



**PALIJATIVNA SKRB U PRAKSI:
SIMPOZIJ ZA RJEŠAVANJE IZAZOVA I
EDUKACIJU ZDRAVSTVENIH RADNIKA**

**ZBORNİK
RADOVA**

HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE, INTENZIVNE
SKRBI I TRANSFUZIJE

u suradnji s
FAKULTETOM ZDRAVSTVENIH STUDIJA SVEUČILIŠTA U RIJECI
organizira

SIMPOZIJ

**PALIJATIVNA SKRB U PRAKSI: SIMPOZIJ ZA RJEŠAVANJE IZAZOVA I EDUKACIJU
ZDRAVSTVENIH RADNIKA**

ZBORNİK RADOVA

Uredništvo:

Izv. prof. dr. sc. Vedrana Vežzović
Malmö Univerzitet , Malmö , Švedska

Izv. prof. dr. sc. Samir Husić, dr. med.
DZ Primorsko – goranske županije, Rijeka

Kristian Civka, mag. med. techn.
Klinički bolnički centar Zagreb

doc. dr. sc. Adriano Friganović, FESNO, FFNMRC SI
Klinički bolnički centar Zagreb
Zdravstveno veleučilište Zagreb
Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci

Marica Jerleković, mag. med. techn.
Služba za sestrinstvo, Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice

ISKUSTVA NEFORMALNIH NJGOVATELJA BOLESNIKA KOJIMA JE POTREBNA PALIJATIVNA SKRB – PRIKAZ PROJEKTA

Izv. prof. dr. sc. Samir Husić, dr. med.¹; Izv. prof. dr. sc. Bojan Miletić, dr. med.², Marica Jerleković, mag. med. tecn.³, Izv. prof. dr. sc. Sandra Bošković⁴; doc. dr. sc. Adriano Friganović, mag. med. techn.^{4,5,6}, izv. prof. Vedrana Vežović⁷

¹DZ Primorsko – goranske županije

² Katedra za kliničke medicinske znanosti, Sveučilište u Rijeci - Fakultet zdravstvenih studija

³ Služba za zdravstvenu njegu KBC Sestre milosrdnice

⁴ Sveučilište u Rijeci - Fakultet zdravstvenih studija, Katedra za sestrinstvo

⁵Klinički bolnički centar Zagreb

⁶Zdravstveno veleučilište Zagreb

⁷Sveučilište Malmö, Švedska

Email: drsamirhusic@gmail.com

Uvod: Napredak u području palijativne skrbi omogućava pacijentima s karcinomskim oboljenjima dulji život uz poboljšanu kvalitetu života. S obzirom na to, Europsko udruženje za palijativnu skrb (EAPC) i Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) sve više promiču skrb u kući (home care), koja stavlja veći teret odgovornosti na obitelji bolesnika te zahtijeva njihovo aktivno sudjelovanje u pružanju skrbi. Kućna skrb omogućuje pacijentima da posljednje faze života provedu u poznatom okruženju, ali istovremeno donosi niz izazova za neformalne njegovatelje, uključujući emocionalni stres, fizički napor i nedovoljnu podršku iz sustava zdravstvene i socijalne skrbi.

Ciljevi: Istražiti kućnu palijativnu skrb iz perspektive neformalnih njegovatelja s posebnim naglaskom na njihove potrebe, izazove i iskustva tijekom skrbi.

Metodologija: Provedena je kvalitativna studija koja se temeljila na dubinskim intervjuima s neformalnim njegovateljima nakon smrti pacijenta kojeg su njegovali. Intervjui su omogućili detaljan uvid u emocionalne, socijalne i praktične aspekte skrbi, kao i u izazove s kojima su se suočavali tijekom cijelog procesa.

Rezultati: Rezultati istraživanja ukazali su na ključnu potrebu neformalnih njegovatelja za sustavnom i kontinuiranom podrškom u svim segmentima skrbi. S perspektive njegovatelja, otvorena i rana komunikacija s medicinskim osobljem istaknuta je kao presudan čimbenik koji doprinosi boljem razumijevanju situacije u kojoj se pacijent nalazi. Nedovoljno razumijevanje učestalih promjena fizičkog i psihičkog stanja pacijenta, često su dovodili do emocionalnog sagorijevanja njegovatelja.

Zaključak: Potrebno je izraditi plan edukacije za neformalne njegovatelje koji bi, nakon provedbe, omogućio bolje razumijevanje stanja pacijenata. Takav plan bi pridonio stvaranju boljih uvjeta za unapređenje kvalitete njege pacijenata s palijativnim potrebama u kućnim uvjetima.

O PALIJATIVNOJ SKRBI

Sara Karmel, univ. mag. med. techn.

Koordinator palijativne skrbi u PGŽ, Dom zdravlja Primorsko-goranske županije, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci

Palijativna skrb ima za cilj očuvati kvalitetu života i dostojanstvo bolesnika sprečavanjem ili olakšavanjem simptoma uzrokovanih napredovanjem bolesti.

Većina bolesnika bi voljela posljednje dane života provesti s obitelji, pod uvjetom da ne pate, što je moguće ostvariti ako se palijativna skrb uvezuje unutar zajednice. Gotovo 85% palijativnih bolesnika može se adekvatno zbrinuti unutar opće palijativne skrbi koju pružaju timovi obiteljske medicine, medicinske sestra iz zdravstvene njege u kući, patronažne sestre, domovi za starije i nemoćne, specijalisti onkologije, anesteziologije, hitne medicine... Samo oko 15% neizlječivo bolesnih ima složene potrebe koje zahtijevaju uključivanje službi u specijalističkoj palijativnoj skrbi (koordinator, mobilni palijativni tim, stacionarna specijalistička palijativna skrb).

