitnih ogradica na krevetu
- kupati bolesnicu u krevetu
- promatranje i uočavanje promjena na koži tijekom kupanja
- koristiti blage sapune, posebno oko anogenitalne regije
- koristiti mekane trljačice i ručnike
- utrljavanje zaštitnih losiona i krema na kožu po završetku kupanja
- oprati kosu
- osušiti kosu
- urediti nokte na nogama i rukama
- presvući krevet nakon izvođenja osobne higijene

Mogući ishodi/evaluacija

- Bolesnica je suha, dotjerana i bez neugodnih mirisa

4.2.4.3. SMBS - eliminacija

Prikupljanje podataka uključuje prepoznavanje uzroka SMBS, prepoznavanje pacijentovih potreba

Ciljevi

- Bolesnica će biti suha i čista

Sestrinske intervencije

- Osigurati privatnost
- Utvrditi sa bolesnikom metode, vrijeme eliminacije
- Dogovoriti sa bolesnikom način na koji će pozvati po završetku eliminacije
- Pripremiti krevet i pelene za eliminaciju u krevetu
- Biti u neposrednoj blizini tijekom izvođenja eliminacije Ne požurivati izvođenje eliminacije, osigurati dovoljno vremena Pokazati poštovanje tijekom izvođenja eliminacije
- Postaviti urinarni kateter aseptično prema protokolu ustanove
- Redovito mijenjanje urinarnog katetera Redovito aseptično mijenjanje urinarne vrećice
- Promjena posteljine i pidžame ukoliko je potrebno nakon izvedene eliminacije

Mogući ishodi/evaluacija

- Bolesnica je suha i uredna

4.2.4.4. SMBS - hranjenje

Prikupljanje podataka uključuje prepoznavanje uzroka SMBS, prepoznavanje prepoznavanje nutritivnih potreba, procjena refleksa gutanja.

Ciljevi

- Bolesnica će biti sita

Sestrinske intervencije

- Procijeniti stupanj samostalnosti
- Osigurati hranu odgovarajuće temperature
- Provoditi kontinuirano prehranu tijekom dana enteralnom pumpom
- Kontinuirano pratiti gastrostomu i uočiti promjene malfunkcije te obavijestiti o tome
Kontinuirano nadgledati bolesnicu tijekom hranjenja
- Iza 22 sata više ne davati tekućine ni hranu

Mogući ishodi/evaluacija

- Bolesnica je sita

4.2.4.5. Visok rizik za dekubitus (Braden skala 7) 2° bolest motornih neurona

Procijeniti rizik od dekubitusa sa Braden skalom, pregledati kožu pacijenta, prikupiti podatke o laboratorijskim pokazateljima: hemoglobin, hematokrit, serumski albumin, fosfor, magnezij [18]

Ciljevi

- Bolesnica neće razviti dekubitus

Sestrinske intervencije

- Procjenjivat postojanje čimbenika rizika za dekubitus - Braden skala dva puta tjedno.
- Prilikom promjene stanja pacijenta, odrediti učestalost ponovne procjene na Braden skali.
- Upisati rizike čimbenika sukladno broju bodova Braden skale.
- Djelovati na rizike čimbenika sukladno bodovima Braden skale.
- Nadzirati pojavu edema.
- Održavati higijenu kože - prema standardu.
- Održavati higijenu kreveta i posteljnog rublja.
- Izraditi algoritam mijenjanja položaja pacijenta sukladno bodovima Braden skale

Mogući ishodi/evaluacija

- Bolesnica nije razvila dekubitus

4.2.4.6. Visok rizik za infekciju u/s urinarnim kateterom

Ciljevi

- Bolesnica neće razviti znakove urinarne infekcije tijekom hospitalizacije

Sestrinske intervencije

- Kontinuirano praćenje vitalnih parametara preko hemodinamskog monitora
- Praćenje laboratorijskih nalaza
- Praćenje izgleda izlučevina
- Poslati urin iz urinarnog katetera na bakteriološku analizu
- Poslati vrh urinarnog katetera na bakteriološku analizu
- Obući zaštitne rukavice
- Održavati higijenu ruku prema standardu
- Održavanje higijene prostora prema unutarnjem protokolu ustanove
- Održavanje higijene perianalne regije bolesnice nakon defekacije
- Praćenje bolesnice u svrhu pojave simptoma i znakova infekcije

