

Udruga medicinskih sestara  
zdravstvene njege u kući

XV. međunarodna konferencija

## ZBORNİK RADOVA

---

ČIMBENICI KVALITETE  
ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI:

---

“Ljudski resursi i interdisciplinarnost”

Zadar, hotel Kolovare\*\*\*\*  
od 13. do 16.04.2023.



**XV. međunarodna konferencija  
MEDICINSKIH SESTARA  
ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI**

**ČIMBENICI KVALITETE  
ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI:**

**“Ljudski resursi i  
interdisciplinarnost”**

**ZBORNIK RADOVA**



---

UDRUGA MEDICINSKIH SESTARA ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI  
**XV. međunarodna konferencija**

**ČIMBENICI KVALITETE ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI:  
"Ljudski resursi i interdisciplinarnost"**

13.04. – 16.04.2023.  
Hotel Kolovare, Zadar

Urednice:

Dina Hodobaša  
Renata Možanić  
Jadranka Plužarić  
Danijela Sopić  
Petra Vlahović  
Jelena Zdjelarević

Tisak: Alfacommerce d.o.o.

ISBN 978-953-59067-4-2

CIP zapis je dostupan u računalnome katalogu Nacionalne i sveučilišne  
knjižnice u Zagrebu pod brojem 001173887

## SADRŽAJ

POSTUPAK SA PICC-OM – NJEGOVA UPOTREBA, PRAVILNA TOALETA I ODRŽAVANJE Suzana Ivoš	5
FIZIOTERAPIJA NAKON OPERACIJE TUMORA DOJKE Slađana Živković	6
APPLIED BEHAVIOUR ANALYSIS AND HEALTHCARE Neil Martin	7
ASISTIVNA TEHNOLOGIJA ZA ZDRAVSTVENU NJEGU U KUĆI Miroslav Vrankić	8
MOGUĆNOSTI TELEMEDICINE U DJELATNOSTI ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI BOLESNIKA Sanja Predavec, Maja Grba – Bujević	9
TIMSKI RAD - GRAĐANSKOPRAVNA, KAZNENOPRAVNA I DISCIPLINSKA ODGOVORNOST Ljiljana Lujanac, Mario Gazić	10
USAMLJENOST KAO FAKTOR RIZIKA ZA NASTANAK I RAZVOJ DEMENCIJE Mihaela Kežman	11
INDIVIDUALIZACIJA PRISTUPA U ZDRAVSTVENOJ NJEZI I PRILAGODBE BOLESNICIMA S NEUROLOŠKIM I KOGNITIVNIM TEŠKOĆAMA Zlatko Bukvić, Danijel Kliček	12
INFORMATIČKA PISMENOST OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI NA PODRUČJU KRAPINSKO-ZAGORSKE ŽUPANIJE Jasna Šalamon	13
ZBRINJAVANJE RANA KOD PACIJENATA S RIJETKIM BOLESTIMA BULOZNA EPIDERMOLIZA Romana Hrdas	14
ZBRINJAVANJE AKUTNIH I KRONIČNIH RANA IZ PERSPEKTIVE SESTRE SPECIJALISTA ZA RANE - IRSKA ISKUSTVA Iva Pranjić Previšić	15
PRIMJENA TERAPIJE SMIJEHOM U ZDRAVSTVENOJ NJEZI PACIJENATA Edina Šarić	16
USPOREDBA UČESTALOSTI URINARNIH INFEKCIJA KOD PACIJENATA S URINARNIM KATETEROM U ODNOSU NA PACIJENTE U PELENAMA BEZ URINARNOG KATETERA Marko Mioković	17
SAMOPROCJENA KOMPETENCIJA MEDICINSKE SESTRE/TEHNIČARA I EDUKACIJSKE POTREBE ZA RAD U ZNJUK Marijana Neuberg, Vesna Sertić, Đurđa Vizjak	19

REALIZACIJA USLUGA ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI I PREDVIĐANJE RESURSA Renata Možanić	31
ZADOVOLJSTVO POSLOM MEDICINSKIH SESTARA I MEDICINSKIH TEHNIČARA U ZDRAVSTVENOJ NJEZI U KUĆI Marija Bojčić, Ana Pejin, Anđelka Brođanac, Ivana Barač, Jadranka Plužarić	42
ORGANIZACIJA PALIJATIVNE SKRBI U VARAŽDINSKOJ ŽUPANIJI Nataša Dumbović, Ivana Stančić Soldatek	48
BOL U PALIJATIVNOJ SKRBI David Skandul	60
ENETRALNA PRERHANA PALIJATIVNOG BOLESNIKA Maja Pujić, Branka Jančić	67
NAŠA „OBRVICA“ - CORNELIA DE LANGE SINDROM U ZDRAVSTVENOJ NJEZI U KUĆI Jelena Zdjelarević	74
DEBRIDMAN KRONIČNE RANE OBLOGAMA - PRIKAZI SLUČAJEVA Anamarija Kovačević, Simona Hren	83
ISTRAŽIVANJE UČESTALOSTI I METODA LIJEČENJA KRONIČNIH RANA KORISNIKA USTANOVE ZA ZDRAVSTVENU NJEGU LEKIĆ Danijela Sopić, Vesna Sertić	106
EKONOMSKA EVALUACIJA ZDRAVSTVENIH TEHNOLOGIJA Petra Vlahović	117
KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE KAO TEMELJ USPJEŠNE SURADNJE U ZDRAVSTVENOJ NJEZI U KUĆI Martina Lovrenčić	123
TKO JE MEDICINSKA SESTRA ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI Dina Hodobaša, Igor Arsenić	126

## POSTUPAK SA PICC-OM – NJEGOVA UPOTREBA, PRAVILNA TOALETA I ODRŽAVANJE

*Suzana Ivoš, dipl. med. techn.*

### SAŽETAK

Periferno postavljen centralni kateter (PICC) je tanki, mekani kateter koji se koristi za primjenu intravenske terapije. Umetnut je kroz perifernu venu nadlaktice, najčešće kroz venu baziliku, cefaliku ili brahijalis, duž vene subklavije vrhom završavajući u gornjoj šupljoj veni ili desnom aatriju. Periferno postavljeni centralni kateteri počeli su sa primjenom 90 –tih godina prošlog stoljeća. Oni se smatraju kao kombinacija perifernih venskih pristupa sa centralnom venom. Ne zahtijevaju zamjenu nakon nekog vremena ukoliko se sa njima pravilno rukuje i održava. PICC kateter je pogodan za duže vremensko razdoblje (od šest mjeseci do godine dana). Najčešće se koristi zbog primjene dugotrajnih agresivnih kemoterapija, slabih perifernih vena, potrebe za parenteralnom prehranom, potrebe za proširenom antibiotskom terapijom, uzimanja uzoraka krvi što smanjuje učestalo punktiranje, primjene transfuzije i mjerenja centralnog venskog tlaka. Izrađeni su od silikona ili poliuretana, veličine od 2 do 7 F, jednog, dva ili tri otvora. Danas se najčešće primjenjuju PICC-ovi od 5 F jednog ili dva otvora. PICC postavlja liječnik (ili educirana medicinska sestra/tehničar) koristeći aseptičke uvjete rada, ali ne zahtijevajući operacijsku salu. Može se postavljati i ambulantno ako za to postoje odgovarajući uvjeti. Prije samog postavljanja potrebno je utvrditi krvne nalaze (koagulogram, vrijednost Trc), razlog postavljanja, odrediti venu te objasniti bolesniku postupak kao i dobiti njegovu suglasnost za postavljanje tj. potpis. Komplikacije postavljanja PICC-a najčešće su infekcija, flebitis, malpozicija katetera, krvarenje, embolija, hematoma, okluzija. Ukoliko je bolesnik otpušten iz bolnice, dovoljno je jednom tjedno sterilno previti kateter kao i isprati njegovu unutrašnjost te ga heparinizirati sa 1000 i. j. heparina i 0.8 ml fiziološke otopine. Medicinska sestra/tehničar ima važnu ulogu kod održavanja i toalete PICC-a kako u bolnici tako i za vrijeme boravka bolesnika kod kuće.

**Ključne riječi:** PICC, venski pristup, uloga medicinske sestre/tehničara, održavanje i toaleta

## FIZIOTERAPIJA NAKON OPERACIJE TUMORA DOJKE

*Slađana Živković, bacc. physio.*

### SAŽETAK

Tumor dojke važan je i ozbiljan javnozdravstveni problem. U Hrvatskoj se nalazi na prvom mjestu oboljenja od malignih bolesti kod žena. Kod muškaraca je znatno rjeđi, godišnje u Hrvatskoj oboli od 24 do 56 muškaraca. Čimbenici rizika za obolijevanje od tumora dojke su: spol, dob, genetika, prehrana i način života, reproduktivna aktivnost i socioekonomski status te rasna pripadnost. Dijagnoza se postavlja na temelju samopregleda dojki, liječničkog pregleda, mamografije, UZV, CT, MR, tumorskih markera, scintigrafije, biopsije i citološke punkcije. Liječenje tumora dojke podrazumijeva primjenu lokalnih postupaka na dojci i regionalnim limfnim čvorovima (operacija i zračenje), te sistemsko liječenje (kemoterapija, imunoterapija i hormonska terapija).

Kod preoperativnog i poslijeoperativnog liječenja tumora dojke, a u cilju sprečavanja komplikacija, važna je fizioterapija. Cilj fizioterapije je što raniji i kvalitetniji povratak aktivnostima svakodnevnog života. S obzirom da nakon operacije dolazi do disfunkcije ruke na strani operirane dojke, zbog limfnog edema (nastalog zbog odstranjenja limfnih čvorova u pazušnoj jami), smanjenog obima pokreta, bolova u samoj ruci te pridruženih bolova u kralježnici, terapijske vježbe i ostale fizioterapijske procedure neophodne su za povratak funkcije ruke.

**Gljučne riječi:** tumori dojke, fizioterapija, funkcija ruke

# APPLIED BEHAVIOUR ANALYSIS AND HEALTHCARE

*dr. sc. Neil Martin*

## **ABSTRACT**

Applied Behaviour Analysis (ABA) is most commonly associated with behavioural intervention for children with autism, but ABA is simply the scientific application of the principles of behaviour analysis to make socially significant changes to human behaviour and, as such, the applications are almost limitless. This presentation will focus on some of the many healthcare applications of ABA including health and fitness, public health, sports, behavioural gerontology, behavioural pediatrics and others.

**Keywords:** Applied Behaviour Analysis, healthcare, behavioural gerontology

## ASISTIVNA TEHNOLOGIJA ZA ZDRAVSTVENU NJEGU U KUĆI

*prof. dr. sc. Miroslav Vrankić*

### SAŽETAK

Svjetska zdravstvena organizacija opisala je asistivne tehnologije kao krovni pojam za sustave i usluge. Dostupnost asistivne tehnologije omogućava ljudima da žive zdrav, produktivan, neovisan i dostojanstven život na način da sudjeluju u obrazovanju, budu radno aktivni i uključeni građani. Prije svega, radi se o širokom rasponu niskotehnoških i visokotehnoških uređaja razvijenih za izjednačavanje mogućnosti komunikacije osoba s različitim teškoćama, bolestima i invaliditetom. Svoju primjenu pronalaze u populaciji oboljelih s multiplom sklerozom, mišićnom distrofijom, kod plegija i pareza, problemima s motorikom, koordinacijom i ravnotežom, slabošću mišića, problemima s vidom, oslabljenim osjetilima, umorom, vrtoglavicom i poremećajima u govoru. Ovi problemi mogu se manifestirati u svim dobnim skupinama, a u povećanom riziku su stari jer se procesom starenja javlja slabljenje tjelesnih funkcija i povećava rizik obolijevanja. Fenomenologija i različite kliničke slike mogu ograničavati oboljele u njihovom svakodnevnom funkcioniranju i zadovoljenju osnovnih životnih potreba. Asistivna tehnologija ima potencijal i pruža mogućnosti da osobe vode neovisan i ispunjen život te održe ili unaprijede kvalitetu života te može imati vrlo važnu ulogu u podizanju kvalitete brige i skrbi za bolesnike u djelatnosti zdravstvene njege u kući. Dosadašnja rješenja asistivne tehnologije pokazala je da njihova upotreba smanjuje potrebu za formalnim zdravstvenim uslugama, dugotrajnom skrbi i angažmanom njegovatelja.

Ovaj rad obuhvaća prikaz različitih rješenja za upravljanje okolinom, praćenje pacijenta i potpomognutu komunikaciju te različite praktične primjene asistivne tehnologije za osobe s invaliditetom poput upravljanja pogledom i komunikaciju mislima.

**Ključne riječi:** asistivna tehnologija, zdravstvena nega u kući

## MOGUĆNOSTI TELEMEDICINE U DJELATNOSTI ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI BOLESNIKA

*Sanja Predavec, dr. med., univ. mag. sanit. publ.*

*prim. mr. Maja Grba – Bujević, dr. med.*

### SAŽETAK

Medicinske sestre i tehničari u djelatnosti zdravstvene njege u kući bolesnika samostalno provode dijagnostičko-terapijske postupke zdravstvene njege u kući, po nalogu obiteljskog liječnika. Djelatnost telemedicine, za koju je, uz djelatnost hitne medicine, nadležan Hrvatski zavod za hitnu medicinu, pruža mogućnosti unaprjeđenja rada u zdravstvenoj njezi u kući kroz moguću telemedicinsku razmjenu podataka o pacijentovom zdravstvenom stanju s izabranim liječnikom primarne zdravstvene zaštite te drugim zdravstvenim radnicima, kao i mogućnost provedbe edukacije na daljinu.

Izrada telemedicinske platforme, uz spajanje pružatelja zdravstvene njege u kući na Centralni zdravstveni informacijski sustav Republike Hrvatske omogućila bi komunikaciju zdravstvenih radnika telemedicinskim putem, čime bi se unaprijedila kvaliteta skrbi u kući pacijenta, od posebne važnosti za pacijente u potrebi za palijativnom skrbi, nepokretne i druge teške pacijente, radi boljeg uvida i procjene zdravstvenog stanja te utvrđivanja daljnjih potreba u skrbi.

**Ključne riječi:** zdravstvena njega u kući, telemedicina, razmjena podataka, edukacija na daljinu

## TIMSKI RAD - GRAĐANSKOPРАВNA, KAZNENOPРАВNA I DISCIPLINSKA ODGOVORNOST

*Ljiljana Lujanac, mag. iur., univ. spec. medicinskog prava*

*Mario Gazić, mag. sestrinstva*

### SAŽETAK

Zahvaljujući ubrzanom napretku medicine i zdravstvene njege, u tehnološkom i znanstvenom smislu, ako govorimo o timskom radu mora se imati na umu da interdisciplinarnost timova znači suradnju pripadnika različitih profesija i različitih razina obrazovanja. S obzirom na činjenicu da se ljudsko tijelo ne može rastaviti/podijeliti, odnosno da je nedjeljivo, u cilju ostvarivanja sigurne i učinkovite skrbi, neizostavna je međusobna suradnja zdravstvenih profesionalaca na rješavanju određenog zdravstvenog problema kod pacijenta.

Začetke koncepta timskog rada nalazimo u definiciji Svjetske zdravstvene organizacije koja je interdisciplinarnu suradnju istaknula kao jedan od najvažnijih elemenata za visoku razinu zdravstvene skrbi. Ukoliko dođe do nastanka štetnog događaja mora se moći utvrditi udio odgovornosti svakog člana tima, a koji posljedično mogu biti izvrgnuti građanskopravnom, kaznenopravnom i disciplinskom sankcioniranju.

Cilj rada je ukazati na važnost timskog rada, najčešće pogreške te posljedične odgovornosti, kao i na nužnu potrebu poznavanja osnova medicinskog prava, a sve radi ostvarenja najviše vrednote, a to je očuvanje zdravlja i smanjenje rizika za nastanak težih posljedica u slučajevima kada je zdravlje već narušeno.

**Cljučne riječi:** timski rad, građanskopravna, kaznenopravna i disciplinska odgovornost, pogreške, medicinsko pravo

## USAMLJENOST KAO FAKTOR RIZIKA ZA NASTANAK I RAZVOJ DEMENCIJE

*dr. sc. Mihaela Kežman*

### SAŽETAK

Stanovništvo stari brže nego ikad prije. Na prijelazu u 20. stoljeće očekivani životni vijek je bio oko 50 godina, danas se taj broj popeo na preko 80 godina. Istodobno, rapidno raste broj dijagnosticirane demencije. U svijetu je postavljeno 47 milijuna dijagnoza, a u Europi 10 milijuna. Prema predviđanjima znanstvenika, taj porast će se u budućnosti intenzivirati. To je skupina bolesti koju karakteriziraju kognitivne promjene kod bolesnika zbog bolesti središnjeg živčanog sustava. Riječ je o kroničnoj progresivnoj bolesti koju karakterizira pad funkcionalnih sposobnosti, mišljenja i ponašanja.

Poznati su neki od ključnih čimbenika rizika za nastanak demencije: visoki krvni tlak, pušenje, ozljede glave, pretilost, tjelesna neaktivnost, onečišćenje zraka, oštećenje sluha, visoka konzumacija alkohola, nedostatak učenja i nedostatak društvenog kontakta. Među čimbenicima rizika su usamljenost, anksioznost, depresija, tjeskoba. Osobito u slučaju usamljenosti, starije osobe možemo na različite načine poticati da pronađu načine kako prevladati usamljenost i sve tjeskobne misli koje se javljaju. Usamljenost se može smanjiti proaktivnošću. Negativne misli, koje često dovode do spirale tjeskobe, mogu se značajno smanjiti metodom reframinga. Još ne znamo kako izliječiti bolest, ali možemo usporiti njezino napredovanje ili smanjiti mogućnost pojave bolesti. U tome ključnu ulogu imaju rodbina i stručnjaci koji dolaze u kontakt sa starijim osobama. Naravno, bitno je i da su u dobroj psihofizičkoj kondiciji, kako bi mogli obavljati posao pomoći osobama s demencijom. Demencija ne predstavlja opterećenje samo za pojedinca s ovom dijagnozom, već zahtijeva mrežu više ljudi koji skrbe o bolesniku.

**Ključne riječi:** demencija, faktori rizika, usamljenost

## INDIVIDUALIZACIJA PRISTUPA U ZDRAVSTVENOJ NJEZI I PRILAGODBE BOLESNICIMA S NEUROLOŠKIM I KOGNITIVNIM TEŠKOĆAMA

*doc. dr. sc. Zlatko Bukvić, Danijel Kliček, med. techn.*

### SAŽETAK

Modeli skrbi usmjereni na pacijenta (patient-centered) uvažavaju individualne karakteristike pojedinaca, njihove interese, potrebe i mogućnosti okoline u kojoj se nalaze. Istraživanja dobrobiti potvrđuju da u okolini koja podržava funkcionalno korištenje sposobnosti, pojedinci i skupine s teškoćama dulje zadržavaju razinu samostalnosti i autonomije. Interdisciplinarni modeli gerijatrijske skrbi u domu korisnika (home-based) primjenjivi su u populaciji bolesnika s neurološki uvjetovanim teškoćama i ograničenjima te su posebno razvijeni za upotrebu u uvjetima obiteljskog i samostalnog stanovanja. Oni svojim karakteristikama odgovaraju potrebama članova obitelji i uvjetima u kojima netko živi zbog uvažavanja specifičnosti za individualizaciju i prilagodbu materijalnog i socijalnog okruženja i obrazaca interakcija među svim uključenim čimbenicima. Specifična obilježja motoričkog i kognitivnog funkcioniranja predstavljaju izvor stresa i frustracija za bolesnike i njihove članove obitelji te iziskuju mnogobrojne prilagodbe. Između ostalog, ove skupine karakterizira nedovoljno i neprikladno usmjeravanje pažnje na upute i informacije; neprikladno motorni, govorno-jezični i emocionalni odgovor; perzistiranje teškoća u izražavanju apstraktnih pojmova, formiranju mišljenja i apstraktnih zaključaka; umanjene sposobnosti planiranja, organizacije i rješavanja problema; izvršavanja vizualno-spacijalnih zadataka i dr. Individualizaciju pristupa u zdravstvenoj njezi potrebno je uz prostorne prilagodbe provoditi i u odnosu na zahtjeve, govor, spoznaju i percepciju te osigurati potrebnu socijalnu, rehabilitacijsku i komunikacijsku podršku.

**Ključne riječi:** neurološke teškoće, kognitivne teškoće, individualizacija, zdravstvena njega

## INFORMATIČKA PISMENOST OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI NA PODRUČJU KRAPINSKO-ZAGORSKE ŽUPANIJE

*Jasna Šalamon, mag. med. techn.*

*Ustanova za zdravstvenu njegu HIPOKRAT KRAPINA*

### SAŽETAK

**Uvod:** U ovom radu riječ je o informatičkoj pismenosti osoba treće životne dobi na području Krapinsko-zagorske županije. Živimo u 21. stoljeću, uurbanim načinom života gdje je tehnologija dio ljudske svakodnevnice. Osobe treće životne dobi nailaze na razne poteškoće jer ne mogu taj trend pratiti. Bez obzira na pomoć obitelji, mnogi ipak smatraju da je vrlo važno biti informatički pismen.

**Cilj:** Utvrditi povezanost između stupnja obrazovanja i informatičke pismenosti kod osoba starijih od 65 godina, utvrditi povezanost između kognitivnih sposobnosti i ekonomskog statusa te utvrditi je li volja presudna za informatičku pismenost osoba starijih od 65 godina.

**Nacrt studije:** Provedeno je kvalitativno istraživanje putem anonimnog anketnog upitnika na području Krapinsko-zagorske županije.

**Ispitanici i metode:** U istraživanju je sudjelovao 121 ispitanik, od toga 37 (30,6%) muškaraca i 84 (69,4%) žena. Prosječna dob ispitanika je 74 godine. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirana je Shapiro-Wilkovim testom. Razlike kategorijskih varijabli testirane su X2 testom, a po potrebi Fisherovim egzaktnim testom.

**Rezultati:** Najviše ispitanika je u mirovini te živi s obitelji. Oni koji imaju veći stupanj naobrazbe, služe se više mobitelom, kao i računalom. Do informacija najviše dolaze putem novina i televizije, a najmanje posjetom knjižnici te internetom. Kognitivne vještine sprječavaju ih u korištenju informacija (Fischerov egzaktni test,  $P = 0,01$ ). Vrlo je malo ispitanika koji su zainteresirani za pohađanje informatičkih radionica. Ispitanici smatraju da je vrlo važno biti pismen u 21. stoljeću.

**Zaključak:** Istraživanjem je dokazano kako životna dob uvelike utječe na informatičku pismenost osoba treće životne dobi. Ispitanici su se izjasnili o tome kako je volja presudna za stjecanje informatičke pismenosti te da ih ekonomska situacija, kao i kognitivne vještine sprječavaju u tome. Dokazano je i kako stupanj obrazovanja uvelike utječe na informatičku pismenost ispitanika. Isto tako, izjasnili su se o važnosti cjeloživotnog obrazovanja.

**Ključne riječi:** informatička pismenost, treća života dob, Internet

## ZBRINJAVANJE RANA KOD PACIJENATA S RIJETKIM BOLESTIMA BULOZNA EPIDERMOLIZA

*Romana Hrdas, bacc. med. techn.*

*Ustanova za Zdravstvenu njegu u kući, Preradovićeva 17/1, Zagreb*

### SAŽETAK

Zbrinjavanje rana u kućnim uvjetima oduvijek predstavlja izazov za medicinske sestre i tehničare ustanova za zdravstvenu njegu u kući. Jedna od glavnih prepreka je nemogućnost osiguravanja uvjeta previjanja kakvi se mogu osigurati u zdravstvenim ustanovama. U kući bolesnika od iznimne je važnosti osigurati optimalne uvjete za rad kako bi se pojava infekcije i mogućih ozbiljnih komplikacija svela na minimum, te kako bi sam postupak previjanja bio što manje stresan. Prednost zbrinjavanja rana u kućnim uvjetima je ta što se bolesnik nalazi u poznatom okruženju gdje se ne nalaze sojevi bolničkih bakterija koji ozbiljno mogu narušiti njegovo zdravlje i samu kvalitetu života.

Tema predavanja je Zbrinjavanje rana kod pacijenata s rijetkim bolestima–Bulozna epidermoliza.

Bulozna epidermoliza je vrlo rijetka genetska bolest koja nastaje zbog nedostataka funkcionalnih vezivnih proteina, keratina i kolagena te na taj način dovodi do odvajanja slojeva kože, stvaranja mjehura i rana. Simptomi bolesti javljaju se već po samom rođenju i oboljeli su invalidi već nakon par godina života.