Neovisno o tome na kojoj se od ovih razina zdravstvene zaštite provodi palijativna skrb, educiranost zdravstvenih djelatnika osnovna je komponenta potrebna za pružanje kvalitetne palijativne skrbi. Istraživanja koja su provedena ukazuju na problem nedostatno educiranog kadra. Ukoliko znamo da su bol i dispnea dva najčešća simptoma kod palijativnih bolesnika, edukacije moramo usmjeriti na adekvatno korištenje opioidnih analgetika i rušenje predrasuda o istima. U praksi se često susrećemo s dva ekstrema: s jedne strane nailazimo na veliki strah od početka primjene morfinskih pripravaka, dok s druge strane nailazimo na veliki broj neadekvatno titriranih i doziranih transdermalnih naljepaka, uključenih bez poznavanja pravila za njihovo uvođenje. Također, sprečavanje krize i nepotrebnih intervencija važan je rezultat palijativne skrbi. Prosječno se oko 45% palijativnih bolesnika javlja hitnoj medicini zbog tegoba koje više ne mogu kontrolirati uobičajenom terapijom, a do 20% zbog pravih hitnih stanja. Ukoliko educiramo medicinski kadar da adekvatno zbrinjava tegobe, ali i da zna prepoznati i pripremiti obitelj kada je bolesnik u nekoj od faza umiranja, smanjiti ćemo nepotrebne intervencije na kraju života, kao i šok obitelji zbog smrti bolesnika (koja bi nastupila i unatoč takvim intervencijama). Zapravo, palijativna skrb nema za cilj ubrzati niti odgoditi smrt, već povećati kvalitetu preostalog života!

BOLNIČKA PALIJATIVNA SKRB

Mirjana Saratlija, Ružica Marinić, Ana Joka

KBC Zagreb, Kišpatićeva 12, Zagreb

mirjana.saratlija@kbc-zagreb.hr

Palijativna skrb je sveobuhvatni pristup čovjeku kako bi mu ublažili bol, poboljšali kvalitetu života, osigurali dostojanstven život pacijentu i njegovoj obitelji. Kod nas se palijativna skrb još uvijek povezuje sa ljudima na kraju života koji boluju od maligne, neizlječive bolesti. Napredak medicine značajno je smanjio smrtnost diljem svijeta, međutim povećao se broj ljudi s kroničnim i kompleksnim bolestima. Takvi pacijenti zahtijevaju multidisciplinarni pristup stručnjaka raznih profila s naglaskom na holističkom pristupu. Rijetko tko smatra da se i kod djece primjenjuje palijativna skrb koja se temelji na potrebi, a ne na prognozi. Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definirala je pedijatrijsku palijativnu skrb kao aktivnu cjelovitu brigu o djetetovom tijelu, umu i duhu, koja uključuje i podršku obitelji. U razvijenim zemljama postoje veće mogućnosti skrbi za djecu jer se od početka bolesti uključuju timovi palijativne skrbi za pedijatrijskog bolesnika. Podrška djeci započinje postavljanjem dijagnoze bolesti. U većini slučajeva postavlja se kod rođenja i traje godinama. Pedijatrijska palijativna skrb usmjerena je na dijete i njegovu obitelj. Zahtijeva multidisciplinarni pristup koji uključuje zdravstvene djelatnike, obitelj i koristi dostupne resurse iz zajednice. Poseban naglasak stavlja se na komunikaciju s pacijentima i obiteljima, stvaranje odnosa povjerenja s fleksibilnim radnim vremenom za posjete, povećanje emocionalne podrške, promicanje čestih kontakata sa zdravstvenim timovima i transparentno komuniciranje obitelji i oboljelog o bolesti i neposrednoj smrti.

Cilj rada je prikazati bolničku palijativnu skrb. Prvi prikaz slučaja je dijete s malignom bolesti gdje su iscrpljene mogućnosti aktivnog liječenja i preostalo je simptomatsko, suportivno liječenje, odnosno palijativno zračenje. Drugi prikaz je pacijent kod kojeg su obavljene dvije transplantacije organa u različitom vremenskom periodu. Prikazat će se izazovi u skrbi i oporavku, koordinaciji i povezivanju dostupnih resursa kako bi skrb bila sveobuhvatna i što kvalitetnija.

Ključne riječi: bolnička palijativna skrb, koordinator

IZVANBOLNIČKA PALIJATIVNA SKRB

mr.sc. palijativne i suportivne skrbi, Renata Bermanec

Mjesto zaposlenja: Dom zdravlja Čakovec. Koordinator za palijativnu skrb u Međimurskoj županiji
Hrvatsko katoličko sveučilište, viši predavač

Izraz izvanbolnička palijativna skrb označava velik dio sustava palijativne skrbi koji se organizira na različitim mjestima te se pruža od strane različitih organizacija, ustanova, službi, profesionalaca, udruga, volontera, članova obitelji i drugih dionika. Osim potrebnih hospitalizacija i ambulantnih pregleda koji su važni u cjelokupnoj palijativnoj skrbi, bolesnik većinu vremena tijekom svog života i svoje bolesti živi i provodi u svom domu ili nekoj drugoj stacionarnoj ustanovi. Stoga se i provođenje i razvoj izvanbolničke palijativne skrbi odvijaju na puno različitih razina te je u razvoju ključan javnozdravstveni pristup. U sklopu organizacije palijativne skrbi, na razini primarne zdravstvene zaštite djeluje koordinator za palijativnu skrb u županiji koji, iako je zaposlen u domu zdravlja, koordinira cijeli sustav palijativne skrbi u Županiji i surađuje sa svim dionicima iz sustava zdravstvene, socijalne i duhovne skrbi, ali i drugim dionicima kao što su predstavnici lokalnih i regionalnih samouprava, mediji, udruge, obrazovni sustav i dr. Javnnozdravstveni prisut u radu koordinatora za palijativnu skrb u županiji omogućava širinu razvoja palijativne skrbi koja ne bi postojala da je baza razvoja samo zdravstveni sustav ili samo jedna služba, jedna razina zdravstvene zaštite ili da nisu uključeni svi ostali dionici iz lokalne zajednice. U samom pružanju skrbi bolesniku u svom domu ili stacionarnoj ustanovi, postoje službe i profesionalci na tri različite razine palijativne skrbi, bez obzira da li se radi o službama zdravstvene ili socijalne skrbi. U službe specijalističke palijativnoj skrbi koje djeluju na primarnoj razini zdravstvene zaštite, prema Nacionalnom programu razvoja palijativne skrbi u RH, osim koordinatora za palijativnu skrb u županiji, spadaju mobilni palijativni tim, odjel za palijativnu skrb u stacionaru doma zdravlja i ustanova za palijativnu skrb. Na razini opće palijativne skrbi djeluju liječnici i sestre u ambulantama obiteljske medicine, patronažne sestre, sestre u zdravstvenoj njezi u kući, izvanbolnička hitna medicinska služba i služba sanitetskog prijevoza, specijalističke ambulante, djelatnosti psihologije i mentalnog zdravlja, ljekarne, ustanove za starije i nemoćne i druge stacionarne ustanove. U razinu palijativnog pristupa spadaju zavodi za socijalnu skrb, duhovnici i religijske organizacije, srodne udruge te svi profesionalci koji su u nekom kontaktu s bolesnicima jer je njihova uloga prepoznati osobe koje bi mogle trebati palijativnu skrb te ih uputiti na postojeće službe i oblike palijativne skrbi.