- Primjena antibiotske terapije prema antibiogramu

Mogući ishodi/evaluacija

- Bolesnica neće razviti znakove urinarne infekcije tijekom hospitalizacije

4.2.5. Otpusno pismo zdravstvene njege

Pacijentici L.L. se stanje stabiliziralo te se otpušta na kućnu skrb. Pacijentici se uz liječničko izdaje i otpusno pismo zdravstvene njege. Skrbnik pacijentici je suprug, nisu korisnici socijalne pomoći. U skrb je do prijema u bolnicu bio uključen suprug.

Tijekom boravka na odjelu Pulmologije rješavani su sljedeći problemi iz područja zdravstvene njege:

- Smanjena prohodnost dišnih puteva
- SMBS – osobna higijena,
- SMBS - eliminacija,
- SMBS - hranjenje
- Dekubitus I° na glutealnoj regiji u/s nepokretnošću 2° bolest motornih neurona
- Visok rizik za infekciju u/s urinarnim kateterom

Ad 1) Smanjena prohodnost dišnih puteva

Medicinska sestra je nadzirala respiratorni status tijekom 24 sata, pratila vitalne funkcije putem hemodinamskog monitora, izvodila promjenu položaja svaka 2 sata, izvodila drenažne položaje kod bolesnice. Medicinska sestra je pratila dnevni unos tekućine. Medicinska sestra je slušala i bilježila intenzitet hropaca, krkljanja, provodila aspiraciju, pratila stanje aspirata te o svemu informirala liječnika.

Bolesnica je bila zadovoljna sa svojim stanjem i dišni putevi su bili prohodni.

Ad 2) SMBS – osobna higijena

Medicinska sestra je procjenjivala stupanj samostalnosti bolesnika, osiguravala privatnost i obavljala aktivnosti osobne higijene u dogovoreno vrijeme s pacijenticom. Bolesnica je iskazala zadovoljstvo s radom medicinske sestre. Bolesnica je bila čista i suha.

Ad 3) SMBS – eliminacija

Medicinska sestra je osigurala privatnost, utvrdila s bolesnicom metode, vrijeme eliminacije, dogovorila sa bolesnicom način na koji će je pozvati po završetku eliminacije. Pripremila posteljno rublje i bila u blizini. Medicinska sestra je postavila urinarni kateter aseptično prema protokolu ustanove. Medicinska sestra je redovito mijenjala urinarni kateter i urinarnu vrećicu.

Bolesnica je bila zadovoljna što se sve dogovorilo unaprijed i što je medicinska sestra bila strpljiva. Bolesnica je tijekom hospitalizacije bila čista i bez neugodnih mirisa.

Ad 4) SMBS - hranjenje

Medicinska sestra je provodila kontinuirano prehranu tijekom dana putem enteralne pumpe. Medicinska sestra je kontinuirano pratila gastrostomu i nadgledala bolesnicu tijekom hranjenja. Bolesnica je bila sita.

Ad 5) Dekubitus I° na glutealnoj regiji u/s nepokretnošću 2° bolest motornih neurona

Medicinska sestra redovito je mijenjala položaje pacijentu, održavala higijenu rizičnih mjesta, mijenjala plahte i pazila na materijale na kojim bolesnik leži. Bolesnica je bila zadovoljan s radom medicinske sestre. Bolesnica je unatoč poduzetim mjerama prevencije razvila dekubitus na glutealnoj regiji. Obitelj je usvojila znanje o važnostima higijene i mijenjanja položaja kako bi se smanjio rizik od razvoja i komplikacija nastalog dekubitusa. Kod kuće se preporučuje često mijenjanje položaja. Potrebno je podupiranje pacijenta s jastucima pod nogama. Nabavka antidekubitalnog madraca.

Ad 6) Visok rizik za infekciju u/s urinarnim kateterom

Medicinska sestra je kontinuirano pratila laboratorijske nalaze i izgled i količinu izlučevina. Medicinska sestra je uzimala urin na bakteriološku analizu. Obavljala promjenu katetera u aseptičnim uvjetima. Medicinska sestra je održavala higijenu perinanalne regije i pratila znakove infekcije kod bolesnice. Bolesnica nije razvila urinarnu infekciju tijekom hospitalizacije.