Zdravstvena njega oboljelih vremenski i fizički je vrlo zahtjevna. Pacijentu se pristupa holistički, sa puno razumijevanja, pažnje i empatije, primjenom kvalitetne komunikacije što dovodi do kvalitetnog profesionalnog odnosa i poštivanja dostojanstva i osobnosti oboljelih.

Kroz rad će biti prikazan tijek bolesti, simptomi, komplikacije, način zbrinjavanja bula i rana, te prepreke i izazovi sa kojima se susreću medicinske sestre i tehničari ustanove za zdravstvenu njegu u kući.

**Ključne riječi:** bulozna epidermoliza, holistički pristup, rijetke bolesti, zbrinjavanje rana, ustanova za zdravstvenu njegu u kući

## ZBRINJAVANJE AKUTNIH I KRONIČNIH RANA IZ PERSPEKTIVE SESTRE SPECIJALISTA ZA RANE IRSKA ISKUSTVA

*Iva Pranjić Previšić,*

*registered general nurse; clinical nurse specialist in complex wound care  
general surgery; clinical nurse manager II*

### SAŽETAK

Specijalizirana sestrinska radna mjesta rasterećuju liječničke liste čekanja, omogućuju rani otpust te su direktna veza između zajednice i akutne njege s obzirom da sestra specijalist ima autoritet upućivanja, propisivanja te otpusta pacijenta, a iste kompetencije mogu se proširiti sukladno potrebama radnog mjesta koje vode višim kvalifikacijama.

Cilj ovog rada je prikaz modela obrazovanja te stečenih kompetencija medicinske sestre specijalista u Republici Irskoj, sa fokusom na zbrinjavanje rana. Osnovna edukacija medicinske sestre u Republici Irskoj je prvostupništvo na razini sveučilišta nakon čega medicinska sestra može ostvariti certificiranu specijalizaciju u uskom polju po završetku programa akreditiranog od strane Nursing and Midwifery Board of Ireland. Sukladno tome, medicinska sestra/tehničar specijalist (Clinical Nurse Specialist) je kompetentna te odgovorna za: klinički fokus – direktna (bedside) i indirektna njega (edukacija pacijenta), zalaganje za pacijenta/klijenta, edukacija kolega na svim razinama (liječnici, medicinske sestre, dijetetičari, studenti itd.) u vještinama unutar specijalizacije, audit i kliničko istraživanje, konzultacija – voditelj promjena kao model s ciljem unaprjeđenja kliničke prakse.

**Ključne riječi:** akutna rana, kronična rana, obrazovanje

## PRIMJENA TERAPIJE SMIJEHOM U ZDRAVSTVENOJ NJEZI PACIJENATA

*prof. dr. sc. Edina Šarić*

*Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Univerzitet u Tuzli,  
Bosna i Hercegovina*

### SAŽETAK

S ciljem poticanja i oslobađanja životnih potencijala, očuvanja i restitucije neuromotornih i psihosocijalnih funkcija, prevencije invalidnosti, te poboljšanja komunikacijskog i terapijskog procesa na raspolaganju nam stoje i brojne metode komplementarne terapije. Intenzivna istraživanja posljednjih desetljeća indiciraju da praktično sva zdravstvena stanja mogu imati koristi od komplementarnih pristupa. Brojni autori iz različitih zemalja i kultura govore u prilog vrijednosti terapije smijeha u područjima edukacije, liječenja i rehabilitacije. Stoga, glavni cilj rada je prikazati dosadašnje znanstvene dokaze, te teorijske postavke terapije smijehom. Brojne su blagodati smijeha na fiziološkoj, emocionalnoj, socijalnoj, psihološkoj, te duhovnoj razini. Smijanje povećava unos zraka bogatog kisikom i poboljšava cirkulaciju. Veći protok krvi bogate kisikom može poboljšati zdravlje mozga, te smanjiti rizik od kognitivnih i drugih poremećaja. U radu će biti prikazane i osnovne vježbe simuliranog smijeha koje profesionalci mogu koristiti u zdravstvenoj njezi pacijenata. Vježbe smijeha su razigrane i praćene su širokom lepezom različitih položaja i pokreta tijela koje profesionalci u njezi pacijenata mogu koristiti, ali i u svakodnevnom životu u cilju prevencije i suzbijanja profesionalnog stresa.

**Ključne riječi:** terapija smijehom, zdravstvena njega, vježbe

## USPOREDBA UČESTALOSTI URINARNIH INFEKCIJA KOD PACIJENATA S URINARNIM KATETEROM U ODNOSU NA PACIJENTE U PELENAMA BEZ URINARNOG KATETERA

Marko Mioković, mag. sestrinstva

### SAŽETAK

Starenje stanovništva, osobito u razvijenim zemljama, donosi mnogobrojne društvene izazove i značajno doprinosi opterećenju zdravstvenih sustava širom svijeta. Kod osoba starije životne dobi, koje predstavljaju ranjivu populaciju pacijenata, povećan je rizik od razvoja urinarnih infekcija uslijed prisutnosti brojnih unutarnjih i vanjskih čimbenika rizika. Stanje se dodatno komplicira zbog čestog odgađanja traženja liječničke pomoći (1), a razvojem rezistencije na antibiotike liječenje urinarnih infekcija postaje sve izazovnije (1, 2).

Urinarne su infekcije među najučestalijim infekcijama diljem svijeta, a ujedno su i jedan od najčešćih razloga posjeta liječniku opće/obiteljske medicine (1). Glavni su čimbenik morbiditeta u cijelom svijetu te su često povezane s recidivima i komplikacijama unatoč primjeni odgovarajuće antibiotske terapije. Imaju negativan utjecaj na fizičko, psihičko (depresija, anksioznost), socijalno i duhovno zdravlje te značajno smanjuju kvalitetu života oboljelih (3). Također su i čest uzrok hospitalizacija. U japanskom istraživanju uočeno je da su urinarne infekcije uzrok hospitalizacije za 6,8 muškaraca na njih 10 000 i 12,4 žena na njih 10 000, a bolnički mortalitet iznosio je 4,5 % (4).

Urinarna se infekcija može definirati kao upalni odgovor na razini urotela na bakterijsku infekciju. Gotovo uvijek je povezana s bakteriurijom, bakterijama u urinu, piurijom i prisutnošću leukocita u urinu. Bakteriurija može biti prisutna i bez piurije, što može biti posljedica bakterijske kontaminacije ili aseptičke tehnike prikupljanja urina. Razlikovanje između kompliciranih i nekompliranih urinarnih infekcija ima kliničku važnost za trajanje i vrstu liječenja. Nekomplirane urinarne infekcije prisutne su kod pacijenata bez anatomskih ili funkcionalnih abnormalnosti u mokraćnom sustavu (5). Poseban entitet predstavljaju urinarne infekcije povezane s urinarnim kateterom, a definiraju se kao prisutnost simptoma ili znakova urinarne infekcije kod pacijenata s urinarnim kateterom uz značajnu prisutnost bakteriurije (6).

**Ključne riječi:** zdravstvena njega u kući, pelene, starije osobe, urinarna infekcija, urinarni kateter

**Cilj istraživanja:** Usporediti pojavnost urinarnih infekcija kod pacijenata s urinarnim kateterom u odnosu na pacijente u pelenama bez urinarnog katetera kod korisnika Ustanove za zdravstvenu njegu u kući Petra.

**Ustroj studije:** Provedeno je presječno istraživanje.

**Ispitanici i metode:** 94 korisnika s urinarnim kateterom (48,9 %) ili koji upotrebljavaju pelene (51,1 %). Podaci su prikupljeni iz informatičkog sustava Ustanove za zdravstvenu njegu u kući Petra i upitnikom o čimbenicima rizika i prisutnosti simptoma urinarne infekcije kreiranim za potrebe ovog rada.

**Rezultati:** Urinarna infekcija bila je prisutna kod 42,5 % ispitanika, bez značajnih razlika između promatranih skupina, iako su urinarne infekcije bile učestalije kod ispitanika koji su koristili pelene (45,8 %: 39,1 %). Nisu uočene značajne razlike s obzirom na demografske karakteristike, zadovoljavanje osnovnih životnih potreba, učestalost pranja ruku i anorektalne regije, uzimanje količine tekućine, pridružene bolesti i monomikrobne uzročnike. Uočena je značajna povezanost tuširanja ili kupanja jednom tjedno ili rjeđe s većom pojavnosti urinarnih infekcija u obje skupine. Glavni uzrok potrebe za urinarnim kateterom ili pelenama bila je inkontinencija urina i/ili stolice. Najučestaliji monomikrobni uzročnik infekcije bila je *Escherichia coli* u obje skupine, a polimikrobni *Escherichia coli* i *Klebsiella* kod ispitanika s urinarnim kateterom te *Escherichia coli* i *Enterococcus* i *Escherichia coli* i *Candida albicans* kod ispitanika s pelenama.

**Zaključak:** Urinarni kateter i korištenje pelena predstavljaju čimbenike rizika za razvoj urinarnih infekcija. Edukacija o osobnoj higijeni, dovoljnom unosu tekućine i pravovremenoj promjeni pelena može doprinijeti smanjenju urinarnih infekcija.

# SAMOPROCJENA KOMPETENCIJA MEDICINSKE SESTRE/TEHNIČARA I EDUKACIJSKE POTREBE ZA RAD U ZNJUK

*izv. prof. dr. sc. Marijana Neuberg*

*Vesna Sertić, v. pred.*

*Đurđa Vizjak, bacc. med. techn.*

## UVOD

Dom bolesnika je mjesto liječenja i brige za zdravlje, a taj segment skrbi provode zdravstveni djelatnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, tim opće/obiteljske medicine, patronažna sestra i medicinske sestre/tehničari zdravstvene njege u kući. Za sva područja sestrinske skrbi važno je da medicinske sestre/tehničari posjeduju definirane kompetencije propisane razinom završenog obrazovanja i Zakonom o sestrinstvu. Kompetencije medicinske sestre/tehničara su kombinacija vještina, znanja, stavova, vrijednosti, sposobnosti i prosudbe koje omogućavaju profesionalno izvođenje zdravstvene njege. Ključno je kako osim stručnih kompetencija, medicinska sestra s temeljnom razinom obrazovanja u provedbi intervencija mora primjenjivati znanja i vještine iz područja zdravstvene skrbi, mora razumjeti fiziološke funkcije i ponašanja zdravih i bolesnih pojedinaca kao i odnos između zdravstvenog stanja pojedinca i njegovog fizičkog i društvenog okruženja. Isto tako iznimno je bitno da u radu primjenjuje načela etičkog kodeksa medicinskih sestara, deklaracije o ljudskim pravima i pravima bolesnika. Cjeloživotno učenje i edukacija ključne su za medicinske sestre, jer se teorijsko znanje i vještine mogu naučiti, ali pogrešno primjenjivati poradi osobnih ili vanjskih faktora stoga bi na svim područjima sestrinskog rada trebalo kontinuirano provoditi edukaciju i evaluaciju razine kompetencija. Medicinske sestre koje su sigurne u svoje vještine, znanje i stavove imati će veće samopoštovanje i bolju samopercepciju, a to će rezultirati kvalitetnijom sestrinskom skrbi.

Zdravstvenu njegu u kući, kao zdravstvenu djelatnost na primarnoj razini, provode registrirane i ovlaštene ustanove za njegu u kući. Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18) članak 110., ustanova za zdravstvenu njegu u kući provodi zdravstvenu njegu i rehabilitaciju bolesnika, a može i obavljati fizikalnu terapiju u kući. Ustanova može privremeno stacionarno zbrinjavati bolesnike kojima je potrebna zdravstvena njega i rehabilitacija. Prema Odluci o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (NN 56/17) utvrđeni standardni broj osiguranih

osoba za provođenje zdravstvene njege u kući je 3.500 osiguranika po jednoj medicinskoj sestri/tehničaru.

Za kvalitetno provođenje zdravstvene njege i povećanje učinkovitosti u radu s pacijentima neophodno je kontinuirano educiranje o novitetima u liječenju i tehnologiji kako bi i sestrinski postupci bili usklađeni sa standardiziranim procesima liječenja. Kod procjene stanja, donošenja odluka i provođenja zdravstvene njege u kući medicinska sestra mora biti samostalna i autonomna. Ulaskom u kuću bolesnika s bolesnikom stvara prisniji odnos od ostalih zdravstvenih djelatnika te često postaje „članom obitelji“ što je ponekad i otežavajući čimbenik. Takav način rada je izazovan, zahtjevan i ovisan o brojnim okolišnim faktorima. Na brojne se ne može utjecati, ali svojim kompetencijama medicinska sestra/tehničar mogu ih ublažiti ili eliminirati.

## 2. Razrada

Prema izvješćima Hrvatskog zdravstveno-statističkog ljetopisa pristiglim za 2021. godinu, u djelatnosti zdravstvene njege u kući je 6 magistara sestrinstva, 133 prvostupnice/prvostupnika sestrinstva, 147 prvostupnice/prvostupnika fizioterapije, 659 medicinske sestre/tehničara SSS te 109 fizioterapeutskih tehničara SSS. Na taj način je u djelatnosti zdravstvene njege u kući ukupno 1.054 zdravstvenih djelatnika. Prema podacima o broju osiguranika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, jedan zdravstveni djelatnik u djelatnosti zdravstvene njege u kući dolazi prosječno na više od predviđenih 3.500 osiguranika. Zdravstvenu njegu u kući dosad je koristila 61.059 osoba, a tijekom 2021. godine zabilježeno je 30.359 nova korisnika zdravstvene njege u kući, te su najveći broj korisnika s obzirom na funkcionalnu sposobnost nepokretne osobe. Tijekom 2021. godine u djelatnosti zdravstvene njege u kući provedeno je 2.245.562 postupaka od toga najviše u dobnoj skupini 75 - 84 godine. Najveći broj postupaka odnosio se na ostale postupke zdravstvene njege, nešto manje na postupke kompletne zdravstvene njege nepokretnog ili teško pokretnog bolesnika, a svi ovi podaci ukazuju na brojnost i zahtjevnost te specifičnost intervencija u kući korisnika.

Dolazak u kuću bolesnika često iziskuje dodatne fizičke napore medicinskih sestara/tehničara zbog dislociranosti mjesta stanovanja i loše prometne povezanosti. Loši klimatski uvjeti, često visoke i niske temperature, kućni ljubimci na pragu kuće otežavaju svakodnevni rad. Ujedno vrlo zahtjevna i široka kazuistika oboljelih, novi pristupi u bolničkom liječenju, suvremeni lijekovi i terapija stavljaju pred medicinsku sestru/tehničara velike profesionalne i stručne izazove.

### 2.1. Komunikacijske vještine

Komunikacijske vještine su važne u sestrinskoj profesiji, no kod pružanja skrbi u kući bolesnika one bi trebale biti na iznimnoj razini. Osim u prikupljanju podataka i planiranja zdravstvene njege, neophodne su u procesu motivacije i edukacije pacijenta s ciljem promjene negativnog zdravstvenog ponašanja u pozitivno. U radu sa bolesnikovom obitelji potrebna je visoka razina empatije i

emocionalne te socijalne inteligencije kako bi ista prihvatila ulazak medicinske sestre/tehničara u kuću te preuzimanje brige o njihovom članu obitelji.

Zrcaljenje, parafraziranje te sažimanje najbitnije su komunikacijske tehnike kako bi medicinska sestra/tehničar pridobila bolesnika i njegovu obitelj da aktivno sudjeluje te da ne dođe do neprihvatanja i odbacivanja suradnje. U suprotnom, neće doći do postizanja pozitivnog ishoda zdravstvene njege, razviti će se nezadovoljstvo od strane pacijenta, obitelji, ali i medicinske sestre.

Prilagodba komunikacije različitim dobnim skupinama iznimno je bitna jer medicinska sestra/tehničar u kući skrbi za bolesnike od dječje dobi pa do duboke starosti. Važno je poticati bolesnika i obitelji da izraze svoje psihičke i emocionalne potrebe, postavljaju pitanja, steknu osjećaj kontrole nad vlastitim zdravljem i liječenjem, razviju povjerenje. Najbitnije je postići veću osobnu uključenost pacijenta u proces liječenja, odnosno cilj je da pacijent i obitelj budu partneri u planiranju i provođenju zdravstvene njege.

## 2.2. Holistička sestrinska skrb

Korisnik u svom domu ima mogućnost da mu se pruži zdravstvena njega na kvalitetan način te da se zbrine njegovo stanje sa pozitivnim ishodom. Ponekad bolesnik ima prevelika očekivanja ili je potrebna brza intervencija, pa medicinska sestra/tehničar mora posjedovati znanja i vještine koji omogućuju brzu intervenciju, prilagodbu i što kvalitetnije pružanje zdravstvene skrbi. Za ovakvu skrb potrebno je poznavati temelje holističke zdravstvene njege koja za svoj cilj ima liječenje cijele osobe. American Nurses Association je 2007. godine prepoznala holističku sestrinsku skrb kao specijalnost u zdravstvenoj njezi priznajući tako jedinstveni doprinos holističke zdravstvene njege cjelokupnom zdravlju i liječenju pojedinaca te zajednice. Autorice Filej i Kaučić (2018.) naglašavaju kako pacijenta treba promatrati kao jedinstvenu cjelinu te u zdravstvenoj skrbi uzeti u obzir sve njegove potrebe koje proizlaze iz bio-psiho-socijalnih i duhovnih dimenzija čovjeka. Nadalje, iste autorice (2019.) nešto kasnije u holističku skrb, osim prepoznavanja pacijentovih psihičkih i fizičkih simptoma, uključuju i proučavanje stila života, prehrambenih navika, mentalnog zdravlja, okolinu u kojoj osoba živi te obitelj.

Frisch i Rabinowitsch (2019.) u Švedskoj su proučavali provođenje holističke skrbi medicinskih sestara na primarnoj razini zdravstvene zaštite te navode kako ista uključuje pacijenta, ali i njegovu obitelj te socijalne okolnosti iz kojih pacijent i obitelj dolaze. Kuipers i sur. (2019.) navode da unatoč promjenama u zdravstvu na pacijenta se još uvijek gleda uglavnom kao dijagnozu, a ostale dimenzije poput socijalne i duhovne ostaju zanemarivane te bi tu problematiku trebalo istražiti i osvijestiti kod svih zdravstvenih djelatnika, a ne samo kod medicinskih sestara. Prema Filej i sur. (2016.) holistička sestrinska skrb može se provoditi samo onda kada postoje medicinske sestre koje su stručnjaci sa znanjem i iskustvom u pružanju takve skrbi, stoga ukoliko želimo pomak u pristupu pacijentu potrebno je u formalnu i neformalnu edukaciju uvesti sadržaje o holističkoj skrbi. Autori Kaučić i sur. (2019.) navode kako je duhovnost

kao jedna od komponenta holističke skrbi noviji pojam koji se proučava u sestrijskoj skrbi i izuzetno je važan njezin značaj za svakog pojedinca.

Izazovi u pružanju zdravstvene njege u kući bolesnika odnose se na hitnost obilaska bolesnika istog dana ili sljedeći dan od prijave za potrebom pružanja zdravstvene njege u kući. S obzirom na ozbiljnost zdravstvenog stanja, zdravstvena njega mora se pružiti u vrlo kratkom vremenu, bolesnik ne može „čekati“ skrb. U izazove spadaju obiteljski uvjeti, loši i nesređeni obiteljski odnosi, prisutne ovisnosti članova obitelji. Također, nepovoljni higijenski uvjeti i neadekvatan prostor otežavaju provođenje zdravstvene njege i zahtijevaju kreativnost, prilagodbu i snalažljivost u provođenju skrbi.

### 2.3. Digitalna tehnologija i kontinuirana edukacija u ZNJUK

Kako u svim aspektima zdravstva tako i u zdravstvenoj njezi u kući za poboljšanje kvalitete potrebna je informatizacija i uvođenje novih tehnologija, inovativnih ponuda i pomoći pružatelju usluga zdravstvene njege u kući. Djelatnost zdravstvene njege u kući mora biti prepoznata kao kvalitetan, ekonomski poželjan i isplativ partner pružanja skrbi, a sestrijske intervencije trebale bi se bilježiti sustav e- zdravstvene njege. Na taj bi se način povećala kvaliteta dokumentiranja i pružanja zdravstvene usluge, povećala produktivnost, smanjilo potrebno vrijeme za unos i prikupljanje podataka, uvela standardizacija postupaka te poboljšala komunikacija unutar tima. Digitalnom tehnologijom smanjila bi se zasigurno i pojava neželjenih događaja.

Kontinuirana edukacija o gore navedenim segmentima je nedostatna i upravo je jedan od razloga neprovođenja svih dimenzija holističke skrbi u svakodnevnom radu medicinskih sestara/tehničara. Osim u formalno obrazovanje i u cjeloživotno obrazovanje medicinskih sestara/tehničara koji rade u sustavu potrebno je uvesti tematiku holističke sestrijske skrbi, sadržaje o kompetencijama i evaluacije kompetencije te digitalizacije u sestrijsstvu. Navedene promjene u formalnom obrazovanju i cjeloživotnoj edukaciji medicinskih sestara, doprinjele bi većem teorijskom i praktičnom znanju medicinskih sestara/tehničara o navedenim temama te posljedično i boljoj implementaciji istih.

### 2.4. Izazovi u svakodnevnom radu

Gotovo da se svakodnevno čuje kako provodimo holističku sestrijsku skrb, no „blagim grebanjem po površini“ svakodnevnog rada svjesni smo kako se o tom pojmu i pristupu ne obrazujemo dovoljno, a nemamo dovoljno vremena i resursa za provođenje iste. Kao razloge neprovođenja holističke skrbi navodi se nedostatna edukacija, nedostatak vremena, zatim nedostatak znanja i iskustva poučavatelja, slabog definiranja sestrijske uloge i neučinkovite komunikacije.

Promatrajući nastavne sadržaje na visokim učilištima vrlo rijetko se naide na kolegije na kojima bi studenti sustavno učili o provođenju muzikoterapije, provođenju tehnika relaksacije, o različitim kulturama, o prakticiranju duhovnosti, umjetnosti...Uvidom u tečajeve trajne edukacije teme kao što su specifične

komunikacijske vještine, empatija i njeno provođenje, logoterapija, provođenje terapijskog odnosa medicinska sestra-pacijent, aromaterapija i dr...iznimno se rijetko obrađuju. Stoga, iako je holistička sestrinska skrb formalno definirana kao jedna od kompetencija medicinskih sestara, vidljivo je kako istu ne prati edukacija medicinskih sestara što rezultira upitnim provođenjem holističke skrbi u svakodnevnoj sestrinskoj praksi.

### 3. Istraživački dio rada

#### 3.1. Cilj rada

Cilj ovog rada je istražiti kako medicinske sestre/tehničari procjenjuju svoje znanje i vještine za provođenje procesa zdravstvene njege u kući pacijenta. Specifičan cilj je saznati koje dimenzije holističke skrbi najbolje poznaju medicinske sestre ZNJUK.

#### 3.2. Istraživačka pitanja

IP 1: Imaju li medicinske sestre/tehničari dovoljno znanja o svim dimenzijama holističke sestrinske skrbi?

IP2: Imaju li medicinske sestre/tehničari potrebu za dodatnim usavršavanjem?

IP3: Ima li razlike kod samoprocjene znanja i vještina različitih dimenzija skrbi?

#### 3.3. Metode i sudionici

Kao tehnika prikupljanja podataka korištena je anketa provedena putem Google Forms obrasca tijekom siječnja 2023. godine. Anketa je distribuirana na društvenoj mreži Facebook članovima grupe Udruga medicinskih sestara ZNJUK, te direktno na email i ostalim vlasnicima (poslodavcima) djelatnosti zdravstvene njege u kući za distribuciju svojim djelatnicima.

Prvi dio ankete odnosio se na sociodemografske podatke (dob, spol, godine radnog iskustva u ZNJUK, obrazovanje, županija), a drugi dio upitnika su tvrdnja koje se odnose samoprocjenu kompetentnosti i educiranosti o određenim aspektima zdravstvene njege u kući pacijenta. Treći dio se sastoji od tvrdnji samoprocjene komunikacijskih vještina prilikom provođenja procesa zdravstvene njege u kući pacijenta, a četvrti dio sastoji se od tvrdnji koje ispituju mišljenja prema korištenju digitalne tehnologije u skrbi za pacijenta i potrebom za usavršavanjem. U anketnom upitniku korištena je Likertova skala s pet ponuđenih stupnjeva: izričito se ne slažem (uz vrijednost odgovora 1), ne slažem se (uz vrijednost odgovora 2), ni jedno (uz vrijednost odgovora 3), slažem se (uz vrijednost odgovora 4) i izričito se slažem (uz vrijednost odgovora 5). Rezultati istraživanja prikazani su tablično i opisno.

