



COMPASSIONATE COMMUNITIES
Together for Palliative Care
14 OCTOBER 2023
WORLD HOSPICE & PALLIATIVE CARE DAY



Knjiga sažetaka

**međunarodnog kongresa pod
nazivom**

**"Važnost multidisciplinarnog
pristupa pri donošenju odluka
u palijativnoj skrbi "**

**05.- 08.10.2023. godine
Varaždin, Hotel Turist**

The future of palliative care in Europe - what decisions must we make

Sonja McIlpatrick, Professor of Nursing and Palliative Care and Dean of the Doctoral Collage at Ulster
University
EAPC Board member, UK

It was in over twenty years ago, when I was working as a district nurse, that I started to question the important contribution of palliative care for patients being cared for at home. I could clearly see, different examples of both good and not so good quality care and this led me to question, what were the factors that contributed to this? I could see that timely, appropriate access to symptom management, a multidisciplinary team, comprised of both generalist and specialists, could really make a difference to the quality of life and death for people and their families. This passion, to seek to enhance the quality of life and death for patients and their families, remains central to my interest and work in palliative care today.

I am a Professor of Nursing and Palliative Care and Dean of the Doctoral College at Ulster University. My work is comprised of four key elements; researcher; teacher, practitioner, and leader. I am passionate about the importance of asking research questions, generating evidence, using robust evidence to develop practice and improve care. If re-elected, I would continue to contribute towards developing and promoting palliative care in Europe, seeking to enhance the quality of life and death for patients and their families.

Donošenje odluka u multidisciplinarnom timu palijativne skrbi – izazov za medicinske sestre i tehničare

izv.prof.dr.sc. Marijana Neuberg; Tina Košanski, predavač; Mateja Križaj Grabant, predavač
Sveučilište Sjever

E-mail: mneuberg@unin.hr

Donošenje odluka u palijativnoj skrbi po prirodi se razlikuje od odluka u kurativnoj medicini. Više nego u bilo kojem djelu medicine pacijenti u palijativnoj skrbi imaju pravo sudjelovati u odlukama koje se donose u vezi s njihovom skrbi.

Poticanje pacijenata na sudjelovanje u zajedničkom donošenju odluka te promatranje pacijenta kao ravnopravnog člana interdisciplinarnog tima trebali bi podržati svi zdravstveni djelatnici. Navedeno je važno upravo iz razloga što zajedničko donošenje odluka pacijenti prepoznaju kao pokretač za optimalnu palijativnu skrb.

Autonomija pacijenta kod donošenja medicinskih odluka, ali i donošenja odluka o svakodnevnoj skrbi i odlukama u vezi s krajem života jedan je od prioriteta u skrbi. Pacijenti najčešće žele sudjelovati u odlukama koje se tiču svakodnevne zdravstvene njege posebice prehrane, načina održavanja osobne higijene, vremena odmora i

spavanja, ali i u medicinskim odlukama vezanim uz liječenje, tretiranje bola te osobito u odlukama na kraju života koje se odnose na osjećaj kontrole nad „nezavršenim” poslovima i opraštanje od drugih.

Cilj ovog istraživanja je ispitati percepciju medicinskih sestara/tehničara koje rade u palijativnoj skrbi i medicinskih sestara/tehničara koji rade na drugim odjelima o uključivanju pacijenata u donošenje odluka, kao i ispitati samostalnost donošenja odluka kod pružanja/provođenja zdravstvene njege.

Rezultati pokazuju kako medicinske sestre koje rade u palijativnoj skrbi češće uključuju pacijente u donošenje odluka, te kako su samostalnije u donošenju odluka vezanih uz zdravstvenu njegu. Uključivanje pacijenata u donošenje odluka proces je koji svi zdravstveni djelatnici trebaju prihvatiti i u njemu aktivno sudjelovati. Pacijent je subjekt odnosno partner i kreator skrbi zajedno sa svojom obitelji.

Samostalnost medicinskih sestara i tehničara u donošenju odluka te preuzimanje odgovornosti za provedene postupke iz područja zdravstvene njege prioritet je edukacije na svim razinama. Sukladno razini obrazovanja i kompetencijama koje medicinske sestre/tehničari imaju, donošenje i provođenje odluka iz djelokruga zdravstvene njege nužnost je koju treba provoditi svjesno, pomoću znanja utemeljenog na dokazima te uz uključivanje bolesnika.

Komunikacija kao glavni alat i najveća zapreka u donošenju odluka u palijativnoj skrbi

mr.sc. Renata Bermanec

Dom zdravlja Čakovec, HDMSPS

e-mail: renata_mardjetko@yahoo.com

Komunikacija je u palijativnoj skrbi ne samo glavni alat za rad već i jedan on načina da se ostvare sva načela na kojima palijativna skrb počiva. Jedno od načela je autonomija koja uključuje brojne aspekte kao što su etička promišljanja, donošenje odluka, želje i uloga bolesnika u svojoj skrbi i bolesti, suradnja i zajedništvo bolesnika, obitelji i profesionalaca u planiranju skrbi i drugo. Da bi sve navedeno rezultiralo dobrom skrbi, ključni su sposobnost i znanje profesionalaca da pomoću ispravne komunikacije i podrške stvore okruženje u pružanju palijativnoj skrbi u sklopu kojeg će i bolesnik i njegova obitelj moći donositi najbolje odluke za svoj život, a i svoju smrt.

Cilj ovog izlaganja je naglasiti važnost elemenata potrebnih u komunikaciji, potrebu za ispravnim načinom pružanja informacija bolesniku i obitelji te značaj podrške kako bi bolesnik i njegova obitelj mogli donijeti najbolje odluke za skrb zajedno s profesionalcima.

Nadalje, potrebno je istaknuti važnost zajedničkih smjernica u komunikaciji u palijativnoj skrbi u Hrvatskoj, analizirati put/ korake u procesu donošenja odluka o skrbi i prepoznati oblike komunikacije i druge elemente koji čine prepreke za terapijsku komunikaciju i donošenje dobrih odluka. Samo na temelju prepoznatih i definiranih

problema će profesionalci u palijativnoj skrbi, ali i sustavu zdravstvene, socijalne i duhovne skrbi moći poboljšati timski, ali i individualni rad i pružati kvalitetniju palijativnu skrb za bolesnike i njihove obitelji temeljenu na međusobnom razumijevanju i podršci u donošenju životno važnih odluka.

Holizam kao ključni segment zdravstvene njege u palijativnoj skrbi- preliminarni rezultati

Tina Košanski, predavač; izv.prof.dr.sc. Marijana Neuberg; Mateja Križaj Grabant, predavač; Valentina Novak, predavač
Sveučilište Sjever

e-mail: ticikac@unin.hr

Palijativna skrb predstavlja multidisciplinarni pristup u kojem ključnu ulogu, uz ostale profesionalce, imaju i medicinske sestre/tehničari koji provođenjem zdravstvene njege osiguravaju zbrinjavanje različitih bolesnikovih potreba. Bolesnici s palijativnom dijagnozom imaju višestruke potrebe koje proizlaze iz sve četiri dimenzije čovjeka – fizičke, psihičke, socijalne i duhovne potrebe. Skrb o bolesniku kao o cjelovitom biću, s uvažavanjem te zbrinjavanjem potreba iz svih navedenih dimenzija skrbi definira se kao holistička sestrinska skrb. Istraživanja pokazuju kako je holistička sestrinska skrb neizostavna kod pacijenata s dijagnozom kroničnih bolesti i pacijenata s palijativnom dijagnozom te treba biti u srži svakodnevnog rada s teško bolesnim pacijentima. Međutim, često je u praksi vidljiv fokus na samo jednu dimenziju skrbi, najčešće fizičku, iz brojnih razloga. Cilj istraživanja bio je utvrditi učestalost provođenja intervencija iz pojedine dimenzije skrbi, samopercepciju znanja medicinskih sestara/tehničara o pojedinoj dimenziji skrbi te utvrditi barijere u provođenju holističke skrbi. Provedeno je kvantitativno presječno istraživanje na medicinskim sestrama/tehničarima koji su zaposleni u djelatnostima specijalističke palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj. Preliminarni rezultati pokazuju zastupljenost sestrinskih intervencija za zbrinjavanje sve četiri vrste potreba. Međutim, vidljive su razlike u učestalosti provođenja navedenih sestrinskih intervencija za pojedinu vrstu potreba. Također su vidljive razlike u samopercepciji znanja medicinskih sestara/tehničara o intervencijama za zbrinjavanje pojedine vrste potreba u palijativnoj skrbi. Rezultati ističu čimbenike koje medicinske sestre/tehničari smatraju barijerama u provođenju holističke sestrinske skrbi kao što su nedostatak vremena, nedostatak podrške od strane nadređenih i kolega te nedostatak motivacije. Na temelju preliminarnih rezultata može se zaključiti kako postoji potreba za edukacijom medicinskih sestara/tehničara o načinima i važnosti zbrinjavanja svih vrsta potreba kod bolesnika koji imaju potrebu za palijativnu skrb kako bi iste bile podjednako zastupljene u zdravstvenoj njezi. Implementacija holističke sestrinske skrbi u svakodnevnu praksu važna je jer povećava zadovoljstvo bolesnika i članova njegove obitelji te ujedno povećava i kvalitetu pružene zdravstvene njege.

Motivacija i zainteresiranost studenata sestrinstva za rad u palijativnoj skrbi

Valentina Novak, predavač; Tina Košanski, predavač; izv.prof.dr.sc. Marijana Neuberg
Sveučilište Sjever

E-mail: vanovak@unin.hr

Palijativna skrb je cjelovita skrb za bolesnika oboljelog od neizlječive bolesti, njegovu obitelj, a, posredno, i za cijelu zajednicu. Iako je područje palijativne skrbi relativno mlada disciplina u Republici Hrvatskoj, entuzijastičnim i napornim radom profesionalaca iz palijativne skrbi koji promoviraju, educiraju i implementiraju postulate palijativne skrbi u praksu, pojam palijativne skrbi je prepoznat u široj zajednici. Međutim, uz sam pojam se još uvijek vežu brojne stigme i predrasude. Edukacija studenata sestrinstva, kao budućih nositelja kvalitete zdravstvene njege bolesnika s potrebom za palijativnom skrbi, jedna je od važnih mjera borbi protiv stigmatizacije palijativne skrbi.

Cilj ovog rada je utvrditi razmišljanja studenata sestrinstva o palijativnoj skrbi te istražiti njihovo zadovoljstvo edukacijom kako bismo prepoznali područja djelovanja u motiviranju studenata za rad s bolesnicima kojima je palijativna skrb potrebna.

Istraživanje je provedeno među studentima prijediplomskog stručnog i diplomskog sveučilišnog studija sestrinstva Sveučilišta Sjever.

Studenti iskazuju zabrinjavajuće malu zainteresiranost za rad u palijativnoj skrbi, međutim dobro poznaju zahtjevnost rada u palijativnoj skrbi i djelomično su zadovoljni s edukacijom.

Najčešći komunikacijski problemi u donošenju odluka: nerealna očekivanja od profesionalaca

med. sestra Vesna Bralić; Gabrijela Tenžera, mag.med.techn., Neda Ivana Simunić bacc.med.techn.

Dom zdravlja Splitsko - dalmatinske županije

e-mail: vesna.bralic@dz-sdz.hr

UVOD: Poteškoće s kojima se susreću zdravstveni djelatnici u palijativnoj skrbi pri donošenju odluka o tome da li je pacijentu s palijativnim potrebama potreban određeni terapijski ili medicinsko dijagnostički postupak predstavljaju izazov u svakodnevnom radu.

CILJ: Predočiti kako zdravstveni djelatnici štete umirućim pacijentima zbog nerealnih očekivanja u ishodima liječenja te kvalitete skrbi te ustvrditi zašto dolazi do provođenja određenih intervencija, za koje će se mnogi stručnjaci složiti da su nepotrebni te da njihov ishod rezultira smanjenjem kvalitete života palijativnog bolesnika.

RASPRAVA: Svjesni smo činjenice da se mnogi postupci koji se provode u svrhu zbrinjavanja pacijenta s potrebama iz palijativne skrbi često nisu potrebni ili se provode bespotrebno jer koristi od toga nema pacijent ni njegova obitelj već se pacijentima u velikom broju slučajeva produžava patnja. To se odnosi na one intervencije za koje se smatra da će osobi produžiti život i poboljšati kvalitetu života, ali u kojima je mogućnost dobrobiti za pacijenta iznimno mala i daleko nadmašena potencijalnim rizicima i patnjom pacijenta. U praksi se jako često odrađuju terapijski postupci koje nazivamo „placebo za obitelj“. Takvi postupci apsolutno nemaju nikakvu korist za pacijenta te se postavlja pitanje da li su s etičkog aspekta opravdani i da li prelaze u distanziju.

ZAKLJUČAK: Zbog rapidnog napretka medicine u dijagnostičkim intervencijama i novih saznanja o terapijskim postupcima, ostaje veliki izazov na zdravstvenim djelatnicima da u pravovremenom trenutku prepoznaju pacijenta s potrebama iz palijativne skrbi, da u odgovarajućem trenutku prestanu sa nepotrebnim intervencijama, te da pacijentu s potrebama za palijativnom skrbi u posljednjim trenucima pruže kvalitetu života i skrb koja mu je uistinu potrebna kako bi mu omogućili mirnu i „dobru smrt“, a ne prolongirali patnju pacijenta i njegove obitelji.

KLJUČNE RIJEČI: palijativna skrb, pacijent s potrebama iz palijativne skrbi, komunikacija, nerealna očekivanja profesionalaca,

Komunikacijski izazovi u palijativnoj skrbi iz perspektive obiteljske medicine

Liljana Turčin, bacc.med.techn.

Ordinacija obiteljske medicine, Dom zdravlja Varaždinske županije

Tim obiteljske medicine je onaj koja najviše poznaje osobu koja boluje od uznapredovale maligne bolesti i njegovu obitelj. Kontinuiranim praćenjem oboljelu osobu vodi kroz sustav od dijagnoze teške neizlječive bolesti do smrti. Samim time postavlja se pitanje komunikacijskih izazova koji se stavljaju ispred zdravstvenih djelatnika u timu obiteljske medicine. Na koji način dozirati informacije i pripremati oboljelu osobu i obitelj na tijek bolesti. Osobito su istaknuti komunikacijski izazovi kod disfunkcionalnih obitelji te usklađivanje želja i mogućnosti u planiranju skrbi. Kao što je poznato komunikacija je osnovni alat zdravstvenih djelatnika u obiteljskoj medicini za priopćavanje dobrih ali i loših vijesti. Do izražaja komunikacijski izazovi u saopćavanju loše vijesti dolazi za vrijeme pandemije COVID-19. U tom razdoblju do izražaja dolazi važnost potrebne podrške zdravstvenim djelatnicima u jačanju samopouzdanja i znanja u komunikacijskim izazovima koji su stavljeni ispred njih. Sama spoznaja da bolest napreduje i da je vrijeme za pripremu oboljele osobe i obitelji ograničeno izaziva stresne situacije, a osobito kod nerealnih očekivanja kako oboljele osobe tako i obitelji. Često je vrlo teško potaknuti razgovor o progresiji bolesti i kraju života, o mjestu skrbi i uključivanja ostalih službi u skrb. U mnogim slučajevima postoje nerealna očekivanja obitelji vezano uz skrb za oboljelu osobu te nerazlikovanja zdravstvenih od socijalnih ustanova. Postavlja se pitanje da li je "forsiranje" hospitalizacija i određenih dijagnostičkih postupaka od strane obitelji nije neki oblik zlostavljanja nad oboljelom osobom koja to odbija.

Kroz primjere iz prakse pokušat ćemo približiti o izazovima u komunikaciji i najčešćim barijerama s kojima se susrećemo. Te zajedno doći do određenih zaključaka dilema u donošenju odluka koje bi olakšale radi timova obiteljske medicine.

KLJUČNE RIJEČI: komunikacija, obiteljska medicina, izazovi, palijativna skrbi

Teške odluke i dileme kod planiranog otpusta bolesnice oboljele od karcinoma pluća iz bolnice - Prikaz slučaja

Ines Dobrić, bacc. med.techn; Marinić Ružica, mag.med.techn; Joka Ana, mag.med.techn; Tanja Zovko, mag.med.techn; Umičević Ana, mag.med.techn.

Klinički bolnički centar Zagreb

Planirani otpust bolesnika oboljeloga od karcinoma pluća iz bolnice nakon postavljanja šifre palijativne skrbi sadrži procjenu bolesnikovih potreba za uslugama nakon bolničkog liječenja i dostupnost tih usluga. Prednosti planiranog otpusta bolesnika koji imaju potrebu za palijativnom skrbi iz bolnice su: smanjenje prosječnog trajanja hospitalizacije i produljenje istog, smanjenje opetovanih prijema, poboljšana komunikacija i profesionalnost, bolja informiranost obitelji, stjecanje povjerenja bolesnika, središnja veza svih službi (primarna i sekundarna razina). Unatoč tomu primjenom palijativnog pristupa nastoji se bolesniku i bliskim članovima obitelji pomoći u rješavanju problema. Takav pristup ne zahtjeva nove resurse i troškove osim reorganizacije postojećih i njihovo preusmjerenja na potrebe bolesnika. Svrha planiranog otpusta je priprema bolesnika i članova njegove obitelji i drugih njemu važnih osoba za što kvalitetniji prihvat i prilagodbu u novom okruženju skrbi. Osnaživanje bolesnika i njemu važnih osoba ostvaruje se edukacijom za specifične aktivnosti koje će se provoditi u novom okruženju. Kroz prikaz slučaja bolesnika oboljeloga od karcinoma pluća objasniti će se s kojim situacijama se svakodnevno susreću sestre na pulmološkim odjelima kada je riječ o bolesnicima koji imaju potrebu za palijativnom skrbi na koje probleme nailaze, te tijekom planiranog otpusta bez obzira otpušta li se bolesnik kući, u drugu stacionarnu ustanovu ili ustanovu socijalne skrbi uz podršku bolničkog koordinatora za palijativnu skrb.

Instrument anticipirane naredbe u planiranju palijativne skrbi

Dženana Mulaomerović-Musić, dr.med.,

Odjel za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivnu medicinu s JIL-om, ŽB Čakovec

Institut anticipirane naredbe, odnosno anticipirane punomoći uveden je u R Hrvatskoj prvi put u područje obiteljsko – pravnih i statusnih odnosa Obiteljskim zakonom 2014. godine, a zadnjih godina se primjenjuje u donošenju odluka o liječenju. Njime se afirmira načelo autonomije pojedinca da u strogo propisanoj formi, u vrijeme dok je sposoban izraziti volju, UNAPRIJED odluči o različitim situacijama za slučaj buduće nesposobnosti samostalnog donošenja takvih odluka. Budući da je u samoj srži palijativne skrbi želja održati autonomiju oboljele osobe ovaj pravni instrument omogućuje svakom pojedincu da se nakon POTPUNOG i ISCRPNOG INFORMIRANJA o prirodi svoje bolesti unaprijed donese određene odluke o postupcima liječenja i skrbi kojima se želi ili odbija podvrći. U izlaganju se prikazuje anticipirana naredba pacijentice oboljele od ALS-a koja je odbila primjenu mehaničke ventilacije u terminalnoj fazi bolesti.

Otpusno pismo kao instrument donošenja odluka u palijativnoj skrbi

Ivana Kukec, dr.med.

Klinika za onkologiju, Klinički bolnički centar Zagreb

e-mail: ikucec@kbc-zagreb.hr

Pisanje dobrog otpusnog pisma za pacijente u palijativnoj skrbi ključno je za osiguranje kontinuiteta skrbi i učinkovitu komunikaciju između pružatelja zdravstvenih usluga. Otpusno pismo za pacijente na palijativnoj skrbi je dokument kako za bolesnika, tako za njegovu obitelj/ njegovatelje, liječnika obiteljske medicine, koordinатора palijativne skrbi, liječnika u mobilnom palijativnom timu, liječnika u ustanovi za palijativnu skrb.

Preduvjet za napisati opsežno otpusno pismo za pacijente na palijativnoj skrbi je dobro upoznati bolesnika, njegovu obitelj/ njegovatelje, liječnika obiteljske medicine...

U prvom dijelu potrebno je dobro zapisati sve osnovne podatke o pacijentu (ime, prezime, dob, datum rođenja). Uključite podatke za kontakt pacijentovog primarnog njegovatelja ili člana obitelji (ime broj telefona), točnu adresu na koju se bolesnik otpušta.

Dobro je zabilježiti ime, prezime i kontakt liječnika obiteljske medicine.

Pružite kratak pregled pacijentove povijesti bolesti, uključujući njegovu primarnu dijagnozu, popratne bolesti. Svakako dodati dijagnozu Palijativna skrb Z 51.5, to je administrativna šifra kojom se bolesniku mogu omogućiti prava iz domene palijativne skrbi.

Zatim se može označiti koji je ključni djelatnik tima zadužen za tog bolesnika.

Ključni djelatnik je obično onaj djelatnik bolničkog tima za palijativno liječenje koji je pregledavao bolesnika i najviše komunicirao kako s bolesnikom tako i s njegovom obitelji/ njegovateljima.

Da bi se bolesnika moglo dobro zbrinuti i napisati otpusno pismo ključno je procijeniti i ispitati njegove simptome i potrebe. Palijativna konzultacija zato mora biti holistička, vrlo detaljna i jednako tako evidentirana.

Prvi dio je gruba procjena bolesnikovog stanja. Za onkološkog palijativnog bolesnika uobičajeno je koristiti ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) ljestvicu izvedbenog statusa. Za neonkološke bolesnike može se koristiti Karnofsky skala.

Slijedi zabilježavanje simptoma. Na hrvatski jezik je prevedena i validirana revidirana Edmontonova ljestvica simptoma (rESAS). Ova skala ispituje bol, manjak energije, pospanost, mučninu, manjak apetita, zaduhu, depresiju, anksioznost, sveukupno osjećanje, neki drugi simptom. Najčešći drugi simptom je zatvor stolice. Postoje i brojni drugi upitnici koji se mogu koristiti za ispitivanje simptoma pr. IPOS (Integrated Palliative Care Outcome scale), EORTC (European Organization for the Research and Treatment of Cancer) upitnik kvalitete života kod palijativnog bolesnika (EORTC QLQ-C15-PAL)...

Zatim je potrebno zabilježiti psihološke simptome, te ukoliko bolesnik i/ili članovi njegove obitelji žele razgovarati s psihologom, isto se organizira i zabilježava (dodatni konzilijarni pregled psihologa). Ispituju se i duhovne potrebe, religijsko uvjerenje, te želi li bolesnik posjet duhovnika koji se onda također organizira.

Vrlo važna je i procjena nutritivnog statusa bolesnika, u ljestvici simptoma smo već zabilježili postojanje mučnine, manjka apetita, zatim evidentiramo koliko je kilograma bolesnik izgubio u posljednje vrijeme. Bilježi se BMI (Body Mass Index), NRS 2002 (Nutritional Risk Screening 2002), te rizik sarkopenije SARC-F, te se prema njima prepisuju i enteralni dodaci prehrani. Ako je očekivano preživljenje vrlo kratko educira se obitelj o fiziološki smanjenim potrebama za hranom i tekućinom.

Evidentira se faza bolesti i prognoza bolesti. Za procjenu faze bolesti koristimo ljestvicu (1-4) koju koristi palijativni bolnički tim onkološke klinike Royal Marden iz Londona, Ujedinjeno Kraljevstvo. Prognoza bolesti je jedno također vrlo teško pitanje. Liječnici su skloni precjenjivanju prognoze bolesnika, dok su medicinske sestre puno točnije u procjeni. Postoji više načina računanja prognoze i za svaku treba obrađiti da nije potpuno pouzdana. Možda najjednostavnija dostupna online je i ljestvica PPS (Palliative Performance Scale).

Potrebno je procijeniti i evidentirati potrebu za fizikalnom terapijom kod kuće, ili za nekim pomagalom primjerice hodalicom, invalidskim kolicima ili antidekubitalnim madracem (dodatni konzilijarni pregled fizijatra/traumatologa).

Kroz zaključak nalaza/otpusnog pisma radi se plan skrbi za bolesnika.

Najvažniji dio je kontrola simptoma. Primjerice ako su izraženi bolovi preporuča se analgetska terapija, uz opioidne analgetike se prepisuje i preventivna terapija za redovitu stolicu (prevencija opioidne konstipacije). Za slučaj mučnine preporuča se antiemetska terapija. Prepisuje se nutritivna najčešće enteralna potpora. Za simptome zaduhe najčešće su dovoljno učinkoviti jednostavni savjeti (promjena položaja, otvaranje prozora, ventilator), ponekad ovisno o saturaciji krvi kisikom je potrebna i oksigenoterapija po preporuci pulmologa. Navedite sve

lijekove koje pacijent trenutno uzima, uključujući dozu, učestalost i način primjene. Uključite sve nedavne promjene u lijekovima ili prilagodbe doze tijekom boravka u palijativnoj skrbi. Jedno od osnovnih načela palijativne skrbi je da se prekinu svi neophodni lijekovi (pr. statini, lijekovi za povišeni tlak...).

Opisuje se u detalje stanje bolesnika, ovisnost od drugoj osobi, daju preporuke osim gore navedenih terapijskih i ostale preporuke za pelene, podloge za prematanje, vrećice za urinarni kateter...