Rad ni jednog od navedenih dionika, ni samo jedne službe ili organizacije u sustavu palijativne skrbi ne bi rezultirao cjelovitom skrbi za bolesnika s neizlječivom, uznapredovalom bolešću i njegovu obitelj. Stoga je neizmjerljivo važno shvatiti, ali i raditi na svom radnom mjestu po principima interdisciplinarnosti jer je svatko od nas samo mali djelić koji doprinosi kontinuiranoj i kvalitetnoj palijativnoj skrbi koja nije

ostvariva bez dobre suradnje. Izlaganje na ovo stručnom skupu putem konkretnih primjera prikazat će važnost specijalističkih službi palijativne skrbi na razini primarne zdravstvene zaštite, ali i važnost i neizostavnu suradnju sa svim drugim dionicima palijativne skrbi.

Ključne riječi: palijativna skrb na razini primarne zdravstvene zaštite, koordinator palijativne skrbi u županiji, mobilni palijativni tim

PREDNOSTI POSEBNOG PALIJATIVNOG ODJELA

Mijo Grgić, mag. theol., bacc.med.techn., ESNO, EAPC

Poseban palijativni odjel ima ključnu ulogu u pružanju visoko kvalitetne i sveobuhvatne skrbi za pacijente s terminalnim bolestima. Njegove prednosti ne leže samo u ublažavanju fizičkih simptoma i kontrole boli, već također uključuju emocionalnu, psihološku i duhovnu potporu koja pacijentima omogućuje da zadrže kvalitetu života i dostojanstvo u posljednjim trenucima. Na posebnom palijativnom odjelu pacijenti ne samo da primaju potrebnu medicinsku njegu, već i emocionalnu podršku koja im pomaže da se suoče s vlastitim strahovima, tjeskobom, depresijom i pitanjima o smrti.

Multidisciplinarni pristup omogućava integraciju različitih stručnjaka koji zajednički planiraju i pružaju skrb, čime se osigurava da su sve potrebe pacijenta zadovoljene. Ovaj timski rad omogućuje personalizirani pristup koji poštuje želje pacijenta i prilagođava terapiju kako bi se postigao najbolji mogući rezultat u skladu s pacijentovim željama i okolnostima.

Poseban palijativni odjel također ima važnu ulogu u pružanju podrške obiteljima, koje često nailaze na emocionalne, fizičke i psihološke izazove dok se brinu za voljenu osobu u terminalnoj fazi. Pomoć obiteljima u donošenju odluka, suočavanju s gubicima te pružanje savjeta i psihološke podrške omogućuju im da se nose s izazovima koji proizlaze iz smanjenja kvalitete života njihove voljene osobe i procesa tugovanja.

Svi ovi elementi – od medicinske njege do emocionalne, duhovne i praktične pomoći – omogućuju pacijentima da provedu svoje posljednje trenutke života s poštovanjem, smirenjem i dostojanstvom. Također, omogućuju obiteljima da se nose s tugom i gubitkom kroz kontinuiranu podršku koja ne prestaje s pacijentovom smrću. U konačnici, posebni palijativni odjel daje važan doprinos osiguravanju dostojanstvenog umiranja, omogućujući pacijentima da u miru provedu svoje posljednje trenutke, a obiteljima da prolaze kroz taj proces uz podršku stručnjaka.

Zahvaljujući ovoj sveobuhvatnoj, holističkoj skrbi, palijativni odjeli postaju od ključne važnosti u zdravstvenim sustavima jer ne samo da poboljšavaju kvalitetu života terminalnih pacijenata, nego također pomažu obiteljima i zajednicama da se suoče sa smrću s većom emocionalnom stabilnošću i razumijevanjem. Palijativna skrb je pravo svakog pacijenta u završnoj fazi života, i odjel koji pruža ovu vrstu njege ima nezamjenjivu ulogu u zdravstvenom sustavu, nudeći pacijentima i njihovim obiteljima pažnju, poštovanje i dostojanstvo u najosjetljivijim trenucima života.

ZDRAVSTVENA NJEGA PACIJENTA KOJEM TREBA PALIJATIVNA SKRB

Marica Jerleković, mag. med. techn.

Služba za zdravstvenu njegu KBC Sestre milosrdnice

e-mail: marica.jerlekovic@kbcsm.hr

Provođenje zdravstvene njege temelji se na ispunjavanju osnovnih životnih potreba te ju je potrebno što je više moguće prilagoditi samom pacijentu i njegovom trenutnom stanju. Ovisno o tome smješten li je pacijent u ustanovu ili je u svojoj kući, njegu provode medicinske sestre u suradnji s članovima obitelji. U koliko je pacijent u svojoj kući o njemu većinu vremena brinu članovi njegove obitelji i tu je vrlo važna uloga medicinske sestre u edukaciji njegovatelja. Osobna njega pacijenta provodi se svaki dan pri čemu se ne smije zanemariti njega usne šupljine. Otežano gutanje, hranjenje putem nazogastrične sonde, prisustvo traheostome, oštećenje sluznice usne šupljine uzrokovano terapijom neka su od stanja koja zahtijevaju pojačanu njegu usne šupljine.

Redovita njega usne šupljine osim što unaprjeđuje zdravlje pacijenta, osigurava njegovu udobnost i dobro opće stanje te jača samopoštovanje.