U istraživanju je sudjelovalo 162 sudionika, 13 muškog i 148 ženskog spola. Ostali sociodemografski podaci prikazani su i Tablici 3.3.1.

Tablica 3.3.1. sociodemografski podaci sudionika

Socio-demografske karakteristike		Broj sudionika (N)	%
Spol	muški	13	8,0 %
	ženski	148	91,4 %
	ne želim se izjasniti	1	0,6 %
	Ukupno	162	100 %
Dob	Od 18 - 25	27	16,7 %
	26 - 35	54	33,3 %
	36 - 45	41	25,3 %
	46 - 60	35	21,6 %
	Iznad 61	5	3,1 %
	Ukupno	162	100 %
Godine radnog iskustva u zdravstvenoj njezi u kući	< 1 godine	21	13 %
	2 - 5 godina	42	26,1 %
	6 -10 godina	18	11,2 %
	>10 godina	80	49,7 %
	Ukupno	162	100 %
Stupanj obrazovanja	medicinska sestra/tehničar opće njege	117	72,2 %
	prvostupnik/ca sestrinstva	36	22,2 %
	mag.med.techn./dipl.med.techn.	9	5,6 %
	Ukupno	162	100 %
Županija u kojoj se obavlja zdravstvena njege u kući	Zagrebačka županija	15	9,3 %
	Varaždinska županija	25	15,4 %
	Krapinsko-zagorska županija	4	2,5 %
	Sisačko-moslavačka županija	2	1,2 %
	Karlovačka županija	3	1,9 %
	Istarska županija	12	7,4 %
	Dubrovačko-neretvanska županija	6	3,7 %
	Grad Zagreb	23	14,8 %
	Međimurska županija	2	1,2 %
	Koprivničko-križevačka županija	26	16 %
	Bjelovarsko-bilogorska županija	1	0,6 %
	Primorsko-goranska županija	1	0,6 %
	Ličko-senjska županija	0	0,0 %
	Virovitičko-podravska županija	1	0,83 %
	Brodsko-posavska županija	2	1,2 %
	Požeško-slavonska županija	0	0,0 %
	Zadarska županija	1	0,6 %
	Osječko-baranjska županija	25	15,4 %
	Šibensko-kninska županija	1	0,6 %
	Vukovarsko-srijemska županija	1	0,6 %
Splitsko-dalmatinska županija	11	6,8 %	
Ukupno	162	100 %	

#### 4. Rezultati i rasprava

U drugom dijelu upitnika postavljene su tvrdnje koje se odnose samoprocjenu kompetentnosti i educiranosti medicinskih sestara/tehničara o određenim aspektima zdravstvene njege u kući. Sudionici istraživanja su na tvrdnje o poznavanju i zadovoljavanju fizičkih potreba pacijenata (*posjedujem dovoljno znanja o bolesti pacijenta kojeg zbrinjavam, posjedujem dovoljno znanja o tjelesnim potrebama pacijenta kojeg zbrinjavam, mogu prepoznati tjelesne potrebe pacijenta koje je potrebno zadovoljiti tijekom jedne posjete, mogu procijeniti stupanj samostalnosti pacijenta u održavanju osobne higijene, eliminacije, promjene položaja, posjedujem dovoljno znanja kako bi pacijentu mogao/la pružiti kvalitetno i sigurno zbrinjavanje tjelesnih potreba, pacijentovu obitelj educiram o načinima zbrinjavanja pacijentovih tjelesnih potreba*) odgovarali pretežito i u velikom postotku kako se slažu i izrazito se slažu. Na gore navedene tvrdnje nije bilo odgovora uopće se ne slažem i ne slažem se. Ove rezultati ukazuju kako većina medicinskih sestara i tehničara posjeduje visoku razinu znanja o fizičkim potrebama i imaju visoku ocjenu samoprepcije svojih kompetencija. Isto se može povezati sa rezultatima istraživanja Davisa i sur. (2022) koji navode kako je sestrinska skrb u svakodnevnom radu orijentirana najčešće prema fizičkim potrebama.

Na tvrdnje o prepoznavanju hitnih stanja kod pacijenata: „*Posjedujem znanja i vještine zbrinjavanja stanja koja neposredno ugrožavaju život*“ 80 (49,4%) sudionika se izrazito se slaže, 50 (36,4%) se slaže, a 20 (12,3%) niti se slaže niti ne slaže. Tri sudionika ne slaže se i uopće se ne slaže sa tom tvrdnjom. Kod tvrdnje: „*Upoznat/a sam s protokolima postupanja u situacijama koja zahtijevaju neposredno zbrinjavanje (održavanje dišnog puta, reanimacija)*“ 66 (40,7%) sudionika se izrazito se slaže, 62 (38,3%) se slaže, a 24 (14,8%) niti se slaže niti ne slaže, a 10 sudionika (6,2%) se ne slaže i izrazito ne slaže.

Zadovoljavanje pacijentovih potreba u psihičkoj dimenziji zahtjevnije je za medicinske sestre/tehničare, te kod sudionika susrećemo češće odgovor niti se slažem niti ne slažem. Tako na tvrdnju: „*Posjedujem dovoljno znanja o psihičkim potrebama pacijenta*“ 61 (37,7%) sudionika se izrazito se slaže, 71 (43,8%) se slaže, a 24 (14,8%) niti se slaže niti ne slaže, a 5 sudionika (4,1 %) se ne slaže i izrazito ne slaže. Na tvrdnje: *mogu prepoznati prisutne probleme sa samopoštovanjem u pacijenta, znam kako pomoći pacijentu u njegovoj prilagodbi na zdravstveno stanje i novi životni stil, prilikom pružanja zdravstvene njege mogu procijeniti pacijentove osjećaje i misli, ukoliko se pacijent ne osjeća dobro nastojim razgovorom saznati koji je uzrok tome, ne odlazim od pacijenta dok se ne uvjerim da se osjeća bolje i da nema negativne misli* sudionici su u najvećem broju odgovarali sa slažem se i izrazito se slažem, a na tvrdnju: „*Pacijentu pružam podršku i potičem ga na samostalnost i uključivanje u proces skrbi*“ dobiveni su najpozitivniji odgovori s tom se tvrdnjom 134 (82,7%) sudionika izrazito se slaže, 23 (14,2%) se slaže, a 3 (1,9%) niti se slaže niti ne slaže.

Navedeni rezultati su vrlo optimistični, no ne temelje se na znanju i sustavnoj edukaciji medicinskih sestara što rezultira upitnim provođenjem holističke

skrbi u svakodnevnoj sestrijskoj praksi. Naime, moglo bi se zaključiti kako visoki rezultati govore u prilog entuzijazmu medicinskih sestara i tehničara u ZNJuK, posebice prisnom odnosu sa pacijentom i njegovom obitelji. Ovo je zasigurno prostor za istraživanje preciznijih intervencija u psihološkoj skrbi kako bi se iste jasnije detektirale.

Pretraživanje Portala hrvatskih znanstvenih i stručnih časopisa Hrčak prema ključnim riječima „psihološka podrška“, „psihološka skrb“, „psihološke potrebe“, „socijalna podrška“, „socijalna skrb“, „socijalne potrebe“, „duhovna podrška“, „duhovna skrb“, „duhovne potrebe“, pronađeno je nekoliko članaka, najviše o tematici duhovne skrbi, no vrlo oskudno iz perspektive medicinskih sestara i tehničara što ukazuje na potrebu dodatnih istraživanja i publiciranja radova iz ove tematike.

Kod ispitivanja znanja i vještina u socijalnoj dimenziji skrbi dobiveni su sljedeći odgovori. Sa tvrdnjom: „**Posjedujem dovoljno znanja o socijalnim potrebama koje se mogu javiti u pacijenta**“ 74 (45,7%) sudionika se izrazilo se slaže, 72 (44,4%) se slaže, a 15 (19,3 %) niti se slaže niti ne slaže, a samo sudionik 1 (0,6%) se ne slaže. Gledajući obrazovnu strukturu sudionika i način te vrstu edukacije u srednjim školama i visokim učilištima postavlja se pitanja načina stjecanja znanja o socijalnim potrebama. Ovako visok rezultat govori u prilog iskustvenom učenju i dugogodišnjem radu sudionika u ZNJuK. Izrazito visoki pozitivni rezultati dobiveni su i kod tvrdnja: **„mogu prepoznati kada je pacijent usamljen, prilikom zbrinjavanja pacijenta nastojim u skrb uključiti njegovu obitelj i bližnje, mogu prepoznati jeli kod pacijenta prisutna socijalna izolacija**“. Tek kod tvrdnje: „**Posjedujem znanja i vještine kojima mogu pomoći pacijentu u poboljšanju njegovih socijalnih odnosa**“ 58 (35,8%) sudionika se izrazilo se slaže, 71 (43,8%) se slaže, a 29 (17,9%) niti se slaže niti ne slaže, a 4 sudionika (2,4%) se ne slaže i izrazilo ne slaže. Autori Robinson i sur. (2017.) ukazuju kako uvođenje medicinske tehnologije i noviteta u skrbi rezultiraju medikalizacijom i tretiranjem fizičkih simptoma bolesti, te se vrlo često zanemaruju psihološke, socijalne i duhovne potrebe.

Prema autorima Štrancar i sur. (2019.) duhovna dimenzija podrazumijeva traženje smisla života, povezanost s Bogom ili „višom silom“, povezanost s prirodom i ljudima oko sebe, kreativnost, nadanje i sl. Kod pružanja duhovne skrbi sudionici su pokazali najveći stupanj nepoznavanja iste. Jedino kod tvrdnje: „**Uvažavam pacijentovo religijsko opredjeljenje**“ 140 (86,4%) sudionika se izrazilo se slaže, te 16 (19,9%) se slaže, a 5 (3,7%) se niti se slaže niti ne slaže, ne slaže i izrazilo ne slaže. Na tvrdnju: „**Posjedujem dovoljno znanja o duhovnim potrebama pacijenta**“, 45 (28%) sudionika se izrazilo se slaže, 71 (44,1%) se slaže, a 32 (19,8%) niti se slaže niti ne slaže, 9 (5,6%) sudionika se ne slaže, a 4 (2,5%) izrazilo ne slaže.

Tvrdnja na koju su sudionici dali najrazličitiju disperziju odgovora je: „**Kada me pacijent zamoli da molim s njime ili mu čitam religijske tekstove, napraviti ću to bez obzira što nismo iste vjeroispovijesti**“, sa kojom se 57 (35,4%) sudionika izrazilo se slaže, 41 (25,5 %) se slaže, 27 (16,8%) niti se slaže niti ne slaže, 11 (6,6%) sudionika se ne slaže, a 25 (15,5%) izrazilo ne slaže.

Na tvrdnje: „*Posjedujem dovoljno znanja i vještina za razgovor s pacijentom o vrsi i smislu života, životu poslije smrti i sl.*“ sudionici su odgovarali sa 34 (21,1%) niti se slaže niti ne slaže., a na tvrdnju: „*duhovne potrebe pacijenta mogu zbrinuti razgovorom o umjetnosti, prirodi, znanosti i sl.*“ 50 (31,3%) niti se slaže niti ne slaže. Kako napominje McMillan i sur. (2018) već je Jean Watson koristila pojam holizam kao temelj svoje teorije zdravstvene njege u kojoj je naglasila važnost zbrinjavanja duhovne i moralne dimenzije čovjeka u sestrijskoj praksi. Također, duhovnost smatra važnim dijelom kvalitetne zdravstvene njege, no ukazuje kako je uloga iste nedovoljno jasna u praksi.

Načinom komunikacije i načinom izvođenja intervencija (iz područja zdravstvene njege) medicinska sestra iskazuje poštovanje te čuva čast i dostojanstvo pacijenta i njegove okoline. Zanimljivi su odgovori o komunikacijskim vještinama, gdje sudionici na tri tvrdnje: „*Pacijentu pristupam s poštovanjem i empatijom, poštujem pacijentovu osobnost i prihvaćam njegovu različitost, prilikom razgovora s pacijentom ili njegovom obitelji dajem mogućnost postavljanja pitanja i iskazivanja osjećaja*“ odgovaraju 145 (90%) sudionika izrazito se slaže, 15 (9,3 %) se slaže. No, raščlambom tvrdnji na segmente koji preciziraju komunikacijske vještine dobivaju se sljedeći odgovori. Sa tvrdnjom: „*Prilikom razgovora s pacijentom koristim se tehnikama parafraziranja i sažimanja*“ 35 (21,6%) sudionika se izrazito se slaže, 48 (29,6%) se slaže, a 48 (29,6%) niti se slaže niti ne slaže, a 20 (12,3%) sudionika se ne slaže, a 11 (6,8%) izrazito ne slaže. Sa tvrdnjom:“ *Koristim zrcaljenje kao važnu tehniku u razgovoru s pacijentom*“ najveći broj sudionika 69 (42,9,%) odgovara niti se slažem niti ne slažem, a 70 (44,1%) se slaže i izrazio slaže. Sa tvrdnjom:“ *Prilikom razgovora s pacijentom koristim „ja“ poruke*“ 19 (11,7%) sudionika se izrazito se slaže, 25 (15,7%) se slaže, a 58 (36,5%) niti se slaže niti ne slaže, a 26 (16,4%) sudionika se ne slaže, a 31 (19,5%) izrazito ne slaže.

Rezultati se mogu povezati sa istraživanjem autorice Mošnja (2018.) o stavovima pacijenata o kvaliteti komunikacije s medicinskim sestrama zdravstvene njege u kući. Ti rezultati ukazuju kako medicinske sestre koje provode zdravstvenu njegu u kući ulažu mnogo truda u komunikaciju s pacijentima i zainteresirane su za njihove probleme, čega su i sami pacijenti svjesni. Nepoznavanje tehnika zrcaljenja, parafraziranja i drugih ukazuje na potrebu dodatne edukacije iz tog područja. Zdravstvenu njegu u kući uglavnom provode medicinske sestre sa srednjom stručnom spremom i prvostupnice sestrištva koje tijekom svog stručnog usavršavanja nisu imale priliku steći pedagoško-psihološku i didaktičko-metodičku izobrazbu. Navedeno se stječe tek na četvrtoj i petoj godini studija sestrištva, a ujedno im nedostaju znanja o motivaciji.

Korištenje digitalne tehnologije djelomično je prisutno u ZNJUK, što se vidi iz odgovora na tvrdnju: “*Prilikom pružanja zdravstvene njege koristim se različitim digitalnim alatima (aplikacijama, tabletom za vođenje dokumentacije, Internetom)*“ gdje sudionici njih 33 (20,5%) odgovaraju da se izrazito ne slažu, 19 (11,8%) se ne slaže, a 20 (12,4%) se niti slaže niti ne slaže. Na tvrdnje bi li rado koristili digitalne tehnologije u ZNJUK i da bi im ona pomogla u pružanju skrbi u potpunosti se slaže veći broj sudionika, njih preko 90 (55%).

Sa tvrdnjom: „*Medicinske sestre/tehničari koji pružaju zdravstvenu njegu u kući trebaju se kontinuirano usavršavati u stručnim znanjima*“ izrazito se slaže 134 (82,7%) sudionika, no na tvrdnju: „*Spreman/a sam se kontinuirano educirati i nastaviti školovanje*“ 7 sudionika (4,3%) se izrazito ne slaže, 4 (2,5%) se ne slaže, a 19 (11,7%) se niti ne slaže niti slaže. Ovi odgovori ukazuju na poteškoće kod odlučivanja medicinskih sestara/tehničara na usavršavanje i obrazovanje, te je to prostor za novo istraživanje o razlozima nepohadanja edukacije.

Također, zabrinjavajući su odgovori o korištenju stručne literature i posjedovanja dovoljnog znanja i vještina potrebnih za samostalno pretraživanje znanstvene i stručne literature. Od ukupnog broja sudionika njih 48 (30%) se niti slaže niti ne slaže sa navedenim. Uzimajući u obzir socijalno poželjne odgovore, možemo pretpostaviti kako su rezultati u ovom području i nešto lošiji te je potrebno poraditi na povećanju percepcije kompetencija. Naime, medicinske sestre treba osvještavati da čitanjem, educiranjem, pretraživanjem novosti u sestrijskoj praksi pružamo kvalitetnu skrb i raste zadovoljstvo radom. Arthur i Randle (2007.) u sustavnom pregledu literature navode tvrdnje koje se odnose i reflektiraju raspoloženje koje se uočavaju tijekom godina rada i iskustva u sestriinstvu, a to je manjak zadovoljstva i ispunjenosti. Nezadovoljstvo i smanjeno profesionalno samopoimanje medicinskih sestara proizlaze iz prakse koja tolerira izvođenje postupaka i intervencija koje ne pripadaju u domenu rada i obrazovanjem stečene kompetencije, ali i obrazovanja čiji sadržaji svojim opsegom nadilaze predviđene dužnosti medicinskih sestara i tehničara.

Govoreći o samopercepciji u radu, nezaobilazan je pojam samopoštovanja te pojam samopoimanja medicinskih sestara. Samopoimanje sadrži dvije dimenzije: javni i osobni self, pri čemu je javni onaj kako medicinska sestra sebe prikazuje okolnom svijetu, a osobni kako se vrednuje i koliko je zadovoljna sobom. Ovi su pojmovi tek nedavno prepoznati kao važni u motivaciji i osjećaju kompetentnosti te će zasigurno biti predmet novih istraživanja u sestriinstvu.

## 5. Zaključak

Rezultati istraživanja ukazuju na visoku razinu kompetentnosti sudionika u pružanju fizičke skrbi, nešto nižu u razini pružanja socijalne i psihološke, a najnižu u pružanju duhovne skrbi. Također, oprečni su rezultati u samoprocjeni komunikacijskih vještina, gdje s jedne strane se iskazuju iznimno visoki rezultati u samoprocjeni empatije, aktivne komunikacije, a niže vrijednosti kod procjene praktičnih vještina s kojima se koriste u svakodnevnom radu kao što su: refleksija, „ja“ poruke, te parafraziranje. Samoprocjena sestara o vlastitoj kompetentnosti važna je za postizanje visokih standarda skrbi, a ona izravno utječe na sigurnost pacijenta, njegovo zdravstveno stanje, kao i zadovoljstvo njegovom i komunikacijom s obitelji. Niska razina kompetencija medicinskih sestara može dovesti do nepoželjnih i neželjenih događaja u skrbi, lošom komunikacijom i u konačnici nezadovoljstvo poslom. Osjećaju samopoštovanja i procjeni osobne kompetencije u praksi najviše doprinose: dužina radnog iskustva te usavršavanje i rad na zadacima u kojima medicinske sestre imaju veću autonomiju u odlučivanju.

## Literatura

1. American Holistic Nurses Association. (2020). Pristupljeno 24.10.2020., s <https://www.ahna.org/About-Us/What-is-Holistic-Nursing>.
2. Arthur D, Randle J. The professional self-concept of nurses: a review of the literature from 1992-2006. (2007) Australian journal of advanced nursing; 24(3): 60-64., Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17518168>
3. Cindrić, Ž. I sur. (2015). Otvaranje samostalne sestriinske djelatnosti, *Sestrinski glasnik* 20.3: 244-249.
4. Davis, A, Lippe, M., Burduli, E. I Barbosa-Leiker, C. (2020). Development of a new undergraduate palliative care knowledge measure. *Journal of Professional Nursing*, <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2019.06.007>.
5. Filej, B. i Kaučić, B.M. (2019). Holistična in k pacientu / uporabniku usmerjena oskrba. U: *Integrirana dolgotrajna oskrba: Odziv na potrebe dolgožive družbe v Sloveniji*;13-17. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju.
6. Filej, B., Breznik, K., Kaučić, B.M. i Saje, M. (2018). Holistic model of palliative care in hospital and community nursing: the example of south-eastern Slovenia. *Cent Eur J Nurs Midw*, 9(1), 773-780.
7. Flinkman M, Leino-Kilpi H, Numminen O, Jeon Y, Kuokkanen L, Meretoja R.(2017). Nurse Competence Scale: a systematic and psychometric review. *Journal of advanced nursing*; 73(5):1035-1050., Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27731918>.
8. Frisch, N. C. i Rabinowitsch, D. (2019). What's in a Definition? Holistic Nursing, Integrative Health Care, and Integrative Nursing: Report of an Integrated Literature Review. *Journal of Holistic Nursing*, 37(3), 260-272.
9. Furjan B. (2018), Aspekti zadovoljstva poslom medicinskih sestara, Varaždin: Sveučilište Sjever., Dostupno na: <https://repositorij.unin.hr/islandora/object/unin%3A2464>
10. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2021., Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-javno-zdravstvo/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis-za-2021-tablicni-podaci/>
11. Kaučić, B.M., Ovsenić, M. i Filej, B. (2019). Is the holistic physical factor linked to life satisfaction in older age? *Medycyna Pracy*, 70(5), 535-543.
12. Kendall-Gallagher D, Blegen MA. (2009) Competence and certification of registered nurses and safety of patients in intensive care units. *American journal of critical care*; 18(2): 106-13., Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2717746/>
13. Kuipers, S.J., Cramm, J.M. i Nieboer, A.P. (2019). The importance of patient-centered care and co-creation of care for satisfaction with care and physical and social well-being of patients with multi-morbidity in the primary care setting. *BMC Health Services Research*, 19(13), 1-9.
14. Martinović D. (2017). Profesionalno samopoimanje medicinskih sestara Kliničkog bolničkog centra Osijek (Završni rad). Osijek: Sveučilište u Osijeku, Dostupno na: <https://repositorij.mefos.hr/islandora/object/mefos:475/preview>
15. McMillan, E., Stanga, N., i Sell, S.L. (2018). Holism: A Concept Analysis. *Int J Nurs Clin Pract* 5, 282-288.
16. Mošnja, P. (2019). Stavovi pacijenata o kvaliteti komunikacije s medicinskim sestrama zdravstvene njegu u kući na području grada Pule, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet., Dostupno na: [file:///C:/Users/mneuberg/Downloads/mosnja\\_petra\\_mefos\\_2018\\_zavrs\\_sveuc%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/mneuberg/Downloads/mosnja_petra_mefos_2018_zavrs_sveuc%20(1).pdf)

17. Odluka o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (NN 56/2017) Dostupno na: [https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2017\\_06\\_56\\_1235.html](https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2017_06_56_1235.html)
18. Robinson, J., Gott, M., Gardiner, C. i Ingleton, C. (2017). Specialist palliative care nursing and the philosophy of palliative care: a critical discussion. *International Journal of Palliative Nursing*, 23(7), 352-358
19. Sasaki S, Fukada M, Okuda R, Fujihara Y. (2019); Impact of Organization and Career Commitment on Clinical Nursing Competency. *Yonago acta medica*. 62(2): 221–231., Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6584258/>
20. Štrancar, K. i Mihelič Zajec, A. (2019) Duhovnost v zdravstveni negi v Sloveniji: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(3),232-242.
21. Tilinger M. (2018). Samopoštovanje i subjektivna dobrobit postignuća, Osijek: Sveučilište u Osijeku, Dostupno na: <https://zir.nsk.hr/islandora/object/ffos%3A4122/datastream/PDF/view>
22. Zakon o sestrinstvu. Narodne novine: NN 57/2011., Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/407/Zakon-osestrinstvu>
23. Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18), Dostupno na: [https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2018\\_11\\_100\\_1929.html](https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2018_11_100_1929.html)

## REALIZACIJA USLUGA ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI I PREDVIĐANJE RESURSA

*Renata Možanić, mag. sestrinstva, dr. cand.*

### SAŽETAK

Produljenje životnog vijeka povezano je s povećanim rizikom za nastanak izraženijih simptoma kroničnih bolesti, a zdravstveni problemi zahtijevaju odgovarajuću i dostupnu infrastrukturu. Aktualni izazovi zdravstvene skrbi očituju se kroz nedovoljnu opskrbljenost profesionalnim zdravstvenim radnicima i nedovoljnu pristupačnost usluga za stare osobe s teškoćama i njihove njegovatelje. Skrb u kući je nedovoljno razvijena unatoč tome što ima prioritet nad institucionalnim uslugama, a usluge zdravstvene njege u kući kao dio primarne zdravstvene zaštite jedan su od osnovnih uvjeta za realizaciju starenja u zajednici i očuvanja kvalitete života starih i njihovih obitelji.