Navodi se točan datum otpusta/ premještaja u palijativnu ustanovu. Kod otpusta se bolesnika prijavljuje kao palijativnog nadležnom koordinatoru palijativne skrbi i preporučuju posjete mobilnog palijativnog tima. Savjetuju se češće posjete patronažne sestre, zdravstvena njega u kući.

Ukoliko se bolesnik otpušta na daljnju skrb u kućnim uvjetima organizira se obiteljski sastanak s članovima obitelji/njegovateljima koji će se nastaviti skrbiti o bolesniku. Trudi se što jasnije objasniti faza bolesti, te da daljnji dijagnostički, ni terapijski postupci ne mogu pomoći bolesniku. Pruža im se psihološka i edukativna podrška. Ovisno o njihovoj educiranosti i spremnosti educira ih se o svemu što slijedi. U detalje se opisuju prava i pomoć pri organizaciji skrbi u teškim situacijama. Daje se telefonski kontakt članova tima za eventualne kasnije probleme i podršku, te dodatne konzultacije (pri kojima nije potrebno da se bolesnika dovodi u bolnicu).

Ukoliko se procjenjuje da se bolesnika ne može otpustiti na daljnju skrb kući, razgovara se s članovima obitelji/njegovateljima o premještaju u palijativnu ustanovu.

Svaki nalaz/otpusno pismo ima datum kada je napisano i podatke za kontakt zdravstvene ustanove ili pružatelja usluga koji šalje pismo.

Na kraju slijede potpisi članova tima koji su sudjelovali u konzultaciji/organizaciji.

Ideja je da se palijativna skrb uključi rano s dijagnozom uznapredovale bolesti da se bolesnik i njegova obitelj na vrijeme pripreme za sve što slijedi, da se točno evidentira ciljeve skrbi i planiranje njege unaprijed. Također bi trebalo zabilježiti sve rasprave ili odluke vezane uz prethodne upute, status oživljavanja... Pitanje je kada i kome dati i koje obrasce?

No, palijativna skrb je i briga o umirućem i skrb na kraju života koliko god teško bilo razgovarati o smrti. Svi smo smrtni. Dok se za rođenje pripremamo barem devet mjeseci. O smrti najčešće ne razmišljamo i ne razgovaramo. To bi se trebalo promijeniti kako bi unaprijed mogli planirati svoje želje i ciljeve o posljednjim danima. Ove preporuke za pisanje palijativnih nalaza/otpusnih pisama su nastale na temelju istraživanja literature te vremenu provedenom uz bolesničku postelju, gledanju, slušanju, razgovaranju kako s bolesnicima tako i članovima njihove obitelji/njegovateljima.

Važnost komunikacije multidisciplinarnog tima u skrbi palijativnog bolesnika s disfunkcionalnom obitelji

Maja Donković mag.med.techn, Nikol Ljubičić, med.techn.

Specijalna bolnica za psihijatriju i palijativnu skrb sv.Rafael Strmac

e-mail: majadonk@gmail.com

Prikaz slučaja govori o pacijentici kojoj životne situacije i život u disfunkcionalnoj obitelji eskaliraju u nekoliko mjeseci od funkcionalnosti do Z515 dijagnoze. Cilj prikaza slučaja je ukazati na probleme u komunikaciji u skrbi palijativnog bolesnika s disfunkcionalnom obitelji te važnost multidisciplinarnosti u planiranju skrbi. Pacijentica N.N(50), arhitektica, samohrana majka djevojčice (9), nakon svađe sa prijateljem s kojim živi pokuša suicid skokom kroz prozor njegovog stana sa 5.kata zgrade. Pacijentica zaprimljena na Odjel palijativne skrbi prepoznata kao palijativni pacijent, urušenog funkcionalnog statusa posljedično politraumatskim ozljedama, paraplegijom, plasiranim vanjskim fiksatorom na desnoj potkoljenici te dekubitusom prvog stupnja na sakrumu. Pacijentici prilikom prijema potrebna pomoć pri održavanju osobne higijene, oblačenju i hranjenju.

Obiteljski problemi počinju u djetinjstvu rastavom roditelja. Sestra osnuje vlastitu obitelj a pacijentica ostaje živjeti s majkom. Tijekom boravka na palijativnom odjelu od prvog dana uključeni su svi članovi palijativnog tima; doktori, medicinske sestre, njegovatelji, duhovnici, psiholog, socijalni radnik, fizioterapeut te psihijatar. Pacijentica otpuštena s palijativnog odjela u jedan od poznatih rehabilitacijskih centara u Hrvatskoj. Tijekom liječenje osoba za kontakt je sestra kod koje boravi pacijenticina kćer. Sestra pacijentice i pacijentica tijekom uzimanja anamneze pri prijemu većinu podataka ne iznose adekvatno. Višestrukim razgovorima članova tima te kontinuiranom razmjenom informacija spajaju se određeni dijelovi priče.

Komunikacija o prijelazu na palijativno liječenje je veliki izazov za pacijenta, obitelj i članove tima.

Komunikacija s palijativnim bolesnicima i njihovim obiteljima može se poboljšati educiranjem zdravstvenih radnika i svih sudionika u procesu skrbi na tečajevima gdje bi se prikazivali primjeri iz prakse i ukazivalo na važnosti pravilnog pristupa.

Komunikacijske vještine jedno su od najvažnijih područja u palijativnoj skrbi. Potrebna je kvalitetna i kontinuirana edukacija za sve članove palijativnog tima, kako bi se usavršile optimalne i pravodobne komunikacijske vještine s pacijentima i njihovim obiteljima. Svaki član tima je važna i neophodna karika u lancu komunikacije palijativne skrbi.

Učinkovita komunikacija u zdravstvu-aspekt socijalnog rada

Katarina Maček Stjepanović, mag.act.soc.

Opća bolnica Varaždin, Služba za plućne bolesti i TBC Klenovnik

Komunikacija je neizostavni dio ljudskog života. Nemoguće je ne-komunicirati pa tako i šutnja predstavlja komunikacijski čin (Chipidza, Wallwork i Stern, 2015.). Komunikacija je jedna od najvažnijih vještina u sustavu zdravstva. Učinkovita komunikacija predstavlja ključ uspjeha zdravstvenog tima, a ima i brojne utjecaje na zadovoljstvo liječenja te sam ishod liječenja (Stewart, 1995.). Zdravstveni djelatnik uspješnom komunikacijom može saznati vrlo korisne informacije pomoću kojih dobiva sliku o načinu življenja bolesnika, mogućim razlozima uzroka problema te dobivene informacije pomažu u daljnjem tijeku liječenja (Đorđević i Braš, 2011.). Za uspješnu komunikaciju moraju postojati osnovni uvjeti, da su oba sudionika dovoljno motivirana za razgovor te dobar međuljudski odnos (Lučanin, 2010.). Navedene uvjete je nerijetko teško zadovoljiti u sustavu zdravstva jer se komunikacija često odvija u ograničenom vremenskom razdoblju, tijekom stresnih situacija. Djelatnici su preopterećeni te bolesnik može steći dojam da ga osoblje ne sluša i da nije zainteresirano za njegovo liječenje što stvara odnos nepovjerenje (Rogers i Farson, 1957.).

Bolesnik tokom hospitalizacije ostvaruje kontakte s brojnim djelatnicima i zato je izuzetno važna učinkovita komunikacija između različitih profesija u sustavu zdravstva, liječnika, medicinskih sestara, psihologa, socijalnog radnika, radnog terapeuta, fizioterapeuta. Dokazano je da kolegijalnost između članova tima pridonosi pozitivnom ishodu liječenja (O; Mara, 1999.). Bolja komunikacija zdravstvenih djelatnika u timu pridonosi većem zadovoljstvu, suradnji i boljoj kvaliteti života bolesnika kao i boljoj skrbi o bolesniku (Đorđević, Braš, 2011.). Sami bolesnici osjećaju atmosferu koja vlada u timu jer kvalitetna komunikacija u timu potiče zadovoljstvo bolesnika (Salvage, 1993.). Tokom hospitalizacije za bolesnika je važan interdisciplinarni pristup kako bi bolesnik dobio svu potrebnu pomoć i njegu. Upravo zbog toga je važna dobra komunikacija među članovima tima u kojoj različiti stručnjaci vide jedni druge kao pripadnike različitih gledišta ali koji imaju važan zajednički utjecaj na brigu i skrb o bolesniku. Važno je da stručnjak utvrdi tko je najbolja druga stručna osoba koja se može baviti danim slučajem te da ju uključi u proces (Lučanin, 2010.). Osim komunikacije između članova zdravstvenog tima važna je i komunikacija između zdravstvenih djelatnika te drugih institucija kao što su Hrvatski zavod za socijalni rad, Hrvatski zavoda za zdravstveno osiguranje, Hrvatski zavod za zapošljavanje, MUP, organizacije civilnog društva, jedinice lokalne i regionalne samouprave, neprofitne organizacije, volonteri i sl. Pojedine teškoće bolesnika mogu se riješiti isključivo međusobnom suradnjom više sustava i tu je posebno važna uloga socijalnog radnika u zdravstvu koji koordinira između sustava zdravstva te svih ostalih sustava koji su uključeni u rješavanje problematike vezano za bolesnika, a sve u dogovoru s bolesnikom, obitelji i nadležnim liječnikom. Upravo je socijalni rad u zdravstvu taj koji treba iskomunicirati potrebe bolesnika, obitelji, mogućnosti zdravstvenog sustava te drugih sustava u odnosu na potreba bolesnika. Socijalni radnik se nerijetko nađe u situaciji kada treba bolesniku i obitelji osigurati određene resurse koji su ograničeni. Na primjer, smještaj nakon dugotrajne hospitalizacije, a

nedostaje smještajnih kapaciteta. Ili su prilikom otpusta kući bolesniku i obitelji potrebne socijalne usluga, a u lokalnoj zajednici nema pružatelja socijalnih usluga ili su prekapacitirani. U tim situacijama je izuzetno važna kontinuirana kvalitetna komunikacija kako bi bolesnik i obitelj dobili točne i pouzdane informacije koje potrebe mogu biti podmirene i na koji način da se izbjegne frustracija zbog nerealnih očekivanja. Dobre komunikacijske vještine su važne upravo u tim situacijama kada bolesniku i obitelji treba priopćiti informacije koje su suprotno njihovim očekivanjima i željama. Socijalni radnik se često susreće i s oprečnim željama bolesnika i njegove obitelji. Na primjer, želja bolesnika je da umre kod kuće, a obitelj se tome protivi. U tim situacijama je potrebno niz savjetodavnih razgovora kako s bolesnikom, tako i s obitelji kako bi se pronašlo najbolje rješenje za sve dionike.

U sustavu zdravstva neizostavna je komunikacija s obitelji ili zajednicom u kojoj bolesnik živi. Važno je utvrditi ulogu obitelji jer ona može biti čimbenik tjelesne, emocionalne i socijalne potpore te može imati veliku, pozitivnu ulogu u tijeku liječenja i kasnije vezano za skrb oko bolesnika. Ali s druge strane obitelj može biti i izvor i uzročni faktor nastanka bolesti, "ometač" tokom procesa liječenja te prilikom planiranja otpusta i skrbi o bolesniku nakon hospitalizacije. Posebno je teška komunikacija s obiteljima u kojima su narušeni odnosi i koji često svoje obiteljske probleme i nesuglasice stavljaju ispred potreba bolesnika. Veliki dio radnog vremena socijalnog radnika u zdravstvu odlazi upravo na komunikaciju s članovima obitelji koji su u narušenim odnosima. Uloga socijalnog radnika je da "filtrira" sve informacije te liječniku i ostalom medicinskom osoblju prenesene najznačajnije informacije koje su važne za liječenje i daljnju skrb o bolesniku. Posebno je važno da se i sam bolesnik zaštiti informacija koje bi mogle imati negativan učinak kako na fizičko, tako i na psihičko zdravlje. Problem predstavlja i činjenica kada obitelj izbjegava komunikaciju sa zdravstvenim djelatnicima iz razloga jer se ne mogu suočiti s novonastalom situacijom. Problemi u komunikaciji ili nedostatak iste mogu dovesti do niza nesporazuma koji mogu imati brojne neugodne posljedice za sve dionike, a posebno za samog bolesnika (Brkljačić, 2013.). Postoje situacije kada članovi obitelji koji su skrbili o bolesniku teže prihvaćaju novonastalu situaciju od samog bolesnika (Lawrence i sur., 1998.). Iz tog razloga izbjegavaju kontaktirati liječnike.

Osim komunikacije s bolesnikom, većina ili gotova sva komunikacija s drugim dionicima odvija se telefonskim putem. Komunikacija telefonom vrlo je problematična jer joj nedostaje veliki dio neverbalnog segmenta te je poruka koja se prenosi nepotpuna. Nadalje, telefonska komunikacija je često ovisna o vanjskim utjecajima kao što su pozadinska buka, ometanje treće osobe i sl. (O Mara, 1999.). Upravo zbog činjenice što se veliki dio komunikacije s obitelji i stručnjacima iz drugih sustava odvija telefonskim putem izuzetno je važan ton glasa. Ton glasa kao neverbalni znak može nam otkriti emocije kao što su strah, bijes, tuga i sl.

Zdravstveni djelatnici često trebaju bolesniku i obitelji priopćiti loše vijesti. U tim situacijama je posebno važno da osoba bude empatična, iskrena i suosjećajna. Jako je važna razmjena informacija između članova medicinskog tima, da svi budu upoznati koje informacije su dobili bolesnik i obitelj kako bi svi provodili aktivnosti koje vode ka istom cilju (Braš i sur., 2011.). Važno je pripremiti bolesnika i obitelj na neminovni događaj, smrt, jer pravodobni razgovori o smrti mogu pripremiti obitelj na žalovanje.

Djelatnici u zdravstvu mogu u svom radnom vijeku steći vrhunske vještine u izvođenju zadatak koji su u opisu njihovog posla, no sve se na kraju zasniva na kvalitetnoj komunikaciji (Đorđević i Braš, 2011.). Edukacija o komunikaciji i komunikacijskim vještinama je cjeloživotni proces. Socijalni radnici u zdravstvu trebaju poseban naglasak staviti na komunikacijske vještine s obzirom na predrasude prema profesiji socijalnog rada te unaprijed stvorene ideje o socijalnim radnicima, kao i na eventualna prethodna iskustva kada osobe od sustava socijalne skrbi možda nisu dobile pozitivno rješenje vezano za određena prava.

Literatura:

1. Braš, M., Lončar, Z., Kandić-Splavski, B., Milutinović, V., Devčić, M., Stevanović, R., Juretić, A., Bičanić, I., i Cvek, M. (2011). Komunikacijske vještine u palijativnoj medicini. *Medix*, 91(1), 70-76.
2. Brkljačić, M. (2013). Etički aspekti komunikacije u zdravstvu. *Medicina fluminensis*, 49(2), 136-143.
3. Chipidza, F.E., Wallwork, R.S., i Stern, TA. (2015). Impact of the Doctor-Patient Relationship. *Prim Care Companion CNS Disord*,17(5).
4. Đorđević, V., i Braš, M. (2011). Osnovni pojmovi o komunikaciji u medicini. *Medix*, 92(1), 12-14.
5. Lawrence, R.H., Tennstedt, S.L., i Assman. S.F. (1998). Strain of the caregiver-care recipient relationship: Does it offset negative consequences of caregiving for family caregivers? *Psychology and Aging*, 13(1) 150-158.
6. Lučanin, D. (2010). Komunikacijske vještine u zdravstvu. Zagreb: Naklada Slap.
7. O'Mara, K. (1999). Communication and Conflict Resolution in Emergency Medicine. *Emerg Med Clin North Am*, 17(2), 451-459.
8. Rogers, C., i Farson, R.E. (1987). Active Listening (1957). In Newman, R.G. Danziger, M.A. i Choen, M. *Communication in Business Today*. Washington, D.C.: Heath and Company, 589-598.
9. Salvage, J. (1993). *Nursing in action: strengthening nursing and midwifery to support health for all*, Reprinted 2014. World Health Organization. Regional Office for Europe, 48, 1-123.
10. Stewart, M.A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes. *Canadian Medical Association Journal*, 152(9), 1423-1433.

Kaznena djela nasilja u obitelji na štetu osoba starije životne dobi

Vesna Šumiga, dipl.iur.

Ministarstvo pravosuđa i uprave, Uprava za zatvorski sustav i probaciju, Probacijski ured Varaždin

Probacijski poslovi obavljaju se s ciljem zaštite društvene zajednice od počinitelja kaznenih djela, radi njihove reintegracije i resocijalizacije, utjecanjem na kriminogene čimbenike koji su povezani s počinjenim kaznenim djelima. Na području Republike Hrvatske djeluje četrnaest probacijskih ureda.

Probacijski poslovi su:

- organizacija izvršavanja rada za opće dobro
- nadzor nad izvršavanjem uvjetnog otpusta ili prekida izvršavanja kazne zatvora
- nadzor nad izvršavanjem uvjetnih / djelomično uvjetnih osuda sa zaštitnim nadzorom / sigurnosnom mjerom / posebnom obvezom
- nadzor nad izvršavanjem obveza koje je u pretkaznenom postupku izrekao državni odvjetnik
- izrada izvješća na zahtjev sudaca i državnih odvjetnika prilikom odlučivanja o vrsti kaznenopravne sankcije
- izrada izvješća na zahtjev sudaca izvršenja kada odlučuju o uvjetnim otpustima ili prekidima izvršavanja kazni zatvora
- izrada izvješća za zatvore i kaznionice kada odlučuju o pogodnostima izlaska zatvorenika

Probacijski službenik uz nadzor pruža pomoć i podršku te usmjerava osuđenika u procesu prilagodbe životu u zajednici te je u redovnom kontaktu s osuđenikom i njegovom obitelji, na čiju su štetu kaznena djela najčešće i počinjena, od koje dobiva informacije koje mu omogućavaju učinkovitije upravljanje rizikom od ponovnog počinjenja kaznenog djela i od nanošenja nove štete.

Nasilje nad starijim osobama postalo je globalni društveni problem s obzirom na starenje stanovništva, koje je sve izraženije i u Hrvatskoj. Evidentno je povećanje broja kaznenih djela prijetnje iz čl. 139. i nasilja u obitelji iz čl. 179.a Kaznenog zakona, počinjenih prema starijim osobama odnosno članovima obitelji, ali zabrinjava što se prijavljuje tek svako deseto nasilje u obitelji pa i rjeđe. Posljedica je to izostanka svijesti starijih žrtava o protupravnosti određenih ponašanja na njihovu štetu, ali i njihove ovisnosti o zlostavljačima koja najčešće proizlazi iz zdravstvenih smetnji ili financijskih poteškoća.

Počiniteljima takvih kaznenih djela sudovi u pravilu izriču uvjetne osude uz zaštitni nadzor i / ili sigurnosne mjere obveznog liječenja od ovisnosti ili obveznog psihijatrijskog liječenja te su tijekom roka provjeravanja, koji može potrajati i do pet godina, pod nadzorom probacijske službe. U posljednje vrijeme nerijetko im se izriču i zatvorske kazne, s obzirom da nasilje poprima sve teže oblike.

Probacijska služba u suradnji s drugim dionicima sustava nadležnim za ovu problematiku kontinuirano ulaže napor u osnaživanje žrtava da svako nasilje prijave, nastojeći tako utjecati na promjenu društvene svijesti u cilju jačanja kritičnosti prema protupravnim ponašanjima na štetu starijih osoba, kako bi se ona lakše prepoznala i odgovarajuće sankcionirala.

LEADERSHIP radionica

doc.dr.sc. Biljana Kurtović

Zdravstveno veleučilište Zagreb, Hrvatska

Sažetak

U vremenu današnjice, mnogi se sektori, uključujući zdravstveni sustav, suočavaju s neprestanim promjenama. U takvim okruženjima konstantnih transformacija, neizbježno se naglašava važnost vodstva, jer upravo kvalitetno vođenje postaje neophodan element u uspješnom upravljanju dinamičkim sektorima. Optimalni uvjeti rada, zdravo radno mjesto, učinkovit timski rad i pozitivni ishodi za pacijente su čimbenici čije je ostvarivanje neophodno u svakodnevnom radu zdravstvenih djelatnika. To je osobito istaknuto za medicinske sestre koje su na prvoj liniji zdravstvene skrbi. Da bi se ostvarilo optimalno stanje, od ključne je važnosti da medicinske sestre razumiju i primjenjuju učinkovite strategije vođenja. U literaturi su definirane četiri osnovne vrste vođenja: autokratski, demokratski, liberalni i transformativni stil. Izbor stila vođenja često može ovisiti o specifičnoj situaciji ili intervenciji, ali u svakom trenutku vođa predstavlja uzor drugima na radnom mjestu, bilo da je taj uzor pozitivan ili negativan. Odabir pravilnog pristupa vođenju stoga je od presudne važnosti. Pored toga, potrebno je razumjeti osnovne vještine leadershipa. Te vještine obuhvaćaju komunikaciju, odlučivanje, motivaciju, strateško planiranje, ali i suosjećanje prema članovima tima. Uvođenjem „treninga“ koji se fokusiraju na ove ključne vještine, moguće je osnažiti zdravstvene djelatnike da budu bolji lideri. U tom kontekstu, radionice na temu vođenja od ključne su važnosti. Kroz proces samoanalize i učenja, polaznici mogu bolje razumjeti vlastiti stil vođenja i kako ga prilagoditi različitim situacijama.

Skrb za osobe s oštećenjem sluha u palijativnoj skrbi

Ivana Martinec mag.med.techn.

Dom zdravlja Varaždinske županije

Ivan Pajić

Udruga gluhih i nagluhих Grada Varaždina i Varaždinske županije

Komunikacija u palijativnoj medicini izrazito je težak i zahtjevan proces, a bez dobre komunikacije nema ni dobre palijativne skrbi. U palijativnoj skrbi postoje brojne situacije koje označuju posebne izazove u komunikaciji. Jedna od tih situacija je i skrb za gluhog pacijenta o kojoj se oduvijek premalo govori. Ovdje do izražaja naročito dolazi činjenica da jedna od najvažnijih potrebitih vještina u komunikaciji u palijativnoj skrbi, znati čuti i slušati, je ponekad otežana u oba smjera ukoliko nam je pacijent gluha osoba.

Pacijent treba komunicirati sa brojnim zdravstvenim radnicima, primiti i shvatiti informacije koje se odnose na prognozu, tijek liječenja i podnijeti neizvjesnost, a radi ograničenja u komunikaciji dolazimo u situacije da se naši pacijenti suočavaju s izazovima u komunikaciji s pružateljima usluga koji ne mogu komunicirati znakovnim jezikom i koji ne razumiju kulturu osoba s oštećenjem sluha.

Potrebno je pokazati pacijentu da ga se sluša i razumije, da postoji razumijevanje za njegove osjećaje, misli i potrebe, shvaćanje da su osjetljivi na nepovoljne ishode liječenja, jer suočavanje s neizlječivom bolešću posebno je izazovno životno iskustvo za svakog čovjeka tako i za osobe s oštećenjem sluha i njihove obitelji.

Prvi kontakti s palijativnom skrbi mogu biti zbunjujući za osobe s oštećenjem sluha. Važna je identifikacija medicinskog i nemedicinskog osoblja s kojima će se susresti tijekom skrbi, njihove uloge i načinu uključivanja u proces skrbi kao ne bi bili zakinuti i za psihološku i duhovnu podršku.

Važno je osigurati medicinsko osoblje sa znanjem znakovnog jezika ili neki drugi oblik kontinuirane komunikacije tamo gdje nisu dostupne osobe sa znanjem znakovnog jezika kao što su prevoditelji znakovnog jezika, kojih također u sustavu kronično nedostaje te osigurati dovoljan broj palijativnih timova. Sve sa ciljem utvrđivanja razine zdravstvene pismenosti i pacijenta s oštećenjem sluha i njegove obitelji te kako bismo odabrali najučinkovitiji način komunikacije na temelju te odluke.

Ključne riječi: gluhe osobe, komunikacija, prevoditelji znakovnog jezika, palijativna skrb

Multidisciplinarni pristup skrbi u kući za gluhu i slijepu osobu- Prikaz slučaja

Iva Kreš mag.med.techn.

Dom zdravlja Varaždin

E-mail: iva.kres@dzvz.hr

Svakom je u njegovom domu najljepše i najudobnije. Kako osigurati udobnost skrbi u kući za gluhu i slijepu osobu svakodnevni je izazov. Multidisciplinarnost i ljudskost opisana kroz prikaz slučaja.

Iako naslov kaže „prikaz slučaja”, navedenoj K.P. (1979.g.) kao niti njenoj obitelji većina događaja u životu nisu slučaj već posljedica trajnog zdravstvenog usavršavanja i dobre volje. Obitelj čine K.P. , brat, sestra i od tada samohrana majka. Naime, K.P. je u dobi od 8 godina postavljena dijagnoza piloidnog glioma na mozgu. S postavljanjem dijagnoze život obitelji se potpuno mijenja : za K.P slijedi niz teških operativnih zahvata i zračenja. Sa svakim operativnim zahvatom te kao posljedica zračenja dolazi do gubitka vida na desno oko uz ptozu kapka i trajno oštećenu rožnicu. Na istoj strani postupno dolazi do gubitka sluha. Takve vrste promjena zahtjevale su i prilagodbu školovanja pa K.P. završava osnovnu školu u Zagrebu gdje još uvijek čuje na jedno uho uz pomoć slušnih aparata. Koristi čitanje na teleskopske naočale radi čega se smatralo da Brailleovom pismu nije potrebno pridavati veliku pažnju. Nakon osnovne škole slijede novi opsežni operativni zahvati na mozgu uslijed kojih

nastaje potpuni gubitak vida na oba oka te dolazi do razvoja epi napada i gubitka ravnoteže. Slijede novi operativni zahvati, a kod svakog zahvata je potrebno postavljanje traheostome. Uslijed novonastalih promjena razvija se privremena paraliza glasnica u trajanju od oko godinu dana. Vrijeme srednjeg školovanja obilježeno je provođenjem vremena u bolnicama i na rehabilitacijama u ustanovama ili kod kuće.