Ključne riječi: zdravstvena njega, palijativna skrb, usna šupljina

PREHRANA PALIJATIVNOG BOLESNIKA

Ivanka Benčić, mag. med. techn., enterostomalni terapeut, RWOCN, CNS

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

Autor za dopisivanje: ivanka.bencic@gmail.com

Optimalna palijativnu skrb ili skrb na kraju života zahtjeva periodičnu stručnu multidisciplinarnu procjenu, upravljanje negativnim simptomima, pomoć oboljelom u omogućavanju odgovarajućeg puta hranjenja i hidratacije. Prehrambena potpora u palijativnoj skrbi ima za cilj poboljšati kvalitetu života bolesnika kroz kontrolu simptoma povezanih s hranom, dajući prioritet željama pojedinca. Dobro osmišljena nutritivna podrška u palijativnoj skrbi može uključivati hranu koja ublažava prateće simptome kupiranja kompleksnog stanja.

Osnovna bolest, ranije primjenjeni modaliteti liječenja, vrlo često direktno utječu na nužnu prilagodbu nutricije, hidracije pri palijativnim stanjima. Namjera je predočiti moguće načine procjene nutritivnog statusa, primjenu arteficialnih modificiranih probavnih puteva.

Željeni ishodi u zdravstvenoj skrbi vezano za nutriciju i hidraciju tijela vrlo se razlikuju u kurativnoj i palijativnoj fazi skrbi za bolesnika. Pri planiranju zdravstvene njege palijativnog bolesnika nužan individualizirani plan skrbi za bolesnika, zadovoljenje osnovnog ljudskog prava a to je pravo na hranu i hidraciju. Potrebne su redovite reevaluacije stanja bolesnika te prilagodba ovisno o zdravstvenom stanju u realnom vremenu a kako bi se zadovoljio kriterij „kvaliteta života ispred svega“. Da bi kao stručnjaci mogli aktivno doprinjeti skrbi u palijativnom segmentu skrbi, nužno je posjedovati specifična dodatna znanja i vještine koja obuhvaćaju kupiranje nutritivnih i hidracijskih potreba palijativnih bolesnika.

BOL

Izv. prof. dr. sc. Samir Husić, dr. med.

DZ Primorsko – goranske županije, Rijeka

e-mail: drsamirhusic@gmail.com

Danas se bol uz disanje, temperaturu, puls i pritisak smatra petim vitalnim znakom. Bol je najučestaliji simptom u kliničkoj praksi, čest uzrok nemogućnosti normalnog funkcioniranja i najčešći razlog zbog kojeg se traži medicinska pomoć. Službena definicija bola (Svjetskog udruženja za bol - International Association for the Study of Pain - IASP) glasi: „Bol je neugodno emocionalno i senzorno iskustvo povezano sa stvarnim ili prijetećim oštećenjem tkiva.“

Oko 30 – 40% oboljelih od karcinoma ima bol već pri postavljanju dijagnoze, dok u napredovaloj fazi bolesti 75 – 90% pacijenata trpi bol. Prema patofiziološkom mehanizmu nastanka karcinomska bol može biti uzrokovana:

- a/ Samim karcinomom (70%) – u obliku nociceptivne i neuropatske karcinomske boli,
- b/ Liječenjem karcinoma (20%) - hirurške intervencije, kemoterapija i/ili radioterapija dovodi do oštećenja živaca ili oslobađanja algogenih citokina,
- c/ Poremećajima uzrokovanim karcinomom (5-10%) - gubitak tjelesne težine, spazmi mišića, imobilizacija, dekubitusi,
- d/ Poremećajima koji nisu povezani sa karcinomom ili liječenjem karcinoma (5-10%) – periferna neuropatija, artritis, osteoporoza, ishemijska bolest srca.

Probijajuća bol (BTP) je prolazna, iznenadna, incidentna, epizodna bol, koja se javlja preko „osnovne“ boli u toku tretmana pacijenata opijatima. U toku proboja bola osnovna (bazalna) bol je stabilna i pod kontrolom. BTP se javlja kod 50 do 63% pacijenata sa karcinomom, intenziteta 7-10 po numeričkoj skali, brzog početka za manje od 3 minuta i dostizanja pika bola za manje od 10 minuta. Javlja se spontano (u 27% slučajeva), u toku aktivnosti u 43% slučajeva (pokreti, smijeh, kihanje, kašljanje, sjedenje), te je uzrokuju psihosocijalni stimuli. U pristupu karcinomskoj boli treba:

1. Utvrditi postojanje bola,
2. Procijeniti vrstu bola i mogući uzrok,
3. Napraviti najadekvatniji izbor analgetske terapije,
4. Redovno pratiti efekte analgetske terapije,
5. Prevenirati i tretirati sporedne efekte analgetske terapije.

PRIMJENA LIJEKA U PALIJATIVNOJ SKRBI

Izv. prof. dr. sc. Samir Husić, dr. med., Snježana Jovanović, bacc. med. techn.

DZ Primorsko – goranske županije, Rijeka

e-mail: drsamirhusic@gmail.com

U Palijativnoj medicini peroralan put unosa lijekove je dominantan i uspješno se koristi kod 80 - 90% pacijenata sa karcinomskom boli i drugim kancerom izazvanim simptomima, uz redovno davanje lijekova “na sat” Intravenske injekcije treba izbjegavati jer su invazivne, a intramuskularne injekcije i jer su bolne, osobito u slučaju bolesnika koji su kahektični. Subkutani put primjene bi trebalo razmotriti u svrhu suzbijanja bolova i/ili drugih simptoma kad drugi načini primjene nisu prikladni. Prilikom davanja lijeka subkutanim putem treba voditi računa da apsorpcija može biti sporija nego pri aplikaciji lijeka intramuskularno, te da može biti smanjena u pacijenata koji su hipovolemični ili su u šoku. Ukupna količina rastvora lijeka za bolus injekciju ne bi trebala biti veća od 1 ml, vodeći računa da lijekovi koji imaju iritirajuća svojstva mogu izazvati veću upalnu reakciju ako se apliciraju subkutanim nego intramuskularnim putem.

Neki lijekovi koji se često koriste u palijativnoj medicini se zbog činjenice da mogu prouzročiti nekrozu tkiva ne smiju davati subkutano, kao što su antibiotici, diazepam, klorpromazin, proklorperazin i sl.