Statistički podaci za Europu i Hrvatsku otkrivaju da veliki dio populacije nema pristup zdravstvenim uslugama i zbog toga ne može zadovoljiti zdravstvene potrebe, ali istovremeno povećanjem broja starih ljudi raste potreba za korištenjem usluga formalne skrbi i zdravstvene njege u kući. Hrvatska je sa 33% među brojnim zemljama s nadprosječnim udjelom stanovnika koji ne mogu zadovoljiti zdravstvene potrebe. Ukupno najviše usluga i postupaka zdravstvene njege u kući provodi se u dobnoj skupini 75-84 godina, a najzastupljenija skupina korisnika zdravstvene njege u kući su nepokretne i teško pokretne osobe.

Iskustva iz prakse i pokazatelji kretanja broja korisnika zdravstvene njege u kući u suprotnosti su s europskim projekcijama korištenja za Hrvatsku. U ovom radu prikazani su rezultati realiziranih usluga zdravstvene njege u kući i očekivane potrebe posjeta medicinskih sestara te je na osnovi projekcija stanovništva prikazan očekivani rast potrebnog broja medicinskih sestara u djelatnosti zdravstvene njege u kući za područje Varaždinske županije.

**Ključne riječi:** zdravstvena njeга u kući, realizirane usluge, projekcije, resursi

### Uvod

Socio-ekonomski razvoj i napredak društva na različitim područjima istovremeno stvara nove izazove za zdravstveni sustav u segmentu brige za rastuću populaciju starih ljudi (WHO, 2019). Puljiz (2016) ukazuje da su produljenje životnog vijeka ljudi i smanjenje broja rođenih, dva ključna aspekta starenja. Povećanje godina života dovodi i do porasta broja ljudi starih 85 godina s

demencijom i drugim zdravstvenim problemima (Lewis i West, 2014). Procjenjuje se da svaki drugi stari 65 i više godina ima dugotrajna ograničenja pokretljivosti (Europska komisija, 2021a). Utvrđeno je da stari ljudi imaju bolne zglobove i pate od jedne ili više kroničnih bolesti, najčešće bolesti srca, dijabetesa i plućnih bolesti (Bienasis i sur. 2020; Hermsen i sur. 2018; Cheng i sur. 2020). Zdravstveni problemi s kojima se suočavaju stari ljudi često su povezani s kroničnim stanjima. S tim u vezi, starenje populacije i potencijalni zdravstveni problemi zahtijevaju infrastrukturu i dostupne usluge za ispunjenje potreba starih i osiguravanje zdravog, neovisnog i produktivnog života uz primjerenu potporu. Jedan od ključnih infrastrukturnih uvjeta jesu odgovarajuće stambene prilike i usluge dostupne u životnom okruženju, a koje će osigurati potrebnu kvalitetu života i neovisnosti uskladenih sa zdravstvenim i socijalnim potrebama osoba starije životne dobi. Nadalje, uslugama je potrebno osigurati ravnotežu između onoga što osobe mogu činiti same za sebe, što mogu uz pomoć i podršku članova obitelji i prijatelja te formalne podrške iz sustava zdravstvene i socijalne skrbi (CEB, 2014, 28).

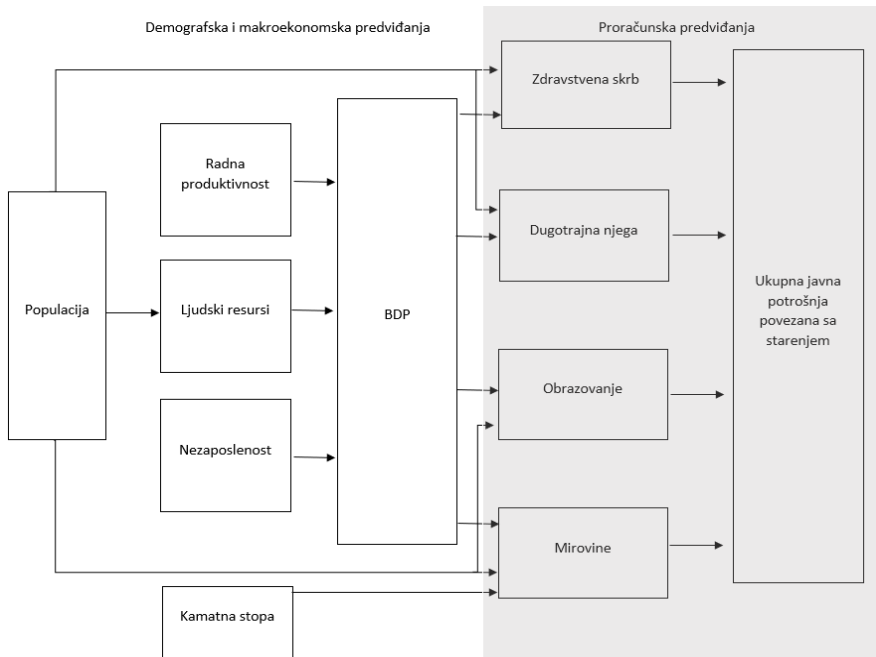
## Čimbenici potreba za zdravstvenom njegom i skrbi

U Izvješću Europske unije naslovljenog »Primjerena socijalna zaštita potreba za dugotrajnom njegom u starajućem društvu« navodi se projekcija o povećanju osoba starijih od 80 godina u narednih 5 desetljeća, a za koje će biti potrebno osigurati dovoljno njegovatelja. Međutim, kronološka dob ili starost ljudi ne mogu biti kriterij prema kojemu se određuju potrebe za njegom, već je to zdravstveni status i ovisnost o pomoći drugih (EU, 2014). Bez obzira na stupanj smanjenja kapaciteta starih, podržavajuća okolina i integrirani sustavi podrške mogu osigurati da stari žive dostojanstveni život i kontinuirano osobno rastu (WHO, 2017). U sustavima zdravstvene i socijalne skrbi predviđene su usluge koje se pružaju u specifičnim uvjetima u kući bolesnika i starih osoba, a koji podrazumijevaju izvršavanje zadataka i postupaka od strane specijaliziranih ustanova i profesionalnih službi (Hlebec i sur., 2016). Neovisno o kojem se modelu skrbi radi, formalna skrb osigurava se na zahtjev zdravstvenih teškoća i stanja ili kada postojeća neformalna mreža podrške nema potrebnih znanja, sposobnosti i vještina za pružanje pomoći (Hlebec i sur., 2016).

Prepreke u dostupnosti usluga starima i bolesnima u zajednici proizlaze iz neusuglašenosti ponude i potražnje, čekanja na uslugu, ograničavajućeg zakonodavstva i propisa, izvora financiranja, istovremenih potreba za više usluga, koordiniranja i angažiranja vanjskih pružatelja usluga (Kerbler, 2014). Starenje stanovništva utječe na ekonomske, obrazovne, društvene, socijalne i druge aspekte funkcioniranja društva. Povezano sa starenjem stanovništva u osjetnom su porastu javni troškovi koje države izdvajaju za raznovrsne potrebe starih ljudi, a prije svega za mirovine, zdravstvene i troškove dugotrajne skrbi, obrazovne troškove te naknade starim ljudima za nezaposlenost (Puljiz, 2016).

Europska komisija (2021b) u dokumentu The aging report predstavlja shematski prikaz povezanosti i djelovanja demografskih promjena i ekonomskih prilika

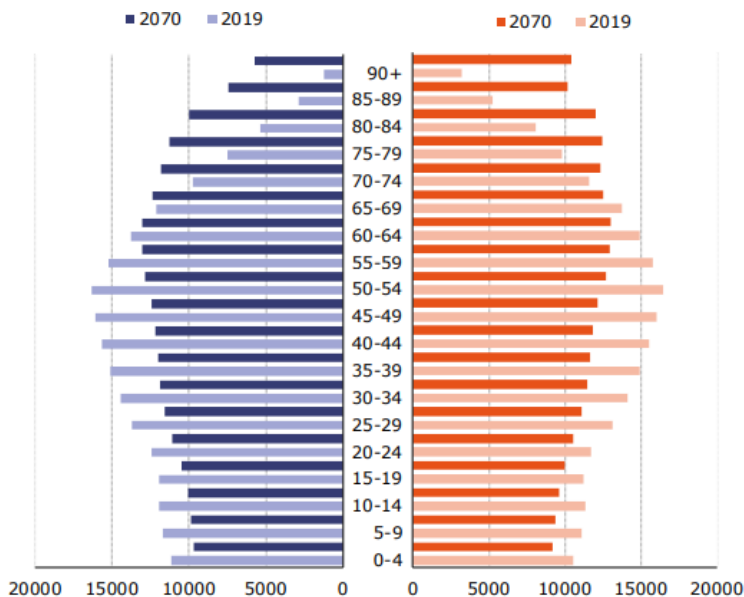
na javne troškove za zdravstvenu i dugotrajnu skrb, obrazovanje i mirovine. Nastavno na to, o veličini populacije i dostupnih radno aktivnih generacija ovisi ekonomska snaga neke zemlje te posljedično i mogućnosti izdvajanja za javne potrebe stanovništva.



Shema 1: Povezanost i djelovanje demografskih i ekonomskih promjena na javne troškove (izrađeno prema: Europska komisija 2021b)

Profesionalna procjena nadvladava želje i mogućnost izbora starih oko područja i aktivnosti u kojima im je pomoć potrebna radi neusklađenosti i očekivanja starih (Olaison, 2017). U brojnim europskim zemljama skrb u kući je nedovoljno razvijena unatoč tome što ima prioritet nad institucionalnim uslugama, a proces deinstitutionalizacije predstavlja značajan izazov jer njegovo provođenje ne prati recipročno povećanje i dostupnost njege u kući i podrška starenju u zajednici (Spasova i sur., 2018).

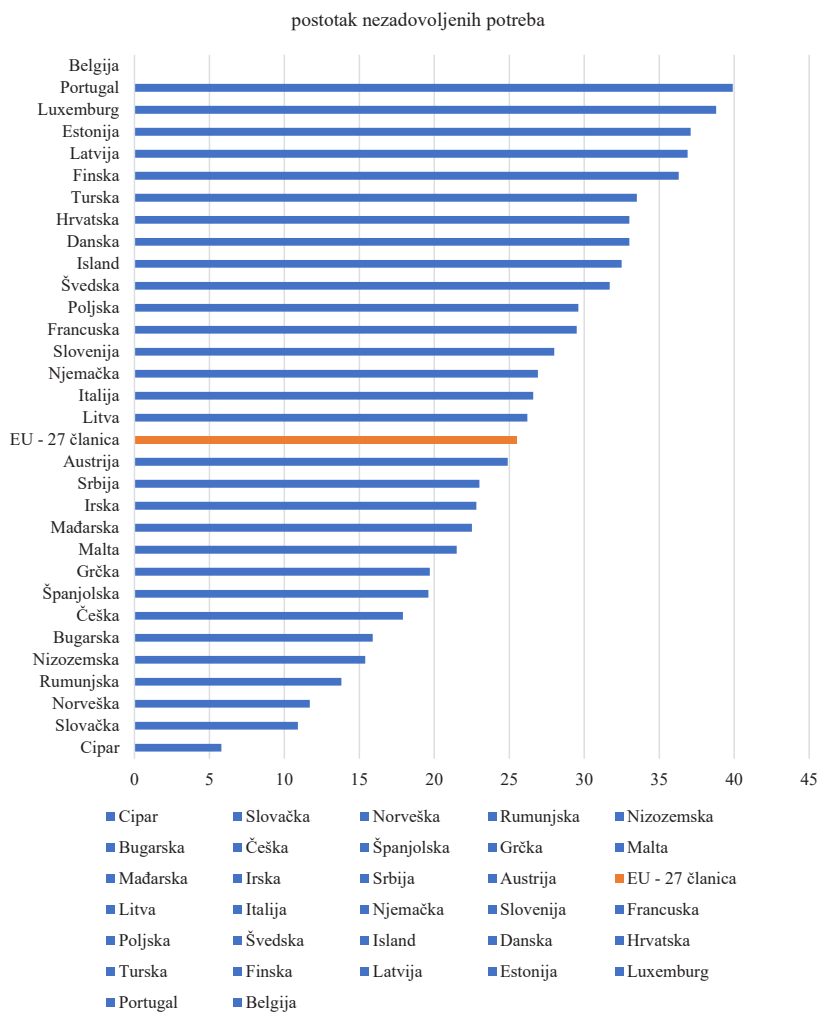
Aktualne projekcije stanovništva predviđaju porast broja starih osoba u općoj populaciji, a s time da će istovremeno doći do smanjenja ukupne populacije i radno aktivnog stanovništva na manje od dva radno aktivna na jednu osobu staru 65 i više godina do 2070. godine (Europska komisija, 2021b). Prema tim projekcijama do 2070. godine očekuje se smanjenje udjela radno aktivnih za 16% od trenutnog.



Graf 1. EU – Populacijske projekcije prema dobi i spolu, 2019 i 2070 (u tisućama),  
(Europska komisija, 2021b)

Povećanjem broja starog stanovništva rastu i zahtjevi u odnosu na zdravstveni i socijalni sustav zbog učestalijih potreba proizašlih iz zdravstvenih ograničenja ljudi. Iako unaprijeđen sustav, ljudi u brojnim zemljama doživljavaju da njihove zdravstvene potrebe i dostupnost usluga nisu realizirane.

Procjene zdravstvenog stanja i ostvarenih zdravstvenih potreba nisu ujednačene. Nezadovoljene potrebe stanovnika zemalja EU u odnosu na uzroke ili prepreke u 2019. proizlaze iz financijskih razloga, transporta, udaljenosti i listi čekanja na zdravstvene usluge.



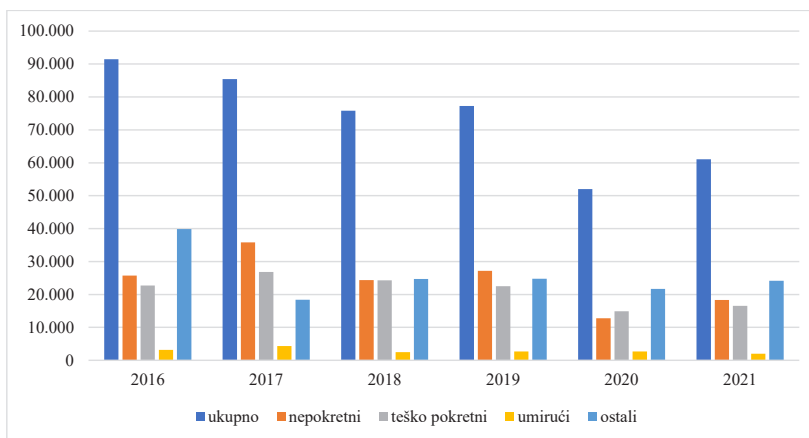
Graf 2. Prikaz nezadovoljenih potreba stanovnika (izrađeno prema: Eurostat 2021.)

## Stanje zdravstvene njege u kući na području RH

Djelatnost zdravstvene njege u kući nije inovativno rješenje, ali svakako predstavlja iskorak u realizaciji izvan institucijske zdravstvene skrbi uz osiguranu profesionalnu radnu snagu. Jedan od izazova u zdravstvenom sustavu, a time i u djelatnosti zdravstvene njege u kući je dostupnost dovoljnog broja primjereno obrazovanog zdravstvenog kadra, a koji mora odgovoriti na sve kompleksnije zahtjeve bolesnika i njihove okoline. Dugotrajna skrb, a koja

obuhvaća i djelatnost zdravstvene njege u kući, ima na svom razvojnom putu brojne izazove među kojima Castle idr. (2009, 49) posebno ističu nedostatak i neprimjereno obrazovanje osoblja, visoku fluktuaciju osoblja, neprimjerenu naknadu, nisku kvalitetu njege, moguće zlostavljanje korisnika na smještaju, problemi sigurnosti te zatvaranje objekata za dugotrajnu skrb.

Djelatnost zdravstvene njege u kući dio je primarne zdravstvene zaštite koja se pruža u kući bolesnika na prijedlog liječnika obiteljske medicine. Trenutno je u djelatnosti zdravstvene njege u kući zaposleno 1271 medicinska sestra/tehničara preko 177 ustanova i privatnih praksi<sup>1</sup>. U tim je organiziranim jedinicama osigurana zdravstvena njega za desetke tisuća bolesnika. Prema dostupnim podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo u djelatnosti zdravstvene njege u kući zbrinuti su umirući, teško pokretni i nepokretni bolesnici. Iz predstavljenog grafa 3. vidljivo je postupno smanjenje korisnika zdravstvene njege u kući na razini Republike Hrvatske kontinuirano u petogodišnjem razdoblju, a zatim ponovno povećanje u 2021. godini na ukupnoj razini. Prema kategoriji korisnika u 2016. godini najveći udjel čine razvrstani u ostale, a slijede ih nepokretni i teško pokretni. Ukupno gledajući, nepokretni i teško pokretni najzastupljeniji su skupina korisnika zdravstvene njege u kući, a dio koji se odnosi na palijativnu i skrb o umirućima je najniži.



Graf 3: Prikaz korisnika po kategorijama i godinama u djelatnosti zdravstvene njege u kući na razini Hrvatske 2016.-2021. (HZJZ, 2021)

Analiza korisnika zdravstvene njege u kući u 2021. godini prema kronološkoj dobi pokazuje da je najveći udjel korisnika u najstarijim dobnim skupinama,

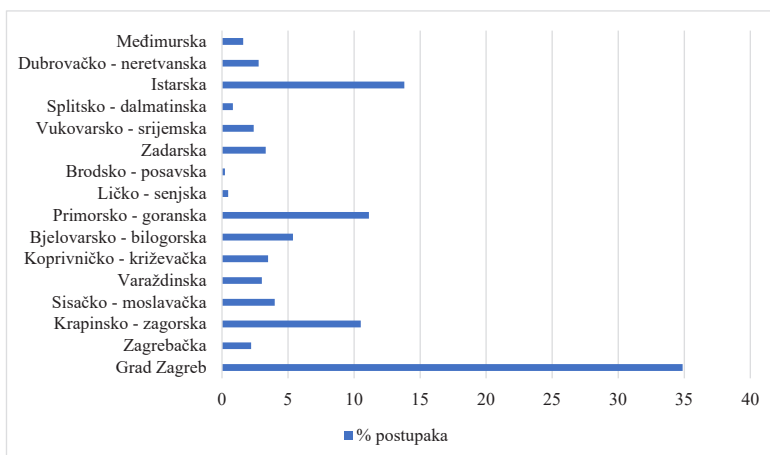
1 Popis ugovorenih zdravstvenih njege u RH: dostupno na <https://hzzo.hr/zdravstvena-zastita/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim-osiguranjem/ugovoreni>

odnosno starih 75 i više godina. Broj korisnika intenzivno raste povećanjem godina starosti pa je primjerice u dobi 65-74 godine gotovo 100% više korisnika zdravstvene njege i fizikalne terapije u kući nego u skupini 45-64 godine. Za iste dobne skupine bilo je više nego dvostruko povećanje broja umirućih koji su u 2021. trebali usluge zdravstvene njege u kući. Podaci su prikazani u tablici 1.

Tablica 1. Korisnici zdravstvene njege i fizikalne terapije u kući, po dobnim skupinama i funkcionalnim sposobnostima u Hrvatskoj u 2021. godini<sup>2</sup>

Dob korisnika	0-6	7-19	20-44	45-64	65-74	75-84	85+	Ukupno
<b>ukupno</b>	<b>103</b>	<b>403</b>	<b>1.903</b>	<b>7.460</b>	<b>14.154</b>	<b>19.981</b>	<b>17.055</b>	<b>61.059</b>
<b>nepokretnih</b>	24	115	518	1.512	3.965	6.682	5.492	<b>18.308</b>
<b>teško pokretnih</b>	63	187	458	2.127	3.972	5.564	4.190	<b>16.561</b>
<b>umirućih</b>	0	0	25	224	518	686	580	<b>2.033</b>
<b>ostali</b>	16	101	902	3.597	5.699	7.049	6.793	<b>24.157</b>

Na razini Republike Hrvatske, prema Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo (Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2021.) zdravstvenom njegom u kući bilo je obuhvaćeno 61.059 korisnika, a što je 1,5% ukupnog broja osiguranika te je provedeno je 2.245,562 postupaka zdravstvene njege i fizikalne terapije u kući. Usporedbom distribucije prema županijama, od ukupnog broja najviše postupaka odradeno je u Gradu Zagrebu (35%), a najmanje u Brodsko-posavskoj županiji (0,22%).



Graf 4. Raspodjela provedenih postupaka zdravstvene njege u kući po županijama (HZJZ, 2021)

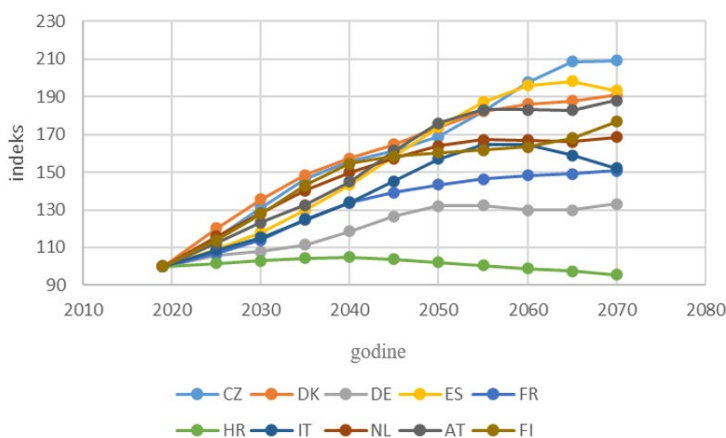
2 <https://www.hzjz.hr/sluzba-medicinska-informatika-biostatistika/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis-za-2021-tablicni-podaci/>

Najviše postupaka ukupno provedeno je u dobnoj skupini 75-84 godina, ali taj udjel nije ujednačen po svim hrvatskim županijama pa je primjerice u Zagrebu, Ličko-senjskoj, Istarskoj i Dubrovačko-neretvanskoj županiji najviše postupaka provedeno u najstarijoj skupini 85+. u najmlađoj dobnoj skupini najviše postupaka provedeno je u Splitsko-dalmatinskoj i Krapinsko-zagorskoj županiji.

Tablica 2: Broj postupaka provedenih u zdravstvenoj njezi i fizikalnoj terapiji u kući, po županijama i dobim skupinama korisnika u 2021. godini (HZJZ, 2021)

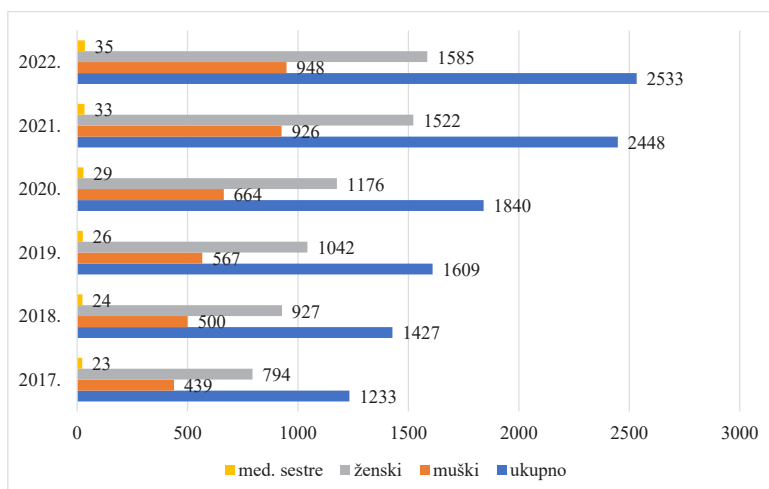
Dob korisnika	0-6	7-19	20-44	45-64	65-74	75-84	85+	Nepoznato	Ukupno
RH	3.175	9.075	83.898	259.662	481.576	691.250	591.284	125.642	2.245.562
Grad Zagreb	47	3.234	31.744	78.769	132.324	205.701	207.411	124.102	<b>783.332</b>
Zagrebačka	0	1	1741	5.904	9.751	17.512	14.466	0	<b>49.375</b>
Krapinsko - zagorska	915	12	3.850	22.905	70.680	82.071	54.578	1389	<b>236.400</b>
Sisačko - moslavačka	23	623	2.806	11.206	21.167	32.731	19.831	0	<b>88.387</b>
Varaždinska	0	24	2.356	7.161	16.803	25.648	15.852	0	<b>67.844</b>
Koprivničko - križevačka	180	1982	3836	14.508	18.202	28.092	11.629	0	<b>78.429</b>
Bjelovarsko - bilogorska	79	24	3.392	16.241	23.797	44.040	33.167	0	<b>120.740</b>
Primorsko - goranska	136	14	6.380	24.289	56.288	83.247	79.451	0	<b>249.805</b>
Ličko - senjska	0	5	187	1.264	2.327	3.296	3.310	0	<b>10.389</b>
Brodsko - posavska	0	23	211	1.253	485	2.633	351	0	<b>4.956</b>
Zadarska	145	1.032	4.163	10.204	20.472	23.912	14.507	0	<b>74.435</b>
Vukovarsko - srijemska	0	52	618	7.461	12.291	20.835	12.853	0	<b>54.110</b>
Splitsko - dalmatinska	1320	835	742	3.400	5.387	4.045	3.101	0	<b>18.830</b>
Istarska	1	413	17.496	41.120	71.163	88.257	91.764	0	<b>310.214</b>
Dubrovačko - neretvanska	0	66	1.266	7.300	11.597	19.643	22.388	151	<b>62.411</b>
Medimurska	329	735	3.110	6.677	8.842	9.587	6.625	0	<b>35.905</b>

Na razini Hrvatske evidentirano je smanjenje korisnika zdravstvene njege u kući u analiziranom razdoblju 2016.-2021. pri čemu broj korisnika kontinuirano opada, a zatim se ponovno povećava u 2021. godini na ukupnoj razini. Eurostat i projekcije prikazane u Aging report ukazuju da će u Republici Hrvatskoj doći do smanjenja broja korisnika zdravstvene njege u kući u narednih nekoliko desetljeća.