Planiranje skrbi na primarnoj razini započinje otprilike od 2004. godine kada se povremeno uvodi pomoć sestre iz zdravstvene njege u kući. Uz prekide traje cijelo vrijeme od tada i ima veliko značenje za K.P. i njezinu obitelj. Danas je K.P. ovisno o danu pokretna uz pomoć druge osobe ili uz pridržavanje, potpuno slijepa i gotovo potpuno gluha. Lijeva strana tijela, a pogotovo glave ima izrazito oslabljene osjete pa su češće i ozljede tipa ugriza za jezik, pregriza usnice i slično. Većinom samostalno jede i otežano pije. U svakoj aktivnosti ovisi o tuđoj brizi i pomoći. Početkom potpunog gubitka sluha 2018. god majka se uključuje u Udrugu gluhoslijepih osoba grada Varaždina te uz pomoć volontera svladava znakovni jezik slovkanjem kojim se sporazumijeva s K.P.

Spomenula bih nedavni događaj kada se K.P. zarazila HSV-om. Tada se planiranje skrbi za zdravstvene djelatnike, a prvenstveno za obitelj ponovno pretvorilo u izazov- kako prepoznati bol i kako tretirati bol?

Postavlja se pitanje – ukoliko izostaje međusobna suradnja LOM, patronažne sestre, sestre iz zdravstvene njege u kući i palijativnog tima, kome se ova majka može obratiti? Kako se zbrinjavaju ovakvi „slučajevi” u obiteljima gdje majka također zdravstveno zakaže? Tko uči ovakve majke znakovnom jeziku u sredinama gdje nije dostupan volonter? I glavno pitanje, kome će ova majka povjeriti brigu o kćerki u slučaju pogoršanja vlastitog zdravstvenog stanja?

Multidisciplinarni pristup u kvaliteti skrbi za osobu s poteškoćama u razvoju - studija slučaja, Hospicija

Božanske milosti Ljubuški

mag.ses. Marjana Mucić

Hospicij Božanske milosti Ljubuški, BiH

e-mail: marjana.mucic@gmail.com

U ovom radu prikazujemo koje su sve mogućnosti u skrbi za osobu sa poteškoćama u razvoju od dijagnoze neizlječive bolesti do sadašnjeg izlječenja i trenutne remisije.

Kao društvo svakodnevno se susrećemo sa osobama u potrebi gdje se u isto vrijeme događa i teški životni put, siromaštvo te stresne situacije koje rezultiraju malignim oboljenjima.

Na sreću, palijativna skrb se uključuje od trenutka dijagnoze neizlječive bolesti što se upravo u ovom primjeru utvrdilo kao jako bitnim.

Analizama, razmišljanjima o problemu, planiranjem i pravilnim pristupom jedino ćemo naći pravi put koji će moći zadovoljiti zahtjeve obitelji i ljudi koji su u istinskoj potrebi.

Kada sagledamo koliko u društvu imamo osoba sa poteškoćama u razvoju i koliko upravo te osobe uz svoje poteškoće donose radost i sreću drugima oko sebe dužni smo im pružiti maksimalnu pomoć i podršku.

Skrb upravo ovoj populaciji je moguća samo ako se osiguraju sve razine skrbi. Medicinsko i nemedicinsko osoblje u ovakvim primjerima može dati veliki doprinos čuvajući dostojanstvo svakog ljudskog života. Kao voditelji palijativne skrbi medicinske sestre daju neizmjeran doprinos u ovom multidisciplinarnom timu.

Ključne riječi: palijativna skrb, multidisciplinarnost, osobe s poteškoćama u razvoju, medicinske sestre.

Otvora li „Putovnica za osobe s poremećajem iz spektra autizma” put u donošenju odluka u specifičnim situacijama komunikacije i planiranja?

Prof.dr.sc.Karmen Lončarek, dr.med.

Zavod za integriranu i palijativnu skrb KBC Rijeka

Putovnice za osobe s poremećajem iz spektra autizma osmišljene su 2021. godine kako bi zdravstvenim radnicima približile složene potrebe pacijenata s nevidljivim invaliditetom, a pacijentima i njihovim obiteljima osigurala kvalitetniju holističku skrb.

Putovnica u formi pisanog dokumenta, a na osnovu 70 pitanja koja pokrivaju sve sfere pacijentovog života i potreba, sažima ključne informacije o pojedinom kompleksnom pacijentu.

Iskustvo u izradi preko 300 putovnica pokazalo je da se radi o vrlo korisnom dokumentu koji bi mogao imati primjenu i kod drugih vrsta nevidljivih i vidljivih invaliditeta, samo s modificiranim setom pitanja koja prethode izradi pojedine putovnice. S obzirom na složenost potreba palijativnog pacijenta i njegove obitelji, u radu se predlaže izrada putovnice za palijativnog pacijenta. Takva putovnica obvezatno bi sadržavala kontaktne podatke svih ključnih osoba koje profesionalno ili kao laici sudjeluju u skrbi, plan skrbi, socijalnu problematiku, pacijentove komunikacijske deficite, te odluke o invazivnim postupcima. U palijativnoj putovnici također bi se mogle navesti posebne odluke liječničkih konzilija u vezi prekidanja ili nezapočinjanja određenih medicinskih postupaka. Potrebno je povezati putovnicu s eKartonom, kao i omogućiti čitanje putovnice putem mobilne aplikacije za eKarton.

Smisao u prolaznosti

Saša Zavrtnik, dr.med.vet.,M.Th.pred.

Geotehnički fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Ljudski životni vijek na Zemlji ograničen je na određeni broj desetljeća. Svako živo biće, pa tako i čovjek, u jednom trenutku suočava se s nepoznanicom smrti. Ona predstavlja okončanje ovozemaljskoga tjelesnog života, a nekima i most odnosno prelazak u drugi oblik postojanja. Smrt nastupa nenadano, nesretnim slučajem ili postupno putem primjerice malignih oboljenja. Uz pojedinca, s odlaskom susreće se i njegova obitelj te prijatelji. Neminovno se postavljaju pitanja razloga nemilog događaja i smisla prolaznosti života i njegova tragičnoga kraja. Nije svejedno sagledava li se takvo neizbježno razdoblje s gledišta pukog slučaja ili onoga koje kaže da postoji širi kontekst u poimanju života. Bioetički koncept pruža mogućnost upravo širini i dubini u multidisciplinarnom pristupanju smrti kroz pripremu osobe koja se ima s njom susresti kao i njezinih najbližih. Čovječanstvo se tisućljećima prema smrti postavlja temeljem osobne i kolektivne vjere, a naše društvo u velikoj mjeri to čini i u 21. stoljeću. Primjer takvog sagledavanja prolaznosti života uzet je iz biblijske starozavjetne knjige Propovjednika koja se bavi pojmom ispraznosti. Neminovno je da se paradigma vjere odražava u palijativnoj skrbi koja se u svome radu iz dana u dan susreće s neizvjesnošću, osobnom boli i nerazumijevanjem uslijed okončanja tjelesnoga života smrtno bolesnih ljudi. U tom susretanju moguć je i potreban zajednički pristup koji pružaju područje biomedicine i zdravstva te humanizma i osobne vjere kako bi odnos u posljednjim danima života voljene osobe bio kvalitetniji, dostojanstveniji i zaokruženiji.

KLJUČNE RIJEČI: smisao, ispraznost, palijativa, smrt, duhovnost, Knjiga propovjednika, bioetika

Podrška neformalnim negovateljima u žalovanju

Jelena Bilić, mag.med.techn.

Dom zdravlja Istok, Hrvatsko katoličko sveučilište

Žalovanje/tugovanje je proces koji počinje suočavanjem s neizlječivom bolešću kod palijativnih bolesnika i članova obitelji/neformalnih negovatelja. Zbog raznih načina suočavanja i faza žalovanja ono često nije adekvatno prepoznato. Neformalni negovatelji imaju niz poteškoća između obavljanja svakodnevnih aktivnosti i pružanja podrške oboljelom. Kako nije razvijen sustav potpore u žalovanju unutar službi palijativne skrbi, jer nema zaposlenih psihologa/socijalnih radnika koji bi sustavno pružali podršku, članovi tima provode pružanje podrške koja nije dostatna te treba razmišljati o poboljšanju podrške. Žalovanje ima svoje sociološke i psihološke karakteristike, te su intervencije medicinskih sestara usmjerene na pružanje podrške i osnaživanju negovatelja kako bi lakše podnosili teret skrbi. Potrebno je

uključiti sve stručnjake i laike (centar za mentalno zdravlje, volontere, prijatelje i ostale iz okoline) kako bi se spriječilo komplicirano i dugotrajno žalovanje. U Hrvatskoj njegovatelji podršku najviše očekuju od stručnjaka i članova obitelji. Vlastite snage koriste za ohrabrivanje, pri čemu im pomažu rad, hobiji i aktivnosti koje provode oko oboljelog člana obitelji. Cilj je osnažiti njegovatelje i pružiti im podršku u žalovanju kako bi lakše podnijeli teret skrbi i osobni gubitak voljene osobe.

Ključne riječi: žalovanje, neformalni njegovatelji, stručna podrška.

Psihološka podrška u procesu žalovanja

Anđa Letić, mag.med.techn., psihoterapeut,

KBC Rijeka, Zavod za integriranu palijativnu skrb

e-mail: landja@net.hr

Tijekom žalovanja, javlja se složeni intrapsihički proces kao odgovor na gubitak voljene osobe, u kojem se osoba postupno uspijeva odvojiti.

Budući je žalovanje prirodni proces, većina uspijeva sama proraditi svoje žalovanje i uključiti se u uobičajeni život. Nije zanemariv broj i onih koji imaju potrebu za pomoć bilo svog obiteljskog liječnika, psihijatra, psihoterapeuta...

Žalovanje uključuje pacijenta i njegove bližnje, započinje samom spoznajom neizlječive bolesti, nastavlja se za vrijeme trajanja bolesti i umiranja i nakon smrti.

Cilj ovoga rada je prikaz i značenje psihološke podrške, pacijentu sa proširenom malignom bolešću i njegovoj obitelji.

Prikaz slučaja

U ambulantu za integriranu palijativnu skrb, javila se supruga pacijenta A. K. za pomoć, navodeći tešku, neizlječivu bolest supruga, terminalne faze bolesti, o kojem ona sama brine, uz povremenu podršku sina.

U palijativnoj skrbi za pacijenta bili su uključeni bolnički i vanbolnički profesionalci, koji su doprinijeli najboljem mogućem ishodu i želji pacijenta i obitelji, da dostojanstveno i bez boli provede svoje posljednje dane života.

Psihološka podrška pružana obitelji u procesu žalovanja, očitovala se lakšom prilagodbom na teški gubitak, te povratak supruge na posao nakon dva tjedna.

KLJUČNE RIJEČI: žalovanje, palijativna skrb, psihološka podrška

Priprema obitelji na gubitak i žalovanje u svakodnevnom radu

Kristina Kišić, bacc.med.techn., Nataša Dumbović mag.med.techn.

Dom zdravlja Varaždinske županije

Emanuel Lacković, mag.psych

OB Varaždin

Dijagnozom teške neizlječive bolesti postavlja se pitanje koliko nam je vremena ostalo da se pripremimo za posljednji oprost. Prihvatanje same prolaznosti i skorog kraja života veliki je stres kako za samog oboljelog tako i za njegovu obitelj. Ciljevi palijativne skrbi uključuju ublažavanje patnje, optimizaciju kvalitete života te pružanje utjehe i suosjećanja u umiranju.

Za razumijevanje koncepta žalovanja i sveukupne skrbi postoje problemi na koje se za vrijeme brige treba usmjeriti, a to su "totalna" bol i osmišljavanje mehanizama za suočavanje. Redukcionistički pristup usmjeren na rješavanje problema ne samo da zanemaruje ove važne čimbenike, nego također ostavlja malo prostora za bogate podatke dobivene kroz riječi njegovatelja obitelji, posebno kada se suočavaju sa smrću. Paradoks i dvosmislenost smrti često dolazi do izražaja kroz riječi samih njegovatelja obitelji, poput: „Želim da njegova patnja završi, ali ne želim da umre.“ Druga pitanja mogu izaći na vidjelo kroz pažljivo slušanje kada je smrt neizbježna. Dobronamjerne intervencije na kraju života postavljanjem pitanja o „ispravljanju stvari na kraju“ ponekad su upitne stoga zahtijevaju veliku osjetljivost i određeno poznavanje stavova i uvjerenja njegovatelja vezano uz smrt. Kroz prikaze slučajeva pokušat ćemo prikazati problematiku svakodnevne potrebe donošenja odluka profesionalca kao pojedinaca i cjelokupnog tima te suočavanje s neprihvatanjem tijeka bolesti i skore smrti nasuprot potrebama pripreme obitelji na žalovanje. Procjena koliko nam je vremena ostalo nekad je veliki teret. Da li ćemo uspjeti pripremiti obitelj i koliko će biti uspješna ta priprema. Postavljaju se pitanja kada je najbolje vrijeme i kako dozirati informacije koje su potrebne za pripremu oproštaja. Koliko inzistirati na razgovoru ili izostaviti tu komponentu palijativne skrbi?! Sve su to pitanja na koja ćemo pokušati odgovoriti kroz prikaze slučajaja.

Ključne riječi: palijativan skrb, žalovanje, tugovanje, donošenje odluka, zdravstveni djelatnici

"Skrb koja nadilazi pacijenta: Potpora obitelji kroz prijelaz terminalne faze i žalovanje"

Blaženka Gorupić, mag. med. techn., Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Krapinske Toplice,
Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo, Osijek, Hrvatsko katoličko sveučilište;

Vesna Liber mag. med. techn., Dom Zdravlja KZZ, Krapina, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo, Osijek,
Hrvatsko katoličko sveučilište;

Vlatka Mrzljak, mag. med. techn., Ustanova za zdravstvenu njegu Vlatka Mrzljak, Oroslavje, Fakultet za
dentalnu medicinu i zdravstvo, Osijek

U palijativnoj kućnoj njezi, članovi obitelji igraju ključnu ulogu u praćenju simptoma, pružanju složenih terapijskih intervencija i podršci samom bolesniku. Tijekom napredovanja bolesti, zahtjevi za zdravstvenom njegom postaju sve veći, što može dovesti do značajnog tereta na obitelj. Smrt i umiranje percipiraju se kao obiteljski događaj koji može poremetiti ravnotežu obitelji i zahtijeva prilagodbu svih članova obitelji na novu stvarnost nakon gubitka. Zdravstveni radnici često percipiraju psihosocijalnu podršku članovima obitelji kroz naglasak na brigu o pacijentu i njegovoj trenutnoj situaciji, umjesto fokusiranja na specifične potrebe obitelji. Glavni problemi s kojima se obiteljski negovatelji susreću su; nezadovoljene potrebe za informacijama, komunikacijom, pružanjem usluga i podrškom zdravstvenih i društvenih službi. Implementacija odgovarajućih alata za podršku obiteljskim negovateljima postaje ključna da bi maksimalno iskoristili svoj potencijal i lakše se nosili s zahtjevnim svakodnevnim životom u kući s umirućim članom obitelji. Cilj ovog rada je prepoznavanje i identificiranje ključnih čimbenika koji igraju ulogu u stvaranju osjećaja podrške obiteljskim negovateljima. Nastavno na njih, nameće se potreba za razvojem standarda istraživanja, posebno u vezi s mjernim instrumentima, kako bi se istraživanje o negovateljima moglo razvijati i sazrijevati te im se ujedno pružila adekvatna podrška i pomoć u tom procesu.

KLJUČNE RIJEČI: palijativna skrb u kući, obiteljski negovatelji, zadovoljstvo pacijent - obitelji, kvaliteta zdravstvene skrbi

Kafić Smrti

Dijana Mateša

Mudro drvo

Kafić smrti neformalni je susret u kojem se sudionike potiče na razgovor o temama koje se tiču smrti i umiranja. Ljudima koji se susreću s umirućima Kafić smrti pruža sigurno mjesto na kojem mogu podijeliti svoja razmišljanja i emocije koje doživljavaju u takvim susretima te proširiti svoj pogled na smrt idejama koje dolaze iz nemedicinskih područja. To su također susreti koji nas podsjećaju da su naši životi konačni

i potiču nas da što ljepše i hrabrije živimo svoje živote.

Izložit ćemo naša iskustva iz perspektive voditeljice i sudionice Kafića smrti. Također, predstaviti ćemo projekt Kafića smrti koji smo vodile u Srednjoj školi Koprivnica, u završnom razredu smjera medicinska sestra/medicinski tehničar.

O Kafiću smrti govore: Dijana Mateša, psihoterapeutkinja, Udruga za promicanje mentalnog zdravlja 'Srčika' i 'Mudro drvo'; Marina Međimorec, mag.med.techn. i Marija Križić, mag.med.techn, Udruga volontera hospicijske i palijativne skrbi 'Dignitate'.

Nacrt zakona o pomoći dobrovoljnom završetku života u Republici Sloveniji

Višnja Munđer, spec.psihijatrije,
Psihijatijska bolnica Ormož, Slovenija

e-mail: visnjaol@yahoo.com

Društvo za dostojno starenje „Srebrna nit“ je godine 2019. organiziralo peticiju, koja je sadržavala pobudu za pravnu regulaciju pomoći pri dobrovoljnom završetku života, a koju je potpisalo više od 5.000 stanovnika republike Slovenije.

Prijedlog Zakona je javno predstavljen 14.10.2021. i poslan je u javnu raspravu koja je zaključena 8.09.2022. Dana 24.01.2023. je predsjednica Državnog zbora RS primila predstavnike „Srebrne niti“ i prijedlog Zakona je trenutno u zakonodavnoj proceduri.

U prezentaciji su opisane potankosti predloženoga zakona, posebno oni članovi koji se odnose na predviđeno aktivno sudjelovanje liječnika opće medicine i psihijataru u potpomognutoj eutanaziji, a kojima su se tijekom javne rasprave oštro suprotstavile sve liječničke udruge (Liječnička komora, Slovensko liječničko društvo, Etička komisija RS).

Skrb o palijativnom bolesniku u kući, uloga i mjesto zdravstvene njege u kući u multidisciplinarnom pristupu

Renata Možanić¹, mag. sestrinstva, dr. cand.

Danijela Sopić¹, mag. sestrinstva

¹Udruga medicinskih sestara zdravstvene njege u kući

Kvalitetu zdravstvene skrbi možemo opisati kroz pristupačnost i dostupnost usluga koje odgovaraju na potrebe njezinih korisnika. Jedna od njih je organizirana palijativna skrb bez obzira na mjesto i način pružanja profesionalne potpore bolesnicima u terminalnim fazama bolesti. Mjesto smrti ili skrb do kraja života smatra se pokazateljem kvalitete brige za bolesnika, a omogućavanje izbora ljudima da umru tamo gdje oni žele dio je ljudskih prava.

Poznato je da većina korisnika dugotrajne skrbi teži primanju odgovarajuće skrbi u poznatom okruženju i vlastitom domu, pa tako i oni sa zahtjevnim zdravstvenim potrebama. Uključivanje multidisciplinarnih timova palijativne skrbi u kući i odgovarajuće educiranih osoba za palijativnu skrb može osigurati doživotni ostanak u vlastitom domu. Uz liječnika obiteljske medicine, palijativni tim i medicinske sestre iz patronažne djelatnosti, zdravstvena njega u kući dio je primarne zdravstvene zaštite i zauzima vrlo važno mjesto u skrbi o palijativnim bolesnicima u njihovom domu.

U djelatnosti zdravstvene njege u kući skrb o palijativnom bolesniku regulirana je kroz dijagnostičko-terapijski postupak DTP Njega 4 i podrazumijeva zdravstvenu njegu izrazito teškog ili umirućeg bolesnika (palijativna skrb). Zbog organizacije i načina rada, medicinske sestre zdravstvene njege u kući češće su i dulje prisutne uz bolesnika, brže uočavaju promjene u zdravstvenom stanju i procjenjuju potrebe za intervencijama i donošenje odluka. Specifičnost rada u domu korisnika uvjetovana je prostornim, materijalnim i socijalnim čimbenicima, a osim skrbi za bolesnike uključuje i podršku članovima njihovih obitelji te suradnju s drugim službama. Za pravovremeno i učinkovito djelovanje nužno je poznavati protokole komuniciranja, prijenosa informacija i donošenje odluka te zadržavanje profesionalnog odnosa prema svim dionicima.

Ključne riječi: palijativna skrb, zdravstvena njega u kući, obitelj

Razvijanje resursa u BIH s ciljem poboljšanja kućne njege bolesnika na kraju života

Ivona Ljevak,

Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru

Emira Dropić,

Fondacija fami, Sarajevo, Bosna i Hercegovina

Autor za korespondenciju:

Ivona Ljevak,

Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru, 88 000 Mostar

Tel: 063/ 457 324 Mail: ivona.ljevak@fzs.sum.ba

SAŽETAK

Diljem svijeta, mnogi bolesnici na kraju svog života izražavaju želju da posljednje dane provedu kod kuće među svojim najmilijim. U Bosni i Hercegovini je veliki izazov ostvariti želje bolesnika koji zahtijevaju palijativnu skrb. Projekat Fondacija fami u suradnji sa partnerima je započeo sa razvijanjem palijativne njege u kući 2017.godine. od početka projekta djelovalo se na jačanju njege bolesnika koji se nalaze u terminalnoj fazi bolesti. Kako bi na što bolji način odgovorili na potrebe i očekivanja umirućih bolesnika, razvijen je mehanizam koordinacije za mobilizaciju raspoloživih resursa za skrb bolesnika u kući.

Cilj je predstaviti participativni pristup, prikazati alate koji su razvijeni i stečeno iskustvo kroz implementaciju projekta palijativne skrbi umirućih bolesnika u kući na teritoriji Bosne i Hercegovine.

Kroz projekt je provedeno kvalitativno istraživanje među bolesnicima kako bi se identificirale prioritetne potrebe, a nakon toga su svi relevantni akteri pozvani i mapirani da zajedno procijene prepreke i lokalne resurse. Učinjena je analiza potreba bolesnika u općinama Doboj i Orašje, tako što je obavljen intervju sa 92 bolesnika u terminalnoj fazi bolesti, te su na taj način identificirani i mobilizirani svi relevantni partneri u pometnutim općinama. Kroz radne grupe sa partnerima su postavljeni prioriteti intervencija u skladu sa postojećim lokalnim resursima, općinskim modelima njege i podrške bolesnicima na kraju njihovog života. Tijekom sastanaka, svi uključeni su bili uključeni u kreiranje i osmišljavanje modela za njegu i podršku na kraju života, udruživanjem postojećih resursa. Pristup je uključivao iterativne participativne interakcije sa svim dionicima (bolesnici, njegovatelji, zdravstveni djelatnici i kreatori politika). Kako bi podržali koordinaciju i dodijelili odgovarajuće ciljeve partnerima, razvijen je jedinstven alat za procjenu potreba bolesnika koji zahtijevaju palijativnu skrb u kući, istražujući medicinske, socijalne, duhovne i administrativne potrebe.

Rezultati su doveli do konačnog plana skrbi i podrške bolesnicima koji zahtijevaju palijativnu skrb u kući. Kako bi se osigurao sveobuhvatan odgovor na izražene potrebe, primjenjen je koordiniran međuprofesionalni, međuinstitucionalni i pristup sa više dionika, uključujući odgovarajuće informacije pacijentima i njihovim

skrbnicima o bolesti, njenim fazama i liječenju, kao i odgovarajuća psihosocijalna, duhovna, administrativna i finansijska podrška.

Svrha implantiranog modela je definiranje usluga podrške i zdravstvene zaštite za bolesnike u zadnjoj fazi njihovog života. Mreža podrške koja okružuje bolesnike je početna točka i pomaže u organizaciji usluga za njegu na kraju života, usmjerenih na bolesnika kod kuće. Projekt u Bosni i Hercegovini pokazuje pozitivan učinak rada koji uključuje zajednice, mobilizira postojeće resurse, te se kontinuirano bavi zajedničkom skrbi i usmjeren je na prihvatljiv, pristupačan i održiv odgovor.

Ključne riječi: palijativna skrb, medicinska sestra-tehničar, Fondacija fami, njega u kući..