Izračunata doza morfina datog potkožno u pravilu je tri puta manja nego što ga bolesnik uzima peroralno. Potrebno je poštovati individualne razlike te je potrebno učinkovitu dnevnu dozu dobro titrirati. Ako se odluči za subkutani put unosa opioida moraju se poznavati ekvivalentske doze opijata.

Značajna je prednost supkutane infuzije u usporedbi s drugim načinima primjene lijekova ta da su plazmatske razine lijeka puno stabilnije te se može postići odgovarajuća kontrola simptoma bez toksičnih efekata koje uzrokuju usponi i padovi karakteristični za epizodnu primjenu lijeka. Kontinuiranom supkutanom infuzijom mogu se ublažiti mnogi simptomi, kao što su bol, mučnina i povraćanje, nemir i preobilna sekrecija iz dišnih putova.

SUBKUTANA PRIMJENA LIJEKA (INFUZIJE)

Snježana Jovanović, bacc. med. tehn., Izv. prof. dr. sc. Samir Husić, dr. med.

DZ Primorsko – goranske županije

email: snjezana.jovanovic@domzdravlja-pgz.hr

Kontinuirana subkutana infuzija koristi se u sklopu usluga kod skrbi za palijativnog pacijenta. Kada nije dostupan oralni put, koji je preferirani način primjene lijeka je subkutani put. Preferirani je način unosa na usta radi napredovanja bolesti a sa njom i simptoma koji je prate, te se mijenja i način unosa lijeka. Kod bolesnika sa edemima ,smetnjama u protoku krvi i slabom perifernom cirkulacijom je bolja aplikacija lijeka subkutano nego davanje intravenskim putem.

Intravenske injekcije treba izbjegavati jer su invazivne, a nisu učinkovitije od subkutanog puta primjene. Intramuskularne injekcije treba izbjegavati jer su bolne osobito u slučaju bolesnika koji su kahektični. Ovim putem pacijent dobiva terapiju i hidraciju kroz 24 sata, a može također davati terapija u bolusu. Cilj je prikazati kako educirati njegovatelja za upotrebu subkutane infuzije na način da se objasni kako sistem funkcionira i da u prisustvu tima njegovatelj isproba rukovanje. Metodologija je praktična prezentacija postavljena subkutane infuzije, te snimak edukacije u domu pacijenta tijekom kućne posjete.

OPIJATI U TERAPIJI BOLA

Izv. prof. dr. sc. Samir Husić, dr. med., Snježana Jovanović, bacc. med. techn.

DZ Primorsko – goranske županije, Rijeka

Email: drsamirhusic@gmail.com

Ukoliko pri tretmanu bola neopijatima bol i dalje postoji potrebno je:

- dati maksimalnu dozu prvog ili zamjenskog neopijatnog analgetika,
- uključiti dva neopijatna analgetika (iz različite grupe neopijata),
- uvesti i dati maksimalnu sigurnu dozu koanalgetika,
- procijeniti intenzitet bola, efikasnost terapije i razmotriti prelaz na blage opijatne analgetike.

Blagi opijati su namijenjeni za tretman umjerene boli, intenziteta od 4 do 6 po NRS, uz primjenu lijekova druge stepenica po skali SZO. Koriste se kod neuspjeha terapije neopijatnim analgeticima ili ako je inicijalno intenzitet bola od 4 do 6 po NRS, sami ili u kombinaciji sa neopijatima, sa ili bez koanalgetika. Najčešće korišteni lijekovi su: Tramadol i Codein. Japi opijati su namijenjeni za tretman jake i neizdržive boli intenziteta od 7 do 10 po NRS, uz primjenu lijekova treće stepenica po skali SZO (slika 6). Koriste se kod neuspjeha terapije blagim opioidnim analgeticima ili ako je inicijalno intenzitet bola od 7 do 10 po NRS, sami ili u kombinaciji sa neopijatima, sa ili bez koanalgetika.

Tretman srednje do jake karcinomske boli treba započeti sa oralnim brzo-oslobađajućim morfinom čija se doza (ako je to potrebno) može korigovati svaka 4 sata. Nakon titracionog perioda (3 do 5 dana) prelazi na sporooslobađajući morfin, uz pojedinačne „spas doze“ brzo-oslobađajućeg morfina kod proboja boli (BTP).

Pri upotrebi transdermalnih pripravaka pik plazmatske koncentracije se postiže nakon 36 – 48 sati pri prvoj aplikaciji, te je to prelazno vrijeme u tretmanu bola potrebno premostiti brzodjelujućim morfinom ili u posljednje vrijeme sve češće korištenim oralnim transmukoznim fentanil citratom. Lokalno povišena temperatura kože (vanjsko zagrijavanje, sunčanje) ili febrilnost pacijenta ubrzavaju ulazak fentanila kroz kožu u cirkulaciju.

PROCJENA BOLA I NUSPOJAVE ANALGETIKA U PALIJATIVNOJ SKRBI

Marica Jerleković, mag. med. techn.

Služba za zdravstvenu njegu KBC Sestre milosrdnice

e-mail: marica.jerlekovic@kbcsm.hr

Bol je jedan od najčešćih simptoma u palijativnoj skrbi. Prema konceptu totalnog bola pacijentu se pristupa holistički, a bolu kao multidimenzionalnom fenomenu s fizičkom, emocionalnom, duhovnom i socijalnom komponentom. Kod pacijenata koji boluju od malignih bolesti nije svaki bol povezan s tumorom. Način liječenja maligne bolesti, različiti medicinski postupci i neki drugi komorbiditeti mogu biti uzrokom bola. Simptomi uznapredovale demencije ili simptomi kod pacijenata na kraju života vrlo lako mogu prikriti bol. Iz tog razloga kod tih pacijenata vrlo često dolazi do suboptimalnog i neadekvatnog tretmana bola.

Procjena bola u palijativnoj skrbi dosta je izazovna i nije dovoljan samo podatak o intenzitetu boli. Radi lakše klasifikacije kroničnog bola uključeno je nekoliko domena bola (prema Edmonskom sustavu klasifikacije bola); mehanizam bola, karakteristike, kognitivna funkcija, prethodna upotreba opioida, psihološki distress, tolerancija, povijest povezanog bola.