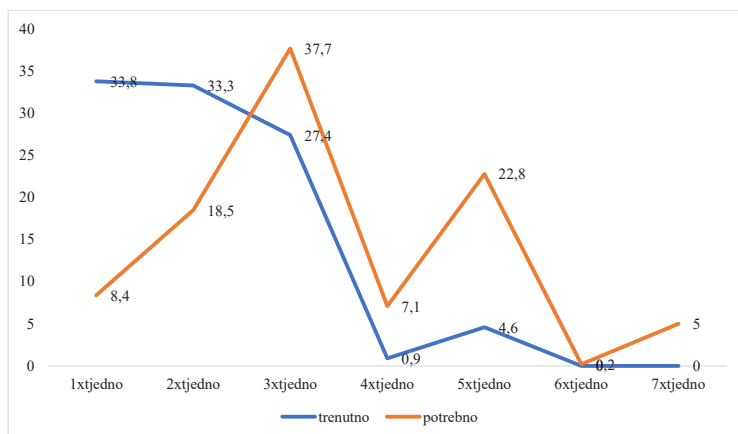
Graf 5. Projekcije broja korisnika njege u kući za period 2019-2070  
(The Ageing Report 2021)

Međutim, na temelju iskustva iz prakse i pokazatelja kretanja broja korisnika vidljivo je da projekcije podcjenjuju aktualno stanje. Takav trend nije zabilježen u Ustanovi Lekić na području Varaždinske županije u kojoj potražnja za uslugama zdravstvene njege kontinuirano raste. Distribucija rasta korisnika zdravstvene njege obzirom na spol i ukupni odjel te usporedno zapošljavanja medicinskih sestara prikazana je u grafu s početnom 2017. godinom.



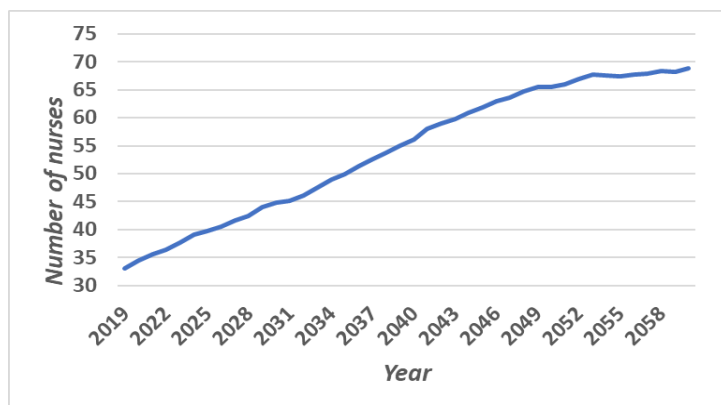
Graf 6: Broj korisnika i medicinskih sestara zdravstvene njege u kući 2013.-2022.  
(Izvor: Ustanova Lekić)

Trenutno zdravstvenu njegu u kući korisnici najvećim dijelom ostvaruju jednom ili dva put tjedno. Međutim, trenutni korisnici zdravstvene njege u kući iskazuju potrebu za češćim dolaskom medicinskih sestara unutar tjedna, a najviše njih (37,7%) željelo bi da to bude tri puta u tjednu.



Graf 7. Distribucija trenutnog i potrebnog broja posjeta medicinske sestre iz zdravstvene njege na tjednoj razini (Izvor: vlastiti)

Iz podataka o stanovništvu Republike Hrvatske izračunate su projekcije broja stanovnika 65+ u Varaždinskoj županiji za razdoblje do 2060. godine, a na temelju tih projekcija vjerojatnosti korištenja zdravstvene njege u kući. To je osnova po kojoj su dobiveni podaci o dvostrukom povećanju potrebnog broja sestara u odnosu na trenutno zaposlene prikazani u grafu 8.



Graf 8. Projekcija broja medicinskih sestara (Izvor: vlastiti)

## Zaključak

Navedeni podaci mogu imati implikacije za praksu i Ustanovu za zdravstvenu njegu Lekić, ali i izvan okvira privatne ustanove, a na način da će rast potreba za zdravstvenom njegom poticati dodatno zapošljavanje medicinskih sestara za pružanje zdravstvene njege u kući. Zbog općenitog manjka zdravstvenog kadra ukazuje se potreba dodatnog obrazovanja medicinskih sestara na svim razinama, dok će se istovremeno privatne ustanove morati prilagođavati potrebama tržišta rada i mogućeg odljeva medicinskih sestara iz privatnog sektora.

## Literatura

1. Bienasis, K., Llana-Nozal, A. i Klazinga, S.N. (2020). The economics of patient safety part III: long-term care. OECD Health Working Paper br. 121
2. Castle, G.N., Ferguson, J.C. i Schulz, R. (2009). Aging-Friendly Health and Long-Term-Care Services. *Journal of the American Society on Aging*, 33(2), 44-50. <https://www.jstor.org/stable/10.2307/26555649>
3. Cheng, M.Y., Batten, P.G., Cornwell, T. i Yao, N. (2020). A qualitative study of health-care experiences and challenges faced by ageing homebound adults. *Health Expectations*, 23, 934-942. DOI: 10.1111/hex.13072
4. Council of Europe Development Bank (2014). Ageing populations in Europe: challenges and opportunities for the CEB.
5. European Commission. (2021a). *Green Paper on Aging. Fostering solidarity and responsibility between generation*. Accessed at: [https://ec.europa.eu/info/files/green-paper-ageing-fostering-solidarity-and-responsibility-between-generations\\_en](https://ec.europa.eu/info/files/green-paper-ageing-fostering-solidarity-and-responsibility-between-generations_en)
6. European Commission. (2021b). The 2021 Ageing Report Economic & Budgetary Projections for the EU Member States (2019-2070).
7. European Union (2014). Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society. Commission services of Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion.
8. Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
9. Hermesen, L.A.H., Hoogendijk, E.O., van der Wouden, J.C. i sur. (2018). Self-perceived care needs in older adults with joint pain and comorbidity. *Ageing clinical and experimental research*, 30, 449-455. DOI 10.1007/s40520-017-0795-7
10. Hlebec, V., Srakar, A., Majcen, B. (2016). Care for the elderly in Slovenia: a combination of formal and informal care. *Revija za socijalnu politiku*, 23(2), 159-179.
11. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2021. – tablični podaci. Dostupno na <https://www.hzjz.hr/sluzba-medicinska-informatika-biostatistika/hrvatski-zdravstveno-statistic-ki-ljetopis-za-2021-tablicni-podaci/>
12. Kerbler, B. (2014). Housing for the elderly in Slovenia: analysis of the most common forms. *Theoretical and Empirical Researches in Urban Management*, 9(2), 87-103.
13. Lewis, J. i West, A. (2014). Re-shaping social care services for older people in England: policy development and the problem of achieving „good care“. *Journal of social policy*, 43(1), 1-18. <https://doi.org/10.1017/S0047279413000561>
14. Olaison, A. (2017). Processing older persons as clients in elderly care: A study of the micro-processes of care management practice, *Social Work in Health Care*, 56(2), 78-98, DOI: 10.1080/00981389.2016.1265625
15. Popis ugovorenih zdravstvenih njega u RH: dostupno na <https://hzzo.hr/zdravstvena-zastita/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim-osiguranjem/ugovoreni>
16. Puljiz, V. (2016). Starenje stanovništva – izazov socijalne politike. *Revija za socijalnu politiku*, 23(1), 81-98.
17. WHO (2019). Integrated care for older people (ICOPE), Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. Geneva: World Health Organization (WHO/FWC/ALC/19.1).

## ZADOVOLJSTVO POSLOM MEDICINSKIH SESTARA I MEDICINSKIH TEHNIČARA U ZDRAVSTVENOJ NJEZI U KUĆI

*Marija Bojčić<sup>1,2</sup>, univ. bacc. med. techn.*

*Ana Pejin<sup>1,2</sup>, univ. bacc. med. techn.*

*Anđelka Brođanac<sup>1</sup>, med. techn.*

*doc. dr. sc. Ivana Barać<sup>2</sup>*

*Jadranka Plužarić<sup>1,2</sup>, mag. med. techn.*

*<sup>1</sup>Ustanova za zdravstvenu njegu Jadranka Plužarić, Osijek*

*<sup>2</sup>Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek*

Zadovoljstvo poslom se definira kao ugodan osjećaj koji proizlazi iz percepcije da nečiji posao ispunjava ili omogućava ispunjenje važnih poslovnih vrijednosti te osobe (1). Zadovoljstvo poslom može se promatrati kao opći stav prema poslu ili prema specifičnim dimenzijama posla, kao što su: plaća, napredovanje, nadzor nadređenog, povlastice, potencijalne nagrade, aktivnosti na poslu, suradnici, organizacija rada i komunikacija (2). Sestrinska se profesija generalno karakterizira kao emocionalno i fizički zahtjevan posao, stoga je većina istraživanja usmjerena prema radnim uvjetima medicinskih sestara, pokazujući kako različiti aspekti i radne okolnosti utječu na zadovoljstvo poslom. Zadovoljstvo poslom varira ovisno o mjestu rada, odnosno, kliničkom odjelu, kao i radnim statusom medicinske sestre. Primjerice, radne skupine u pedijatrijskim jedinicama najzadovoljnije su, dok su najmanje zadovoljni oni koji rade u kirurškim područjima i hitnoj službi (3-5).

Mnogobrojna istraživanja pokazuju kako zadovoljstvo poslom medicinskih sestara pozitivno utječe na kvalitetu skrbi i zadovoljstvo pacijenata. Osim toga postoji i pozitivna korelacija između zadovoljstva medicinskih sestara poslom i zadržavanja na poslu. Neprikladni radni uvjeti redovito rezultiraju nezadovoljstvom u izvršavanju radnih zadataka, što je osnovni čimbenik za razvoj stresa, što u završnici uzrokuje slabiju kvalitetu rada medicinske sestre (6-7). Procjena izdržljivosti osoblja može pomoći u identificiranju onih koji su izloženi riziku od stresa ili odlaska zbog nezadovoljstva poslom (8). U provedenim istraživanjima medicinske sestre često smatraju povećanje plaće važnim vanjskim čimbenikom koji utječe zadovoljstvo poslom (9).

Očekuje se da će se potražnja za uslugama skrbi do 2026. godine povećati za 15 %. Medicinske sestre su na prvoj liniji skrbi i imaju vodeću ulogu u svim zdravstvenim ustanovama, uključujući i ustanove za zdravstvenu njegu u kući. Kraći bolnički boravci, složeni medicinski postupci i sve starije stanovništvo rezultirali su sve većom potražnjom za zdravstvenom njegom u kući (10).

Zdravstvena njega koja se pruža korisnicima postaje sve sofisticiranija te postoji sve veća potreba za visokokvalitetnim uslugama i u djelatnosti zdravstvene njega u kući kao podrška medicinskoj skrbi u zajednici. Medicinske sestre u zdravstvenoj njezi u kući pružaju stručnu medicinsku skrb ljudima u njihovim domovima, daleko od kolega i institucijskih potpora. Pružanje zdravstvene njega u kući se značajno razlikuje od strukturiranog bolničkog okruženja i od medicinske sestre se očekuje visoka razina znanja, vještina i kreativnosti u pružanju zdravstvene njega. Zadovoljstvo poslom medicinskih sestara za zdravstvenu njegu u kući može se poboljšati, a usmjereno je na sljedeća četiri čimbenika: odnos s ustanovom, autonomija i kontrola, plaća i beneficije te radno opterećenje (11).

Zadovoljstvo poslom medicinskih sestara u kući je povezano s kvalitetom i atraktivnošću radnog okruženja pojačanog autonomijom i kontrolom nad radnim aktivnostima. Sve je veći interes za postizanjem privlačnog okruženja koje podržava profesionalnu praksu i poboljšava zadovoljstvo medicinskih sestara (6).

Zadovoljstvo trenutačno zaposlenih medicinskih sestara značajno doprinosi sposobnosti organizacije zdravstvene skrbi da regrutira nove i zadrži zaposlene medicinske sestre. Istraživanja o zadovoljstvu medicinskih sestara i medicinskih tehničara u zdravstvenoj njezi u kući su sporadična, a većina studija je provedena tijekom razdoblja nedostatka medicinskih sestara (12,13).

Radno zadovoljstvo medicinskih sestara u zdravstvenoj njezi u kući može se poboljšati i na taj način poboljšati kvaliteta zdravstvene njega te smanjiti odlazak medicinskih sestara na druga radilišta u struci i izvan nje (11).

Cilj je istraživanja bio ispitati zadovoljstvo poslom medicinskih sestara i tehničara koji rade u djelatnosti zdravstvene njega u kući te ispitati postoje li razlike u zadovoljstvu poslom s obzirom na osnovna obilježja ispitanika.

## Ispitanici i metode

Ispitanici su bili medicinske sestre i medicinski tehničari koji rade u djelatnosti zdravstvene njega u kući na području Republike Hrvatske. Istraživanje je provedeno tijekom prosinca 2022. godine putem online upitnika. Instrument istraživanja bio je anketni upitnik koji je sastojao od dva dijela. Prvi dio obuhvaća osnovna obilježja ispitanika, a drugi dio čini hrvatska inačica Skale zadovoljstva poslom (14). Sastoji se od 36 tvrdnji koje opisuju zadovoljstvo plaćom, promaknućem, nadređenim, povlasticama, nagradama, uvjetima rada, kolegama, prirodom posla i komunikacijom. Ispitanici su na skali Likertova tipa procjenjivali stupanj slaganja s pojedinom tvrdnjom s rasponom 1 – 6. Apsolutni raspon rezultata je 36-216 bodova, a veći rezultat na skali znači bolje zadovoljstvo poslom.

Tijekom statističke obrade korišten je računalni program *IBM SPSS Statistics* (inačica 26.0.) Korištene su metode deskriptivne (frekvencije, aritmetička sredina, mod i medijan) i inferencijalne (korelacije i t-test) statistike. Razlike su se ispitala ukrštavanjem varijabli (*Crosstabs*).

## Rezultati

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 110 medicinskih sestara i medicinskih tehničara (N=110). Od toga je 103 (93,6 %) ženskog spola i 7 (6,4 %) muškog spola. Najveći broj ispitanika čine medicinske sestre/tehničari sa temeljnom srednjoškolskom naobrazbom, njih 79 (71,8 %), dok 18,2% čine prvostupnice i magistre sestrinstva čine 10 %. Prosječna dob ispitanika 33,5 godina. Najveći broj ispitanika (58,2 %) živi u braku, dok je 33,6 % neoženjeno/neudano, 6,4 % je rastavljeno i 1,8 % su udovci/udovice. Najveći broj ispitanika (64,5 %) imaju djecu, dok 35,5 % nemaju djece. Prosječan broj godina rada u zdravstvenoj njezi u kući iznosi 7 godina.

Srednja procjena ukupnog zadovoljstva poslom svih ispitanika iznosila je 149,07 (SD=30,04), s rasponom od 111 do 170.

Ispitanici su pokazali najveće zadovoljstvo s nadređenima (AS=20,14 SD3,59), prirodom posla (AS= 20,47 SD 3,57) i kolegama (AS=19,06 SD 3,57), dok su najmanje zadovoljni promaknućem (AS=12,08 SD 4,85) i plaćom (AS=14,4 SD 2,0).

Tablica 1. Povezanost pojedinih područja zadovoljstva poslom i osnovnih obilježja ispitanika

područje zadovoljstva polom		dob	broj djece	radni staž	razina naobrazbe	rad u znjuk -u
plaća	r	,054	-,071	-,054	,013	,031
	N	110	108	108	110	110
promaknuće	r	-,042	-,037	-,053	-,021	-,053
	N	110	108	108	110	110
nadređeni	r	-,023	,119	-,001	-,111	-,033
	N	110	108	108	110	110
povlastice	r	-,072	,085	-,044	-,065	-,077
	N	110	108	108	110	110
nagrade	r	-,114	,018	-,136	-,146	-,141
	N	110	108	108	110	110
uvjeti rada	r	-,270**	-,116	-,229*	-,106	-,303**
	N	110	108	108	110	110
kolege/ kolegice	r	,126	,194*	,100	-,053	,036
	N	110	108	108	110	110
priroda posla	r	,011	,060	,033	-,059	,024
	N	110	108	108	110	110
komunikacija	r	-,021	-,016	,034	-,006	-,028
	N	110	108	108	110	110
zadovoljstvo poslom	r	-,074	,061	-,055	-,094	-,087
	N	110	108	108	110	110

Bilješka: p<,05\*; p<,01\*\*; p<,001\*\*\*

Ne postoji značajna povezanost između ispitanika prema osnovnim obilježjima ispitanika, a li postoji negativna povezanost područja zadovoljstva s uvjetima rada i dobi, ukupnim radnim iskustvom i iskustvom u djelatnosti zdravstvene njege u kući.

## Rasprava

U ovom istraživanju sudjelovalo je 93,6 % ispitanica ženskog spola što je u skladu sa spolnom strukturom djelatnika u zdravstvenoj njezi u kući. Očekivano najveći broj ispitanika čine medicinske sestre i medicinski tehničari opće njege, njih 71,8 % iz razloga što je u djelatnosti zdravstvene njege u kući za sada jedina priznata razina obrazovanja.

Prosječna dužina radnog iskustva u zdravstvenoj njezi u kući iznosi 7 godina, što se razlikuje od dužine radnog iskustva u drugim djelatnostima gdje rade medicinske sestre i iznosi prosječno 20 godina (15).

Prema istraživanju koje je provela Udruga medicinskih sestara u Oregonu primarni izvori zadovoljstva poslom, koje je identificiralo više od 85% ispitanih medicinskih sestara, su odnosi s pacijentima i obitelji, profesionalna autonomija i neovisnost te odnosi s vršnjacima i kolegama. Prema istom istraživanju glavni čimbenici koji doprinose nezadovoljstvu medicinskih sestara u zdravstvenoj njezi u kući su povezani s poslom, prekomjernom dokumentacijom i plaćom (16). Nezadovoljstvo u području administracije, prema istraživanju koje je provedeno u RH, istakle su medicinske sestre koje rade u patronažnoj zdravstvenoj zaštiti (15). U ovom istraživanju nisu dobiveni rezultati koji govore o nezadovoljstvu medicinskih sestara administriranjem, što se može objasniti mladom dobnom strukturom medicinskih sestara u zdravstvenoj njezi u kući, s boljim vještinama vođenja dokumentacije, osobito elektroničkom administriranjem uz krevet bolesnika.

Najveće zadovoljstvo medicinske sestre u djelatnosti zdravstvene njege u kući izražavaju odnosom s nadređenima i kolegama, što se razlikuje od drugih istraživanja u provedenih u RH, gdje odnosi s nadređenima i ostalim kolegama ne predstavljaju izvor zadovoljstva (15). Ta se razlika može objasniti različitim organizacijskim modelima koji u djelatnosti zdravstvene njege u kući, karakteriziraju značajno manji direktni kontakti s nadređenima i kolegama.

Medicinske sestre zdravstvene njege u kući u velikoj su mjeri zadovoljne prirodom posla. Iako u mnogočemu zahtjevan, rad na terenu i u kući bolesnika ima i niz pogodnosti kao npr., samostalnost, slobodan ritam rada, individualna prilagodba provođenja postupaka zdravstvene njege što dovodi do većeg zadovoljstva korisnika radom medicinske sestre.

Medicinske sestre zdravstvene njege u kući izrazile su u ovom istraživanju najveće nezadovoljstvo plaćom i promaknućem što je donekle u skladu s rezultatima gore navedenih istraživanja. Prema istraživanjima plaća medicinskih sestara se smatra važnim čimbenikom za zadovoljstvo poslom, ali se ističe i kako povećanje plaće često može biti kratkovidan pristup. Povećanju

zadovoljstva medicinskih sestara poslom može pomoći prilika za profesionalni razvoj i utjecaj na promjene u organizacijskoj politici (16).

Doprinos zakonske regulative u djelatnosti zdravstvene njege u kući nije direktno procijenjen, ali prema rezultatu koji pokazuje značajnu povezanost dobi i radnoga iskustva s tvrdnjom „*Ima mnogo sestrinskih pravila i procedura u radu koje mi otežavaju posao*“, može se zaključiti kako pretjerana zakonska regulativa djelatnosti opterećuje medicinske sestre i čini ih nezadovoljnim. Slično pokazuju i istraživanja provedena u SAD-u prema kojima postoji utjecaj povećane regulative na autonomiju medicinskih sestara u zdravstvenoj njezi u kući zbog čega se smanjilo zadovoljstvo poslom (17).

## Zaključak

Medicinske sestre u zdravstvenoj njezi u kući zadovoljne su svojim poslom.

Medicinske sestre i medicinski tehničari u zdravstvenoj njezi u kući najzadovoljniji nadređenima, prirodom posla i kolegama, dok su najnezadovoljniji promaknućem i plaćom.

Manje zadovoljstvo poslom iskazuju starije medicinske sestre s dužim radnim iskustvom ukupno i dužim radom u zdravstvenoj njezi u kući.

Razina zadovoljstva poslom jako je važna u procesu pružanja zdravstvene skrbi jer upravo zadovoljstvo poslom utječe na rad medicinskih sestara i na kvalitetu pružene skrbi.