LITERATURA

1. Kompetencije medicinskih sestaraopće zdravstvene njege, Hrvatska komora medicinskih sestara, Zagreb, 2011.
2. Profesionalne kompetencije i aktivnosti pružatelja usluga u djelatnosti zdravstvene njege (prevod), Ministarstvo za zdravje, Ljubljana, 2019.
3. Rimac B. O sestrinstvu , zanimanju, profesiji, znanstveno utemeljenoj disciplini i budućnosti. Zbornik sveučilišta Libertas [Internet]. 2019 [pristupljeno 05.11.2022.];4(4):135-154. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/226936>
4. EFN Competency Framework for Mutual Recognition of Professional Qualifications Directive 2005/36/EC, amended by Directive 2013/55/EU; dostupno na http://www.efnweb.be/?page_id=6897 (25.01.2022.
5. Direktiva 2013/55/EU Europskog Parlamenta i Vijeća, Službeni list Europske Unije, 2013; dostupno na <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0055&from=PT> (25.01.2022.)
6. Direktiva 2005/36/EZ Europskog Parlamenta i Vijeća, Službeni list Europske Unije, 2005; dostupno na <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HR/TXT/?uri=celex%3A32005L0036> (25.01.2022.)
7. Biografija Virginije Henderson i 14 potreba (model), dostupno na <https://hr.thpanorama.com/articles/cultura-general/virginia-henderson-biografija-y-14-necesidades-modelo.html> (25.01.2022.)
8. Nursing Care Continuum Framework and Competencies, ICN, 2008; dostupno na https://sigafsia.ch/files/user_upload/07_ICN_Nursing_Care_Continuum_Framework_and_Competencies.pdf (25.01.2022.)
9. Competencies for nurses working in primary health care, WHO, 2020; dostupno na https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/441868/Competencies-nurses-primary-health-care-eng.pdf (25.01.2022.)

Percepcija palijativne skrbi osoba sa stomom iz perspektive obitelji

Slaven Medjimurec, magistar fizioterapije, viši predavač

KBC Rijeka, Fakultet zdravstvenih studija Rijeka

e-mail: slavenmedjimurec@gmail.com

UVOD: Percepcija ili opažanje jest proces kojim mozak organizira podatke dospjele iz raznih osjetila i tumači ih tvoreći smislenu cjelinu. Percepcija je aktivnost organizma, proces organiziranja, integriranja, i tumačenja osjetilnih informacija koji omogućuje upoznavanje i prepoznavanje značenja predmeta, pojava i događaja u čovjekovoj okolini. Ona je svojevrsan „subjektivni odraz objektivne stvarnosti”, što je vrlo rastezljiv pojam od osobe do osobe, karakteriziran „da se od stabla ne vidi šuma i obrnuto“.

Bez obzira što se zdravstvene profesije susreću u svom radu sa letalnim ishodom, osvješćivanje neminovne prolaznosti života bitno se drugačije osvješćuje (percipira ili opaža) kada se radi o bliskoj osobi.

CILJ: Prikazati važnost edukacije enterostomalnih terapeuta, detektirati intervencije i postupke kojima bi se omogućilo svim zdravstvenim i ne-zdravstvenim profesionalcima i obitelji poboljšati kvalitetu života osobi sa stomom, naročito u pogledu palijativne skrbi.

METODA: Prikaz slučaja

Da bi se plastificirao položaj iz kojeg se ovaj prikaz radi iz perspektive osobe sa stomom:

- živahna, samostalna umirovljenica rođena 1935.g.
- do 2021. godine nikad hospitalizirana
- 17.08.2021.godine.

DIJAGNOZA - C20 Zloćudna novotvorina završnog debelog crijeva

OPERACIJA - 1625/17.08.2021g./ 32030-00 / Op. Hartmannu

iz perspektive obitelji:

- radi se o sinu
- magistru fizioterapije
- zdravstvenom djelatniku s dugogodišnjim stažem
- u profesionalnom radu u doticaju sa pacijentima sa stomom
- angažiran u edukaciji enterostomalnih terapeuta

ZAKLJUČAK: Palijativna skrb je sveobuhvatna (zdravstvena, psihološka, socijalna i duhovna) skrb s ciljem pružanja potrebne njege bolesnicima s neizlječivom bolešću koja značajno skraćuje životni vijek. Nastoji se ublažiti bol i podići kvalitetu života bolesnika neizlječivih ili složenih bolesti. Pripremiti se, suočiti se i uhvatiti u „koštac“ sa palijativnom skrbi unutar obitelji je iznimno težak proces koji nailazi na sumnje, prihvatanja, poricanja. Percepcija palijativne skrbi osoba sa stomom iz perspektive obitelji razlikuje se od percepcije zdravstvenih profesionalaca.

Ciljevi zdravstvene njege u palijativnoj skrbi hematološkog bolesnika

Katarina Potočnik, Magdalena Drvoderić

Zavod za hematologiju, KBC Zagreb

SAŽETAK:

Palijativna skrb, hospicijska skrb i skrb na kraju života bile su u središtu povećane pažnje u posljednja dva desetljeća; palijativna skrb prešla je iz uvođenja tek na kraju života u sastavni dio rutinske skrbi za pacijente. Trenutačno vrijeme i opseg integracije palijativne skrbi u standardnu praksu medicinske skrbi ovisi o osnovnoj bolesti. Bolesnici s hematološkim zloćudnim bolestima primaju manje palijativne skrbi započete u kasnijoj fazi bolesti u usporedbi s pacijentima s drugim vrstama raka. Važni čimbenici koje treba uzeti u obzir pri uvođenju palijativne skrbi za bolesnike s hematološkim zloćudnim bolestima su različite strategije liječenja za svaku bolest, heterogena dinamika različitih hematoloških zloćudnih bolesti, široka varijanca terapijskih učinaka i ovisnost bolesnika o sustavu zdravstvene skrbi za davanje transfuzije i antimikrobno liječenje, koje se razlikuje od pacijenata sa solidnim tumorima. Bolesnici s hematološkim zloćudnim bolestima često imaju nepredvidivu putanju bolesti, koja varira od dugotrajne bolesti do smrti unutar nekoliko dana od dijagnoze.

Svjetska zdravstvena organizacija palijativnu skrb definira kao određeni pristup kojim se poboljšava kvaliteta života svim onim bolesnicima koji se suoče s teškom bolešću, kao i njihovim obiteljima. Palijativna zdravstvena njega je umijeće kojim se stručne osobe trebaju voditi kako bi pružile pomoć svima onima kojim je ta pomoć i potrebna. Holistički pristup kao temelj za skrb kako bi se zadovoljile osnovne ljudske potrebe, postigla optimalna 6 razina neovisnosti, kontrolirala bol i drugi simptomi, kao i kako bi se mogli spriječiti ili otkloniti psihološki, socijalni i duhovni problemi koje palijativni pacijenti osjećaju.

KLJUČNE RIJEČI: palijativna skrb, hematološki bolesnik, zdravstvena njega

Kako sačuvati dostojanstvo na kraju života palijativnim bolesnicima s dekubitusima

Mirjana Spudić, mag.med.techn., mobilni palijativni tim

Jasmina Benić, bacc.med.techn., mobilni palijativni tim

Marijana Car, mag.med.techn., koordinator palijativne skrbi

Dom zdravlja Karlovac, V. Mačeka 48, Karlovac

Sažetak

Palijativna skrb je interdisciplinarna u svom pristupu, obuhvaća pacijenta, obitelj i zajednicu, te brine za njega gdje god se nalazi - u kući, u bolnici ili u ustanovi za starije. Kvaliteta života palijativnog pacijenta sa kroničnom ranom ovisi o ranom prepoznavanju, jer ista utječe na sve domene potreba – fizičke, socijalne, emocionalne i

duhovne. Od izuzetne je važnosti izraditi cjeloviti plan skrbi, djelovati multidisciplinarno, raditi na edukaciji zdravstvenih djelatnika, ali i uključiti obitelj u skrb za pacijenta.

U ovom prikazu slučaja pokazati ćemo način zbrinjavanja kronične rane u kući pacijenta koji ima potrebu za palijativnom skrbi. Nakon otpusta kući sa bolničkog liječenja mobilni palijativni tim je bio u kućnoj posjeti palijativnom pacijentu, te je prilikom pregleda uočena rana na oba gluteusa te na trtici, četvrti stupanj, nekroza na lijevoj peti, te ulkus na lijevoj potkoljenici. Rane su obrađene u kućnim uvjetima te previjane u početku svaki drugi a zatim svaki treći dan. Obitelj također educirana o načinu previjanja rana.

Uvijek je izazov brinuti o pacijentu sa kroničnom ranom u kući, a upravo to i želimo prikazati u ovom radu. Kod ovog pacijenta trebalo je osigurati medicinski krevet, antidekubitalni madrac i odgovarajuće obloge za rane, a kako pacijent živi samo sa bratom bilo je potrebno educirati ih o higijenskim mjerama i potrebi promjene položaja u krevetu. Mobilni palijativni tim je prilikom obrade rane morao osigurati pribor i okolinu, ali i nakon kućne posjete pravilno zbrinuti infektivni materijal. Prikazati ćemo način komunikacije sa obiteljskim liječnikom i patronažnom sestrom, ali i probleme s kojima smo se susreli.

Ključne riječi: palijativna skrb, kronična rana, mobilni palijativni tim

Preporuke Europskog Društva onkoloških medicinskih sestara (EONS) za zdravstvenu njegu bolesnika s malignim ranama

Ivanka Benčić, mag.med.techn.,ET,CNS

KBC Sestre Milosrdnice, Klinika za tumore, Centar za maligne bolesti, Zagreb

Autor za dopisivanje: ivanka.bencic@gmail.com

Uvod

Europska asocijacija medicinskih sestara u onkologiji (EONS) izdala je dokument temeljen na istraživanjima, a vezan za zdravstvenu njegu malignih rana. Navedeni dokument podupire dobru praksu medicinskih sestara koje planiraju i provode zdravstvenu njegu maligne rane.

Cilj/svrha: Namjena prezentiranoga dokumenta je optimizirati zdravstvenu njegu maligne rane, omogućiti metode, liječenje, organiziranje te ekonomiku i strukturirani pristup u zdravstvenoj ekonomiji danas ove učestalo prisutne problematike (EONS, Preporuke za zdravstvenu njegu bolesnika s malignim kožnim ranama).

Razrada : Maligne rane su definirane kao infiltracija tumora ili metastaze u koži koje lako zahvate krvne žile i limfne strukture te se dalje razvijaju na tijelu. Ako rast malignih stanica nije pod nadzorom – liječenjem kao što je kemoterapija, zračenje, hormonska terapija, elektrokemoterapija ili operacija, maligna rana progredira u svom razvoju te dovodi do **oštećenja** okolnoga tkiva s kombinacijom gubitka vaskularizacije, širi se i dovodi do egzulceracija. Maligna rana je za bolesnika, njegovatelja, obitelj i zdravstvene radnike psihički, fizički i

intelektualni izazov. Rana je često povezana sa simptomima kao što su: izrazito neugodni miris, velika eksudacija, bol, krverenje i svrbež. Svi ti čimbenici imaju veliki utjecaj na kvalitetu života osobe s malignom ranom jer u konačnici dovodi do fizičkih i psihičkih tegoba.

Zaključak: Željeni ishodi u zdravstvenoj skrbi za maligne rane vrlo se razlikuju u palijativnoj i kurativnoj fazi skrbi za bolesnika. Pri planiranju zdravstvene njege bolesnika s malignom ranom nužan je plan skrbi bolesnika kako zbog oboljele osobe tako i njegove obitelji ili bliskih osoba kako bi se zadovoljio kriterij „kvaliteta života ispred svega“ pri palijativnoj skrbi osobe.

Multidisciplinarnim pristupom i integracijom do ostvarenja pedijatrijske palijativne skrbi u kući - Prikaz slučaja

Ivana Stančić Soldatek, mag.med.techn, Nataša Dumbović, mag.med.techn.

Dom zdravlja Varaždinske županije

e-mail: ivana.Stancic.Soldatek@dzvz.hr

natasa.dumbovic@dzvz.hr

Ostvarivanje pedijatrijske palijativne skrbi u domu djeteta jedan je od temeljnih aspekata daljnjeg razvoja pedijatrijske palijativne skrbi, ali i izazov. Pedijatrijska palijativna skrb aktivna je sveukupna briga o djetetovom tijelu, umu i duhu koja uključuje i podršku obitelji koja je jedinica skrbi, članovi obitelji ustvari imaju višestruku ulogu; oni pružaju, ali i primaju palijativnu skrb u kući. Sama skrb počinje od saznavanja dijagnoze i nastavlja se bez obzira dobiva li dijete tretman izravno vezan uz bolest ili ne. Stoga je važno pravovremeno uključivanje svih dionika multidisciplinarnog tima u skrb i korištenje svih dostupnih resursa iz zajednice. Osiguravanje palijativne skrbi u samoj kući djeteta te učinkovitosti ostanka djeteta u terminalnoj fazi bolesti na kućnoj skrbi zavisi o tome koliko su bliski njihovi obiteljski odnosi te koliko su obitelji jake i sposobne pružiti skrb u kući.

U ovom radu kroz prikaz slučaja djeteta xx opisano je na koji način je multidisciplinarnim pristupom obitelji integrirana palijativna skrb u kući djeteta. Dijete xx, 17 godina oboljelo od metastatskog osteosarkoma (s hondroblastičnom slikom) otpušteno je kući nakon što su iscrpljeni svi oblici liječenja. Kod samog otpusta dijete i obitelj su obavješteni da će ih kontaktirati mobilni palijativni tim. U nekoliko telefonskih poziva majka odbija posjetu mobilnog palijativnog tima. Proaktivnim radom mobilni tim uspijeva ostvariti pozitivan kontakt te majka prihvaća posjetu. Kod prvog susreta s mobilnim palijativnim timom kod obitelji je prepoznat strah i nepovjerenje u mobilni tim, županijsku bolnicu, no daljnjom komunikacijom i posjetama uspostavlja se odnos povjerenja što dokazuje učestalost daljnjih posjeta koje su na poziv majke. Iako na početku posjeta majka inzistira na čestim hospitalizacijama i verbalizira strah od smrti u kući daljnjim posjetama obitelj prevladava taj strah te dijete umire u svom domu što mu je i bila želja.

Kvalitetnom i jasnom komunikacijom na svim razinama skrbi u sustavu zdravstva te koordinacijom između različitih stručnjaka i pružatelja skrbi u procesu pružanja pedijatrijske palijativne skrbi omogućeno je jasno razlikovanje uloga i zadataka pojedinih dionika, no važno je naglasiti pravovremeno uključivanje svih dionika u skrb.

Ključne riječi: palijativna skrb, integracija, obitelj, dijete, kuća, multidisciplinarnost.

Dileme i donošenje teških odluka kod planiranog otpusta djeteta, koje ima potrebu za palijativnom skrbi, iz bolnice - Prikaz slučaja

Marinić Ružica, mag.med.techn., Joka Ana, mag.med.techn., Saratlija Mirjana, mag.med.techn., Zovko Tanja, mag.med.techn.,

Služba sestrinstva i zdravstvene njege, KBC Rebro;

Dobrić Ines, prvostupnik sestrinstva

Klinika za plućne bolesti Jordanovac, KBC Rebro

Rakušić Božana, mag.med.techn.,

Klinika za unutarnje bolesti, Zavod za hematologiju, KBC Rebro

Tadić Nada, diplomirana medicinska sestra,

Opća bolnica Pula

Medicinske sestre/tehničari koji svakodnevno skrbe o djeci koja imaju potrebu za palijativnom skrbi suočavaju se s različitim emocijama koje mijenjaju dinamiku njihove svakodnevnice i načina funkcioniranja te i kod njih dolazi do promjena uloga, rituala i odnosa. Vrlo važno je skrenuti pažnju i na osobe koje skrbe za tu djecu te s roditeljima proživljavaju teške trenutke, dijele s njima njihove brige i probleme i pomažu im u skladu s mogućnostima. Skrb od djetetu koje ima potrebu za palijativnom skrbi izazovan je i težak zadatak te zahtjeva suočavanje zdravstvenoga profesionalca s teškim odlukama i dilemama kada je riječ o organizaciji skrbi nakon otpusta iz bolničkog sustava. Komunikacija je spontan i vrlo složen proces te postoji mnoštvo definicija koje je opisuju. Vrlo često komunikaciju prepoznajemo kao glavni problem u zdravstvu. Bolest i nemoć djeteta odražava se na cjelokupno stanje i funkcioniranje obiteljskoga života pogotovo kada je riječ i ne riješenim obiteljskim situacijama. Briga o oboljelom djetetu zahtjeva multidisciplinarnu i visoku profesionalnu razinu znanja medicinskih sestara/tehničara. Napredak i razvoj suvremene medicine uvjetovao je pokretanje palijativne medicine kao neophodne komponente pružanja zdravstvene skrbi. Cilj je djetetu omogućiti dostojanstven život i umiranje, što znači olakšavanje bola i patnje, a smrt u tome aspektu ne spatrati porazom. Kroz prikaz slučaja djeteta koje ima potrebu za palijativnom skrbi objasniti će se s kojim situacijama se svakodnevno susreće bolnički koordinator za palijativnu skrb, na koje probleme nailazi, te tijekom planiranog otpusta.

Ključne riječi: pedijatrijska palijativa, palijativna skrb, planirani otpust

Herausforderungen bei der Pflege von Menschen mit Beatmungsgeräten

Anita Novka, Krankenschwester

Ambulante Intensiv und Beatumungspflege Bergkamen, Njemačka

Die Organisation der Palliativversorgung in Deutschland befindet sich auf einem hohen Entwicklungsstand. Es gibt zahlreiche Dienste und Organisationen, die eine 24-Stunden-Betreuung vor Ort beim Patienten anbieten. Vor welchen Herausforderungen stehen wir, wie sieht die Zukunft der Palliativversorgung in Deutschland aus? Ist es in einem organisierten System einfacher, tägliche Entscheidungen zu treffen, zu planen usw. Vor welchen Herausforderungen und Dilemmata steht die Pflegekraft? Was ist die Teamarbeit und Unterstützung des Arbeitgebers bei der Entscheidungsfindung und der Verbesserung von Kenntnissen und Fähigkeiten?

Četrnaest godina uz korisnike i u izgradnji cjelovite palijativne skrbi

mr. sc. Blaženka Eror Matić, Olivera Kapetanović, dipl. socijalna radnica

Volonteri u palijativnoj skrbi La Verna, Zagreb

Volonteri udruge La Verna iz Zagreba već 14 godina aktivno obilaze palijativne bolesnike u kućnim posjetama. U udruzi je aktivno 39 volontera različitih struka. Neki od njih aktivni su od samih početaka (od 2009. godine), a gotovo polovina volontira duže od 5 godina. Volonteri obilaze bolesnike i u domovima za starije i u bolnicama. Čemu svjedoče kad uđu u kuću bolesnika ili u ustanovu, kako je izgledala cjelovita palijativna skrb kada su počinjali volontirati, kako ona izgleda danas i kako bi trebala izgledati u budućnosti. U radu će se dati odgovori na ova pitanja skupljeni u intervjuima sa volonterima. Bez volontera nema cjelovite palijativne skrbi stoga vjerujemo da će ova bogata iskustva doprinijeti izgradnji palijativne skrbi u Hrvatskoj.

Neadekvatna terapija boli – prikaz slučaja

Valent Balija, bacc.med. teh.,

Centara za koordinaciju palijativne skrbi, Dom zdravlja Krapinsko zagorske županije

Pacijent u terminalnoj fazi bolesti ,smješten u starački dom sa neadekvatnom terapijom za bol na kraju života. Obzirom se došlo do spoznaje da se bol ne može adekvatno titrirati u domu ,počele su se razmatrati druge mogućnosti za pružanje što adekvatnije skrbi jer opcija Hitne isto nije bila zadovoljavajuća.

Poslagivanje ostalih dionika u skrbi od ambulante za bol te hitnog prijeme palijativnog pacijenta hot linijom bez čekanja na OHBP.

Na kraju hitni prijem pacijenta na odjel i parenteralna terapija za bol preko ambulante za bol.

Svjesnost, znanje i uključenost medicinskih sestara/tehničara u liječenje koštanih metastaza na različitim odjelima: presječno istraživanje;

Palijativna radioterapija

Nikolina Zemljak, mag. med. techn. PhD candidate

Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice: Klinika za neurologiju (ICU), Zagreb

PhD student, Medicinski fakultet Rijeka

Melanija Pomper, bacc. med. techn.

Opća bolnica Varaždin, Služba za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof, Novi Marof

Sveučilište Sjever

E-mail: nikolina.zemljak@gmail.com

Uvod: Koštane metastaze predstavljaju treće najčešće mjesto metastaziranja karcinoma što rezultira boli i drugim ozbiljnim morbiditetima koji mogu u značajnoj mjeri utjecati na kvalitetu života oboljelih. Pristup bolesnicima sa koštanim metastazama s uznapredovalim karcinomom je složen i izazovan proces. Najčešće primijenjen oblik onkološkog liječenja bolesnika s uznapredovalom bolesti je palijativna radioterapija. Ovaj oblik radioterapije je usmjeren prema ublažavanju simptoma koštanih metastaza i povećanju kvalitete života. Primaran joj je cilj produženje življenja. Vještine procjene medicinske sestre, brzo prepoznavanje komplikacija i poznavanje planova liječenja pomoći će pacijentima s koštanim metastazama tijekom cijelog postupka njege i liječenja. Provođenje intervencija može pozitivno djelovati na ishod i spriječiti komplikacije te uvelike utjecati na kvalitetu života pacijenta.

Cilj istraživanja: Cilj istraživanja je bio ispitati svjesnost, znanje i uključenost medicinskih sestara i tehničara u liječenju koštanih metastaza na različitim odjelima KBC-a Sestre milosrdnice (Klinike za onkologiju i nuklearnu medicinu i Klinike za kirurgiju(Odjel opće i onkološke kirurgije)).

Metode: Provedeno je presječno istraživanje pomoću anonimnoga anketnog upitnika pod nazivom „Upravljanje zdravljem kostiju u onkoloških bolesnika – istraživanje medicinskih sestara“ autora Lawrence Drudge-Coates i suradnika. Upitnik je korišten u sličnim istraživanjima i validiran za hrvatsku populaciju. Obuhvaća 32 pitanja o radnom okruženju, iskustvu medicinskih sestara i tehničara te svijesti o koštanim metastazama i načinima liječenja. Istraživanje je uključivalo sveukupno 60 medicinskih sestara i tehničara koji su pristali na sudjelovanje. Podatke je prikupljao istraživač osobno. Istraživanje je provedeno u razdoblju od svibnja 2021. do lipnja 2021. godine. Za provođenje istraživanja dobiveno je odobrenje od Etičkog povjerenstva KBC-a Sestre milosrdnice u Zagrebu.

Rezultati: Dobiveni rezultati ovoga istraživanja pokazuju da ispitanici odjela Klinike za onkologiju i nuklearnu medicinu imaju veću svjesnost, znanje i uključenost u liječenju koštanih metastaza od ispitanika Klinike za kirurgiju (Odjel opće i onkološke kirurgije). Također, ispitanici višeg stupnja obrazovanja nemaju veću svjesnost, znanje i uključenost u upravljanju koštanim metastazama u odnosu na ispitanike nižeg stupnja obrazovanja. Rezultati dosadašnjih istraživanja na ovu i sličnu temu također ukazuju na važnost stalne edukacije medicinskih sestara u postizanju veće svjesnosti, znanja i uključenosti u određeno područje rada.

Zaključak: Provedeno istraživanje pokazuje kako je edukacija i obrazovanje medicinskih sestara i tehničara od presudne važnosti u razvijanju i postizanju svjesnosti, znanja i uključenosti u liječenju koštanih metastaza. Može se zaključiti da stalna edukacija i obrazovanje medicinskih sestara i tehničara doprinose u prevenciji, pravovremenom liječenju te smanjenju nastanka komplikacija koštanih metastaza kod onkoloških pacijenata.

Ključne riječi: koštane metastaze; medicinske sestre; medicinski tehničari; palijativna radioterapija

Neuropatska bol - terapijski izazovi kod palijativnih bolesnika

doc.prim.dr.sc. Lidija Fumić Dunković, dr.med.

Zavod za anesteziologiju, intenzivnu medicinu i liječenje boli, KBC Sestre Milosrdnice

Neuropatska bol kao poseban entitet u liječenju boli je složeno stanje koje predstavlja značajan terapijski izazov u palijativnog bolesnika. Za razliku od nociceptivne boli, koja je posljedica ozljede tkiva, neuropatska bol nastaje unutar samog živčanog sustava.

Liječenje neuropatske boli u palijativnih bolesnika uključuje rješavanje i same boli i njezinih uzroka. Rast tumora, upala i oštećenje živaca izazvano kemoterapijom mogu izazvati neuropatiju. Bol se manifestira kao žarenje, trnci ili električni osjećaji, a često postaje kronična, duboko utječući na kvalitetu života bolesnika.

Pristupi liječenju predstavljaju izazov zbog kompleksne prirode neuropatske boli i samog zdravstvenog stanja pacijenata. Klasični analgetici kao što su opiodi mogu pružiti ograničeno olakšanje, stoga je ključna multimodalna individualizirana strategija.

Farmakološke intervencije uključuju antidepressive, antikonvulzive i druge lijekove koji mogu pomoći u modulaciji živčanog prijenosa. Međutim, interakcije lijekova i nuspojave zahtijevaju pažljivo razmatranje, osobito u palijativnoj skrbi gdje pacijenti često uzimaju više lijekova.

Nefarmakološki pristupi nadopunjuju liječenje temeljeno na lijekovima. Transkutana električna živčana stimulacija (TENS), fizikalna terapija i psihoterapijske tehnike mogu pomoći u kontroli boli. Psihološke intervencije poput kognitivno-bihevioralne terapije mogu pomoći pacijentima da se nose s emocionalnim teretom kronične boli i poboljšaju njihovu opću dobrobit.