Kod otpusta pacijentica je potpuno ovisna o tuđoj pomoći te zahtijeva nastavak zdravstvene njege u kući u punom opsegu. Pacijentica je osrednjeg fizičkog stanja, svjesna, nepokretna, kompletno inkontinentna, dobrog apetita i dobro hidrirana. Na svakom gluteusu ima dekubitus prvog stupanja veličine 5x5 mm, nema sekrecija, Braden skala 13. U specijalnim potrebama za zdravstvenom njegom pacijentica ima: postavljen urinarni kateter, kanilu, otpušta se sa respiratorom i hranjenje putem PEG-e. Pacijentici je potrebna pomoć kod hranjenja putem PEG-a, pomoć u održavanju dišnog puta na endotrahealnu kanilu (respirator), pomoć u sprečavanju komplikacija dugotrajnog ležanja. Mjere sprečavanja infekcije uključuju higijenu urinarnog

katetera, aspiriranje u aseptičnim u uvjetima, hranjenje na stomu prema uputama, toaleta ulaza gastrostome i traheostome. Preporučuje se zdravstvena njega u kući u punom opsegu (zdravstvena njega 4 - 7 x tjedno).

Potrebni materijali za zdravstvenu njegu uključuju pelene za odrasle, urinarni kateter Foley 18, sterilne komprese 20x10 cm, sistem hranjenja za PEG, špricu 50 ml za hranjenje na sondu, špricu 10 ml sterilnu, izotoničnu otopinu, katetere za aspiraciju CH 14 ili 16, Nutrison hrana 1000 ml, urinarne vrećice s ispustom, Flocare Top Fill rezervoari za hidraciju te moderne obloge za dekubitus. Prije otpusta tim za planirani otpust obavio je edukaciju obitelji za korištenje respiratora u kućnim uvjetima, za održavanje dišnog puta – kapanje FO i aspiriranje, toaleta kanile; hranjenje i napajanje pacijentice preko enterogastrostome, postavljanje hrane na pumpu te toaletu ulaza gastrostome. Pacijentica je djelomično informirana o svojem stanju, a obitelj detaljno.

5. Rasprava

Pacijentica u prikazu slučaja koja boluje od bolesti motornog neurona imala je rijetki podtip bolesti za koji je prognoza izuzetno loša i u njenom stanju prilikom zadnje hospitalizacije planirana joj je kontinuirana palijativna skrb. Provođenje kvalitetne i kontinuirane zdravstvene njega bolesnika sa bolesti motornih neurona potrebna je od opostavljanja dijagnoze do terminalne faze bolesti. Pacijenti s bolestima motornih neurona često imaju probleme u svakodnevnom životu, usporeni su, teško se izražavaju tj. pate od kognitivne disfunkcije koja narušava život obitelji. Zadaci medicinske sestre su da uoči kognitivne probleme te da sudjeluje u edukaciji i pacijenta i obitelji. Važno je pacijentu naglasiti da su ti problemi odraz njegove osnovne bolesti, a ne osobnosti. Medicinska sestra treba biti stručna, suosjećajna, odgovorna.

Pacijentica u prikazu slučaja razvila je komplikacije dugotrajnog ležanja što se često povezuje s pacijentima oboljelim od bolesti mišićnog neurona, te smo njegovatelje educirali o rizicima i komplikacijama dugotrajnog mirovanja. Sestrinske intervencije uključivale su edukaciju pacijentice i obitelji, povezivanje s njima, te praćenje razvoja simptoma bolesti i njihovo ublažavanje. Dobro upravljanje zdravstvenom skrbi pacijentice s bolešću mišićnog neurona uključuje multidisciplinarni tim sa sjedištem u bolnici ili zajednici. U posljednje vrijeme sa poboljšanjem dijagnostike, liječenja i otkrivanjem mehanizama nastanka ovih bolesti dobivamo novije spoznaje o ovoj bolesti [20]. Suština zdravstvene njege kod navedene pacijentice bilo je dobro upravljanje simptomima, uključujući ventilacijsku invazivnu potporu, nutritivnu potporu perkutanom endoskopskom gastrostomijom, a u završnoj fazi bolesti uključila se palijativnu skrb nakon pažljivog razgovora s pacijenticom i obitelji.