## Literatura

1. Mary Jo Bitner, Bernard H. Booms and Lois A. Mohr (1994). Critical Service Encounters: The Employee's Viewpoint. *Journal of Marketing*, 58(4), 95–106
2. Spector PE. Job satisfaction: application, assesment, cause and consequences. Thousand Oaks etc.: Sage Publication; 1997
3. Barać I, Prlić N, Plužarić J, Farčić N, Kovačević S. The mediating role of nurses' professional commitment in the relationship between core self-evaluation and job satisfaction. *Int J Occup Med Environ Health*. 2018 Oct 23;31(5):649-658.
4. Ingersoll GL., Olsan T., Drew-Cates J., DeVinney BC., Davies J. Nurses job satisfaction, organizational commitment, and career intent. *J Nurs Adm*. 2002;32:250-63
5. Boyle DK., Miller PA., Gajewski BJ., Hart SE., Dunton N. Unit type differences in RN workgroup job satisfaction. *West J Nurs Res*. 2006;28:622-40
6. Mori Y, Sasaki M, Ogata Y, Togari T. The development and validation of the Japanese version of job satisfaction scale: a cross-sectional study on home healthcare nurses. *BMC Res Notes*. 2022;15(1):205
7. Ellenbecker CH. Home Health Care Nurses' Job Satisfaction: A System Indicator. *Home Health Care Management & Practice*. 2001;13(6):462-467
8. Judking S., Rind R. Hardiness, Job Satisfaction, and Stress Among Home Health Nurses. *Home Health Care Management & Practice*. 2005;17(2):113-118
9. Wang YJ., Ye YQ., Jin Y., Chuang YC., Chien CW., Tung TH., The Hybrid Multiple-Criteria Decision-Making Model for Home Healthcare Nurses' Job Satisfaction Evaluation and Improvement. *International Journal of Public Health*. 2022;67
10. Cox CA. Nurse manager job satisfaction and retention: A home healthcare perspective. *Nurs Manage*. 2019;50(7):16-23
11. Singh A., Jha A., Purbey S. Identification of Measures Affectinh Job Satisfaction and Levels of Perceived Stress and Burnout among Home Health Nurses of a Developing Asian Country. *Hospital Topics*. 2020;99(2):64-74
12. Ellenbecker CH. Byleckie JJ. Home Healthcare Nurses' Job Satisfaction Scale: refinement and psychometric testing. *Journal Of Advanced Nursing*. 2005;52(1):70-78
13. Li, Xia MSN, RN; Canham, Daryl EdD, RN, BC-PHN/CHN; Wahl, Sharon EdD, BSN, MSNEd, RN. Indicators of Job Satisfaction of Home Healthcare Nurses in the San Francisco Bay Area of California. *Home Healthcare Now*. 2016;34(6):325-331.
14. Barać I, Prlić N., Lovrić R., Kanisek S., Dubac Nemet L., Plužarić J. Development and Psychometric Testing of the Croatian Version of the Job Satisfaction Scale in Hospital Nurses. *Journal od Nursing Measurement*. 2018;26(1)
15. Barać I, Plužarić J., Kanisek S., Dubac Nemet L. Zadovoljstvo poslom kod medicinskih sestara i tehničara u odnosu na mjesto rada. *Sestrinski oglasnik*. 2015;20(1):27-32
16. McCreary DJ. Home Health Nursing Job Satisfaction and Retention: Meeting the Growing Need for Home Health Nurses. *Nurs Clin North Am*. 2020;55(1):121-132
17. Tullai-McGuinness S. Home healthcare practice environment: Predictors of RN satisfaction. *Research In Nursing And Health*. 2008;31(3):252-269

## ORGANIZACIJA PALIJATIVNE SKRBI U VARAŽDINSKOJ ŽUPANIJI

*Nataša Dumbović, mag. med. techn.*

*Ivana Stančić Soldatek, mag. med. techn.*

*Dom zdravlja Varaždinske županije*

### SAŽETAK

Uspostava sustava palijativne skrbi predstavlja jedan od prioriteta zdravstvene politike Republike Hrvatske pa i Varaždinske županije. Skrb za palijativnog bolesnika i njegovu obitelj izuzetno je kompleksna. Većina palijativne skrbi pruža se u kući bolesnika, što je posebno teško ako je on na udaljenom ili slabo naseljenom području. Tijekom posljednje godine života takav bolesnik često mijenja okruženja u kojima mu se pruža skrb. Simptomatologija se često mijenja na dnevnoj osnovi zbog čega je planiranje dugoročnih ciljeva teško, a kontinuitet skrbi narušava se lako. U skrbi sudjeluju mnoge profesije na raznim razinama zdravstvene i socijalne skrbi te laici. Posebnu teškoću predstavlja integriranje laičke skrbi (samoskrb bolesnika, obiteljski njegovatelji, volonteri...) te profesionalne skrbi (zdravstveni radnici, suradnici u zdravstvu, socijalni radnici i dr.). Zbog relativno kratkog preostalog vremena trajanja života palijativnih bolesnika važno je što brže i kvalitetnije namiriti njihove potrebe, ublažiti simptome i tegobe, osigurati im skrb na mjestu po njihovoj želji kad god je to ostvarivo te omogućiti ostvarivanje njihovih prava.

**Ključne riječi:** organizacija palijativne skrbi, palijativni bolesnik, prepoznavanje, saopćavanje loše vijesti, plan skrbi

### 1. Uvod

Uspostava sustava palijativne skrbi predstavlja jedan od prioriteta zdravstvene politike Republike Hrvatske pa i Varaždinske županije te je sastavni dio Strategije razvoja palijativne skrbi u Varaždinskoj županiji za razdoblje 2018. - 2021. godine. Strategija razvoja palijativne skrbi u Varaždinskoj županiji temelji se na Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva Republike Hrvatske 2012. - 2020., Nacionalnom programu razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017.-2020. te Bijeloj knjizi o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi Europskog udruženja za palijativnu skrb.

Izradi Strateškog plana razvoja palijativne skrbi u Varaždinskoj županiji prethodila je detaljna analiza postojećeg stanja, dionika i resursa. Analiza je prikazala

potreban smjer razvoja županijskog sustava palijativne skrbi. Temeljni nositelji tog sustava su postojeći elementi sustava zdravstvene zaštite na primarnoj i bolničkoj razini te socijalne skrbi (ustanove, centri, socijalni radnici, itd.). Uz njih su organizirani i novi elementi: djelatnost palijativne skrbi u sklopu Doma zdravlja Varaždinske županije koju čine Županijski centar za koordinaciju palijativne skrbi/koordinator za palijativnu skrb, mobilni palijativni tim i posudionica pomagala te Odjel palijativne skrbi u Općoj bolnici Varaždin, Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb. Osnovni cilj je uspostava funkcionalnog, efikasnog, empatičnog, evolutivnog sustava palijativne skrbi na području Varaždinske županije, koji pruža visoko kvalitetnu integriranu (bešavnu) skrb. To uključuje (1):

- Pravovremeno prepoznavanje potrebe za palijativnom skrbi i uključivanje u skrb
- Razvoj županijske baze podataka o palijativnim bolesnicima
- Razvoj komunikacijske mreže pružatelja palijativne skrbi
- Uspostavljenje novih procedura i standarda rada
- Poticanje i podržavanje svih oblike vertikalne i horizontalne suradnje
- Snažno intersektorsko povezivanje
- Kontinuitet palijativne skrbi kroz sva okruženja skrbi
- Županijsku mrežu za terapiju boli u palijativnoj skrbi
- Djelotvorno ublažavanje simptoma i poteškoća
- Uključivanje volontera na sve razine palijativne skrbi
- Razvoj županijske posudionice pomagala
- Osnaživanje i osposobljavanje profesionalaca
- Posebna pažnja prema vulnerabilnim podskupinama palijativnih pacijenata.

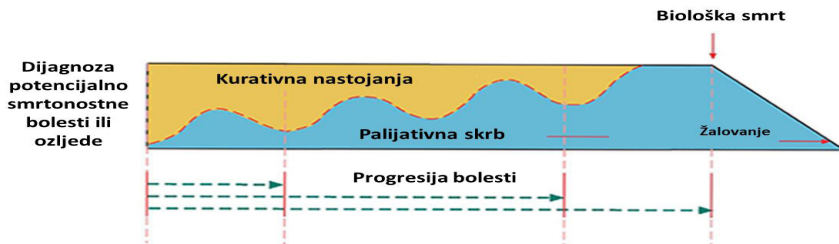
Sve su to preduvjeti za očuvanje dostojanstva i kvalitete života palijativnih bolesnika i njihovih obitelji. U tu svrhu razvijaju se strukture koje osiguravaju međusobnu profesionalnu razmjenu između primarne i sekundarne razine palijativne skrbi te osnaživanje uloge Centra za koordinaciju palijativne skrbi/koordinatora za palijativnu skrb.

## 2. Rasprava

**Palijativna skrb.** Palijativna skrb je pristup koji poboljšava kvalitetu života bolesnika i njihovih obitelji suočenih s problemima uslijed uznapredovale neizlječive bolesti, putem sprečavanja i ublažavanja patnje, pomoć u ranoj identifikaciji i besprijeekornoj prosudbi te liječenja boli i drugih problema - fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih. Palijativna skrb je interdisciplinarna u svom pristupu te svojim djelokrugom obuhvaća bolesnika, obitelj i zajednicu. Palijativna skrb nudi najosnovniji koncept zaštite – zbrinjavanje bolesnikovih

potreba gdje god da se za njega skrbi, bilo kod kuće ili u ustanovi. Palijativna skrb afirmira život, a smrt smatra sastavnim dijelom života koji dolazi na kraju; ona smrt ne ubrzava niti je odgoda te nastoji očuvati najbolju moguću kvalitetu života sve do smrti. (2,3)

Stručne postavke palijativne skrbi nalažu da se ona primjenjuje paralelno s kurativnom skrbi od časa postavljanja dijagnoze potencijalno smrtonosne bolesti (Slika 1.). Na području Varaždinske županije je u razdoblju od 2017. do 2021. godine umrlo 6.663 osoba, što prema procjeni minimalnih uvjeta ukazuje na veliku potrebu za palijativnom skrbi. S obzirom na broj specijalističkih službi na području Varaždinske županije resurse je potrebno usmjeriti na one bolesnike kod kojih njihova bolest brzo napreduje usprkos svim pokušajima liječenja. Kod velike većine bolesnika radi se o posljednjih dvanaest mjeseci života. Samo pravovremenim prepoznavanjem i uključivanjem u palijativnu skrb postoji mogućnost pružanja dostojanstva na kraju života.



Slika 1. Postupnost uvođenja palijativne skrbi paralelno s kurativnim pristupom

**Prepoznavanje potrebe za palijativnom skrbi.** Bolesnici se prepoznaju na osnovu najmanje jednog od ova tri elementa: kliničkih indikatora, intuicije onoga tko identificira, pacijentovog izbora odnosno potrebe.

1. Klinički indikatori. Opći indikatori akutne bolesti koja napreduje usprkos svakom liječenju te specifični indikatori za tri glavne skupine bolesnika potrebitih palijativne skrbi:

- malignom
- zatajenje organa (tjelesnih sustava)
- staračka krhkost/demencija.

2. Subjektivna klinička procjena. Intuitivan odgovor na tzv. pitanje iznenađenja (surprise question) koje integrira komorbiditet, socijalne i ostale faktore: „Bi li Vas iznenadilo da pacijent umre u idućih 6-12 mjeseci?“ Alternativno, može se postaviti pitanje: „Bi li Vas iznenadilo da pacijent još bude živ za 6-12 mjeseci?“

3. Izbor/potreba. Bolesnik s uznapredovalom bolešću odlučio se samo za simptomatsko liječenje, a ne liječenje u cilju izlječenja.

Opći znakovi progresije bolesti prema terminalnoj fazi:

- Bolesnik pokazuje obrazac funkcionalnog i fiziološkog propadanja - treba znatnu tuđu pomoć i čestu zdravstvenu skrb.
- Bolesnik pati od potencijalno smrtonosne bolesti, a očekivani životni vijek je 6 -12 mjeseci ili manje.
- Višestruke hospitalizacije i/ili stručno opravdani prijemi u hitne medicinske službe.
- Progresija bolesti mora biti dokumentirana: markerima specifičnima za bolest - fizikalnim pregledom, laboratorijskim nalazima, snimkama; nenamjernim gubitkom težine od 10% u posljednjih 6 mjeseci (prognoza je lošija ako je vrijednost serumskog albumina manja od 2,5 g/L).(4)

U Varaždinskoj županiji za prepoznavanje potrebe za palijativnoj skrbi najčešće je korišten SPICT- Alat za indikatore suportivne i palijativne skrbi (Slika 2.)

## SPICT™ - Alat za indikatore suportivne i palijativne skrbi

SPICT™ je vodič za prepoznavanje osoba s povećanim rizikom od pogoršanja zdravlja te smrti.

Utvrđite kod tih osoba nepodmirene potrebe za suportivnom i palijativnom skrbi.

### Potražite dva ili više općih indikatora pogoršanja zdravlja.

- Izvedbeni status je loš ili u pogoršanju (osoba provodi u krevetu ili stolici više od 50% vremena tokom dana); reverzibilnost je ograničena.
- Zbog fizičkih i/ili mentalnih zdravstvenih problema je ovisan o tuđoj pomoći kod većine svojih potreba za skrbi
- Dvije ili više neplaniranih hospitalizacija u posljednjih 6 mjeseci.
- Gubitak težine (5 - 10%) u posljednjih 3-6 mjeseci i/ili nizak indeks tjelesne mase
- Uporni, teški simptomi unatoč optimalnom liječenju uzročnih stanja.
- Pacijent zahtijeva suportivnu i palijativnu skrb, ili pak prekid liječenja.

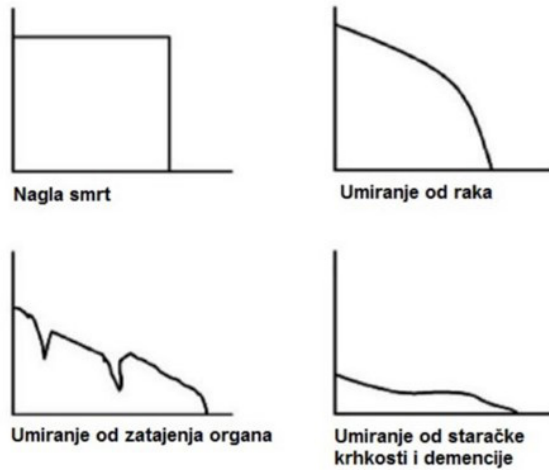
### Potražite kliničke indikatore jednog ili više uznapredovalih stanja

<p><b>Maligna bolest</b></p> <p>Funkcionalna sposobnost pogoršava se zbog progresivnog metastatskog karcinoma.</p> <p>Prestalo za onkološko liječenje, ili se liječenje svodi na kontrolu simptoma.</p>	<p><b>Srčana/vaskularna bolest</b></p> <p>NYHA III/IV kategorija srčane insuficijencije, ili ekstenzivna njelečiva bolest koronarnih arterija, uz:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispnēju ili grudnu bol u mirovanju ili u minimalnom naporu.</li> </ul> <p>Teška, inoperabilna bolest perifernih krvnih žila.</p>	<p><b>Bubrežna bolest</b></p> <p>4. ili 5. stadij kronične bubrežne bolesti (eGFR &lt;30ml/min) s pogoršanjem zdravlja.</p> <p>Zatajenje bubrega koje komplicira druga stanja koja skraćuju životni vijek, ili pak komplicira liječenje.</p> <p>Prestanak dijaliziranja.</p>
<p><b>Demencija/krhkost</b></p> <p>Ne može se oblačiti, hodati ili jesti bez pomoći.</p> <p>Želi manje jesti i piti, poteškoće u održavanju ishranjenosti.</p> <p>Urinarna i fekalna inkontinencija</p> <p>Više ne može verbalno komunicirati, oskudne socijalne interakcije.</p> <p>Prijelom bedrene kosti; više padova.</p> <p>Rekurentne febrilne epizode ili infekcije; aspiracijska pneumonija.</p>	<p><b>Respiratorna bolest</b></p> <p>Teška kronična bolest pluća sa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispnjećom u mirovanju ili kod minimalnog napora između egzacerbacija.</li> </ul> <p>Potreba dugotrajne terapije kisikom.</p> <p>Potreba ventilacije zbog respiratornog zatajenja, ili je ventilacija kontraindicirana.</p>	<p><b>Jetrena bolest</b></p> <p>Uznapredovala ciroza s jednom ili više komplikacija u protekloj godini:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ascites otporan na diuretike</li> <li>• Hepatička encefalopatija</li> <li>• Hepatorenalni sindrom</li> <li>• Baterijski peritonitis</li> <li>• Rekurentna krvarenja iz varikoziteta.</li> </ul> <p>Transplantacija jetre je kontraindicirana.</p>
<p><b>Neurološka bolest</b></p> <p>Progresivno propadanje fizičkih i/ili kognitivnih funkcija usprkos optimalnoj terapiji.</p> <p>Smetnje govora sa sve većim teškoćama komuniciranja i/ili progresivnim smetnjama gutanja.</p> <p>Rekurentna aspiracijska pneumonija; dispneja ili respiratorna insuficijencija.</p>	<p><b>Planiranje suportivne i palijativne skrbi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Revidirajte sadašnje tretmane i lijekove kako bi pacijent dobivao optimalnu skrb.</li> <li>▪ Ako su simptomi ili potrebe kompleksni i teško rješivi, razmislite o upućivanju specijalistu za to područje.</li> <li>▪ Usuglasite se s pacijentom i obitelji o sadašnjim i budućim ciljevima skrbi, te planu skrbi.</li> <li>▪ Ako pacijentu prijeti gubitak sposobnosti, planirajte unaprijed.</li> <li>▪ Zailježite, komunicirajte i koordinirajte plan skrbi.</li> </ul>	

Slika 2. SPICT-Alat za indikatore suportivne i palijativne skrbi

Kod bolesnika s progresivnim bolestima opisane su tri tipične putanje bolesti:

1. Putanja maligne bolesti: kratko razdoblje očiglednog propadanja
2. Putanja kod zatajenja organa: dugotrajna onesposobljenost s intermitentnim epizodama pogoršanja
3. Putanja staračke krhkosti i demencije: dugo i polagano kopnjenje

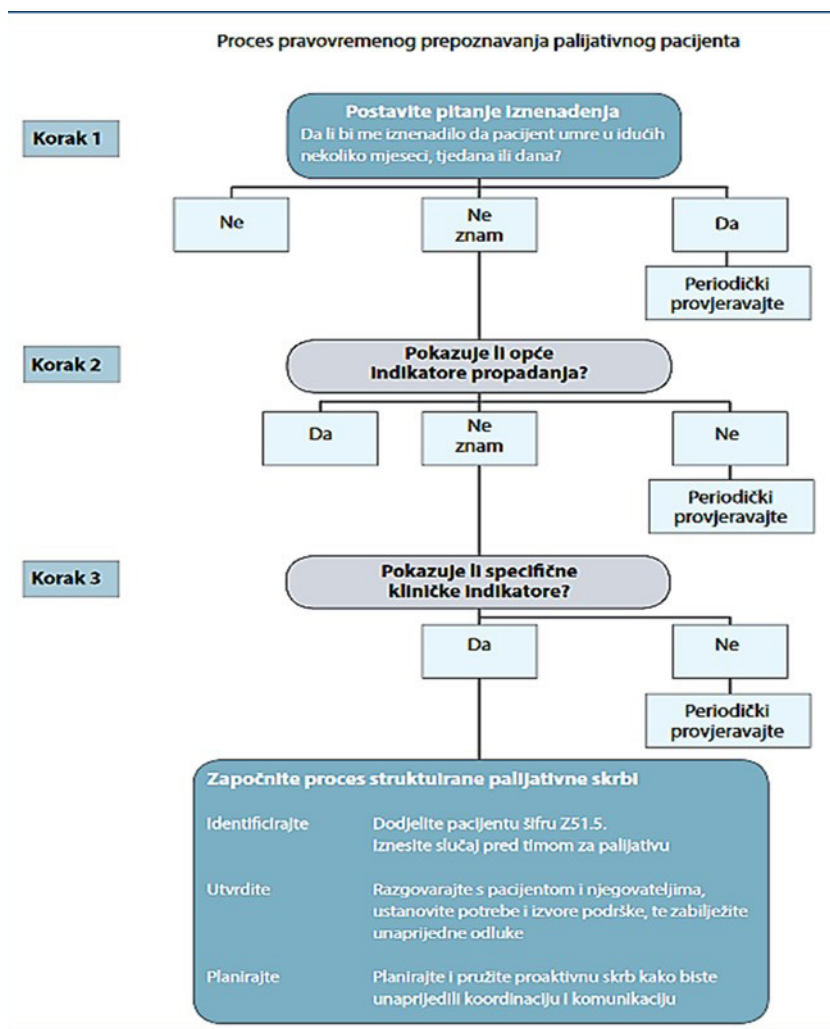


Slika 3. grafički prikazi tipičnih putanja kod različitih bolesti

Fizičke, socijalne, psihološke i duhovne potrebe bolesnika i njihovih obitelji vjerojatno će se mijenjati ovisno o putanji karakterističnoj za vrstu bolesti. Poznavanje tih putanja može pomoći timu profesionalaca uključenih u skrb da isplanira skrb koja će najbolje podmiriti multidimenzionalne potrebe takvog bolesnika te pomoći bolesniku i njegovim bližnjima da se bolje nose sa svojom situacijom.

Kako bi se osigurao što bolji obuhvat palijativnih bolesnika u sustavno prepoznavanja treba uključiti što širi krug profesionalaca koji se s njima susreće, te educirati javnost o važnosti pravovremenog uključivanja u palijativnu skrb.

Kada je kod bolesnika prepoznata potreba za palijativnom skrbi, korisno je dodijeliti mu MKB-10 šifru koja označava palijativnu skrb Z51.5. Time bolesnik u kliničkom radu i u informatičkom sustavu postaje prepoznatljiviji te je veća šansa da dobije primjereniju skrb.



Slika 4. Proces pravovremenog prepoznavanja palijativnog bolesnika

**Saopćavanje loše vijesti.** Pružanje kontinuirane proaktivne palijativne skrbi ovisi o pravilnom i pravovremenom saopćavanju loše vijesti. Loša vijest je bilo koja vijest koja drastično i negativno mijenja bolesnikov pogled na svoju budućnost. Kod saopćavanja loših vijesti, činjenice možda neće biti upamćene, ali način na koji su izrečene upamtit će se sigurno. Saopćavanje loše vijesti uključuje prilagodavanje informacije potrebama bolesnika, nastojanje da se razumije bolesnikovu perspektivu te partnersku suradnju. Psihološke posljedice saopćavanja loše vijesti na nagao i neosjetljiv način mogu biti strahovite

i dugotrajne. Ponekad se događa da nadležni liječnik nije saopćio lošu vijest bolesniku/obitelji pa taj posao pada na liječnika u izvanbolničkoj ili bolničkoj hitnoj službi. Češći je slučaj da liječnik u hitnoj službi mora ili mobilnom palijativnom timu saopćiti novootkrivenu lošu vijest. U svakom slučaju, razgovor s bolesnikom i obitelji u pratnji započnite tako da im se predstavite imenom, prezimenom i profesionalnom ulogom.

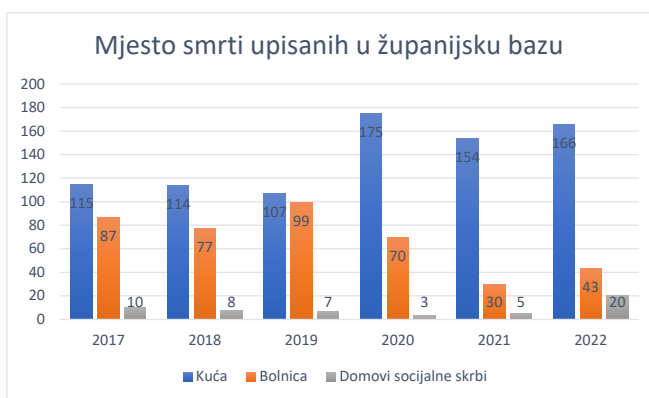
SPIKES protokol za saopćavanje loše vijesti ima četiri cilja:

1. Prikupljanje informacija od bolesniku
2. Prenošnje medicinske informacije
3. Pružanje podrške pacijentu
4. Pridobivanje suradnje bolesnika u izradi strategije ili tretmana za budućnost.

**Planiranje skrbi.** Nakon saopćavanja loše vijesti važno je potaknuti bolesnika i njegovu obitelj na planiranje daljnje skrbi. Planiranje započinje utvrđivanjem potreba bolesnika, obitelji pojedinačno i u cjelini, a vezano za bolest i umiranje. Utvrđivanje želja i mogućnosti svakog pojedinog člana i njihove uloge u skrbi za bolesnika. Planiranje skrbi integracijom potreba, očekivanja i mogućnosti. Podupiranjem bolesnika da sami planiraju i upravljaju vlastitom skrbi. Upoznati pacijenta i obitelj s mogućnostima pružanja skrbi u kući i službama koje se uključuju u skrb te djelokrugom rada pojedinih službi. Planiranje od strane profesionalaca mora uvijek biti proaktivno i koordinirano. Dogovaranjem profesionalnog plana i oblika skrbi međusobnom kontinuiranom suradnjom svih profesionalaca uključenih u skrb bez obzira na razinu skrbi. Definirati očekivanja i zajednički dogovoriti kratkoročne, srednjoročne i dugoročne ciljeve i tko će ih izvršiti. Kontinuirana revizija plana skrbi usklađena sa stanjem bolesnika i obitelji i aktualnim potrebama.