Interdisciplinarna priroda palijativne skrbi dodatno komplicira liječenje neuropatske boli. Bliska suradnja između liječnika, medicinskih sestara, ljekarnika i psihoterapeuta ključna je za prilagođavanje tretmana i praćenje njihove učinkovitosti. Redovita ponovna procjena razine boli i ishoda liječenja neophodna je zbog progresivne prirode mnogih temeljnih bolesti.

Zaključno, neuropatska bol predstavlja terapijski izazov u palijativnih bolesnika zbog svoje zamršene patofiziologije i utjecaja na pacijente koji se već bore s teškom dijagnozom. Neophodan je integrirani pristup koji kombinira farmakološke i nefarmakološke strategije uzimajući u obzir cjelokupno zdravlje pacijenta. Unatoč složenosti, s pravim režimom liječenja i angažiranim timom dionika, palijativni pacijenti mogu iskusiti poboljšanu kontrolu boli i poboljšanu kvalitetu života u svojim posljednjim fazama života.

Terapijski pristup u liječenju boli kod koštanih metastaza

Antonia Kustura, dr.med.

Zavod za anesteziologiju, intenzivnu medicinu i liječenje boli, KBC Sestre Milosrdnice

Liječenje boli u koštanim metastazama zahtijeva specijalizirani terapijski pristup, usmjeren na ublažavanje tegoba, povećanje pokretljivosti i poboljšanje ukupne kvalitete života bolesnika.

Višestruka terapijska strategija neophodna je za učinkovito upravljanje boli kod metastaza u kostima. Farmakološke intervencije imaju središnju ulogu i obično uključuju kombinaciju analgetika. Neopiodni lijekovi poput nesteroidnih protuupalnih lijekova (NSAID) mogu pružiti početno olakšanje, dok se opiodi koriste za umjerenu do jaku bol.

Osim ublažavanja boli, važno je pokušati liječiti sam uzrok boli. Tretmani kao što su kemoterapija, ciljane terapije i hormonska terapija, mogu neizravno smanjiti bol zaustavljanjem progresije koštanih metastaza. Palijativna radioterapija, nudi brzo ublažavanje boli i važan je alat u borbi s koštanom boli.

Kirurški zahvati dolaze u obzir u slučajevima prijetućih prijeloma ili kompresije leđne moždine. Kirurška stabilizacija oslabljenih kostiju može spriječiti prijelome, poboljšati pokretljivost pacijenata i smanjiti bol. Nadalje, napredne tehnike poput vertebroplastike i kifoplastike uključuju ubrizgavanje cementa u slomljene kralješke, nudeći trenutačno ublažavanje boli i strukturnu potporu.

Komplementarne terapije i promjene načina života nadopunjuju medicinske intervencije. Fizikalna terapija pomaže u održavanju gustoće kostiju, snage mišića i raspona pokreta, povećavajući sposobnost pacijenta da obavlja dnevne aktivnosti. Radna terapija usmjerena je na prilagodbu zadataka kako bi se smanjilo opterećenje zahvaćenih kostiju. Psihološka podrška jednako je važna, jer kronična bol može dovesti do emocionalnog stresa i depresije.

Liječenje boli u koštanim metastazama zajednički je napor koji uključuje onkologe, stručnjake za bol, specijaliste radioterapije i onkologije, ortopedske kirurge i timove za palijativnu skrb. Uz redovitu procjenu i prilagodbu plana liječenja pacijenti s koštanim metastazama mogu imati adekvatno kupiranu bol, poboljšanu funkcionalnost i bolju kvalitetu života.

Radionica - svojstva i primjena supkutanog katetera kod palijativnog bolesnika

Zoran Sabljčić, med.tech.

KBC Sestre Milosrdnice, Zagreb Zavod za anesteziologiju, intenzivnu medicinu i liječenje boli – BPT

Uvod: Zbrinjavanje palijativnog bolesnika kao specifične kategorije zahtijeva korištenje sredstava i pomagala koja su primjenjiva kako u bolničkim, tako i u kućnim uvjetima. Uzimajući u obzir bolesnikove potrebe, ali i poštujući zakonske okvire o liječenju u kućnim uvjetima, supkutani kateter se pokazao kao prvi izbor za aplikaciju terapije karcinomske boli i nadoknadu tekućine.

Cilj: Educirati zdravstvene profesionalce s mogućnostima, prednostima i načinu postavljanja supkutanog katetera

Sažetak: Skrb o palijativnom bolesniku podrazumijeva zbrinjavanje simptoma, a bol, kaheksija i dehidracija su najčešći i najočitiiji. U određenoj fazi bolesti, bolesnici prestaju biti u mogućnosti peroralno unositi lijekove, te dovoljnu količinu hrane i tekućine, pa supkutana aplikacija postaje metodom izbora. Supkutani kateter je osmišljen da bi supkutanu aplikaciju olakšao, učinio sigurnijom i manje stresnom za bolesnika („one-poke“). Aseptičnim postupkom insercije smanjuje se mogućnost inficiranja ubodnog mjesta, a materijal od kojega je sačinjen omogućuje bolju prilagodbu anatomskim strukturama čime smanjuje nelagodu bolesnika i ograničenost kretnji. U tijeku 24h moguća je administracija do 1500 ml tekućine po jednom sc kateteru, a moguća je insercija više od jednog sc katetera po pacijentu, ovisno o fizičkom stanju bolesnika

How palliative care professionals prepare families for patients last days of life

Devid Oliver, palliative care specialist ,

Velika Britanija

Palliative care helps to relieve the suffering of patients and their families through the comprehensive assessment and treatment of physical, psychosocial, and spiritual symptoms experienced by patients. In the last days of life, the role of palliative care professionals is to recognize the end of life, ensure respectful communication and shared decision making, provide symptom control, maintain patients comfort and dignity and support and prepare families for the last days and hours of life.

As everyone's experience of dying is different, palliative care needs to be individualized. This can be achieved by involving patient and his family in shared decision making earlier in the course of the disease and planning care ahead.

Dispneja kod pleuranog izljeva i ascitesa – korist mobilnog ultrazvuka

Andrej Petranović, dr.med.

Mobilni palijativni tim Dom zdravlja Zagrebačke županije

E-mail: petranovic.andrej@gmail.com

Maligni pleuralni izljev (MPI) se javlja kod oko 15% onkoloških pacijenata. Svake godine u Europi se pojavi 100 000 novih slučajeva MPI. Najčešći je kod zloćudnih tumora pluća, dojke, limfoma, ginekoloških tumora i mezotelioma. Prosječna stopa preživljenja nakon inicijalne dijagnoze MPI iznosi 3-12 mjeseci. Dispneja je njegov najčešći simptom i javlja se kod više od polovice bolesnika s MPI, te može znatno narušiti kvalitetu života bolesnika. Ultrazvuk toraksa jednostavna je metoda evaluiranja pleuralnog izljeva, osjetljivija od rentgena pluća. Glavni cilj liječenja MPI je učinkovito olakšati dispneju minimalno invazivnim postupkom sa što manje potrebe za ponavljanjem postupka i za hospitalizacijom. Torakocenteza pod kontrolom ultrazvuka najčešće je prvi korak u terapiji MPI. Ne postoje apsolutne kontraindikacija za torakocentezu. Prednosti torakocenteze su jednostavnost postupka, odličan sigurnosni profil s niskim rizikom komplikacija, te mogućnost vanbolničke provedbe postupka. Najčešće komplikacije su pneumotoraks, krvarenje, reekspanzijski plućni edem. Ascites može biti još jedan od uzroka dispneje kod palijativnih pacijenata. Do nje najčešće dovodi ograničavanjem potpune ekspanzije pluća te bazalnim atelektazama. Abdominalna paracenteza pod kontrolom ultrazvuka jednostavna je, a vrlo učinkovita metoda liječenja dispneje uzrokovane ascitesom. U radu mobilnog palijativnog tima Doma zdravlja Zagrebačke županije ispostava Velika Gorica mobilni ultrazvuk se koristi od 2019. godine. Kratki prikazi slučajeva, te prikaz ukupnih dosadašnjih intervencija u pogledu torakocenteza te paracenteza pod kontrolom ultrazvuka istaknut će

njegove prednosti kao sastavnog dijela opreme mobilnog palijativnog tima. Upotreba mobilnog ultrazvuka u vanbolničkim uvjetima može doprinijeti donošenju boljih kliničkih odluka, te preciznijem i bržem provođenju invazivnih terapijskih procedura. Također ovaj pristup je mnogo pošteniji i ugodniji za pacijenta, te smanjuje sveukupni financijski trošak, a ubrzano dovodi do olakšavanja simptoma. Međutim, upotreba ultrazvuka u kućnim uvjetima i dalje je rijetkost u palijativnoj skrbi uslijed visokih inicijalnih troškova te manjka edukacije i bojazni njegovog korištenja u vanbolničkim uvjetima za invazivne terapijske procedure.

Potkožna administracija lijekova u palijativnoj skrbi

Snježana Jovanović, bacc. med.techn., doc.dr. Samir Husić dr med.

DZ Primorsko – goranske županije, Rijeka

Email: snjezana.jovanovic@domzdravlja-pgz.hr

Potkožno davanje lijekova je velika prednost za palijativnog pacijenta. Liječenja bola i drugih simptoma uznapredovale bolesti je jednostavno, brzo i učinkovito. Infuzija obezbjeđuje stabilan nivo lijeka u plazmi i zato su nus efekti lijekova manje izraženi. Sa potkožnom infuzijom fiziološke otopine bolesnika možemo lako hidrirati. Bolesnik se lako kreće pa je potkožna infuzija pogodnija za liječenje kod kuće, bolesnika nije neophodno hospitalizirati što štedi novac zdravstvenom fondu. Kod bolesnika sa edemima, smetnjama u protoku krvi i slabom perifernom cirkulacijom je bolja aplikacija lijeka potkožno nego davanje intravenskim putem.

Cilj istraživanja je ustanoviti učestalost primjene parenteralne terapije, (sa posebnim akcentom na subkutanu aplikaciju pripravaka), te napraviti komparaciju sa drugim putevima aplikacije ljekovitih pripravaka.

Metodologija: retrospektivna analiza je provedena na osnovu pregleda pisane medicinske dokumentacije jednog od MPT Doma zdravlja Primorsko-goranske županije. Analizirani su nalaz pisani u kućnim posjetama MPT u periodu od 01.01.2023. – 30.06.2023. godine. Praćen je broj kućnih posjeta pojedinim pacijetima te učestalost primjene lijekova parenteralnom aplikacijom. Telefonskim kontaktima sa pacijetima ili njegovateljima je praćen ishod tretmana preporučenog od strane MPT DZ PGŽ pri kućnim posjetama.

Rezultati: praćeno je 62 pacijenta (tokom 160 kućnih posjeta MPT/ 2,58 kućnih posjeta po pacijentu uz 285 telefonskih kontakata evalucionog karaktera). U 142 KP aplikacija ljekovitih pripravaka je vršena potkožnim putem (u 12 slučajeva smo lijek, u 127 slučajeva lijek u infuziji te u 3 slučaja samo infuzija radi rehidracije). I.V. aplikacija je korištena u 5 slučajeva (3,1%), kombinovana i.v. I s.c. aplikacija u 13 (8,1%) slučajeva, dok i.m. aplikacija lijeka nije korištena.

Zaključak: tretman simptoma potkožnom aplikacijom ljekovitog pripravka je jednostavan, obezbjeđuje komfor i pacijentu i zdravstvenom radniku uz brzo i učinkovito uklanjanje tegoba.

Multidisciplinarni pristup u tretmanu depresije i anksioznost nakon mastektomije zbog raka dojke

doc.dr.med.sc. Samir Husić dr med; Snježana Jovanović, bacc. med.techn.

DZ Primorsko – goranske županije, Rijeka

E-mail: drsamirhusic@gmail.com

Cilj studije bio je utvrditi učinak rada multidisciplinarnog tima dnevnog hospicija na depresiju i anksioznost bolesnica s rakom dojke poslije mastektomije, pri prvoj posjeti te nakon tromjesečne terapije.

Metodologija: Prospektivna studija obuhvatila je 35 bolesnica podvrgnutih mastektomiji zbog raka dojke, koje su tretirane u dnevnom hospiciju UKC Tuzla (BiH) kroz razdoblje od 12 tjedana. Kontrolna skupina sastojala se od 35 bolesnica koje nisu posjećivale dnevni hospicij. Depresija i anksioznost su se procjenjivale pomoću Zungove ljestvice. Bolesnice su testirane dva puta u 12-tjednom razdoblju.

Rezultati: Srednja vrijednost depresije na prvom testu bila je 59.85 ± 6.97 u ispitivanoj skupini i 55.65 ± 7.91 u kontrolnoj skupini. Na drugom testu tri mjeseca kasnije depresija je bila niža u ispitivanoj skupini, sa srednjom vrijednošću od 48.57 ± 7.06 ($P < 0.0001$) (T-test i Wilcoxonov test), dok je u kontrolnoj skupini bila viša, sa srednjom vrijednošću od 60.45 ± 7.47 ($P < 0.0001$) (T-test i Wilcoxonov test). Srednja vrijednost za anksioznost na prvom testu bila je 54.97 ± 6.35 u ispitivanoj skupini i 52.20 ± 6.03 u kontrolnoj skupini. Drugo testiranje tri mjeseca kasnije pokazalo je bolji rezultat, odnosno nižu razinu anksioznosti u ispitivanoj skupini (srednja vrijednost 43.43 ± 5.97 ; $P < 0.0001$), dok je u kontrolnoj skupini zabilježena viša razina anksioznosti (srednja vrijednost 55.68 ± 7.47 ; $P = 0.0002$).

Zaključak: tretman multidisciplinarnog tima Dnevnog hospicija djeluje povoljno na snižavanje razine depresije i anksioznosti kod bolesnica podvrgnutih mastektomiji zbog raka dojke.

Ključne riječi: Anksioznost, depresivnost, multidisciplinarni pristup, dnevni hospis.

Kako postupati sa refraktornim simptomima? - pitanje palijativne sedacije u kućnim uvjetima, prikaz pacijenta

Ana Kotarski, dr.med., spec. obiteljske medicine

Tanja Cesar, bacc.med.techn.

Mobilni palijativni tim, Dom zdravlja Zagreb – Istok

Pacijentica u dobi od 62 godine trpi teške i neizdržive bolove zbog proširenog karcinoma mokraćnog mjehura. Pacijentica je nepokretna, ima dekubituse. Isto tako, tumorski proces je vidljiv i suprapubično. Unatoč optimalnoj titraciji opioidne terapije, bolovi su izuzetno jaki. Pacijentici je postavljena i morfijska pumpa, međutim, bolovi su i dalje prisutni, gotovo se nimalo ne kupiraju. Bolest se dalje komplicira stvaranjem rana duž cijele desne potkoljenice sa formiranjem fistula. Svako previjanje je izrazito bolno. Pacijentica je urednog stanja svijesti, u potpunosti svjesna prognoze bolesti. Očekivano trajanje života je manje od mjesec dana. Koja je daljnja optimalna skrb za pacijenticu?

Možemo li uistinu predvidjeti očekivani kraj života? Ukoliko se odlučimo za palijativnu sedaciju - na koji način istu provesti u kućnim uvjetima? Koga uključiti u postupak odlučivanja? Koji su pravni aspekti?

Smjernice za unaprijeđenje kvalitete palijativne skrbi u intenzivnoj medicini – dali smo spremni za njihovu primjenu i kako smo to učinili u Županijskoj bolnici Čakovec

Selma Pernar dr. med., spec. anesteziologije, reanimatologije i int, liječenja, subspec. intenzivne medicine
Županijska bolnica Čakovec

Više od dva desetljeća, provodi se edukacija iz područja Palijativne skrbi, a njena primjena u svakodnevnoj praksi se bazirala na entuzijazmu pojedinaca. Jedan od razloga je bio i nedostatak Nacionalnih smjernica koje bi ujednačile i poboljšale palijativnu skrb u bolničkom sustavu i promijenile pristup zdravstvenih djelatnika palijativnom liječenju. Krajem 2021. god., Ministarstvo zdravstva u suradnji sa stručnim društvima za intenzivnu medicinu, neurologiju i anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje izradilo je smjernice u skladu s Kodeksom medicinske etike i deontologije Hrvatske liječničke komore (18), Nacionalnim programom razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017.- 2020. , Vodičem Vijeća Europe o postupcima odlučivanja o medicinskoj skrbi u stanjima kraja života, te međunarodno priznatim modelima „dobre palijativne prakse“ u području intenzivne medicine. Smjernice su upućene svim bolnicama sa naptkom izrade kliničkih smjernica, algoritama postupanja, pripadajuće obrasce i integrirati ih u bolnički sustav, te provesti edukaciju svih

zdravstvenih djelatnika, etičkog povjerenstva i stručnog vijeća. U našoj bolnici je prije 9 godina osnovano Povjerenstvo za palijativnu skrb sa dva palijativna tima, i već tada smo izradili interne smjernice za palijativnu skrb, a to su: alati za prepoznavanje palijativnog pacijenta (GSF-a s prognostičkim indikatorima Smjernice Nacionalnog centra GSF za kliničare, za podršku ranijem prepoznavanju pacijenata koji se približavaju kraju života i SPICT™ - Alat za indikatore suportivne i palijativne skrbi), algoritmi liječenja akutne i kronične maligne i nemaligne boli, te lijekovi u palijativnoj skrbi. U tom periodu, prepoznavanje palijativnih pacijenata i palijativno liječenje morali su organizirati voditelji palijativnih timova zbog nedostatne suradnje sa odjelnim liječnicima, izuzev JIL-a. Uzrok tome je bila: nedovoljna edukacija iz područja palijativne skrbi, pa time i neprepoznavanje palijativnih pacijenata, nedostatak iskustva, loša komunikacija s obitelji pacijenata, strah od sudskih tužbi i preuzimanja odgovornosti, manjak liječnika i nedostatak smjernica. Danas kada je Ministarstvo izradilo smjernice, samo se i dalje, u JIL-u provodi palijativno liječenje pri čemu se pridržavamo načela dobrobiti i neškodljivosti, te poštujemo pacijentovu autonomiju.

Ukoliko smo procijenili da je pojedini pacijent palijativan, na jutarnjem konziliju donosimo odluku o ograničenju medicinskih postupaka, upoznajemo obitelj sa stanjem pacijenta, daljnjim liječenjem, odn. medicinskim postupcima, detalje razgovora dokumentiramo u epikrizi, a član obitelji potpisuje Informiranu obavijest o planiranom palijativnom liječenju. Liječnici ispunjavaju obrazac – Upute za ograničenje mjera i postupaka umjetnog održavanja na životu, čime se postiže zajednički stav cijelog odjela. Većinu preporuka koje su navedene u ovim Smjernicama do sada smo koristili u svom radu.

Na ostalim odjelima rijetko pristupaju palijativnom pacijentu na ovaj način, usprkos višekratnoj edukaciji, nastavljaju s aktivnim liječenjem, odnosno distanzacijom ili u žargonu „alibi medicinom“, iako je to u suprotnosti s Kodeksom medicinske etike i deontologije, zbog čega pacijentu produžuju bol i patnju. Takav defenzivni stav je posljedica straha od preuzimanja odgovornosti kod donošenja odluke o palijativnoj skrbi, nedovoljne i neadekvatne komunikacije s obitelji i strah od njihove reakcije, te sudskih tužbi (ne postoji zakonska regulativa). Iako sada, nakon 9 godina, većina liječnika u našoj bolnici prepoznaje palijativnog pacijenta, ali ne provodi palijativnu skrb, postavljam pitanje što je još potrebno učiniti za unaprijeđenje kvalitete palijativne skrbi. Po uzoru na program transplantacije trebalo bi provesti edukaciju liječnika-kliničara, naročito kroz stručna društva, edukacija građanstva kroz sve medije , te raditi na donošenju zakona.

Dobra suradnja među službama rezultira kvalitetnom palijativnom skrbi

Lana Lacković, bacc.med.tech.

Mobilan palijativan tim, Dom zdravlja Čakovec

Kontinuitet i kvaliteta skrb, što veoma često uključuje i brojne odluke, ovisi o međusobnoj suradnji i zajedničkom radu službi palijativne skrbi, ali i svih drugih službi u sustavu zdravstvene, socijalne i duhovne skrbi te volontera. Dok profesionalci iz postojećih službi koje su već uključene u skrb najčešće poznaju bolesnika i obitelj te imaju informacije o njihovom životu, bolesti i tijeku skrbi, profesionalci i volonteri iz palijativne skrbi su u svom radu više fokusirani i više uključeni u fazama pogoršanja bolesti i vremenu do smrti bolesnika i u žalovanju članova obitelji. Stoga je i uloga i zajednička suradnja svih sudionika važna i odluke o skrbi bi se trebale donositi zajednički, uključujući bolesnika i njihovu obitelj. S obzirom da je u skrb ponekad uključen veći broj osoba i službi, problemi se mogu javiti u komunikaciji, međusobnom razumijevanju i uvažavanju ili isključenosti bolesnika i/ili obitelj iz planiranja skrbi. Ako svi sudionici ne sudjeluju u procesu donošenju odluka o skrbi koja će biti pružena, umjesto zajedničkih i ispravnih odluka, a time i skrbi, svatko će nastaviti djelovati prema svojoj procjeni situacije i potreba i problema, a skrb koja će biti pružena bolesniku i obitelji neće biti usklađena, kontinuirana, a možda ni u skladu s željama i odlukama samog palijativnog bolesnika i njegove obitelji. Bez zajedničkog doprinosa u stvaranju cjelovite slike o stanju bolesnika i cijele obitelji, prepoznavanju prioriteta i važnosti svakog uključenog da bi se potrebe zadovoljile, također se može desiti da odluke o pojedinom obliku skrbi donose osobe kojima određeni oblik skrbi nije u djelokrugu rada ni odlučivanja.

Nasilje nad osobama starije životne dobi

Jasmina Benić, bacc.med.techn., mobilni palijativni tim

Mirjana Spudić, mag.med.techn., mobilni palijativni tim

Marijana Car, mag.med.techn., koordinator palijativne skrbi

Dom zdravlja Karlovac, V. Mačeka 48, Karlovac

Nasilje nad osobama starije dobi podrazumijeva svako ponašanje koje destruktivno djeluje na starije osobe unutar odnosa povjerenja. Ono obuhvaća zlostavljanje, maltretiranje i/ili zanemarivanje od strane vlastite djece, supružnika, rodbine, skrbnika, djelatnika stručnih službi ili osoba u situacijama moći i povjerenja. Razlikujemo psihičko/emocionalno, fizičko, financijsko/materijalno, te seksualno nasilje i zanemarivanje. O nasilju nad

osobama starije životne dobe rijetko gdje možemo čuti, što ne znači da oni nisu osjetljiva društvena skupina i moguće žrtve nasilja. Osim prisutnosti zlostavljanja u obitelji, starije osobe su izložene nasilju i u ustanovama u kojima su smješteni. Zlostavljanje starijih osoba može biti namjerno ili nenamjerno, pa stoga može izravno uzrokovati štetu starijoj osobi od strane članova obitelji kao i od formalnog njegovatelja/profesionalaca, kao i neosiguravanje osnovnih potreba ili zaštite starijih osoba od povrede.

Nasilje nad starijim osobama kao pitanje zaštite starijih je postalo aktualno posljednjih godina, no ipak se o njemu se još uvijek slabo govori u javnosti, a razlozi za to kriju se u neprijavlivanju slučajeva nasilja što daje pogrešnu sliku o pojavnosti slučajeva zlostavljanja, ali i u činjenici da se neki obrasci ponašanja još uvijek ne prepoznaju kao nasilni. Glavne strategije prevencije zlostavljanja starijih osoba uključuju forsiranje javnozdravstvenih kampanja u cilju što boljeg informiranja starijih osoba (prepoznavanje znakova zlostavljanja) kao i usmjeravanja pozornosti javnosti na ovaj problem.

Ključne riječi: osobe starije životne dobi, nasilje, obitelj, edukacija

Komunikacija palijativne i patronažne službe

Klara Klobučarić, mag. med. techn.

Dom zdravlja Čakovec

e-mail: clarsy@live.com

Komunikacija između patronažne službe i palijativne skrbi je od izuzetne važnosti za bolju suradnju i cjelokupnu skrb vezano uz pacijenta, a samom time i obitelj koja je među najvažnijim faktorima zbrinjavanja. Sveobuhvatnom komunikacijom između pacijenta, obitelji i svih medicinskih i drugih službi stvaramo bolje temelje za pomoć pacijentu i obitelji kako bi se olakšale situacije u kojima se pacijent/ obitelj ne znaju snaći u novonastalim problemima. Bolji temelji komunikacije moraju se ostvariti na način da se službe puno bolje povežu i komuniciraju o stanju pacijenta i potrebama obitelji. Tako da obitelj ne bude zbunjena o kakvim vrstama i načinima pomoći se radi. Redovitim prijenosom informacija, na pravilne načine; kao što su redoviti izvještaji, komunikacija putem telefona i sastanci na kojima se još bolje mora iznesti međusobna problematika komunikacije i donošenje pravih rješenja o načinima međusobnog rada za poboljšanje rada sa samim pacijentima i obitelji kako oni ne bi trebali biti ti koji traže pravu službu koja bi im pomagala tražiti rješenja, već da to bude odskočna daska gdje im rješenja već budu ponuđena.

Cilj ovog plakata/ izlaganja je da se poboljša suradnja među svim službama, u vidu da se što brže i kvalitetnije prenose informacije kako bi obitelj/ pacijent dobili što žurniju i kvalitetniju skrb. Na temelju definiranih problema između patronažne i palijativne skrbi, cilj je da se poboljša i osnaži međusobna suradnja i što kvalitetniji pristup pacijentu na sveobuhvatno zadovoljstvo.