Zbog svoje specifičnosti procjena bola u palijativnoj skrbi zahtjeva stručnost i razvijene dobre vještine kod zdravstvenih djelatnika. Svoju bol najbolje može opisati sam pacijent i to se smatra zlatnim standardom. Međutim u koliko to nije moguće od velike pomoći mogu biti članovi obitelji, odnosno ako je pacijent duže vremena u palijativnoj skrbi medicinske sestre vrlo lako uočavaju promjene koje ukazuju na prisutnost bola.

Za procjenu bola u palijativnoj skrbi preporuka prema Smjernicama za unaprjeđenje palijativne skrbi u intenzivnoj medicini (Ministarstvo Zdravstva Republike Hrvatske) je korištenje multidimenzionalnih ljestvica Ljestvica za procjenu boli intubiranih/sediranih bolesnika (Critical Care pain Observation Tool – CPOT) i Ljestvica za procjenu boli intubiranih bolesnika (Behavioral Pain Scale - BPS). Abbey ljestvica boli (Abbey Pain Scale APS) je alat za procjenu koji preporučuje Britansko gerijatrijsko društvo (British Geriatrics Society), Australско društvo za bol (Australian Pain Society) i Švedske nacionalne kliničke smjernice za palijativnu skrb (Swedish National Clinical Practice Guideline for Palliative Care).

Ključne riječi: bol, procjena , palijativna skrb

HIPERGLIKEMIJA I HIPOGLIKEMIJA

Izv. prof. dr. sc. Bojan Miletić, dr. med.

Katedra za kliničke medicinske znanosti I

Sveučilište u Rijeci - Fakultet zdravstvenih studija

Hiperglikemija i hipoglikemija predstavljaju stanja koja se odnose na nenormalne razine glukoze u krvi. Hiperglikemija označava visoku razinu šećera u krvi, obično iznad 10 mmol/L, dok hipoglikemija podrazumijeva niske razine, najčešće ispod 3,8 mmol/L. Ova stanja najčešće su povezana s dijabetesom. Hiperglikemija je rezultat nedostatka inzulina ili njegove neadekvatne upotrebe u tijelu. Simptomi uključuju pojačanu žeđ, učestalo mokrenje, zamagljen vid, umor i glavobolje. Neliječena hiperglikemija može uzrokovati ozbiljne komplikacije poput dijabetičke ketoacidoze, gdje nakupljanje ketona u krvi može postati opasno po život. Liječenje uključuje primjenu inzulina, hidrataciju i prilagodbu prehrane.

Hipoglikemija, s druge strane, javlja se zbog prevelike doze inzulina, preskakanja obroka ili intenzivne fizičke aktivnosti. Simptomi obuhvaćaju drhtanje, znojenje, zbunjenost, razdražljivost i u težim slučajevima gubitak svijesti. Liječenje zahtijeva brzi unos glukoze putem tableta, voćnog soka ili zaslađenih pića, a u kritičnim situacijama injekciju glukagona.

U palijativnoj skrbi, kontrola glukoze u krvi predstavlja dodatni izazov zbog specifičnih potreba pacijenata. Kod teško bolesnih osoba, prioritet je održavanje kvalitete života, što uključuje minimiziranje simptoma i izbjegavanje komplikacija. Hiperglikemija može biti posljedica stresa, lijekova poput kortikosteroida ili smanjene fizičke aktivnosti. Hipoglikemija se češće javlja zbog smanjene prehranbene unosa ili promjena u terapiji. Zbog krhkog stanja pacijenata, liječenje se prilagođava kako bi se izbjeglo agresivno reguliranje razine šećera, dok je ključno kontinuirano praćenje i individualizirani pristup.

Prepoznavanje ovih stanja zahtijeva redovito mjerenje šećera u krvi. Kod osoba s dijabetesom i u palijativnoj skrbi pažljivo upravljanje ovim stanjima ključno je za sprječavanje komplikacija i održavanje stabilne razine glukoze u krvi.

RESPIRATORNE TEGOBE U PALIJATIVNOJ SKRBI

Izv. prof. dr. sc. Samir Husić, dr. med., Snježana Jovanović, bacc. med. techn.

DZ Primorsko – goranske županije, Rijeka

e-mail: drsamirhusic@gmail.com

Dispnea je subjektivan neprijatan osjećaj teškog i napornog disanja koju pacijent opisuje kao nedostatak zraka i jedan je od najtežih simptoma kod pacijenata sa uznapredovalim karcinomom. Veoma često je povezana sa tahipneom (ubrzanim disanjem) i hiperpneom (povećanjem dubine disanja) kao i osjećajem uznemirenosti i straha koji simptom dispneje još može pogoršati. Kod dispnoičnih pacijenata, se u fazi fizičke aktivnosti (kretanja) mogu javiti panični respiratorni napadi pri čemu aktivnost, strah i razdražljivost povećavaju brzinu disanja i pogoršavaju dispneju. Učestalost dispneje se, kod osoba oboljelih od karcinoma pluća, kreće od 15% u početnoj do 65 % u uznapredovaloj fazi bolesti, te i do 85% u terminalnom stadiju bolesti, ali je česta i kod oboljelih od drugih vrsta karcinoma.

Naglo nastala dispneja upućuje na plućnu emboliju, nastanak pneumotoraksa, bronhospazam, strano tijelo u disajnim putevima te poremećaj srčanog ritma, akutnu ishemiju ili infarkt miokarda. Sporo napredujuća dispneja najčešće je uzrokovana spororastućom intrabronhalnom tumorskom promjenom, uvećanjem limfnih čvorova, sindromom gornje šuplje vene ili anemijom i postepenim slabljenjem srčane funkcije. Korisne podatke o uzroku dispneje mogu dati laboratorijske analiza (krvna slika, acido bazni status, koagulogram), pulsna oksimetrija te EKG i RTG snimka srca i pluća.

Klinički uz veću frekvencu disanja, kod pacijenta nalazimo disanje uz korištenje pomoćne disajne musculature, uvlačenje međurebarnih prostora, širenje nosnica, kašalj, nemir, cijanozu, otežano udisanje ili izdisanje zraka, prateći auskultatorni zvučni fenomeni (pukoti, stridor ili hropci).