**Razgovor o prognozi.** Postoje određene smjernice o razgovoru o prognozi očekivanog životnog vijeka. Kod dijagnosticiranih smrtonosnih bolesti gotovo je neizbježno razgovarati o prognozi očekivanog životnog vijeka. U pravilu je teško i komplicirano dati točnu prognozu budući da ona ovisi o bolesniku, bolesti i okolini te budući da se u tom životnom periodu okolnosti mogu mijenjati naglo i iznenada. Također, prognozu daje pojedinac, a on i sam ima svoje vlastite nade, očekivanja i pristranosti. Istraživanja pokazuju da liječnici prognoziraju manje točno od medicinskih sestara i to precjenjujući preostalo trajanje života (u 30% slučajeva liječnici procjenjuju preostalo trajanje života dvaput duljim ili dvaput kraćim od stvarnog trajanja, pri čemu su dvije trećine pogrešnih procjena preoptimistične). Prognoziranje je i nezahvalno; naime, ako se daje prekratka prognoza, obitelj se može osjećati kao da joj je vrijeme ukradeno. Preduga prognoza pak može uzrokovati prekasno uključivanje palijativne skrbi i intenzivne terapije boli. Također, može rezultirati povećanom primjenom potencijalno toksičnih i neugodnih tretmana koji malo utječu na pacijentov životni vijek, a smanjuju kvalitetu života. Ipak, saznanje koliko mu je vremena još preostalo daje bolesniku osjećaj kontrole i reda u nepredvidivoj budućnosti.

**Uključivanje u palijativnu skrb.** Prepoznavanjem potreba za palijativnom skrbi bolesnik se prijavljuje u Županijsku bazu palijativnih bolesnika Varaždinske županije koja je informatički povezana na primarnoj razini zdravstvene zaštite s koordinatorom za palijativnu skrb, mobilnim palijativnim timom, patronažnom djelatnošću, Zavodom za hitnu medicinu i dijelom liječnika opće/obiteljske medicine. A sve s ciljem kontinuirane palijativne skrbi i međusobne razmjene podataka vezanih za bolesnika. Međusobna svakodnevna komunikacija svih profesionalaca uključenih u skrb bolesnika u planiranju pružanja skrbi u kući. Uspostavom sustava palijativne skrbi u Varaždinskoj županiji dolazimo do povećanja broja smrti u kući što dokazuje funkcionalnost ovog oblika palijativne skrbi (Slika 5.).



Slika 5. Mjesto smrti upisanih u županijsku bazu u razdoblju od 2017.- 2022. godine

**Koordinacija palijativne skrbi.** Potrebe palijativnih bolesnika su opsežne i raznovrsne, primjerice: invazivni medicinski postupci, psihološka potpora, socijalna podrška obitelji i bolesniku zbog narušene obiteljske dinamike, duhovna podrška bolesnika i svima koji su emotivno vezani na umirućeg, podrška u žalovanju koje počinje tugovanjem još za vrijeme života bolesnika, praktična pomoć u kućanstvu, pravna pomoć i dr. Nadalje, trebaju im raznovrsna pomagala: za kretanje, inkontinenciju, rane, terapiju kisikom itd. Zbog kratkog preostalog životnog vijeka palijativnih bolesnika važno je što brže podmiriti njihove potrebe, ublažiti simptome i tegobe, osigurati im skrb na mjestu po njihovoj želji kad god je to ostvarivo, te omogućiti ostvarivanje njihovih prava. Da se sve to omogući potrebna je koordinacija svih uključenih u skrb što na području Varaždinske županije provodi koordinator za palijativnu skrb. Razvoj komunikacijskih mreža pružatelja skrbi i poticanjem vertikalne i horizontalne suradnje te snažno povezivanje na području Varaždinske županije. Poticanje službi za uspostavom novih procedura i standarda rada u integraciji palijativne

skrbi. Palijativni bolesnik od dijagnoze teške neizlječive bolesti kontinuirano bi trebao biti u skrbi profesionalaca bez obzira na mjesto skrbi i promjena mjesta skrbi i stoga je važno: osnaživanje i osposobljavanje profesionalaca za pružanje kvalitete palijativne skrbi, uvođenje novih metoda u suzbijanju simptoma i pružanju palijativne skrbi, sustavna podrška i potpora obiteljima palijativnih bolesnika u pružanju skrbi za voljenu osobu i priprema za žalovanje, te podrška u žalovanju.

**Laička skrb.** Zdravstveni i socijalni radnici mogu previdjeti da je obiteljska skrb uglavnom skriveni rad koji se često uzima zdravo za gotovo, ali je ipak presudno važan da bi palijativni bolesnici dobivali dobru skrb i na kraju postigli "dobru smrt". Uspješnost ostanka terminalno bolesnih bolesnika na kućnoj skrbi ovisi o tome koliko su bliski njihovi obiteljski odnosi i koliko su obitelji voljne i sposobne pružiti skrb. Prepoznajući da obiteljski negovatelji nisu homogena skupina, postoji suglasnost da ih treba podržati u njihovoj ulozi i pomoći da se prije smrti pripreme za gubitak voljene osobe, povrh toga što im poslije treba ponuditi podršku u žalovanju. Situacija je još složenija zato što potrebe obiteljskih negovatelja mogu biti različite od bolesnikovih potreba, a ponekad čak i nespojive. To može predstavljati problem za zdravstvene radnike, koji moraju raspoznati kojim potrebama treba dati prioritet.(5)

Podržavanje obiteljskih negovatelja nije jednostavno zato što imaju dvojaku ulogu; oni mogu biti i pružatelji i primaoci usluga, a mnogi negovatelji sebe ne definiraju kao negovatelje. Za mnoge, osobito žene, negovanje je neizostavan dio života i nešto što se jednostavno očekuje od njih. Briga za člana obitelji može se promatrati kao prirodni element obiteljskih odnosa. To može pružati zadovoljstvo i biti izraz altruizma, dužnosti i srodničkih obaveza. Iako skrb može pružati osjećaj ispunjenosti, također je i zahtjevna, osobito ako se bolesna osoba približava kraju života. Ta zahtjevnost može biti fizičke, psihološke, socijalne i financijske prirode. U idealnom slučaju u okruženjima palijativne skrbi stručnjaci za zdravstvenu i socijalnu skrb rade u partnerstvu s obiteljskim negovateljima na planiranju i organiziranom provođenju skrbi za pacijenta, ali važno je da tim za palijativnu skrb obrati pažnju i na negovateljeve potrebe za podrškom.(6)

**Specijalističke službe palijativne skrbi.** U Varaždinskoj županiji ustrojene su specijalističke službe palijativne skrbi koje zajedno sa postojećim zdravstvenim i socijalnim službama i lokalnom zajednicom pružaju kontinuiranu palijativnu skrb. Specijalističke službe palijativne skrbi su (2,3):

- Koordinator palijativne skrbi/centar za koordinaciju palijativne skrbi povezuje sve dionike važne za razvoj i pružanje palijativne skrbi u županiji.
- Mobilni palijativni tim pruža specijalističku palijativnu skrb bolesnicima u njihovom domu te podršku članovima obitelji koji skrbe za bolesnika. Mobilni palijativni tim ima savjetodavnu ulogu za druge profesionalce u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (liječnik obiteljske medicine i sestra iz patronažne službe i zdravstvene njege u kući) i zajednički sa drugim profesionalcima sudjeluje u rješavanju kompleksnih potreba u terapiji simptoma i psihosocijalnoj skrbi.

- Odjel palijativne skrbi je dio stacionarne palijativna skrb koji ima prvenstveno ulogu smještaja pacijenta u ustanovu s ciljem ublažavanja simptoma koji ne mogu biti zbrinuti u kući, stabilizacije stanja koje je u pogoršanju te pružanja kratkotrajnog odmora za obitelj koja brine za pacijenta u njegovom domu. U stacionarnim službama palijativne skrbi multidisciplinarnim radom se osim zdravstvene skrbi osigurava psihosocijalna skrb i pacijentu, ali i članovima obitelji.

Važno je napomenuti da u palijativnoj skrb sudjeluju svi profesionalci i laici potrebni za pružanje dostojanstva na kraju života, uključujući i volontere. (7)

### 3. Zaključak

Skrb za palijativnog bolesnika i njegovu obitelj izuzetno je kompleksna. Većina palijativne skrbi pruža se u kući bolesnika, što je posebno teško ako je on na udaljenom ili slabo naseljenom području te ovisi i o dinamici obitelji i dostupnosti službi. Tijekom posljednje godine života takav bolesnik često mijenja okruženja u kojima mu se pruža skrb, simptomatologija se često mijenja na dnevnoj osnovi zbog čega je planiranje dugoročnih ciljeva teško, a kontinuitet skrbi narušava se lako. Radi toga važan je daljnji razvoj informatizacije palijativne skrbi. Informacije o promjeni stanja palijativnog bolesnika ne smiju ovisiti o obitelji, nego se moraju ažurirano razmjenjivati između zdravstvenih djelatnika na primarnoj i sekundarnoj razini zdravstvene zaštite. Samo pravovremeno prepoznavanje potreba za palijativnom skrbi, uključivanje u skrb te obavješćavanje obiteljskog liječnika o promjenama u stanju palijativnog bolesnika i njegove obitelji dovest će do pravilne integracije palijativne skrbi. Važno je napomenuti da komunikaciju između kolega o planiranju skrbi ne može zamijeniti informatizacija, potrebno je razmjena kontakata za profesionalnu komunikaciju i pružanje međusobne podrške u pružanju tako kompleksne i zahtjevne skrbi. Zajedničko planiranje skrbi bolesnika, obitelji i profesionalaca uključenih u skrb pridonosi pružanju kontinuirane skrbi i međusobnoj podršci. Podrška obitelji u pružanju skrbi smanjuje "lutanje u sustavu" i omogućava pružanje dostojanstva do kraja života. Razvoj komunikacijskih mreža i poznavanje djelokruga rada svih službi uključenih u skrb osnovni je temelj za integraciju palijativne skrbi. Intenzivnim radom na povezivanju i edukaciji na području Varaždinske županije dolazimo da uspostave kontinuiteta skrb. Osnovni cilj je daljnji razvoj sustava palijativne skrbi prema utvrđenim potrebama za palijativnom skrbi. Uloga svih nas profesionalaca je proaktivno pružanje palijativne skrbi za dostojanstvo palijativnog bolesnika i njegove obitelji.

## Literatura

1. Strategija razvoja palijativne skrbi u Varaždinskoj županiji za razdoblje 2018 – 2021. Dostupno na: <https://www.varazdinska-zupanija.hr/dokumenti/strategije-planovi-i-izvjesca/strategija-razvoja-palijativne-skrbi-u-varazdinskoj-zupaniji-za-razdoblje-2018-2021.html>
2. Strateški plan razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014.-2016. Dostupno na: <http://vlada.hr/hr/content/download/282517/4165403/version/1/file/134.%20-%209.pdf>
3. Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017. - 2020. Dostupno na: <https://zdravlje.gov.hr/UserDocImages/2018%20Programi%20i%20projekti/NP%20RAZVOJA%20PALIJATIVNE%20SKRBI%20RH%202017-2020-%20usvojen%2018.10.2017..pdf>
4. Nacionalne smjernice za rad izvanbolničke i bolničke hitne medicinske službe s pacijentima kojim je potrebna palijativna skrb. Hrvatski zavod za hitnu medicinu, Zagreb, 2015. Dostupno na: <https://www.hzhm.hr/wp-content/uploads/2013/07/Nacionalne-smjernice-za-rad-izvanbolnicke-i-bolnicke.pdf>
5. Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi. EAPC dementia task force. Dostupno na: [http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=gKn5u42\\_E8A%3D&tabid=736](http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=gKn5u42_E8A%3D&tabid=736)
6. Ferris FD, Balfour HM, Bowen K, Farley J, Hardwick M, Lamontagne C, Lundy M, Syme A, West P. A Model to Guide Hospice Palliative Care. Ottawa, ON: Canadian Hospice Palliative Care Association, 2002. Dostupno na: <http://www.chpca.net/media/7422/a-model-to-guide-hospice-palliative-care-2002-urlupdate-august2005.pdf>
7. European Association of Palliative Care - EAPC task force, 2007. objavljeno u European Journal of Palliative Care 2007;14(3):109-114.

## BOL U PALIJATIVNOJ SKRBI

*univ. mag. med. David Skandul, spec. obiteljske medicine*

*Dom zdravlja Varaždinske županije*

### SAŽETAK

Bol u palijativnoj medicini kod palijativnih pacijenata je najčešći, obično i najznačajniji problem tj. simptom kojeg moramo suzbiti kod palijativnog pacijenta. Bol kao posljedica karcinomske bolesti pacijenta obično je jakog do izrazito jakog intenziteta, uzrokuje veliku patnju pacijenta i od presudne je važnosti da bude dobro kupirana. Ovdje se nećemo doticati patofiziologije nastanka boli, vrstama analgetika i njihovom farmakodinamikom i svojstvima, nego ćemo se dotaći ukratko nekih određenih problema s kojima se susrećemo u radu s palijativnim pacijentima kao što je na primjer problem titracije opioidnih analgetika.

**Ključne riječi:** analgetici, bol, palijativni bolesnik, titracija doze

Problem titracije lijekova za bol u palijativnoj skrbi je posebno izražen. Pacijent, a ni obitelj se najčešće ne usuđuju na svoju ruku povećavati dozu analgetika ni u slučaju da pacijent pati od jakih bolova, što dovodi do produljenja trajanja patnje pacijenta i/ili učestalog zvanja hitne medicinske pomoći. Zato je od iznimne važnosti da pacijent, a prvenstveno obitelj pacijenta u palijativnoj skrbi učestalo i opetovano educiramo o primjeni analgetika i o potrebi titracije doze analgetika kod pacijenta ovisno o pojavi, trajanju i rasponu eventualnog jačanja boli s vremenom. Edukaciju vršimo mi, mobilni palijativni tim, prilikom gotovo svakog posjeta palijativnom pacijentu i njegovoj obitelji. Učimo ih o duljini djelovanja pojedinog analgetika kao i o dozi koja se mora dati pacijentu opetovano prilikom isteka trajanja djelovanja prethodne doze analgetika, učimo ih što učiniti u slučaju jačanja boli i/ili o postupcima s analgeticima kod probijajuće boli. Iznimno je važno da istu edukaciju pacijenta i njegove obitelji rade svi zdravstveni radnici koji dolaze u kontakt s pacijentom i obitelji, a ne samo mobilni palijativni tim. To uključuje i medicinske sestre koje rade na terenu u zdravstvenim njegama u kući kao i patronažne sestre, a trebalo bi uključiti i liječnike iz obiteljske medicine kao i njihove medicinske sestre. Osobito je od strane svih zdravstvenih radnika važno poznavanje načina procijene boli, vrste boli kao i ostale tehnike kod boli. Osobito su važna znanja medicinskih sestara u zdravstvenim njegama u kući vezano uz manipulaciju pacijenta i ublažavanja boli osobito kod patoloških fraktura.

Jedan od osnovnih problema s kojim se susrećemo na terenu u radu s pali-jativnim pacijentima je strah medicinskih djelatnika u prvome redu doktora od propisivanja, davanja i titracije doze opioidnih analgetika, u prvome redu Morfina. Uzroci tog problema sežu kod mnogih daleko u doba našeg studija medicine kada nas se učilo i stalno naglašavalo da primjena opijata (morfina) dovodi do depresije disanja kao jedne od nuspojava opijata. Samim time liječnici ponekad izbjegavaju davanje opijata svojim pacijentima, a još češće izbjegavaju titrirati iste što sve posljedično dovodi i do manjeg iskustva u radu s opioidnim analgeticima i njihovim izbjegavanjem u svome radu. Drugi je razlog je strah od pojave ovisnosti o opioidnim analgeticima. Kod pali-jativnih pacijenata ovaj strah od pojave ovisnosti o opijatima ne bi trebao biti razlog za njihovo izbjegavanje jer pali-jativni pacijent redovito ima bolest koja će neminovno dovesti do smrti pacijenta u relativno kratkom vremenskom periodu tako da slobodno možemo zanemariti bojazan od pojave ovisnosti kod pali-jativnog pacijenta. Što se tiče depresije disanja osobno se u svom radu nisam susreo s tom nuspojavom. Bitno je kod davanja opioidnih analgetika da počnemo davanje lijeka u minimalnoj početnoj dozi koju postepeno titriramo prema višim dozama. Na primjeru fentanilskog flastera to znači da započnemo dozu najčešće s 12 ili 25 mcg/h koju onda postepeno povisujemo na način da svakih 6 dana smijemo povisiti dozu flastera za 12 ili maksimalno 25 mcg/h, dakle pacijent bi trebao nositi flaster dva puta po 72h prije nove promjene doze lijeka. U načelu treba izbjegavati započinjanje liječenja boli s transdermalnim flasterom. Zapčinjanje liječenja boli opioidnim analgeticima trebalo bi početi peroralnim opijatnim lijekom npr. Tramadolom ili Sevredolom u manjim dozama da se organizam pacijenta navikne na opioidni analgetik tek tada ide primjena fentanilskog flastera.

Zaključno je važno napomenuti da je ublažavanje boli ljudsko pravo. Bol je ono što pacijent kaže da boli – pacijent je jedini mjerodavan da procjenjuje svoju bol. Mreža za ublažavanje boli je naš civilizacijski doseg. Umiranje oslobođeno boli temelj je osiguravanja ljudskog dostojanstva na kraju života.

# Besplatni savjet stručnjaka za zbrinjavanje rana



Besplatno savjetovanje telefonom četvrtkom od 16.00 do 18.00.

**0800 398 327 / 0800 398 328**

✓ **Bez čekanja**

✓ **Iz udobnosti vašeg doma**



## Stručnjaci za zbrinjavanje rana odgovorit će vam na sljedeća pitanja:

- Zašto je u rani prisutna bol?
- Zašto se iz rane širi neugodan miris i sekrecija?
- Kada je nužno posjetiti liječnika?
- I na brojna druga te vam u skladu s dijagnozom predložiti daljnji tijek liječenja.



Za više informacija posjetite  
[www.hartmannplus.hr/rane](http://www.hartmannplus.hr/rane).

# Hospitalija Pharmacum



*Inovativne obloge*



*Toaleta rane*



*Terapija negativnim  
tlakom*

## **VIŠE INFORMACIJA:**

091-654-2013, Vanja  
091-603-8718, Ivana  
[@hospitalijapharmacum](https://www.hospitalijapharmacum.hr)  
Bunska 8, 31000 Osijek

# LENTISMED

Prigrli život.

Njeguujemo stručni pristup  
u svojim rješenjima koja  
su najbolji saveznici u  
očuvanju zdravlja

- \* Intermitentni urinarni kateteri
- \* Njega stome i peristomalne kože
- \* Obloge za njegu kroničnih i akutnih rana


Lentis podrška - ovdje smo za Vas.  
telefon: +385 1 558 4259  
e-mail: [lentismed@lentismed.com](mailto:lentismed@lentismed.com)  
[www.lentismed.hr](http://www.lentismed.hr)

# New technology in wound healing



- **Granudacyn**® cleanses, moistens and facilitates debridement.
- **Granulox**® oxygenates chronic wounds, promotes healing.
- **Exufiber**® dressings efficiently transfer exudate to the secondary dressing and is easy to remove in one piece and **Exufiber**® **Ag+** can prevent re-formation of biofilm (*in vivo*) as part of a biofilm management approach.
- **Mepilex**® **Border Flex** stays on and uniquely conforms. It provides a good balance of exudate absorption and moisture vapour loss, maximising exudate management. Giving you confidence to leave the dressing on for longer and still maintain a good wound healing environment.

Find out more at [www.molnlycke.com](http://www.molnlycke.com)

Mölnlycke Health Care AB, Box 13080, Gamlestadsvägen 3C, SE-402 52 Göteborg, Sweden. Phone +46 31 722 30 00. The Mölnlycke, Mepilex, Exufiber, Granulox and Granudacyn trademarks names and logos are registered globally to the Mölnlycke Health Care Group of Companies. © 2021 Mölnlycke Health Care AB. All rights reserved. H01M002845 

  
**Mölnlycke**®

# Cicatridina®

Pomoć tijekom zacjeljivanja kože i sluznice  
Za cijelu obitelj

**S HIJALURONSKOM KISELINOM**



**Cicatridina®**  
**MAST**



**Cicatridina®**  
**SPREJ**

- kod nadražaja i crvenila
- nakon pilinga, epilacije i laserskih zahvata
- kod površinskih rana: ogrebotine, porezotine, raspukline, opekline prvog i drugog stupnja
- kod dubokih rana: kirurške rane, rane od dekubitusa, čirevi

Posebno praktično za veće površine.  
Bez kontakta s ranom.



Bez parabena  
Bez parfema  
Bez boja  
pH 5,5

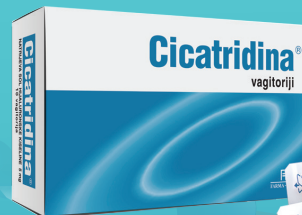


**Cicatridina®**  
**VAGITORIJI**

POSPJEŠUJE ZACJELJIVANJE  
SLUZNICE RODNICE

- nakon poroda
- nakon ginekoloških kirurških zahvata
- kod suhoće sluznice rodnice
- s gotu kolom, nevenom, čajevcem i Aloe verom

Bez  
hormona



**OKTAL PHARMA**  
Vaš najbolji izbor

## ENETRALNA PRERHANA PALIJATIVNOG BOLESNIKA

*Maja Pujić, med. techn.*

*Branka Jančić, mag. med. techn.*

### SAŽETAK

Enteralna prehrana je tekuća hrana koja se odmah može primjenjivati kao jedina hrana ili uz uobičajenu prehranu. Stimulira regeneraciju enterocita, perfuziju crijeva, aktivira crijevni motilitet, smanjuje bakterijsko prerastanje, stimulira sekreciju žuči i pankreatičnu sekreciju, utječe na portalnu cirkulaciju i transport nutrijenata. Konzumira se između obroka, dodani tekućini te dodani hrani. Prije uvođenja enteralne prehrane potrebno je napraviti procjenu duljine liječenja bolesnika zbog načina i izvođenja same tehnike provođenja enteralne prehrane.

Kod prvog kontakta s bolesnikom u njegovoj kući ili ustanovi gdje je smješten utvrđujemo stanje pacijenta (psihičko i fizičko), indikacije koje su dovele do postavljanja PEG-a, pregledavamo samu stomu te da li postoje komplikacije i poteškoće, educiramo pacijenta o stomi, prehrani i liječenju. U suradnji sa palijativnim timom te patronažnim timom uz obiteljskog liječnika, dogovaramo daljnji tijek oporavka te njege pacijenta.

Medicinska sestra mora bolesnika podučiti važnosti redovite i pravilne njege okoline gastrostome, njege usne šupljine, pripreme hrane i hranjenja. Ako je bolesnik nemoćna osoba koja ne može brinuti o sebi, sestra podučava obitelj. Mora biti strpljiva, poticati bolesnika i obitelj na postavljenje pitanja, odgovarati na njih, provjeravati njihovo znanje i vještine.

**Ključne riječi:** enteralna prehrana, bolesnik, medicinska sestra, PEG, gastrostoma

### Uvod

Enteralna prehrana je važan čimbenik kliničke prehrane, a glavni preduvjet je strukturno i funkcionalno podoban probavni sustav. Indicirana je kod svih bolesnika koji ne smiju, ne mogu, ne žele jesti te nemaju dovoljan unos energetskih i nutritivnih čimbenika. Enteralna prehrana podrazumijeva unos hrane i/ili komercijalnih pripravaka putem sonde u želudac i jejunum. Zadnjih godina značajno se unaprijedila enteralna prehrana bilo pripravicima ili načinom unosa (sonde, pumpe, PEG-ovi).

Danas su komercijalni enteralni pripravci znatno obogaćeni energetski i nutritivno te prilagođeni bolesnicima u potrebi i u prednosti su u odnosu na kućne pripravke koji su češće izloženi bakterijskoj kontaminaciji te mogu izazvati mučninu grčeve i povraćanje. Prioritet u najtežim kliničkim situacijama koje potencira hranjenje modificiranom hranom uz enteralne pripravke je očuvan integritet sluznice tankog i debelog crijeva ukoliko ne postoje kontraindikacije. Atrofiju crijevnih resica može prevenirati mali unos hrane do 200 ml i na taj način spriječiti bakterijsku ili neku drugu fatalnu komplikaciju.

## Enteralna prehrana

Enteralna prehrana je tekuća hrana koja se odmah može primjenjivati kao jedina hrana ili uz uobičajenu prehranu. Stimulira regeneraciju enterocita, perfuziju crijeva, aktivira crijevni motilitet, smanjuje bakterijsko prerastanje, stimulira sekreciju žuči i pankreatičnu sekreciju, utiče na portalnu cirkulaciju i transport nutrijenata. Konzumira se između obroka, dodana tekućini i hrani. Prije uvođenja enteralne prehrane potrebno je napraviti procjenu duljine liječenja bolesnika zbog načina i izvođenja same tehnike provođenja enteralne prehrane. Kod bolesnika koji zahtijevaju kraću nutritivnu podršku promjenjuju se sonde (nazogastrične, nazoduodenalne i nazojejunalne).