Potrebe bolesnika i multidisciplinarni pristup palijativnom bolesniku

Beata Teresa Galinec, mag.med.tech., Dinka Palatinuš, mag.med.tech., Jagoda Nikić, mag.med.tech.

Škola za medicinske sestre Mlinarska, KB Sv. Duh

e-mail: beata.galinec@gmail.com

Čovjek je biološko, psihološko, sociološko i duhovno biće. Životne potrebe kojima svatko teži su održavanje zdravlja, ozdravljenje ili mirna smrt. Kada je zdravlje čovjeka narušeno povećana je sociološka potreba, odnosno potreba za društvom. Bolesnik prilikom saznanja za teško izlječivu ili pak neizlječivu bolest osjeća izvjesnu emocionalnu, društvenu ili duhovnu bol koja izjeda njegovo unutarnje biće i najčešće se izražava kao šok, nevjerica i poricanje.

Cilj ovog rada je prikazati potrebe palijativnog bolesnika kroz multidisciplinarni pristup. Suradnja i međusobna povezanost između bolničkih zdravstvenih ustanova, primarne zdravstvene zaštite, volontera i stručnjaka educiranih iz područja palijativne skrbi te organiziranje palijativne skrbi na različitim razinama zdravstvene zaštite pomogla bi u stvaranju bolje skrbi za bolesnika jer se javljaju tjelesne i psihičke poteškoće koje ometaju bolesnika i njegovu obitelj u aktivnostima svakodnevnog života.

Cilj je palijativne skrbi očuvanje integriteta ljudskog bića i unaprjeđenje kvalitete života bolesniku i njegovoj obitelji sve do trenutka smrti. U palijativni tim uključeni su liječnici, medicinske sestre, fizioterapeuti, radni terapeuti, socijalni radnici, ljekarnici, duhovnici i volonteri. Tim pomaže u otklanjanju tjelesnih simptoma, pruža psihološku podršku i pomaže u prilagođavanju u novonastaloj situaciji.

Zbrinjavanje kroničnih rana u palijativnoj skrbi

Dijana Biškup mag.med.techn.

Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Ana Rožić

Kontrola simptoma u palijativnoj skrbi ima za cilj spriječiti i ublažiti patnju učinkovitim upravljanjem boli i drugim uznemirujućim simptomima povezanim s kroničnim bolestima i uznapredovanim bolestima koje skraćuju životni vijek, a sve kako bi se poboljšala kvaliteta života.

Pacijenti s kroničnim ranama trpe niz nepovoljnih stresora koji negativno utječu na njihov svakodnevni život. Uzroci stresa uključuju: bol, curenje eksudata, ograničenu pokretljivost, lošu higijenu, osjećaje gađenja ili srama zbog unakaženosti ili neugodnog mirisa, poremećaj spavanja, gubitak seksualnosti, nezadovoljstvo liječenjem, gubitak kontrole, društvenu izolaciju, ovisnost, učestale hospitalizacije, ljutnju i nedostatak povjerenja u pružatelje

zdravstvenih usluga. Čimbenici neuspjeha u liječenju i odgođenog zacjeljivanja rana su višestruki: uznapredovala bolest, ostale kronične bolesti kao što je dijabetes, disfunkcija organizma, starija dob, tjelesna neaktivnost, infekcija, arterijska insuficijenciju donjih udova, dijabetička neuropatija, pothranjenost.

Kronične rane su dodatno opterećenje za oboljele, njihove obitelji te narušavaju kvalitetu života. Najčešće kronične rane kod oboljelih koji imaju potrebu za palijativnom skrbi su dekubitusi, dijabetičko stopalo, arterijski i venski ulkusi nogu te maligne rane. Kvalitetna kontinuirana palijativna skrb osim što ublažava simptome boli, ublažuje umor, anksioznost i depresiju te smanjuje mogućnost kroničnih rana.

Studije dokazuju da pravilna toaleta i zbrinjavanje kroničnih rana u palijativnoj skrbi poboljšava udobnost i dostojanstvo te smanjuje socijalnu izolaciju oboljelih. Medicinska sestra u palijativnoj skrbi promiče kvalitetu života oboljelih u terminalnoj fazi, uvijek nastoji zadovoljiti sve potrebe umirućeg bolesnika te pruža podršku obitelji. Njezina uloga je da ublaži patnju i bol oboljelih te im omogući dostojanstvo tijekom procesa umiranja.

Ključne riječi: Palijativna skrb, kronične rane, kvaliteta života, medicinska sestra

Izazovi procjene potreba bolesnika s malignim ranama

Andreja Tomašek mag.med.techn.

Dom zdravlja Varaždin

e-mail: andreja.tomashek@dzvz.hr

Maligne rane nastaju kada se u kožnim lezijama povezanim s rakom pojave ulceracije i nekroze, bilo od primarnog tumora ili kožnih metastaza. Sustavnog praćenja broja palijativnih bolesnika s malignim ranama nema, ali se pretpostavlja da 15% bolesnika u uznapredovaloj fazi bolesti ima maligne rane koje narušavaju kvalitetu života. Rak koji se najčešće povezuje s malignim ranama uključuje rak dojke, glave i vrata te primarni rak kože gdje njihova prisutnost može odražavati uznapredovanje bolesti što ukazuje na lošu prognozu. Metastatski karcinomi pluća, bubrega i debelog crijeva također su povezani s razvojem malignih rana. Patogeneza malignih rana uključuje destrukciju limfnih i vaskularnih struktura što dovodi do edema, oslabljene perfuzije, nekroze, proliferativnog rasta, ulceracije i polimikrobne kolonizacije, smanjujući sposobnost zacjeljivanja rane. Simptomi, uključujući bol, krvarenje, neugodan miris i eksudat povezani su sa smanjenim samopoštovanjem, smanjenim funkcioniranjem što dovodi do pogoršanja kvalitete života.

Maligne rane često nisu podložne kirurškom zahvatu zbog proširenosti rane, a sustavni tretmani protiv raka možda neće biti indicirani zbog lošeg stanja pacijenta. Kada te strategije skrbi nisu prikladne, maligna rana vjerojatno neće zacijeliti i fokus skrbi bi se trebao prebaciti na utvrđivanje onoga što je bolesniku važno odnosno uspostavljanje realnih očekivanja i pružanje edukacije i psihosocijalne podrške bolesniku i članovima obitelji.

Sveobuhvatna procjena rane i bolesnika temelj je holističkog pristupa bolesniku s malignim ranama. Procjena rane uključuje detaljan pregled rane, pregled simptoma, utjecaj rane na funkcioniranje, uključujući psihosocijalna i duhovna područja te bolesnikove ciljeve skrbi. Pri procjeni boli, bolesnika treba posebno pitati o čimbenicima pogoršanja i ublažavanja, razini nelagode pri promjeni obloga i ublažavanja boli pomoću analgetika. Maligne rane mogu se brzo razviti i transformirati i zahtijevaju čestu ponovnu procjenu.

Važnost razumijevanja onoga što uzrokuje patnju bolesnika i ciljanih intervencija prema tim problemima sastavni je dio palijativne skrbi. Načela individualiziranih planova zbrinjavanja rana, upravljanje uznemirujućim simptomima i pružanje psihosocijalne podrške ključni su za ublažavanje patnje.

Ključne riječi: maligne rane, palijativna skrb, patnja, kvaliteta života, procjena

Dostojanstvo na kraju života kao izazov u donošenju odluka

Andreja Kolačko, dpl.med.techn., Nataša Dumbović mag.med.techn., Ivana Stančić Soldatek
mag.med.techn., Ivana Martinec, mag.med.techn.,

HDMSPS

Pojam dostojanstva možemo usporediti s pojmom ljubavi – važan, široko shvaćen, teško ga je definirati i ne može se podučavati na crno-bijeli način. Pojam dostojanstva individualan je kod svakog bolesnika i njegove obitelji. Samim time veliki je izazov pružiti i očuvati dostojanstvo palijativnih bolesnika i njihovih obitelji u zdravstvenom sustavu. Osobito na kraju života kada su bolesnici i njihove obitelji izložene psihosocijalnim suočavanjem s krajem života, fizičkim propadanjem i traženjem smisla cjelokupne patnje. Svi koji ulaze u skrb imaju snažan utjecaj u očuvanju dostojanstva na kraju života svjesni toga ili ne. Oni su često 'ogledalo' prema kojem bolesnik i njegova obitelji prosuđuju vlastiti status unutar zdravstvenog sustava. To je ogromna odgovornost – i prilika – za sve koji rade u zdravstvu, bilo da rade svoj posao u bolnici ili na telefonu.

Osjećaj depersonalizacije smanjuje percepciju bolesnikovog dostojanstva iz tog razloga individualni pristup i upoznavanje bolesnika kao osobe pomoći će u očuvanju dostojanstva. Pitanje dostojanstva pacijenta (PDQ) 'Što trebam znati o vama kao osobi da bih se o vama brinuo najbolje što mogu?' osmislio je Chochinov za palijativne bolesnike.

Istraživački tim Dignity in Care već više od 25 godina provodi istraživanja o psihosocijalnim, egzistencijalnim i duhovnim dimenzijama palijativne skrbi na kraju života. Primarni cilj tima je istraživanjem poboljšati kvalitetu života i olakšati patnju umirućih bolesnika i njihovih obitelji. Istraživački tim Dignity in Care predstavlja ABCD dostojanstva kao vodič za provođenje načela dostojanstva u skrbi. Baš kao što djelatnici hitne pomoći znaju abecedu odgovora na hitne slučajeve (dišni put, disanje, cirkulacija), svatko tko radi u zdravstvu može se sjetiti abecede dostojanstva u skrbi: Attitude (stav), Behaviour (ponašanje), Compassion (suosjećanje) i Dialogue

(dijalog). Vodič je namijenjen svima koji dolaze u doticaj s bolesnikom i utječu na očuvanje njegovog dostojanstva na kraju života.

Ključne riječi: ABCD dostojanstva, palijativna skrb, palijativan bolesnik

Poboljšanje kvalitete života s malignim ranama- prikaz slučaja

Danijela Šavorić, bacc.med.techn.

Dom zdravlja Varaždin

e-mail: danijela.savoric@dzvz.hr

Maligne rane često se javljaju kod bolesnika u uznapredovaloj fazi maligne bolesti te su veliki izazov u pružanju skrbi. Bol, krvarenje, eksudat, neugodan miris i psihološki stres povezani s malignim ranama koje ne zacjeljuju, uzrokuju značajnu patnju. Palijativan pristup koji ima za cilj optimizirati kvalitetu života na kraju života važan je za bolesnike s malignim ranama. Holistički pristup u rješavanju ovih pitanja uključuje procjenu fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih potreba bolesnika i njegova dosadašnja iskustva. Samom procjenom bolesnikovih potreba donosi se zajednički plan daljnje skrbi u kući svih profesionalca uključenih u skrb. Planovi skrbi usmjereni su na uključivanje terapijskog odnosa s ciljem ublažavanja patnje. Veliki je izazov za sve profesionalce na ovom području radi nedostatka dokazanih strategija "liječenja" malignih tvorbi, a i samo neprepoznavanje ovih oblika rana dovodi se u pitanje tretiranje dostupnim oblogama.

Prikazom slučaja pacijentice 69. god. S malignom ranom prsne kosti prikazat ćemo holistički pristup u poboljšanju kvalitete života u kući, multidisciplinarni pristup te barijere u pružanju kvalitetne skrbi. Suradnjom svih službi na primarnoj razini zdravstvene zaštite dovelo je do dugotrajne skrbi u kući. Najveće barijere bile su u ograničenju pružanja zdravstvene njege u kući samo jednom na dan, a bio je prisutan obilan eksudat neugodnog mirisa. Zbog nemogućnosti ostvarivanja dovoljnog broja visokoupijajućih obloga putem osnovnog zdravstvenog osiguranja obitelj je bila izložena dodatnom financijskom izdatku. Uz sve barijere omogućava se kvaliteta života u kući sve do hitnog stanja i hospitalizacije.

Ključne riječi: maligne rane, kvaliteta života, palijativno skrb, holistički pristup

Izazovi prve kućne posjete u ruralnim područjima

Ana Novko bacc.med.techn., Martina Martinuš, bacc.med.techn.

Dom zdravlja Varaždinske županije

e-mail: ana.novko@dzvz.hr

Istraživanja pokazuju da 95% bolesnika želi umrijeti u svojem domu bez obzira gdje se on nalazio, da li je to u gradu ili u ruralnom području. Varaždinska županija je poznata po razvijenosti ruralnog područja i njegovoj naseljenosti. Ujedno je velik izazov svih pružatelja skrbi na tom području. Pogoršanjem bolesti povećava se potreba za dostupnošću zdravstvenih i socijalnih usluga.

Poznato je da službe koje pružaju skrb u kući imaju osnovni izazov, a to je vrijeme koje je potrebno za dolazak u dom oboljele osobe. Ujedno jedan od najvećih izazova je kako adekvatno riješiti zatečene probleme kod prvog dolaska u kući osobito kod nedostatka informacija o trenutnom stanju bolesnika. Prvu kućnu posjet nakon hospitalizacije olakšava dostupnost sestrinskog i liječničkog otpusnog pisma, ali što kada su ti podaci nepotpuni ili ako se stanje bolesnika do dolaska u kuću promijenilo. Uvijek je pitanje da li je bolesnik zbrinut i opskrbljen s svim potrebnim pomagalicama prije otpusta kući. Kod ulaska u kuću sve češće se susrećemo s novim metodama održavanja kvalitete života, velikim brojem pomagala, uređaja i načinima njihove primjene. Uvijek postoji pitanje dovoljnih znanja o adekvatnom postupanju s novitetima u kući.

U ovom radu pokušat ćemo prikazati razne izazove s kojima se susrećemo kod prvih posjeta palijativnim bolesnicima. Kako očuvati kvalitetu života i dostojanstvo do kraja kada su nam razni resursi nedostupni. Kako sagledati sve potrebe bolesnika i obitelji i dali li uspijevamo pružiti skrb u kući do kraja života. Kako međusobno surađujemo i koja su sve mjesta za poboljšanje skrbi u kući s naglaskom na ruralna područja naše županije.

Ključne riječi: kućne posjete, palijativna skrb, ruralna područja, kvaliteta, dostojanstvo

Omogućuje li razvoj suosjećajnih zajednica veći izbor za palijativnu skrb kod kuće?

Ivana Treska, bacc.med.techn.

ŽB Čakovec

Ivana Martinec, mag.med.techn. Nataša Dumbović, mag.med.techn.

Dom zdravlja Varaždin

Andreja Kolačko, dipl.med.tech.

Zavod za javno zdravstvo Varaždinske županije

Svi mi živimo u zajednici koja prepoznaje prirodne cikluse kao što su rođenje i smrt, zdravlje i bolest koji se svakodnevno događaju oko nas. Da bi se pomoglo oboljeloj osobi te njihovoj obitelji važno je osim mijenjanja svijesti zajednice, poticati zajednicu na suosjećanje.

Suosjećanje je nešto što svi posjedujemo i to je vještina koja je neophodna za zdravo starenje i životne izazove poput ozbiljne bolesti, umiranja, tugovanja ili njege. Prije svega važno je znati da 95% vremena ljudi koji žive s ozbiljnom bolešću su dio zajednice, a primaju medicinsku skrb samo 5% vremena. Okvir Suosjećajne zajednice priznaje da briga jednih za druge u vrijeme krize i gubitka nije zadatak samo zdravstvenih i socijalnih službi, već odgovornost cijelog društva.

Takav je Model suosjećajnih gradova razvio prof Allan Kellehear. Njegovo djelovanje je usmjereno na način da se promišlja o različitim ljudima i organizacijama koje bi idealno trebale biti uključene u rad na stvaranju suosjećajnije zajednice. Suosjećajne zajednice koje javno potiču, olakšavaju, podupiru i vode brigu jedni o drugima tijekom teških životnih trenutaka i iskustava koji su najzahtjevniji, posebno onih koji se odnose na terminalne bolesti.

Važnost suosjećajnih zajednica prepoznata je od strane Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA) te je ovogodišnja tema Svjetskog dana hospicija i palijativne skrbi :

Compassionate Communities: Together for Palliative Care (Suosjećajne zajednice: Zajedno za palijativnu skrb).

Pokretanje suosjećajne zajednice počinje razgovorom s istomišljenicima koji su zabrinuti zbog onoga što se događa u njihovim zajednicama s ciljem pronalaženja rješenja. To je početak inicijative suosjećajne zajednice u kojima se potiče solidarnost prema osobama na kraju života. Daljnji razvoj tih zajednica usmjeren je na pomoć pojedincu u zajednici koji boluje od uznapredovale bolesti i njegovoj obitelji. Povelja suosjećajnog grada uključuje 13 koraka koje gradovi ili sela mogu poduzeti kako bi javno prepoznali one koji umiru, brinuli o njima, kako bi njihovu lokaciju učinili mjestom podrške i otvorenim mjestom za odvijanje ovih procesa.

Podizanje svijesti o palijativnoj skrbi i smrti smanjuje stigmu i izoliranost oboljelih na kraju života, potiče suosjećanje od strane okoline i mijenja svijest svih uključenih o potrebi empatije i podrške obiteljima za vrijeme skrbi i u žalovanju.

KLJUČNE RIJEČI: palijativna skrb, suosjećajne zajednice, empatija, skrb u kući

Dileme u komunikaciji i donošenje odluka

Zorica Martić, mag.med.techn.

Medicinska sestra za planirani otpust

KBC Sestre milosrdnice Klinika za traumatologiju

E-mail: zorica.martic@kbcsm.hr

Obitelj u palijativnoj skrbi, po definiciji svjetske zdravstvene organizacije, definirana je kao sastavni dio palijativne skrbi i to kao aktivni član u pružanju palijativne skrbi (2013).

Kroz prvu fazu skrbi, pacijent i obitelj, doživljavaju emocionalni šok. Prelazak iz zdravlja u tešku bolest svima postaje težak, što izrazito naglašava potrebu za povjerenjem koje se postiže kroz komunikaciju.

U srednjoj fazi posebno se otkrivaju prioritete u komunikaciji: vjerojatni ishod, uloga obitelji u takvom ishodu i možda, ovisno o bolesti, sve odluke koje je potrebno donijeti kod takvog ishoda.

Kroz komunikaciju bitno je prenijeti informacije o tijeku bolesti, i da se pritom obitelji pruži znanje koje će olakšati donošenje bilo kakve buduće odluke.

U terminalnoj fazi dolazi do suosjećajnog pristupa, budući su ožalošćeni članovi obitelji morali procesuirati svoje osjećaje krivnje i tuge. Odnos i komunikacija važniji su od pacijentova izbora liječenja.

Kod pacijenata koji su svjesni svoga ograničenog životnog vijeka, prijelaz iz zdravlja u bolest često predstavlja početak mentalnog procesa u kojem može doći do prihvaćanja ili odbijanja dobre komunikacije unutar obitelji, što za posljedicu ima olakšavanje i prihvaćanje, odnosno odbijanje i negiranje trenutne zdravstvene situacije.

Pacijenta treba poticati na iskorištavanje resursa dobre komunikacije ili popravljavanja komunikacije s članovima obitelji kako bi se strategija suočavanja lakše izgradila tijekom ostatka njegovog života.

Cilj medicinskog tima je pomoći pacijentu i obitelji razviti zajedničko razumijevanje situacije i puta skrbi.

Potrebno je prihvatiti izazov zajedničkog razgovora s pacijentom i obitelji jer oni trebaju čuti što druga osoba govori – moraju zajedno čuti što medicinski tim govori, kako bi se svaka prenesena informacija mogla prilagoditi pacijentovim specifičnim potrebama.

Važnost pružanja informacija očituje se u davanju pacijentu i njegovoj obitelji sigurnosti te predstavlja temelj za primjerenu suradnju u funkcionalnoj obitelji, kao i u disfunkcionalnoj obitelji, a to je u konačnici prilika za poboljšanje odnosa i komunikacije.

Dileme medicinskog tima kod pacijenata u funkcionalnoj i disfunkcionalnoj obitelji mogu biti slične, od propitkivanja i jedne i druge strane, opterećenja do traženja smisla cijele situacije koja uvelike utječe na skrb.

KLJUČNE RIJEČI: pacijent, obitelj, komunikacija, dileme

Razumijevanje koncepta "potpune boli" i njezinih dimenzija u palijativnoj skrbi

Mihaela Benković, med.sestra

OB Varaždin Služba za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof

Zdravstveni djelatnici svakodnevno se suočavaju s boli i patnjom koju prolaze osobe na kraju života. Bol je jedan od najčešćih i uznemirujućih simptoma opisanih kao vodeći simptom u palijativnoj skrbi.

Unatoč tome što bol može biti kontrolirana postojećim lijekovima i metodama, nedostatan ublažavanje boli i dalje je izazov u palijativnoj skrbi. Nedostatak jasnoće u razumijevanju boli u palijativnoj skrbi doprinosi i slabijem pravovremenom i preciznom prepoznavanju i pristupu ublažavanja boli. Još je Cicely Saunders u radu s palijativnim bolesnicima upotrijebila izraz „potpune boli“ za karakterizaciju višedimenzionalne prirode iskustva boli koja uključuje fizičke, psihičke, društvene i duhovne domene. Novi pogled u liječenju „potpune boli“ vezan je za korištenje novih alata s naglaskom na holistički model u ublažavanju boli koji je usredotočen na bolesnika i njegovu obitelj, koji spaja sve tretmane i koji se temelji na stvaranju mreže rasuđivanja koja će dati prioritete postupke i načine daljnje palijativne skrbi. Osobito je važno staviti naglasak na upotrebu koncepta „potpune boli“ u procijeni i liječenju za optimalno ublažavanje boli.

Koncept „potpune boli“ bi trebao biti pokretačka snaga koja vodi do standardizacija definicije boli, intervencija i procjene boli kod palijativnih bolesnika. Kontrola boli središnja je komponenta upravljanja simptomima u palijativnoj skrbi. Samo dobro razumijevanje „potpune boli“ može pomoći u pravilnoj i cjelokupnoj procijeni i liječenju boli. Kod holističkog pristupa boli važno je poznavanje bolesnika kao osobe, njegovih dosadašnjih iskustva s boli, obiteljski odnosi, želje i stavovi prema daljnjoj skrbi. Koliko povjerenje između bolesnika i zdravstvenog radnika utječe na pravilnu procjenu i liječenje boli često je postavljeno pitanje. Isto kao i kontinuitet palijativne skrbi kao osnovni preduvjet za kvalitetu kontrole boli i njezinog zbrinjavanja.

Ključne riječi: palijativni bolesnik, „potpuna bol“, holistički model, procjena, kvaliteta života

Donošenje odluka u planiranju skrbi- želje i mogućnosti

Margareta Mašić, bacc.med.techn

Dom zdravlja Varaždinske županije

e-mail: margareta.masic@dzvz.hr

Zajedničko donošenje odluka smatra se dijelom skrbi usmjerene na bolesnika i omogućuje autonomiju bolesnika koja je kamen temeljac palijativne skrbi. Donošenje odluka u palijativnoj skrbi je složen i kompleksan proces između bolesnika i članova obitelji. Od samog početka dijagnoze neizlječive bolesti bolesnik i obitelj na različite načine prolaze kroz skrb te se percepcija daljnje skrbi nekad međusobno razlikuje. Donošenje zajedničkih odluka o tijeku liječenja, a na kraju i mjestu skrbi često dolazi do razilaženja u željama bolesnika i članova obitelji. Radi uključenosti velikog broja profesionalaca i različitih informacija često je donošenje plana daljnje skrbi veliki izazov. Većinom se svi u planiranju skrbi usredotoče na postojeće simptome i fizičku skrb, malo se vremena posvećuje planiranju ostalih potreba palijativnih bolesnika. Dosadašnje studije su primarno usredotočene na njegu na kraju života i planova oko njege. Ovim radom želimo osvijestiti potrebu planiranja cjelovite skrbi za bolesnika i njegovu obitelj traženjem najboljeg rješenja za sve uključene u skrb. Istaknuti važnost poticanja komunikacije između bolesnika i članova obitelji o važnosti planiranja kraja života, poticanje na oprost i rješavanje "neriješenih stvari". Kako bolest napreduje bolesnik i obitelj postaju svjesniji kraja života i otvara se dijalog o budućoj skrbi uključujući planiranje skrbi unaprijed s više scenarija kraja života i mogućnosti skrbi.