U terapiji dispneje koriste se opće, nefarmakološke i farmakološke mjere. Opijati (morfin) smanjuju osjećaj dispneje tako što smanjuje anksioznost i brzinu disanja, povećava dubinu udaha i dilatira krvne sudove pluća. Ovisno o stepena dispneje te ranijoj izloženosti opijatima, može se dati per os 5-10 mg ili 2,5 – 5 mg s.c. svaka 4 sata ili pp i češće, vodeći računa o sedativnom učinku ili učinku na respiratorni centar.

UPOTREBA OKSIGENATORA

Snježana Jovanović, bacc. med. techn., Izv. prof. dr. sc. Samir Husić, dr. med.

DZ Primorsko – goranske županije

email: snjezana.jovanovic@domzdravlja-pgz.hr

U svakodnevnom radu mobilnih palijativnih timova ulazi i mjerenje vitalnih funkcija gdje spada mjerenje pulsni oksimetrom. Pulsna oksimetrija je neinvazivna metoda mjerenja oksigenacije, odnosno postotka zasićenja hemoglobina kisikom. Mjerenje se izražava u postotcima referentna vrijednosti od 95-100%. Pulsna oksimetrija radi se kod stanja kod kojih postoji mogućnost pojave hipoksemije. Radi se pulsni oksimetrom koji ima digitalni zaslon na kome se pokazuje SpO₂ i frekvencija pulsa.

Kod pacijenata kod kojih dolazi do pada zasićenja periferne cirkulacije sa kisikom (SpO₂), uz promjenu boje kože na ekstermitetima, cijanotične usne, kašalj, dispneja, gušenje, postavlja se indikacija za terapijom kisikom, a to je u kućnim uvjetima koncentrador kisika (okolni zrak pretvara u kisik).

Cilj je pokazati kako educirati njegovatelja za upotrebu oksigenatora. Metodologija je praktična prezenatacija pripreme za korištenje oksigenatora.

LOŠA VIJEST

Marinić Ružica, univ. mag. med. techn., Joka Ana, univ. mag med. techn., Saratlija Mirjana, mag. med. techn.

Klinički bolnički centar Zagreb, Služba sestrinstva i palijativne skrbi, Koordinator palijativne skrbi

U posljednjih nekoliko desetljeća istraživanja su pokazala da je dobra komunikacija ključna za interakciju između zdravstvenih radnika i osoba u završnoj fazi života. Dobra komunikacija može ne samo pozitivno utjecati na psihološki status i kvalitetu života nego i pomoći u rješavanju fizičkih simptoma. Neriješena pitanja vezana uz psihosocijalna, fiziološka i praktična pitanja stvari mogu imati štetne učinke na ishode pacijenata. Osobni posjeti i razgovor s bolesnikom učinkovitiji je od telefonske komunikacije. Priopćavanje loših vijesti telefonom treba izbjegavati jer je to osobno. Tamo gdje je komunikacija usmjerena na pacijenta i odvija se odnos zamišljen kao partnerstvo, tada će komunikacija vjerojatno biti učinkovita i primjerena individualnoj potrebi pacijenta. Loša vijest se definira kao „svaka informacija koja je nepovoljna i ozbiljno utječe na to kako pacijent budućnost“. Puno se raspravlja o tome kako najbolje prenijeti lošu vijest. Ovdje je naglasak na "ljudskom razumijevanju", a ne o tehničkim informacija. Sugerira se da bi objavljivanje loših vijesti trebalo započeti s onim što pacijenti već znaju i razumiju, a zatim saznati što zapravo žele znati. SPIKES protokol pruža postupak za objavljivanje loših vijesti. ABCDE model sastoji se od tehnika za usmjeravanje okolinskih i komunikacijskih uvjeta za isporuku loših vijesti.

Ključne riječi: dostojanstvo, palijativna skrb, loša vijest, timski rad

MULTIDISCIPLINARNI TIM

Izv. prof. Vedrana Vežović

Sveučilište Malmö, Malmö , Švedska

Email: vedrana.vezovic@mau.se

Rad u grupi je karakterističan za ljude. Ipak svaka grupa nije tim, jer se tim definiše kao grupa ljudi koja radi zajedno na postizanju istog cilja. Da bi se postigao zajednički cilj svaki član tima mora podrediti osobne interese dobrobiti grupe. U tradicionalnom multidisciplinarnom medicinskom timu članovi se poznati po svom profesionalnom identitetu, mijenjaju informacije koristeći medicinske podatke i vođa je najviše pozicionirani član. U interdisciplinarnom timu identitet tima iznad je identiteta pojedinca, članovi dijele informacije i rade zajedno, međuovisno, a vođenje tima ovisi od aktuelnom zadatku. Tim se formira ovisno o potrebama pacijenta i njegove porodice, a partnerstvo između pacijenta, porodice i tima preduvjet je uspjeha. Pristup svakom pacijentu mora biti individualan, uz otvorenu komunikaciju, slušanje, objašnjavanje, usaglašavanje prioriteta i ciljeva. Odgovornost u timu je zajednička te je potrebno razumjeti značaj i ulogu drugih disciplina, prepoznati profesionalnu podjelu problema. Redovni sastanci interdisciplinarnog tima omogućavaju dobro informiranje i kvalitetno rješavanje problema. Edukacija je važna funkcija interdisciplinarnog tima, sa podučavanjem drugih i prenošenjem iskustva na mlađe, da bi spoznali kada valja u pomoć pozvati timski rad ili kada treba prestati. Palijativna njega je ekvivalent 24-satnoj njezi i zahtijeva angažman stručnjaka različitih profila, njihovu stalnu suradnju i konzultacije, a učinkovitost provođenja ovisi o jedinstvenom djelovanju u mobiliziranju životnih potencijala bolesnika i njegovatelja.

Za provođenje palijativne njege nužno je uključivanje različitih stručnjaka: liječnika, medicinskih sestara, socijalnih radnika, fizioterapeuta, svećenika, dijetetičara, psihologa i volontera koji svaki sa svoje perspektive procjenjuju stanje bolesnika, ali skupa planiraju ciljeve njege, intervencije, međusobno koordiniraju u izradi plana njege i implementaciji tog plana.