Medicinske sestre su pružale pacijentici i obitelji informacije, podržavale ih i pomagale u planiranju palijativne skrbi i omogućile ostvarenje njenih želja u posljednjoj fazi života. U tu svrhu povezale su se i s drugim zdravstvenim profesionalcima i socijalnim radnicima. Otpusno pismo zdravstvene njege bio je važan dio dobre profesionalne komunikacije medicinskih sestara sekundarne i primarne zdravstvene zaštite u planiranju kontinuirane palijativne zdravstvene njege.

6. Zaključak

Palijativna skrb je aktivna i cjelovita briga kako za osobu čija bolest više ne reagira na liječenje tako i za bolesnikovu obitelj. Palijativna skrb nastoji ublažiti bol i patnju te poboljšati kvalitetu života bolesnika i njegove obitelji. Palijativna skrb ne ublažava samo fizičke simptome već pomaže i kod psihičkih, socijalnih i duhovnih poteškoća. Zbog progresije bolesti palijativni pacijenti vrlo često su hospitalizirani i radi kontinuirane palijativne skrbi potrebno je planiranje otpusta koje treba biti dobro pripremljeno i iskoordinirano zajedno sa pacijentom i obitelji. Da bi planiranje otpusta bilo uspješno neophodan je holistički pristup u radu jer je potrebno imati cjelovitu sliku potreba osobe, znati mogućnosti podrške okoline kako bismo mogli educirati obitelj ili skrbnika o svim dostupnim kapacitetima palijativne skrbi u zajednici. Planiranje otpusta treba započeti već kod prijema u bolnicu. Izrazito je važna komunikacija između bolničkog osoblja, i bolničkog osoblja s vanjskim osobama koje preuzimaju pacijenta na daljnju skrb. Otpusno pismo zdravstvene njege važan je dio profesionalne komunikacije s patronažnim sestrama, zdravstvenom njegom u kući i ustanovama za njegu kao detaljni pokazatelj kako nastaviti pružati kontinuiranu skrb. U planiranju zdravstvene njege potrebno je poštivati i uzeti u obzir individualne potrebe pacijenta, bez obzira na spol, rasu, kulturu, vjersko uvjerenje, dob, spolnost, način života i stupanj radne sposobnosti. Važno je osigurati povjerljivost pacijenta u svakom trenutku i pružiti mu mogućnost izbora kako i gdje će živjeti i umrijeti i nakon toga mobilizirati resurse koji omogućuju njegov izbor. Pacijentu ćemo ponuditi priliku za razgovor o njegovoj bolesti, liječenju, napretku i bilo kojim aspektima njege. Palijativni tim u bolnici ili zajednici pružiti će priliku pacijentu za emocionalno izražavanje te mu pružiti emocionalnu podršku ili ih uputiti onima koji su im bliski za podršku u njihovoj bolesti. Iako se u središtu rada nalazi sam bolesnik, medicinske sestre specijalizirane za palijativnu skrb pružaju veliku podršku i savjetovanje cijeloj obitelji uključenoj u njegu bolesnika, ne samo za života već i u vrijeme žalovanja. Pružanje kvalitetne palijativne skrbi ovisi o tome da li medicinska sestra ima razvijene interpersonalne vještine i dobro kliničko znanje, a istodobno poštuje etička načela u radu. Medicinska sestra najveći dio zdravstvene njege pruža kroz stručnu podršku pacijentima i obiteljima tijekom bolesti, zato je potrebno kontinuirano razvijati sustav palijativne skrbi i edukaciju svih zdravstvenih profesionalaca bez obzira na mjesto pružanja skrbi.