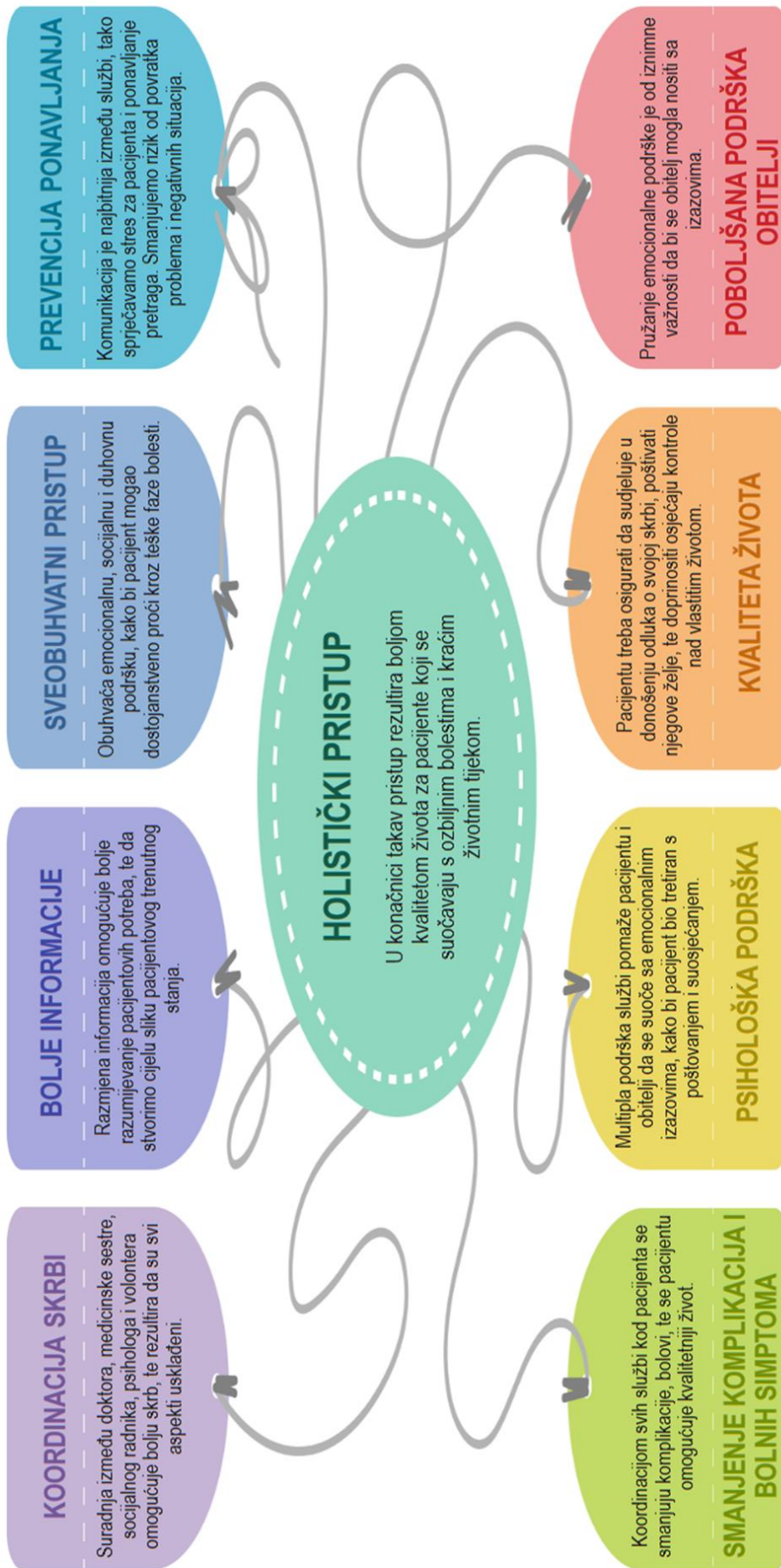
Domene koje je važno obuhvatiti u palijativnoj skrbi i donošenju odluka su: skrb na kraju života, mjesto smrti, naprijed planiranje skrbi i davanje uputa za kraj, umjetna prehrana i hidracija, uzaludni postupci, putanje određenih bolesti.

Preduvjeti za sudjelovanje bolesnika i obitelji u zajedničkom odlučivanju u palijativnoj skrbi su: interdisciplinarni timski rad, otvorena komunikacija, dobar odnos bolesnik-obitelj-zdravstveni radnik, povoljno okruženje, međusobno informiranje, svijest zdravstvenih radnika o tijeku određene bolesti i svijest svih sudionika skrb o važnosti planiranja skrbi. Važno je da se bolesnik i njegova obitelj u palijativnoj skrbi mogu međusobno prilagoditi željama za skrb.

Ključne riječi: Donošenje odluka, planiranje skrbi, palijativan bolesnik, obitelj

DOBRA SURADNJA MEĐU SLUŽBAMA REZULTIRA KVALITETNOM PALIJATIVNOM SKRBI

Lana Lacković, bacc. med. techn.



Nasilje nad osobama starije životne dobi

Starost je posljednje razvojno doba u životu



Starenje je prirodni proces u životu svakog pojedinca

NASILJE

namjerno korištenje fizičke snage i moći prijetnjom prema samome sebi, prema drugoj osobi, prema grupi ljudi ili čitavoj zajednici

VRSTE

- fizičko
- psihičko ili emocionalno
- materijalno
- seksualno
- duhovno
- zanemarivanje

ZNAKOVI

- neuvjerljiva objašnjenja za dobivene ozljede
- kronična bol u trbuhu, glavobolje i umor
- poremećaji u prehrani
- poremećaji gastrointestinalnog trakta
- tjeskoba, depresija, nesuradljivost

MJESTO NASTANKA

- vlastiti dom
- dom za starije i nemoćne osobe
- javne ustanove

Jasmina Benić, bacc.med.techn., mobilni palijativni tim
Mirjana Spudić, mag.med.techn., mobilni palijativni tim
Marijana Car, mag.med.techn., koordinator palijativne skrbi

Dom zdravlja Karlovac, V. Mačeka 48, Karlovac
mobilna.palijativa@dzka.t-com.hr

KOMUNIKACIJA PALIJATIVNE I PATRONAŽNE SLUŽBE

Inovativni prijedlozi
Neformalno komuniciranje
(glasine/ strah/ promjene)

Definiran djelokrug rada
Patronažna služba, palijativni tim,
kućna njega, LOM, HZSR,
volonteri...

Međusobno komuniciranje
Grupno komuniciranje,
organizacijsko komuniciranje,
komuniciranje u masi

Individualna skrb
Individualizacija posjeta/ potreba/
mogućnosti službe

**Poboljšana percepcija
timskog rada**
Rješavanje problema, redovit
prijenos informacija

patronažna
služba

komunikacija
mailom

sastanci

komunikacija
telefonom

CEZIH

LOM

HZSR, ZZHM,
ostali..

zdravstvena
njega u kući

bolnički sustav

palijativni tim

Klara Klobučarić, mag. med. techn.



Sigurnost za pacijenta

Zadovoljstvo pacijenta, kvalitetna
skrb, dosljedna služba

Međusobno sudjelovanje

Poboljšana percepcija tmskog
rada, zadovoljstvo profesionalaca

Zaštita profesionalaca

Sigurnost kod ulaska u kuću,
pravna zaštita, sigurnost u
prometu...

Organizacija

Podrška nadređenih i pravne
službe ustanova

Zadovoljstvo

Adekvatna komunikacija među
svim postojećim službama

Potrebe bolesnika i multidisciplinarni pristup palijativnom bolesniku

Beata Teresa Galinec¹

¹Škola za medicinske sestre Miinarska, Zagreb, Hrvatska

Dinka Palatinuš²

²Klinika za kirurgiju, Odjel za traumatologiju, KB Sveti Duh, Zagreb, Hrvatska

Jagoda Nikić³

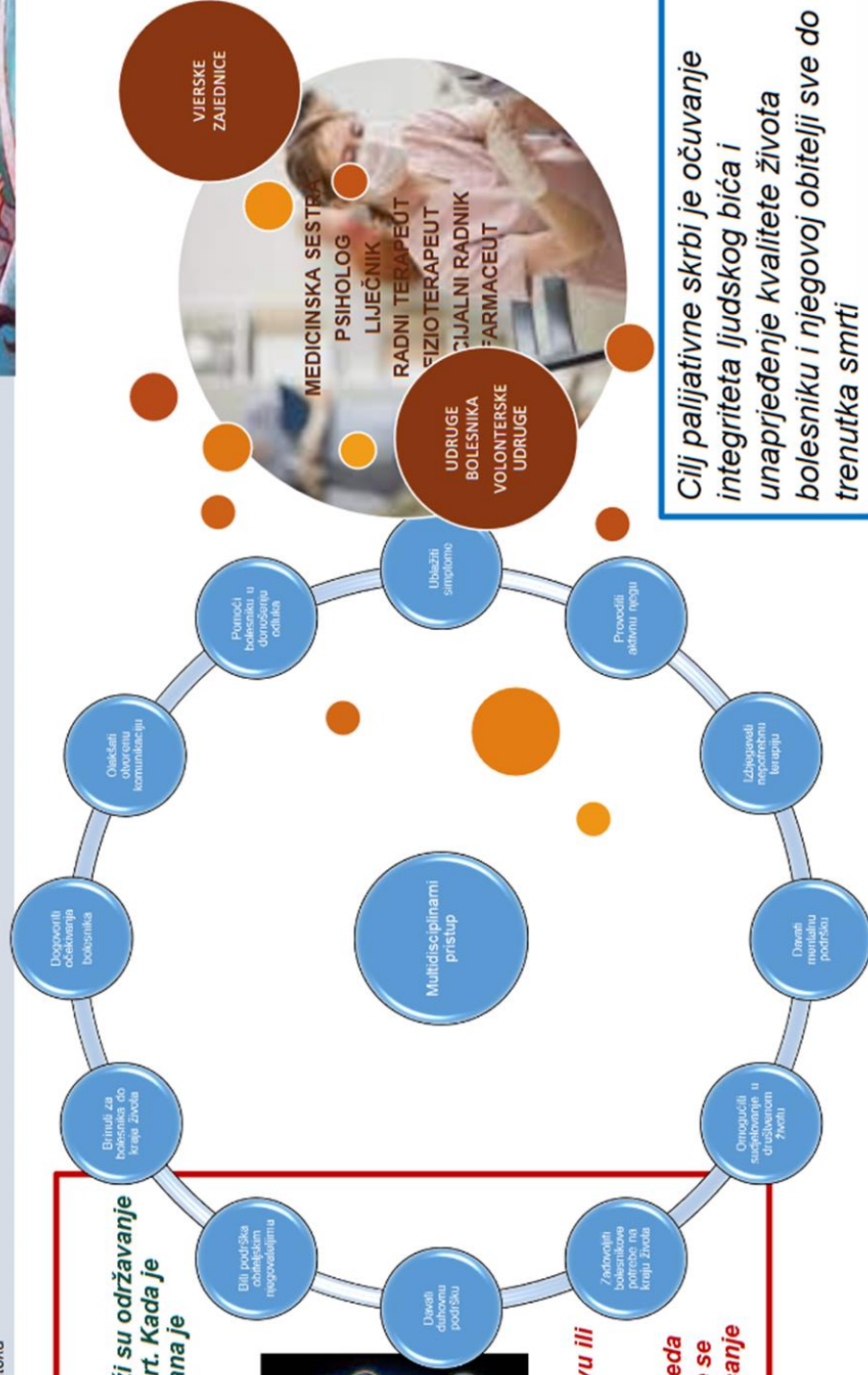
³Škola za medicinske sestre Miinarska, Zagreb, Hrvatska



Životne potrebe kojima svatko teži su održavanje zdravlja, ozdravljenje ili mirna smrt. Kada je zdravlje čovjeka narušeno povećana je sociološka potreba



priikom saznanja za teško izlječivu ili pak neizlječivu bolest, bolesnik osjeća izvjesnu emocionalnu, društvenu ili duhovnu bol koja izjeda njegovo unutarnje biće i najčešće se izražava kao šok, nevjerica i poricanje



Zbrinjavanje kroničnih rana u palijativnoj skrbi

Dijana Biskup, mag.med.techn.

Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Ana Rožić
dijana.blazi@gmail.com



Kontrola simptoma u palijativnoj skrbi ima za cilj spriječiti i ublažiti patnju učinkovitim upravljanjem bola i drugim uznemirujućim simptomima povezanim s kroničnim bolestima i uznapredovanim bolestima koje skraćuju životni vijek, a sve kako bi se poboljšala kvaliteta života.



Bolesnici s kroničnim ranama trpe niz nepovoljnih stresora koji negativno utječu na njihov svakodnevni život. Uzroci stresa uključuju: bol, curenje eksudata, ograničenu pokretljivost, lošu higijenu, osjećaje gađenja ili srama zbog unakaženosti ili neugodnog mirisa, poremećaj spavanja, gubitak seksualnosti, nezadovoljstvo liječenjem, gubitak kontrole, društvenu izolaciju, ovisnost, učestale hospitalizacije, ljutnju i nedostatak povjerenja u pružatelje zdravstvenih usluga.



Čimbenici neuspjeha u liječenju i odgođenog zacjeljivanja rana su višestruki: uznapredovala bolest, ostale kronične bolesti kao što je dijabetes, disfunkcija organizma, starija dob, tjelesna neaktivnost, infekcija, arterijska insuficijencija donjih udova, dijabetička neuropatija, pothranjenost.



Kronične rane su dodatno opterećenje za oboljele, njihove obitelji te narušavaju kvalitetu života. Najčešće kronične rane kod oboljelih koji imaju potrebu za palijativnom skrbi su dekubitisi, dijabetičko stopalo, arterijski i venski ulkusi nogu te maligne rane.



Kvalitetna kontinuirana palijativna skrb osim što ublažava simptome bola, ublažuje umor, anksioznost i depresiju te smanjuje mogućnost nastanka kroničnih rana.

Studije dokazuju da pravilna toaletna i zbrinjavanje kroničnih rana u palijativnoj skrbi poboljšava udobnost i dostojanstvo te smanjuje socijalnu izolaciju oboljelih. Medicinska sestra/tehničar u palijativnoj skrbi promiče kvalitetu života oboljelih u terminalnoj fazi, uvijek nastoji zadovoljiti sve potrebe umirućeg bolesnika te pruža podršku obitelji. Njezina uloga je da ublaži patnju i bol oboljelih te im omogućiti dostojanstvo tijekom procesa umiranja.



Izazovi procjene potreba bolesnika s malignim ranama

Andreja Tomašek, mag.med.techn.
Dom zdravlja Varaždinske županije
e-mail: andreja.tomašek@dzvz.hr

Holistička procjena tjelesnog i emocionalnog profila bolesnika je ključna i trebala bi uključivati sve aspekte bolesti, kako se s njom nose i koji je kumulativni učinak na njihove živote i obitelji. Nadalje, treba uzeti u obzir psihosocijalni status, socijalnu podršku, status uhranjenosti, sposobnost samozbrinjavanja, prošle i sadašnje zdravstvene probleme, alergije, sposobnosti suočavanja i kulturne potrebe.

Maligne rane nastaju kada se u kožnim lezijama povezanim s rakom pojave ulceracije i nekroze, bilo od primarnog tumora ili kožnih metastaza. Sustavnog praćenja broja palijskih bolesnika s malignim ranama nema, ali se pretpostavlja da 15% bolesnika u uznapredovaloj fazi bolesti ima maligne rane koje narušavaju kvalitetu života. Rak koji se najčešće povezuje s malignim ranama uključuje rak dojke, glave i vrata te primarni rak kože gdje njihova prisutnost može odražavati uznapredovanje bolesti što ukazuje na lošu prognozu. Metastatski karcinomi pluća, bubrega i debelog crijeva također su povezani s razvojem malignih rana. Patogeneza malignih rana uključuje destrukciju limfnih i vaskularnih struktura što dovodi do edema, oslabljene perzuzije, nekroze, proliferativnog rasta, ulceracije i polimikrobne kolonizacije, smanjujući sposobnost zacjeljivanja rane. Simptomi, uključujući bol, krvarenje, neugodan miris i eksudat povezani su sa smanjenim samopoštovanjem, smanjenim funkcioniranjem što dovodi do pogoršanja kvalitete života.

Procjena rana

Postoje razni alati koji se mogu primijeniti za osnovna mjerenja rana. Treba procijeniti mjesto rane, veličinu, izgled, eksudat, miris, okolinu kožu i sve povezane simptome kako bi se odredila lokalna terapija i korištenje analgetika. Potrebno je uočiti mogućnost ozbiljnih komplikacija kao što je krvarenje, kompresija/opstrukcija krvnih žila ili opstrukcija dišnih putova kako bi primarni njegovatelj mogao biti na vrijeme pripremljen na komplikacije. Procjena rane uključuje sljedeća osnovna mjerenja: vrstu i dubinu rane, prisutnost nekroze, količinu eksudata, krvarenje, bol, stanje okolne kože, prisutnost neugodnog mirisa i znakove infekcije. Dijagnoza sekundarne infekcije temelji se na kliničkim znakovima (vrućica, crvena koža oko ulkusa, bol, oteklina, gnojni eksudat), kao i na kožnim brisevima i kulturama. Među simptomima povezanim sa malignom ranom, neugodan miris se često navodi kao glavni uzrok problema bolesnika i njihove obitelji.

Upravljanje eksudatom

Budući da su upala i edem često prisutni u ovim ranama, postoji tendencija značajnog eksudata. Obloge treba odabrati tako da prikriju i skupe eksudat i miris.



Upravljanje bolovima

Stupanj boli koju bolesnik osjeća ovisi o mjestu rane, dubini invazije tkiva i oštećenja, zahvaćenosti živaca i prethodnom iskustvu pacijenta s boli i analgezijom. Postoji nekoliko vrsta boli povezanih s malignim ranama: duboka bol, neuropatska bol i površinska bol povezana s zahvatima. Korištenje sistemske analgezije obilježje je liječenja boli kod pacijenata s ovakvim ranama i potrebno je razmotriti prethodno liječenje kratkodjelujućim analgeticima s brzim djelovanjem prije početka mijenjanja obloga. Lokalne mjere također mogu biti korisne u pružanju udobnosti (lidokain lokalno).

Kontrola krvarenja

Maligne rane sklone su krvarenju uz minimalnu ili nikakvu manipulaciju. Osim toga, bolesnici s rakom mogu imati poremećaje koagulacije povezane s njihovom bolešću i/ili tretmanima koji povećavaju rizik od krvarenja. Prevencija i edukacija je najbolja metoda za kontrolu krvarenja. Od korištenja adekvatnih materijala za prevoz do pripreme obiteljskih njegovatelja o postupanju u slučaju krvarenja.



Plan zbrinjavanja malignih rana

Temeljita procjena bolesnika i maligne rane ključna je za formuliranje plana liječenja usmjerenog na bolesnika. Budući da ne postoji lijek za maligne rane, liječenje je zahtjevno i uglavnom palijskivo; većinom ima za cilj ublažavanje simptoma, očuvanje ugone i održavanje kvalitete života bolesnika.

Kontrola infekcije i mirisa

Kontrola infekcije i mirisa postiže se upravljanjem lokalnom bakterijskom kolonizacijom čišćenjem rane i debridmanom te uporabom lokalnih antimikrobnih sredstava. Čišćenje rana smanjuje neugodan miris uklanjanjem nekrotičnih ostataka i smanjenjem broja bakterija.

Dodatna terapija

Palijska skrb za bolesnika sa zloćudnom ranom može uključivati kirurško uklanjanje tumoroznih rana ili kemoterapiju i/ili terapiju zračenjem za smanjenje tumora i kontrolu boli.

Edukacija bolesnika i njegovatelja te emocionalna podrška

Edukacija o pranju ruku, asepsa, postupak mijenjanja obloga, kontrola mirisa i krvarenja te strategije upravljanja boli trebaju biti kontinuirane i vezane uz tijek bolesti. Psihosocijalna podrška treba biti usmjerena na bolesnika. Bolesnici mogu doživjeti tugu, tjeskobu, neugodu, stigmatu i mogu se povući od svojih voljenih. Osobe koje skrbe o njemu mogu doživjeti osjećaje nemoći i iscrpljenosti.

Inventar pacijentovog dostojanstva



LITERATURA:
 1. Chochinov H. M. (2007). Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *BMJ* (Clinical research ed), 335(7612), 184-187.
 https://doi.org/10.1136/bmj.39244.650976.47
 2. Kennedy G. (2016). The Importance of Patient Dignity in Care at the End of Life. *The Ulster Medical Journal*, 85(1), 45-48.
 3. EDL members. - End of Life and Palliative Care
 https://www.facebook.com/eopresidentialpost
 #the-abc-of-dignity-conserving
 https://www.facebook.com/eopresidentialpost
 /16320790692279/?_nc=328_rfr

Identifikator	Ime i prezime	Uloga	Adresa	Telefon	Elektronika pošta	Opis usluge
1	Dr. sc. Ivan Stanić Soldatek	Glavni liječnik	Prof. dr. sc. Kamen Lončarek, dr. med.			... (text is small and partially obscured)

Izvor:
http://dignitycare.ca/en/healthcare/The_Patient_Dignity_Inventory
 Prevodila: Anđelica Perković, mag. soc.
 Prijevodila: prof. dr. sc. Kamen Lončarek, dr. med.

Dostojanstvo na kraju života kao izazov u donošenju odluka

Andreja Kolačko, Nataša Dumbović, Ivana Stanić Soldatek, Ivana Martinec

Hrvatsko društvo medicinskih sestara u paliijativnoj skrbi



ABCD skrb za očuvanje dostojanstva



Attitude (stav) naglašava potrebu da prije svega ispitamo svoje stavove i pretpostavke prema bolesniku koji ne smiju utjecati na naše odluke i dostojanstvo bolesnika. Percepcije na kojima se temelje stavovi mogu ali i ne moraju odražavati bolesnikovu stvarnost.



Behaviour (ponašanje) prema bolesniku uvijek se mora temeljiti na ljubaznosti i poštovanju. Mala djela ljubaznosti mogu personalizirati pružanje njge, a često oduzimaju malo vremena.



Compassion (suojećanje) se odnosi na duboku svijest o patnji drugoga zajedno sa željom da se ona ublaži. Suojećanje govori o osjećajima koje izražava kontakt s bolesnikom i o tome kako ti osjećaji oblikuju naš pristup skrbi. Kao i empatija (identifikacija i razumijevanje tuđe situacije, osjećaja i motiva).



Dialogue (dijalog) mora uključiti sva naša znanja o tome tko je bolesnik kao osoba. Medicinska praksa zahtijeva razmjenu opsežnih informacija, unutar partnerstva čiji se tempo određuje prikupljanjem, tumačenjem i planiranjem prema novim i novonastalim detaljima. Kao takav, dijalog je ključni element skrbi za očuvanje dostojanstva. U najosnovnijem smislu, takav dijalog mora priznati osobnost izvan same bolesti i prepoznati emocionalni učinak koji prati bolest.

SAŽETAK
 Pojam dostojanstva možemo usporediti s pojmom ljubavi – važan, široko shvaćen, teško ga je definirati i ne može se podučavati na crno-bijeli način. Pojam dostojanstva individualan je kod svakog bolesnika i njegove obitelji. Samim time veliki je izazov pružiti i očuvati dostojanstvo paliijativnih bolesnika i njihovih obitelji u zdravstvenom sustavu, osobito na kraju života kada su bolesnici i njihove obitelji izložene psihosocijalnim suočavanjem s krajem života, fizičkim propadanjem i traženjem smisla cjelokupne patnje. Svi koji ulaze u skrb imaju snažan utjecaj u očuvanju dostojanstva na kraju života svjesni toga ili ne. Oni su često 'ogledalo' prema kojem bolesnici i njegova obitelji prosuđuju vlastiti status unutar zdravstvenog sustava. To je ogromna odgovornost – i prilika – za sve koji rade u zdravstvu, bilo da rade svoj posao u bolnici ili na telefonu.

Što je dostojanstvo?

dignitus (zasluga) i dignus (vrijednost).
 Koncepti poštovanja, autonomije, osnaživanja i komunikacije identificirani su u literaturi kao ključni definirajući atributi dostojanstva. S druge strane, svaki od ovih atributa je više dimenzionalan, što dodatno pridonosi složenosti, višeznačnosti i prirudi koncepta. Na primjer, poštovanje može uključivati samopoštovanje, poštovanje drugih i poštovanje privatnosti i ljepote; autonomija može uključivati izbor, davanje izbora, donošenje odluka, kompetenciju i neovisnost; osnaživanje može uključivati samopoštovanje, vlastitu vrijednost, skromnost i ponos; i komunikacija može uključivati objavljanje i razumijevanje informacija korištenjem verbalnih i neverbalnih modaliteta.

Osjaj depersonalizacije smanjuje percepciju bolesnikovog dostojanstva iz tog razloga individualni pristup i upoznavanje bolesnika kao osobe pomoći će u očuvanju dostojanstva. Planiranje dostojanstva pacijenta (PDQ) Što trebam znati o vama kao osobi da bih se o vama brinuo najbolje što mogu? osmislio je Chochinov za paliijativne bolesnike.

Istraživački tim Dignity in Care već više od 25 godina provodi istraživanja o psihosocijalnim, egzistencijalnim i duhovnim dimenzijama paliijativne skrbi na kraju života. Primarni cilj tima je istraživanjem poboljšati kvalitetu života i olakšati patnju umirućih bolesnika i njihovih obitelji. Istraživački tim Dignity in Care predstavlja ABCD dostojanstva kao vodič za provođenje načela dostojanstva u skrbi. Baš kao što djelatnici hitne pomoći imaju abecedu odgovora na hitne slučajeve (dišni put, disanje, cirkulacija), svatko tko radi u zdravstvu može se sjetiti abecede dostojanstva u skrbi: Attitude (stav), Behaviour (ponašanje), Compassion (suojećanje) i Dialogue (dijalog). Vodič je namijenjen svima koji dolaze u dotičnu i bolesnikom i utječu na očuvanje njegovog dostojanstva na kraju života.