SAGORIJEVANJE (BURN-OUT) U PALIJATIVI

Izv. prof. dr. sc. Bojan Miletić, dr. med.

Katedra za kliničke medicinske znanosti I

Sveučilište u Rijeci - Fakultet zdravstvenih studija

Sagorijevanje (Burn-out) predstavlja duboko emocionalno, fizičko i mentalno iscrpljenje koje prelazi okvire običnog stresa. Osobe koje ga doživljavaju često postaju emocionalno distancirane i nesposobne ispuniti vlastita i tuđa očekivanja. Znakovi sagorijevanja (Burn-outa) uključuju stalnu iscrpljenost, gubitak motivacije, smanjenje interesa za posao te fizičke simptome poput nesаницe i glavobolja. Za razliku od stresa, koji se povlači nakon odmora, sagorijevanje (Burn-out) je dugotrajan i kroničan proces koji zahtijeva sustavnu intervenciju.

Palijativna skrb, zbog svoje prirode, nosi visok rizik za razvoj sagorijevanja (Burn-outa) . Rad s pacijentima u terminalnim fazama života zahtijeva značajnu emocionalnu snagu, a stalna izloženost gubitku i patnji povećava razinu stresa. Uz visoku odgovornost i zahtjevne radne uvjete, nerijetko dolazi do zanemarivanja vlastitih potreba, što dodatno doprinosi iscrpljenju. Sagorijevanje (Burn-out) ne utječe samo na pojedinca, već stvara opterećenje za cijeli tim, smanjujući učinkovitost, kvalitetu njege i timsku koheziju.

Prevenција sagorijevanja (Burn-outa) uključuje postavljanje jasnih granica, redovne odmore i otvorenu komunikaciju s kolegama. Mindfulness, meditacija, tehnike disanja te fizičke aktivnosti poput hodanja i joge pomažu u obnovi energije i smanjenju stresa. Ključna je podrška unutar tima i od strane menadžmenta kako bi se osigurali alati i resursi za nošenje sa zahtjevima posla. Pravovremeno prepoznavanje simptoma sagorijevanja (Burn-outa) i traženje pomoći nužni su za očuvanje mentalnog zdravlja.

Briga o sebi nije luksuz, već neophodan uvjet za kvalitetnu brigu o pacijentima i održavanje profesionalne učinkovitosti.

STRUČNE SMJERNICE U PALIJATIVNOJ SKRBI ZA PREVENCIJU OŠTEĆENJA KOŽE-DEKUBITUSA, IAD

Ivanka Benčić, mag. med. techn., enterostomalni terapeut, RWOCN, CNS

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

Autor za dopisivanje: ivanka.bencic@gmail.com

Dekubitus je najčešće stanje pacijenata u palijativnoj skrbi, ustanovama za kućnu njegu ili kući palijativnog bolesnika. Kupiranje dekubitusa predstavlja značajan teret za pacijente, obitelj ili primarne njegovatelje. Pružitelji skrbi imaju ključnu ulogu u sprječavanju dekubitusa. Edukacija primarnih njegovatelja temeljena na stručnim smjernicama donosila bi unificiranost, veću kvalitetu skrbi te smanjila troškove u zdravstvenoj skrbi palijativnog bolesnika.

Pravovremeno te dobro educirana obitelj vezano za prevenciju dekubitusa, inkontinentnog dermatitisa (IAD), mogu pomoći palijativnom pacijentu da postigne bolju kvalitetu života, spriječiti sekundarne infekcije i septička stanja. Neophodno je razviti smjernice utemeljene na dokazima za primarne njegovatelje pacijenata u palijativnoj skrbi o prevenciji dekubitusa i IAD.

Pacijenti u palijativnoj skrbi najosjetljiviji su na nastanak dekubitusa i IAD. Dokazano je da dekubitus povećava rizik od smrtnosti kod palijativnih bolesnika i smanjuje im kvalitetu života. Neadekvatna nutricija i hidracija, urinarna i fekalna inkontinencija, loše opće fizičko zdravlje, visoka dob, nepokretnost, neurosenzorni poremećaji, višestruki komorbiditeti, poremećaji cirkulacije i mentalno zdravlje predisponirajući su faktori za nastanak dekubitusa i IAD.

Primarni cilj stručnih društava bio bi kreiranje stručnih smjernica temeljenih na dokazima za njegovatelje pacijenata u palijativnoj skrbi o prevenciji dekubitusa i IAD. Sekundarni cilj jest implementacija stručnih smjernica, povećanje znanja i vještina primarnih njegovatelja kako bi aktivno i učinkovito smanjili rizik za razvoj dekubitusa i IAD pri palijativnom bolesniku.

POSLJEDNJI DANI ŽIVOTA

Štefanija Pavlic Bermanec, mag. med. tehn.¹, Sven Bermanec, med. techn.²

¹Dom za starije i nemoćne Mesmar, Prelog Mail: stefibermanec@gmail.com

²Županijska bolnica Čakovec

Smrt je stvarna kao i život i dio je životnog procesa , ona je posljednji nespriječiv i sudbonosan čin ljudskog života.

Kad se prihvati da je smrt neizbježan kraj i da je vrlo blizu, pacijentima se pruža skrb na kraju života do posljednjih dana i sati života. Takva briga štiti dostojanstvo pacijenata, pomaže ljudima da se nose sa svojim fizičkim ograničenjima, te štiti i poštuje umiruće pojedince.

Svrha ove skrbi nije produžiti život već spriječiti ili ublažiti bol koliko god je to moguće uz poštivanje umirućih i poštivanje njihovih individualnih želja. Fokus skrbi na kraju života je povećati kvalitetu života pojedinaca i osigurati da dožive časnu i mirnu smrt uključujući u taj proces i obitelj pojedinca.

Svaki pojedinac koji pri rođenju otvori oči , na kraju života zatvori oči pred smrću, život i smrt su međusobno komplementarni pojmovi koji se ne mogu odvojeno razmatrati.

Ovim predavanjem prikazati ćemo koliko smo educirani i spremni pružiti potporu kod procesa umiranja pacijenta u njihovom vlastitom domu u odnosu na umiranje u bolnici.

Ključne riječi: posljednji dani, umiranje, smrt