7. Literatura

- [1] R. Marđetko: S umirućima do posljednjeg daha, Narodni zdravstveni list, broj 696-697, siječanj/veljača 2018, str. 4-5
- [2] Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske: Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017. -2020, Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, Zagreb, 2017.
- [3] <https://dzz-centar.hr/primarna-zdravstvena-zastita/palijativa/>, dostupno 17.05.2021.
- [4] <https://ashpublications.org/hematology/article/2008/1/465/95868/Palliative-Care-An-Historical-Perspective>, dostupno 05.03.2021.
- [5] <https://www.undp.org/sustainable-development-goals#good-health>
- [6] <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>, dostupno 05.03.2021.
- [7] <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274559/9789241514477-eng.pdf?ua=1> dostupno 05.03.2021.
- [8] S. Lovrić: Spoznaje medicinskih sestara u bolnici o palijativnoj skrbi, diplomski rad, Medicinski fakultet, Zagreb, 2016.
- [9] R. Marđetko, N. Dumbović: Centar za koordinaciju/ koordinator palijativne skrbi u županiji, Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, Zagreb, 2017.
- [10] <https://www.nppr.hr/palijativna-skrb/>, dostupno 17.06.2021.
- [11] <https://www.obnasice.hr/index.php/palijativa>, dostupno 05.03.2021.
- [12] M. Ljubičić: Palijativna zdravstvena njega, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2011.
- [13] <http://kbc-rijeka.hr/wp-content/uploads/2017/06/LetakA4-palijativa.pdf>, dostupno 17.05.2021.
- [14] Madžarac A: Informacijski tokovi u palijativnoj skrbi, diplomski rad, Medicinski fakultet, Zagreb, 2017.
- [15] <https://www.nhs.uk/conditions/lung-cancer/>, dostupno 15.06.2021.
- [16] <https://www.krenizdravo.hr/zdravlje/bolesti-zdravlje/rak-karcinom-pluca-uzroci-simptomi-i-lijecenje>, dostupno 17.05.2021.

[17] Hrvatska komora medicinskih sestara; Sestrinske dijagnoze, Hrvatska komora medicinskih sestara, Zagreb, 2011.

[18] Jurinjak M; Sestrinska skrb u prevenciji i tretmanu dekubitusa, završni rad, Sveučilište Sjever, 2017. <https://repositorij.unin.hr/islandora/object/unin:1284>

[19] N. Sopić: Organiziranje sustava prijema i otpusta pacijenata u palijativnoj skrbi, Sveučilište u Zagrebu, Zagreb, 2014. <https://repositorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef:472>

[20] Arora RD, Khan YS. Motor Neuron Disease. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021.

[21] Hubner Christian A., Jentsch Thomas J. Ion Channel Diseases. Human molecular genetics. 2002, Vol 11, No 20: 2435-45

Popis tablica

Tablica 2.1. Prikaz službi palijativne skrbi prilagođen organizaciji zdravstvenog sustava Republike Hrvatske prema preporukama Europskog udruženja za palijativnu skrb Izvor: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274559/9789241514477-eng.pdf?ua=1	8
Tablica 2.2. Procjena potreba za palijativnim kapacitetima po županijama prema preporukama Europskog udruženja za palijativnu skrb/ Mreži javne zdravstvene službe Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; Zdravstveno-statistički ljetopis za 2019. Godinu, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, 2020.....	10
Tablica 2.3. Dostupni resursi za palijativnu skrb u Republici Hrvatskoj do ožujka 2017. Izvor: Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske: Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017. -2020, Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, Zagreb, 2017.	11

Popis slika

Slika 2.1. Slika 2.1. Interdisciplinarni pristup Izvor:

<https://www.obnasice.hr/index.php/palijativa>, dostupno 08.03.2021.12

Slika 2.2. Postavljanje dijagnoze Z51.5. Izvor: [https://www.bolnica-zadar.hr/pacijenti-i-](https://www.bolnica-zadar.hr/pacijenti-i-posjetitelji/palijativna-skrb/)

[posjetitelji/palijativna-skrb/](https://www.bolnica-zadar.hr/pacijenti-i-posjetitelji/palijativna-skrb/).....17

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski 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 izjavu o autorstvu rada.

Ja, KARLA KOPORNIĆ (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Sestrinska skrb za palijativnog bolesnika i otpust kući (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:

(upisati ime i prezime)

Karla Kopornić

(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, KARLA KOPORNIĆ (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Sestrinska skrb za palijativnog bolesnika i otpust kući (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:

(upisati ime i prezime)

Karla Kopornić

(vlastoručni potpis)