ZAKLJUČAK

Pružatelji zdravstvenih usluga imaju veliki utjecaj na to kako bolesnici doživljavaju bolest i na njihov osjećaj dostojanstva. Iz tog razloga je da svi pružatelji usluga znaju ABCD dostojanstva. Ovu je okvir može primijeniti u edukaciji, obrazovanju, kliničkoj praksi i u standardizaciji usluga. Planiranje za raspravu je: "Da li se zdravstveni radnici mogu educirati kako promovirati dostojanstvo bolesnika ili to dolazi s iskustvom?"



Poboljšanje kvalitete života s malignim ranama - Prikaz slučaja

Danijel Šavorić bacc.med.techn

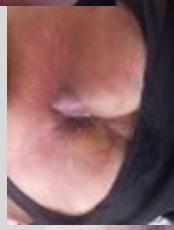
e-mail: danijela.savoric@dzvz.hr



Tijek terapije:

- 04/2021 > 05/2021**- imunoterapija pembrolizumabom (3 ciklusa) - KBC Sestre Milosrdnice
- 06/2021 > 09/2021**- kemoterapija cisplatin/etoposide (4 ciklusa) - OB Varaždin
- 10/2021** - kemoterapija pemetreksed - OB Varaždin
- 01/2022 > 05/2022**- kemoterapija docetekselom (6+ ciklusa) - KBC Jordanovac
- 12/2021 > 05/2022- zračenje KBC Jordanovac (6 zračenja)**
- 11/2022 > 02/2023**- imunoterapija pembrolizumabom (3 ciklusa) – Privatna poliklinika

16.12.2022.



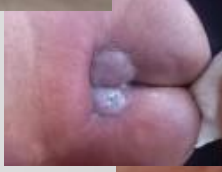
29.09.2022.



17.01.2023.



12.01.2023.



23.01.2023.



22.02.2023.



Pacijentica 59.godina

04.04.2023.



Izdaci iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za obloge na doznaku u 3 mjeseca cca 1.530 eura...



Financijski izdatak obitelji uz ostvarena prava na obloge za rana u 3 mjeseca Cca 4.570 eura !!

Izazovi:

- Želja pacijentice i obitelji da ostane do kraja u kući
- Metastatski karcinom pluća
- Dinamika boli i velike količine analgetske terapija
- Terapija kisikom
- Ruralno područje
- Maligna rana koja ne zacjeljuje
- Nedovoljan broj upijajućih obloga za previjanje
- Financijska iscrpljenost obitelji – dodatne obloge i sredstva za toaletu rane
- Zdravstvena njega u kući samo jednom na dan
- Edukacija obitelji i skrbi u kući
- Socijalna izolacija pacijentice i obitelji radi mirisa
- Fizičko propadanje pacijentice
- Iscrpljenost obitelji i kronične bolesti supruga
- Hospitalizacija radi venske i arterijske tromboze
- Neispunjavanje želje pacijentice
- Proces žalovanja

**BOL+OBILNA
SEKRECIJA+NEUGODAN
MIRIS+KRVARENJE**

**BOL+OBILNA
SEKRECIJA+NEU
GODAN MIRIS**

BOL

Prijedlog prema nadležnim institucijama vezan na otvaranja dijagnoza pridruženih zbrinjavanju malignih rana

Izazovi prve kućne posjete palijativnom bolesniku u ruralnim područjima

Anica Novko, bacc.med.techn.
Martina Martinuš, bacc.med.techn.
Dom zdravlja Varaždinske županije



95% bolesnika želi umrijeti u svojem domu



Kućni ljubimci



Udaljeni i nepristupačni teren



Kako izgleda medicinska sestra kod prve kućne posjete pacijentu bez adekvatne prijava od prethodnog profesionalca u skrbi nakon prijedehnih 100km!!



Izazovi u adekvatnoj primjeni terapije



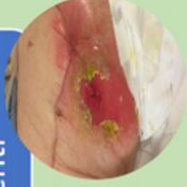
Nove tehnologije i metode skrbi



Loši socijalni uvjeti



Zapušteni pacijenti



Ulкуси



Dekubitus



Maligne rane



Službe koje pružaju skrb u kući imaju osnovni izazov, a to je vrijeme koje je potrebno za dolazak u dom oboljele osobe. Ujedno jedan od najvećih izazova je kako adekvatno riješiti zatečene probleme kod prvog dolaska u kući osobito kod nedostatka informacija o trenutnom stanju bolesnika. Prvu kućnu posjet nakon hospitalizacije olakšava dostupnost sestričkog i liječničkog otpusnog pisma, ali što kada su ti podaci nepotpuni ili ako se starije bolesnika do dolaska u kuću promijenilo. Uvijek je pitanje da li je bolesnik zbrinut i opskrbljen s svim potrebnim pomagalima prije otpusta kući. Kod ulaska u kuću sve češće se susrećemo s novim metodama održavanja kvalitete života, velikim brojem pomagala, uređaja i načinima njihove primjene. Uvijek postoji pitanje dovoljnih znanja o adekvatnom postupanju s novitetima u kući.



Omogućuje li razvoj suosjećajnih zajednica veći izbor za palijativnu skrb kod kuće?

Ivana Treska, Ivana Martinec, Nataša Dumbović, Andreja Kolačko Hrvatsko društvo medicinskih sestara u palijativnoj skrbi

SAŽETAK

Svi mi živimo u zajednici koja prepoznaje prirodne cikluse kao što su rođenje i smrt, zdravlje i bolest koji se svakodnevno događaju oko nas. Kako bismo pomogli oboljeloj osobi te njegovoj obitelji važno je osim mijenjanja svijesti zajednice, poticati zajednicu na suosjećanje.⁽¹⁾ Suosjećanje je nešto što svi posjedujemo i to je vještina koja je neophodna za zdravo starenje i prihvaćanje životnih izazova poput ozbiljne bolesti, pružanja njege, umiranja, tuguovanja. Od iznimne je važnosti znati da 95% vremena ljudi koji žive s ozbiljnom bolešću su dio zajednice, a primaju medicinsku skrb samo 5% vremena.

Okvir suosjećajne zajednice nas usmjerava da briga jednih za druge u vrijeme krize i gubitka nije zadatak samo zdravstvenih i socijalnih službi, već i odgovornost cijelog društva. Takav je Model suosjećajnih gradova razvio prof Allan Kellehear. Njegovo djelovanje je usmjereno na način da se promišlja o različitim ljudima i organizacijama koje bi trebale biti uključene u rad na stvaranju suosjećajne zajednice. Suosjećajne zajednice koje javno potiču, olakšavaju, podupiru i vode brigu jedni o drugima tijekom teških i najzahtjevnijih životnih trenutaka, posebno onih koji se odnose na terminalne bolesti.

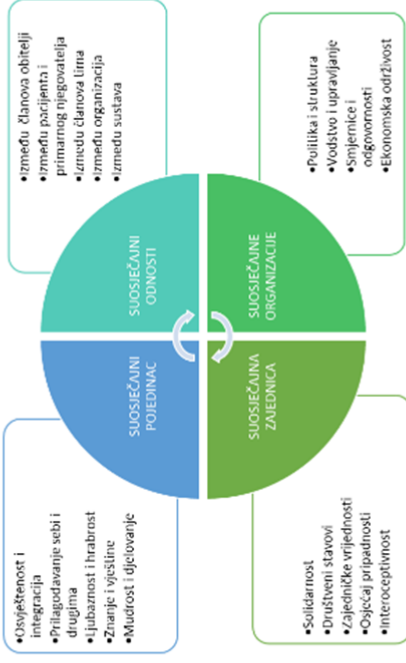
Važnost suosjećajnih zajednica prepoznata je i od strane Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA) te je ovogodišnja tema Svjetskog dana hospicija i palijativne skrbi : Compassionate Communities: Together for Palliative Care (Suosjećajne zajednice: Zajedno za palijativnu skrb).

Pokretanje suosjećajne zajednice počinje razgovorom s istomišljenicima koji su zabrinuti zbog onoga što se događa u njihovim zajednicama s ciljem pronalaženja rješenja te poticanja solidarnosti prema osobama na kraju života. Daljnji razvoj tih zajednica usmjeren je na pomoć pojedincu u zajednici koji boluje od uznapredovale bolesti i njegovoj obitelji. Povelja suosjećajnog grada uključuje 13 koraka koje gradovi ili sela mogu poduzeti kako bi javno prepoznali one koji umiru, brinuli se o njima, kako bi njihovu lokaciju učinili mjestom podrške i otvorenim mjestom za odvijanje ovih procesa.

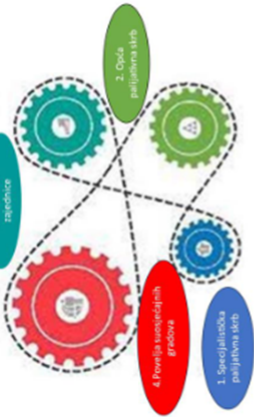
Podizanje svijesti o palijativnoj skrbi i smrti smanjuje stigmatu i izoliranost oboljelih na kraju života, potiče suosjećanje od strane okoline i mijenja svijest svih uključenih o potrebi empatije i podrške obiteljima za vrijeme skrbi i u žalovanju.

¹ Dworkin, K., Marston, A., Wernick, E. et al. (2019). Hospice and palliative care: A global perspective. *BMJ*, *360*, g10000. <https://doi.org/10.1136/bmj.g10000>
² <https://www.whpca.org/>
³ <https://www.whpca.org/2022/02/21/whpca-worldwide-hospice-palliative-care-alliance-2022-compassionate-communities-together-for-palliative-care/>
⁴ <https://compassionatecommunities.org.uk/wp-content/uploads/2021/12/7th-Compassionate-City-Charter.pdf>
⁵ <https://www.mgha.org.uk/files/hospice/community-projects-and-projects/104-courses-for-compassionate-communities/>

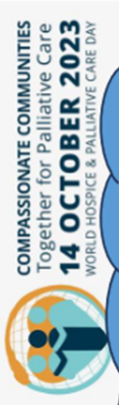
Uloga zajednice u donošenju odluka u palijativnoj skrbi- Važnost javno zdravstvenog pristupa palijativnoj skrbi



Model suosjećajnih gradova u palijativnoj skrbi

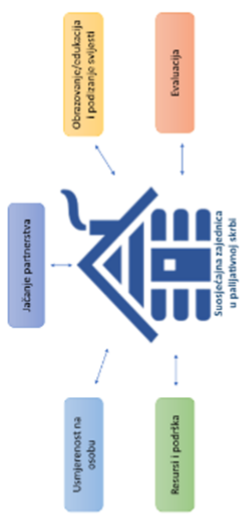


Model suosjećajnih gradova u palijativnoj skrbi



OBITELI JE ŠKOLA SUOSJEĆANJA JER U NJOJ UČIMO ŽIVJETI S DRUGIM LJUDIMA
 Karen Armstrong, utemeljitelj Povelje za suosjećanje
 Izvor: <https://charterforcompassion.org/>

Okvir suosjećajnih zajednica u palijativnoj skrbi



V.Z.V.Z.A. Ni samo zajednica koja promiče boler živeć podržavajući druge: Inoz Brigu, umiranje i tuguovanje.

Model suosjećajnih gradova u palijativnoj skrbi

Okvir Suosjećajne zajednice nas uči da briga jednih za druge u vrijeme bolesti i gubitka nije zadatak samo zdravstvenih i socijalnih službi, već odgovornost svih nas.

- ✓ Ova javnozdravstvena Inicijativa osmišljena je za:
 - ✓ Uključiti u skrb sve uzraste/ generacije, od djece do starijih osoba, pružajući cjeloživotni pristup palijativnoj skrbi.
 - ✓ Demistificirati smrt u nadi da će nam svima biti ugodnije razgovarati i planirati smrt.
 - ✓ Ranije pružiti podršku i palijativnu skrb u slučaju terminalne dijagnoze.

- Provedba modela suosjećajnih zajednica potaknut ce:
- ✓ Bolja priprema za njegu, umiranje, smrt i tuguovanje
 - ✓ Osjećaj osnaženosti i povezanosti sa zajednicom
 - ✓ Očuvanje mentalnog zdravlja i kvalitete života.





Dileme u komunikaciji i donošenje odluka

Zorica Martić

Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice Klinika za traumatologiju



SAŽETAK

Obitelj u palijativnoj skrbi, po definiciji WHO (2013.), definirana je kao sastavni dio palijativne skrbi i to kao aktivni član u pružanju palijativne skrbi (1).

Prelazak iz zdravlja u tešku bolest svima postaje težak, što izrazito naglašava potrebu za povjerenjem koje se postize kroz komunikaciju.

U palijativnoj skrbi kod pacijenata koji se suočavaju s manjkom nade emocionalna i psihosocijalna potpora jednako je važna kao i osnovno zadovoljavanje fizičkih potreba (2).

CIJEVI

Važnost u zajedničkom donošenju odluka - zašto je važno, kada je prikladno i ključni elementi.

Kod pripočavanja loših informacija potrebno je koristiti SPIKES protokol (4).



Slika 1. SPIKES protokol

METODE

Kada se priopći loša vijest pacijentu ili pacijentovoj obitelji potrebno je voditi se načinom na koji će se reći više no činjenicama koje neće biti zapamćene. Kod pripočavanja loših informacija potrebno je koristiti šest koraka SPIKES-a (4).



Slika 2. Šest SPIKES koraka

REZULTATI

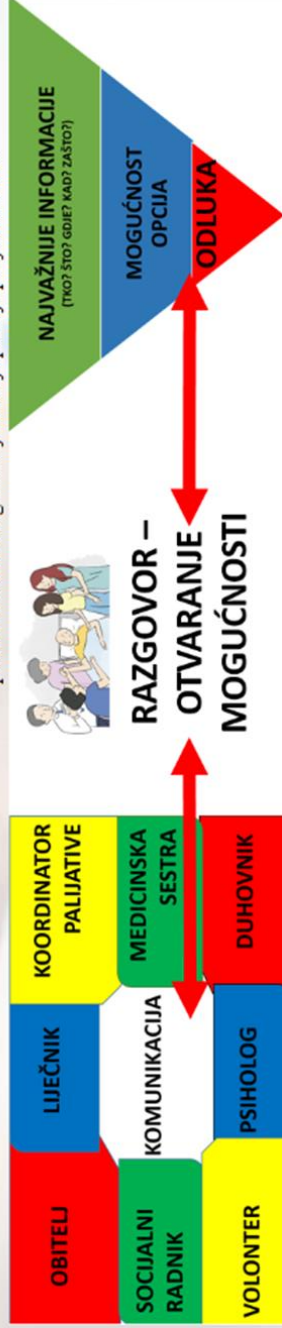
U literaturi se spominje pristup kojem se pristupa, a to je važnost komunikacije u palijativnoj skrbi, loše vijesti u palijativnoj skrbi, osposobljavanje stručnjaka osoblja za komunikaciju u palijativnoj skrbi, i komunikacijske strategije u palijativnoj skrbi (5).



Slika 3. Znanstvena produkcija o palijativnoj skrbi i komunikacija u internetskim časopisima: pregled

ZAKLJUČAK

Pacijenti u palijativnoj skrbi mora sudjelovati i potrebno je njegovo sudjelovanje u odlukama koje pokrivaju puno širi aspekt tema od samih medicinskih intervencija i na tome bi se trebalo raditi u praksi. Glavna odgovornost za uspješno sudjelovanje pacijenata u zajedničkom odlučivanju leži na zdravstvenim profesionalcima i organizacijama koje pružaju palijativnu skrb.



Slika 4. Postupak donošenja odluke

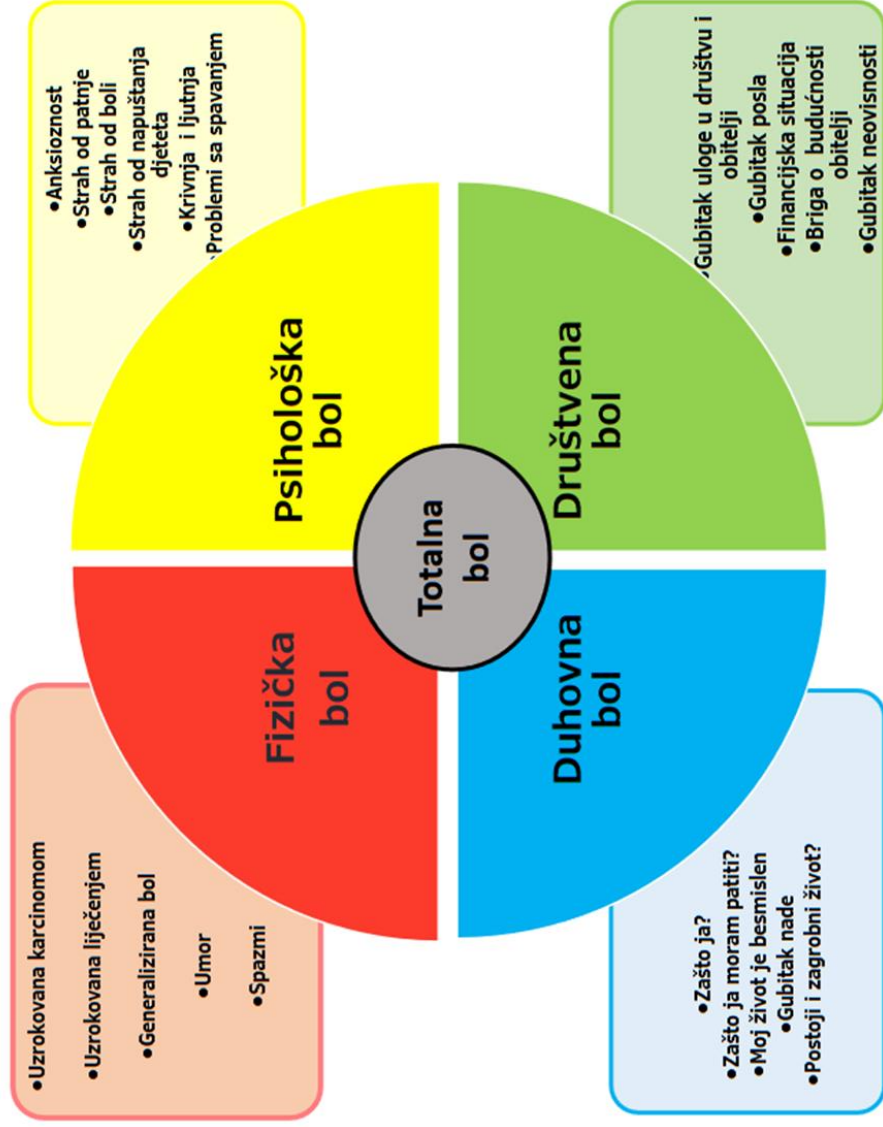
LITERATURA

- <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
- <https://nursing.uic.edu/nurse-voice/healthcare/>
- Londrak K. Bolnička palijativna skrb Korisne informacije, dati i štala, Rijeka, 2023.
- Andrade CG, Costa JCP, Friere MEN, Dias TKC, França JRES, Costa SFGD. Scientific production about palliative care and communication in online journals: a scoping review. *Rev Bras Enferm*. 2021; May 28;(74)(2):0190378. English, Portuguese. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0378. PMID: 34076211.

KONTAKT

@: zorica.martic@kbcsm.hr
m: +385 91 4502515

Kao što si znamo, bol je ono što pacijent kaže da jest...ali to ne znači da je to uvijek fizička bol. Vrijeme je da kopamo malo dublje i pružimo istinski značajnu pomoć pacijentu bez obzira na njihovo trenutno fizičko stanje.



Donošenje odluka u planiranju skrbi- želje i mogućnosti

Margareta Mašić, bacc.med.tech
Dom zdravlja Varaždinske županije
e-mail: margareta.masic@dzvz.hr



Domene koje je važno obuhvatiti u palijskoj skrbi i donošenju odluka su:

- ✓ skrb na kraju života
- ✓ mjesto smrti
- ✓ planiranje skrbi
- ✓ davanje uputa za kraj
- ✓ uzaludni postupci
- ✓ tijek određenih bolesti



Zajedničko donošenje odluka smatra se dijelom skrbi usmjerene na bolesnika i omogućuje autonomiju bolesnika koja je kamen temeljac palijske skrbi.

Donošenje odluka u palijskoj skrbi je složen i kompleksan proces između bolesnika i članova obitelji.



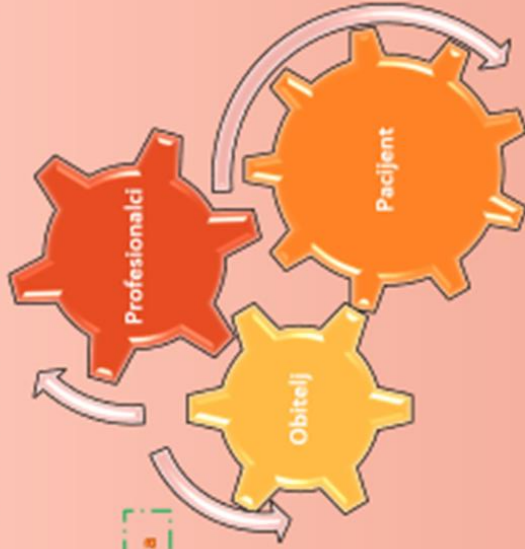
End-of-life Care

Usklađivanje želja i mogućnosti u planiranju skrbi dinamičan je proces u donošenju odluka

Mogućnosti

Želje

Dinamični međusobni odnosi u planiranju skrbi



Preduvjeti za sudjelovanje bolesnika i obitelji u zajedničkom odlučivanju u palijskoj skrbi su:

- ✓ interdisciplinarni timski rad
- ✓ otvorena komunikacija
- ✓ dobar odnos bolesnik-obitelj-zdravstveni radnik
- ✓ povoljno okruženje
- ✓ međusobno informiranje
- ✓ svijest zdravstvenih radnika o tijeku određene bolesti
- ✓ svijest svih sudionika skrb o važnosti planiranja skrbi

KENNEDYJEV TERMINALNI ULKUS

Petra Belušić¹, Ema Đukić¹, Đino Lovrinić¹, Tina Zaviđić^{1,2}

¹ Istarski domovi zdravlja, Pazin

² Medicinski fakultet, Sveučilište u Rijeci, Katedra za obiteljsku medicinu

Adresa za dopisivanje: Petra Belušić, J.Dobrole 1, 52000 Pazin; mail: stacionar.pazin@idz.hr

Uvod Kennedyjev terminalni ulkus (KTU) je tamno obojeni ulkus koji se brzo razvija u zadnjim fazama života bolesnika. Manifestira se kao upala, nekroza i zatim ulceracija. Zatajenje kože nastaje u trenutku u kojem koža i tkivo ispod nje umiru zbog hipoperfuzije koja se javlja istodobno s ozbiljnom disfunkcijom ili zatajenjem drugih organskih sustava. Ne dožive svi bolesnici ovakav ulkus, ali on nije neuobičajen i treba ga prepoznati.

Prikaz slučaja Sedamdesetogodišnja bolesnica zaprimljena je na stacionarno palijativno liječenje radi komplikacija adenokarcinoma rektuma s metastazama. Kod dolaska imala je duboku ranu na mjestu operacije rektuma koja je sezala do kosti sakruma sa zadebljanim nekrotičnim kaloznim rubovima i granulacijama, koje zadiru u dubinu rane. Spoj sa zdravom kožom na površini i oko rane bio je oštar i čist sa svježim granulacijama (Slika 1.)

Primijenjena je strategija prevencije i liječenja koja je imala za cilj smanjenje vlage i trenja na koštanim izbočinama. 14-ti dan boravka, pri jutarnjoj njezi, iznad početne rane na sakrumu opažena je leptirasta tamno obojena kožna promjena neravnih rubova s okolnim upalnim promjenama kože, koja je jednim dijelom i egzulcerirala (Slika 2.).

Slika 1.



Slika 2.



U popodnevnoj njezi opažena je progresija egzulceracija rane, da bi se drugi dan primijetila potpuna demarkacija površine rane s nastankom dubokog ulkusa IV stupnja (Slika 3. i 4.).



Slika 3. i 4.



Ranu se nastavilo zbrinjavati po svim pravilima za zbrinjavanje dekubitalnih rana, svi vitalni parametri pacijentice su slabili i smrt je nastala peti dan od prvih simptoma KTU. Po zapažanju KTU rodbina bolesnice je obaviještena o procjeni dužine života, a posebna pažnja osim zbrinjavanja rane usmjerena je na otklanjanju bola i kvalitetu života pacijentice.

Zaključak KTU se može protumačiti kao vidljiv znak onoga što se događa s pacijentom i kao takav može pomoći svima koji su uključeni u spoznaju da je to znak približavanja smrti, a ne nedostatka njege. Ljudski vijek se produžuje, a potreba za palijativnom skrbi je sve veća, stoga će i KTU zahtijevati bolje razumijevanje. Prioritet mora biti na udobnosti, kvaliteti života bolesnika i odgovarajućem upravljanju boli.

Literatura:

1. Kennedy KL. The prevalence of pressure ulcer in an intermediate care facility. *Decubitus*. 1989;2(2):44-45.
2. Lattimer S, Shaw J, Hunt J, et al. Kennedy Terminal Ulcers: A Scoping Review. *J Hosp Palliat Nurs*. 2019;31(4):257-269. doi:10.1177/0898010119850000. PMID: 30935014
3. Sragić M, Čeko M, Kraljić M. Poly-ulceration Patient Terminal Kennedy Terminal Ulcer (KTU). *J Palliat Care Med*. 2017;28(7):297. doi:10.4172/2165-7386.1000297

Važnost multidisciplinarnog pristupa pri donošenju odluka u palijativnoj skrbi,
Varaždin, 5.-8.10.2023.