Teži oblici bolesti kronični, neurološki, onkološki zahtijevaju postavljanje trajnijeg pristupa u probavnu cijev (gastrostoma, duodenostoma, jejunostoma) kirurškim, radiološkim ili endoskopskim putem. Kod dugotrajne nutritivne potpore PEG se pokazao boljim izborom od nazogastrične sonde s manje nuspojave i komplikacija te osigurava bolji status uhranjenosti bolesnika. S razvojem endoskopije perkutana endoskopska gastrostoma (PEG) i perkutana endoskopska jejunostoma (PEJ) postaju standard u enteralnoj prehrani.

## Enteralni pripravci

Enteralni pripravci se primjenjuju na sljedeći način: u bolus više puta na dan do maksimalno 400 ml putem štrcaljke ili polaganim kapanjem iz plastičnog spremnika koristeći silu teže. Bolesnik sjedi ili je naslonjen pod 45 stupnjeva kako bi se prevenirao refluks sadržaja i njegova aspiracija. Ako je vršak sonde u tankom crijevu, bolje je davati hranu iz plastičnog spremnika putem pumpe, jer se time prevenira dumping sindrom i distenzija crijeva. Komplikacije enteralne prehrane su: krvarenja, perforacija, loš položaj sonde, ulazak u traheju, ozljeda stome i njena infekcija, iritacija, krvarenje, savijanje sonde i njeno zapetljavanje ili začepljenje. Aspiracija sadržaja u pluća pojavljuje se u čak 17 - 32% što je najčešća, najopasnija i najneugodnija komplikacija. Rijeko se aspiracije vide kod bolesnika koji imaju stomu; uglavnom se to događa kod bolesnika koji imaju postavljene sonde. Proljev se javlja u 5 - 30%. Tada je potrebno preispitati indikaciju za enteralnu prehranu, smanjiti brzinu infundiranja, provjeriti osmolarnost otopine i provjeriti koje lijekove pacijent uzima (antibiotici i antacidi). Nadalje, u 15% bolesnika može se javiti opstipacija i zagadenje sonde bakterijama, rijetko je moguća i sepsa.

## Enteralna prehrana nazogastričnom sondom

Enteralna prehrana nazogastričnom sondom, daje se bolesnicima čiji je probavni kanal toliko očuvan da može u najvećoj mogućoj mjeri obavljati probavu, apsorpciju i izlučivanje crijevnog sadržaja. Nazogastrična sonda se uvodi kroz nosnicu u želudac. Vanjski dio sonde je fiksiran na nos. Nazogastrične sonde koriste se za pacijente koji ne gutaju ili ne podnose oralni unos hrane. Većina nazogastričnih sondi postavlja se naslijepo, no ponekad se za postavljanje koristi endoskopija. To se događa u slučajevima struktura jednjaka i atonije želuca.

Samo postavljanje nazogastrične sonde ne zahtijeva operaciju. Nazogastrične sonde prilično je lako umetnuti, ali ih smije izvoditi samo obučeno osoblje zbog rizika od pogrešnog postavljanja i perforacije jednjaka ili pluća. Uz perkutanu gastrostomu, nazogastrična sonda najčešći je način hranjenja, no zbog nemogućnosti pouzdane provjere njezina položaja češće se koristi kod bolesnika na bolničkom liječenju. Komplikacije kod nazogastrične sonde mogu biti: ozljede tkiva (nos, ždrijelo, jednjak), pomak, ispadanje, aspiracija hrane i upala pluća uzrokovana ulaskom hrane u pluća.

## Hranjenje bolesnika nazogastričnom sondom

Prije hranjenja bolesniku se kroz nos, preko ždrijela i jednjaka, uvodi u želudac plastična ili gumena nazogastrična (NG) sonda duljine do 70 cm. Hrana koju kroz nju unosimo mora biti tekuća ili rijetko kašasta, ugrijana na temperaturu tijela i odgovarajuće hranidbene vrijednosti. Za hranjenje bolesnika putem nazogastrične sonde potrebno je:

- pripremiti hranu ili gotovi pripravak
- pripremiti bolesnika: upoznati ga s ciljem i važnosti hranjenja NG sonde te postupkom uvođenja sonde (ako je bolesnik pri svijesti)
- pripremiti pribor za uvadanje NG sonde: NG sondu, štrcaljku, hvataljku ili zatvarač za zatvaranje sonde, rukavice, leukoplast za učvršćivanje sonde
- pripremiti pribor za hranjenje, hrana se kroz NG sondu unosi štrcaljkom ili posebnim sustavom
- za hranjenje je potrebno pripremiti: hranu, štrcaljku ili sustav za hranjenje i posudu s vodom

## Hranjenje bolesnika putem PEG-a

Ako postoje naznake da će enteralna prehrana trajati duže od mjesec dana, tada se perkutana endoskopska gastrostoma postavlja direktno kroz trbušnu stijenku. Gastrostoma se, osim klasičnom kirurškom tehnikom, može postaviti radiološkom (fluoroskopija, UTZ, CT) i endoskopskom perkutanom tehnikom. Ovisno o primijenjenoj tehnici, razlikuju se: otvorena kirurška gastrostoma, laparoskopska kirurška gastrostoma, perkutana radiološka gastrostoma (PRG) i perkutana endoskopska gastrostoma (PEG). Perkutana endoskopska gastrostoma - PEG, kao metoda enteralne prehrane, ima široku

primjenu. To je postupak postavljanja sonde kroz trbušnu stijenku u lumen želuca pod kontrolom gastroskopa. Indikacije za PEG za enteralnu prehranu, osim tumora usne šupljine i orofarinksa, su neurološke bolesti koje mogu uzrokovati otežano gutanje, kao npr. moždani udar, multipla skleroza, Parkinsonova bolest, tumori mozga, HIV encefalopatije, neonatalne encefalopatije, amiotrofična lateralna skleroza i demencija. Gastrostomija i jejunostomija su endoskopska, radiološka ili kirurška procedura koje se mogu koristiti za palijaciju gastrointestinalnih simptoma. Gastrostomija je vrijedna alternativa nazogastričnoj sondi ako se ne može postići odgovarajući učinak naokuzivne simptome. Arteficerana nutricija je rezervirana za one bolesnike kod kojih bi prognoza mogla biti pogoršana samom nutricijom. Također, ove se tehnike mogu koristiti i za enteralnu nutritivnu potporu kad peroralno uzimanje hrane nije moguće ili za gastrointestinalnu dekompresiju u uvjetima okluzije ili subokluzije. Za uspješan segment palijativnog liječenja od velikog su značenja prihvaćanje i motivacija bolesnika i okoline te korektno održavanje. Pritom je bitno prilagoditi dijetalni i hidracijski režim te zbrinuti lokalne komplikacije koje nisu rijetke. Esencijalno je i brinuti se za izlaz stome, pratiti njezin izlazni dio (npr. peristomalno crvenilo, ulceracije ili drenaža) te spajanje i zatvaranje stome odgovarajućim sredstvima. Hrana treba biti tekuća ili rijetko kašasta – protisnuta kroz sito, odgovarajućeg sastava i hranidbene vrijednosti, temperature 35 – 37 °C i raspoređena u pet obroka. Između obroka bolesniku se mogu dati napici, voda, voćni sokovi, mlijeko u ukupnoj količini, 2 500 – 3 000 ml tekućine dnevno. Kada bolesnik može i smije uzimati tekućinu na usta, potičemo ga da pije dovoljnu tekućine, a hranimo ga kroz gastrostomu.

Endoskopska perkutana gastrostoma (PEG) može biti privremena ili trajna. Trajna gastrostoma izaziva često frustraciju, na koju bolesnik reagira obrambenim mehanizmom (agresijom, povlačenjem, tjeskobom, strahom, apatijom, a samo u rijetkim slučajevima racionalno). Na osnovi podataka dobivenih intervjuom i trajnim promatranjem, medicinska sestra mora prepoznati te reakcije i pomoći bolesniku u razumnom prihvaćanju novonastalog stanja. Na primjer, saznati gubi li bolesnik nadu, kako doživljava nemogućnost hranjenja prirodnim putem, što osjeća prema osobama koje mogu jesti prirodnim putem te kako obitelj reagira na njegovu bolest. Bolesnik mora prihvatiti ovisnost o tuđoj pomoći radi zadovoljavanja osnovnih fizioloških potreba. Sestra treba upoznati bolesnika sa važnošću i načinom hranjenja kroz gastrostomu, opasnosti uzimanja hrane ili tekućine na usta ako je to zabranjeno i poticati ga na sudjelovanje pri hranjenju.

## Zdravstvena njega bolesnika s PEG-om

Kod prvog kontakta s bolesnikom u njegovoj kući ili ustanovi gdje je smješten utvrđujemo stanje pacijenta (psihičko i fizičko), indikacije koje su dovele do postavljanja PEG-a, pregledavamo samu stomu te da li postoje komplikacije i poteškoće, educiramo pacijenta o stomi, prehrani i liječenju. U suradnji sa palijativnim timom te patronažnim timom uz obiteljskog liječnika, dogovaramo daljnji tijek oporavka te njege pacijenta.

### Intervencije sestre

- njega stome i njezine okoline
- hranjenje bolesnika
- njega usne šupljine, želudac, trbuh, vanjska fiksacija, unutarnja PEG-e fiksacija diskom
- poduka bolesnika i obitelji

### Hranjenje bolesnika

- donijeti hranu i pribor
- postaviti bolesnika u ležeći položaj
- otkriti bolesnika do pojasa
- zaštititi okolinu stome kompresom
- izvaditi čep iz gumene cijevi i staviti lijevak
- uliti malo vode da se ispita prohodnost stome
- ulijevati hranu, polagano, za jedan obrok bolesniku se daje 200 do 400 ml hrane tijekom 15 min
- s bolesnikom treba za vrijeme hranjenja razgovarati o ugodnim stvarima i odgovarati na pitanja koje postavlja (često o hrani i načinu pripreme)
- nakon hranjenja isprati cijev od ostatka hrane
- začepiti cijev čepom i pričvrstiti zavojem ili mrežicom
- pokriti bolesnika i smjestiti u udoban položaj
- odnijeti upotrijebljeni pribor iz bolesničke sobe
- ukloniti paravan
- iako bolesnik ne jede na usta, potrebno je redovito provoditi njegu usne šupljine, a usnice premazivati parafinskim uljem.

Medicinska sestra mora bolesnika podučiti o važnosti redovite i pravilne njega okoline gastrostome, njega usne šupljine, pripreme hrane i hranjenja. Ako je bolesnik nemoćna osoba koja ne može brinuti o sebi, sestra podučava obitelj. Mora biti strpljiva, poticati bolesnika i obitelj na postavljenje pitanja, odgovarati na njih, provjeravati njihovo znanje i vještine (npr. provjeriti zna li bolesnik ili obitelj kako treba pripremati hranu, pribor, kako izvesti hranjenje i kojim slijedom).

## Prikaz slučaja

### ANAMNEZA/STATUS

P.I. 66 godina

obiteljska anamneza: neupadljiva

osobna anamneza: dosada nije teže bolovao, hipertoničar

epidemiološka anamneza: nije prebolio COVID -19, cijepljen 2x

socijalna anamneza: živi u udomiteljskoj obitelji

Pacijent svjestan, orijentiran, u kontaktu, smanjeno pokretan, inkontinentan, postavljen urinarni kateter, trahealna stoma, nazogastrična sonda. Nema bolove, mučninu ni povraćanje. Od pomagala aspirator, aspiracijski kateteri, podlošci i trakice za kanilu, šprice i sistemi za enteralno hranjenje, medicinski krevet

dijagnoza: zloćudna novotvorina grkljana, disfagija

Provedena kemoterapija i zračenje.

### LIJEČNIK OBITELJSKE MEDICINE

Prijava pacijenta koordinatoru palijativne skrbi za upis u registar palijativne skrbi i kućnu posjetu.

### KUĆNA POSJETA PALIJATIVNOG TIMA I ZNJUK-a

Poziv obiteljskog liječnika, pacijent tijekom noći izvukao sondu. Postavljena NGS.

Provedena edukacija udomiteljice o enteralnoj prehrani putem šprica i gravitacijskih setova, aspiraciji, toaleti kanile. Edukacija pacijenta koji se može samostalno hraniti. Naručen potrošni materijal preko obiteljskog liječnika.

### ZDRAVSTVENA NJEGA U KUĆI - EDUKACIJA

Enteralna prehrana gravitacijskim setovima.

### UDOMITELJ-NJEGOVATELJ

Telefonski poziv udomiteljice, pacijent ponovno izvukao NG sondu. Udomiteljica uplašena i izražava žaljenje i strah te obavještava CZSS da ne može skrbiti o pacijentu. Ponovno postavljanje sonde neuspješno, kontaktiran OHBP.

### OPĆA BOLNICA-ORL ODJEL

Dogovoren pregled i prijem na odjel. Ugradnja PEG-a. Otpust pacijenta u Dom za starije i nemoćne.

### DOM ZA STARIJE I NEMOĆNE - EDUKACIJA

Enteralna prehrana gravitacijskim setovima.

## Zaključak

Enteralna prehrana kao takva je u zadnjih nekoliko godina puno napredovala i omogućila bolju, bržu i efikasniju potporu liječenju. Postala je jedan složeni postupak koji traži suradnju različitih zdravstvenih radnika iz različitih područja, kako bi se postigao zajednički cilj a to je osiguravanje dostatnog unosa hranjivih tvari u organizam pacijenta. Svaki pacijent je poseban i drugačiji i samim time naš rad mora biti u potpunosti prilagođen njemu. Svakog pacijenta moramo gledati cjelovito skupa sa svim njegovim potrebama ali i mogućnostima. Upravo zato je važno individualno prilagoditi svaki posjet, intervenciju i njegu bolesniku kako bi se mogle obuhvatiti sve njegove potrebe te iste i zadovoljiti. Također moramo biti strpljivi i puni razumijevanja jer ne dolazimo u kontakt samo sa bolesnikom, nego i s njegovom obitelji, koja se također u tom trenutku nalazi u nepoznatim vodama te ih moramo educirati i usmjeriti.

Najveću ulogu kao zdravstveni djelatnici moramo posvetiti, osim njezi bolesnika, i sprečavanju komplikacija. I upravo zato moramo stalno nadograđivati naša znanja i pratiti sve novost vezano za njegu i liječenje naših pacijenata.

I uvijek imajmo na umu izreku „*Hrana nije lijek, ali liječi. Hrana nije život, ali bez nje nema života.*“

## Literatura

1. Zdravstvena njega bolesnika s gastrostomom <https://repo.ozs.unist.hr/islandora/object/ozs%3A181/datastream/PDF/view>
2. Zdravstvena njega bolesnika s PEG sondom <https://repositorij.unin.hr/islandora/object/unin%3A1052/datastream/PDF/view>
3. Zdravstvena njega i prehrana bolesnika sa perkutanom endoskopskom gastrostomom (PEG-om) <https://zir.nsk.hr/islandora/object/unin:1032/preview>
4. SMJERNICE ZA POSTUPKE U ZDRAVSTVENOJ NJEZI BOLESNIKA U KUĆI <https://znjuk.hr/wp-content/uploads/2018/11/Smjernice-za-postupke.pdf>
5. Specifičnosti primjene perkutane endoskopske gastrostome <https://zir.nsk.hr/islandora/object/fzsri:1435/datastream/PDF/view> <https://zir.nsk.hr/islandora/object/fzsri:1435/datastream/PDF/view>

## NAŠA „OBRVICA“ – CORNELIA DE LANGE SINDROM U ZDRAVSTVENOJ NJEZI U KUĆI

*Jelena Zdjelarević, univ. bacc. med. techn.*

### SAŽETAK

Genetski poremećaj Cornelia de Lange sindrom vrlo je rijedak, te su se mnogi istraživači bavili njime, no u Republici Hrvatskoj vrlo je malo istraživanja na ovu temu. Sindrom je dobio ime po nizozemskoj pedijatrici Cornelii Chatarini de Lange koja je 1933. godine prva opisala slučaj dviju djevojčica sa osobinama ovog sindroma. Kroz povijest su se nametali drugi nazivi za ovu bolest poput Bushyjeve sindrom, Brachmannov sindrom ili amsterdamski patuljasti rast, no danas je priznat i opisan u literaturi samo pod nazivom Cornelia de Lange i koristit. Prije uvođenja molekularnih testova dijagnoza je često bila zbunjujuća kod bolesnika sa blažom kliničkom slikom, jer tada nije postojao minimalni konsenzus za dijagnostičke kriterije. Uvođenjem sistemskog bodovanja prema ključnim obilježjima i ostalim karakteristikama sindroma danas je vrlo lako postaviti točnu dijagnozu. Kako je ovaj sindrom vrlo rijedak u Republici Hrvatskoj, gdje je prijavljeno po zadnjim statistikama deset slučajeva, odlučili smo prikazati slučaj trogodišnjeg dječaka sa sindromom Cornelia de Lange i njegovim potrebama koje su pružale medicinske sestre Ustanove za zdravstvenu njegu u kući „Dušica Letilović“ iz Slavonskog Broda.

**Ključne riječi;** Cornelia de Lange; genetski poremećaj; zdravstvena njega u kući

### Uvod

Sindrom Cornelia de Lange (CdLS) je genetski poremećaj koji zahvaća mnoge organe, te tako dovodi do različitih kliničkih manifestacija. Tipične značajke rijetke bolesti uključuju ograničen rast s prenatalnim početkom (drugo tromjesječe), intelektualne nedostatke, kraniofacijalne abnormalnosti, anomalije gornjih udova i hirzutizam. Dodatne značajke uključuju gastroezofagealni refluks, genitourinarne malformacije i srčane mane.

Cornelia de Lange sindrom (CdLS) opisala je 1933. godine nizozemska pedijatričica Cornelia Catharina de Lange, koja je ilustrirala dvije nesrodne djevojčice sličnih osobina, te je ovaj rijetki genetski poremećaj dobio ime po spomenutoj pedijatrici.

Ključna obilježja:

- Duge i/ili guste obrve
- Kratak nos
- Konkavni nosni greben i/ili okrenut vrh nosa
- Dugačak i/ili gladak filtrum
- Tanka gornja usna i/ili spuštene kutovi usana
- Nedostatak prstiju na rukama ili nogama
- Kongenitalna dijafragmalna hernija
- Ostale karakteristike:
- Kašnjenje u razvoju i/ili intelektualna invalidnost
- Mala prenatalna i porođajna težina i dužina
- Nizak rast
- Mikrocefalija
- Male ruke i stopala
- Kratki prsti
- Hirzutizam

Fenotip CdLS je veoma raznolik i opisan je kao spektar od klasičnog CdLS-a (sa većim brojem karakteristika), do blagih varijacija sa samo nekoliko karakteristika. Upravo zbog različite kliničke slike često dolazi do zbunjujućih dijagnoza, te je svakako potrebno učiniti sustavno bodovanje, a nerijetko i molekularnu dijagnostiku radi potvrde dijagnoze. Sustavno bodovanje ovisi o težini sindroma na temelju fenotipskih karakteristika. Prilikom bodovanja razlikuju se ključna obilježja sindroma od ostalih karakteristika, te se tako i boduju. Ključna obilježja sindroma se boduju sa dva boda, dok se prisutnost ostalih karakteristika boduje jednim bodom. Ukupni rezultat > od 11 bodova (s tim da je najmanje 6 bodova klasičnih obilježja) označava klasični CdLS; 9 ili 10 bodova (najmanje 4 boda klasična obilježja) označava ne klasični CdLS. Nadalje, 4 do 8 bodova (najmanje 2 boda klasičnih obilježja) zahtijeva molekularno testiranje, dok je rezultat manji od 4 boda nedovoljan za indicaciju daljnjih ispitivanja.

Iako je CdLS klinička dijagnoza, genetsko testiranje za potvrdu dijagnoze je svakako preporuka, naročito u bolesnika s dvosmislenim nalazima anamneze i fizikalnog pregleda. Kako se blagi slučajevi ovog sindroma rijetko prijavljuju, incidencija i prevalencija su vjerojatno podcijenjene. Trenutno je procijenjena incidencija u SAD-u između 1 na 50 000 do 1 na 100 000 novorođenčadi. Treba istaknuti da CdLS podjednako pogađa oba spola. U Republici Hrvatskoj evidentirano je svega 10 slučajeva, no pretpostavka je da ima neprijavljenih slučajeva, te se smatra da je brojka vjerojatno nešto veća.

## Etiologija

Bolesnici sa CdLS-om još intrauterino mogu imati zastoj u rastu. Pri rođenju se ne razvijaju, a porođajna težina im je često manja od 2200 grama. Kako djeca rastu, često imaju usporen rast, te vidljivo kašnjenje razvoja. Iako se klasični oblik CdLS lako prepoznaje, manje očiti oblici mogu dovesti do dijagnostičkih problema, kako smo i ranije spomenuli. Širok je spektar anomalija organskih sustava, te je vrlo bitno upoznati se sa svim mogućim komplikacijama koje nerijetko prate ovaj sindrom i zahtijevaju posebno liječenje. Osim klasičnih obilježja i karakteristika koji upućuju da se radi o CdLS-u, bitno je naglasiti i ostale poteškoće koje nisu vidljive okom, a zahvaćaju gotove sve organske sustave:

**Kraniofacijalni poremećaji:** malformacije slušnog kanala, brahicefaliju, mikrocefaliju, rascjep nepca, široko razmaknuti zubi, izrazito duge trepavice i sva druga već spomenuta klasična obilježja.

**Gastrointestinalni trakt:** GERB je prisutan u gotovo svih bolesnika s CdLS-om (85%). Česte mučnine, povraćanje, proljev, zatvor, poteškoće sa hranjenjem ili slab apetit. Specifične abnormalnosti uključuju stenoza pilorusa, dijafragmalnu herniju i sl.

**Genitourinarni trakt:** genitalna hipoplazija, kriptorhizam (u 73% muških), hipospadija, bubrežna cista ili bubrežna hipoplazija.

**Oftalmologija:** disfunkcionalni suzni kanal, strabizam, nistagmus, kratkovidnost, astigmatizam, katarakta, glaukom, odvojena mrežnica i sl. oštećenje vida javlja u otprilike 50% bolesnika sa CdLS-om.

**Kardiovaskularni sustav:** kardiološki nalazi uključuju šumove, koarktaciju aorte, plućnu stenoza, defekt septuma atrija ili ventrikula.

**Neurološki sustav:** mnogi bolesnici imaju poremećaje neurološkog statusa, koji se manifestiraju napadajima i zahtijevaju njegu neurologa, također su česta pojava nesanicu, te problem sa apnejom.

**Psihijatrijski:** može doći do poremećaja u ponašanju u rasponu od agresije, samoozljeđivanja do samo stimulirajućeg ponašanja. Često dolazi do poremećaja pažnje i hiperaktivnosti, depresivnih poremećaja, anksioznosti ili pak opsesivno kompulzivnim poremećajem.

**Dermatološki:** hirsutizam (pojačana dlakavost), ljubičasta promjena boje kože.

**Mišićno- koštani sustav:** displazija udova, skolioza, djelomična fuzija nožnih prstiju, klinodaktilija, skraćeni sternum, radijalna hipoplazija, nerazvijeni udovi.

**Imunodeficijencija:** zbog nedostatka protutijela i oslabljene funkcije T- stanica česte su različite infekcije u svih bolesnika s CdLS-om.

## Liječenje

Preporuka za liječenje je multidisciplinarni pristup za komplikacije koje izaziva ovaj rijetki sindrom. Ovakav pristup zahtijeva uključenost profesionalaca na svim razinama zdravstvenog sustava od primarne zdravstvene zaštite do specijalističko konzilijarne. Djeci s CdLS-om potrebna je fizikalna terapija, govorna terapija, radna terapija te posebni obrazovni programi zbog usporenog rasta i intelektualnih poteškoća. Preporuka je česta kontrola sluha i vida, te također komunikacija sa nutricionistima zbog poteškoća sa hranjenjem.

Kada govorimo o prognozi bolesti, zabilježeno je samo nekoliko slučajeva CdLS-a u svijetu kod odraslih osoba. Očekivano trajanje života je relativno nepromijenjeno, no uvelike ovisi o razvoju komplikacija bolesti i na koncu težini i liječenju istih.

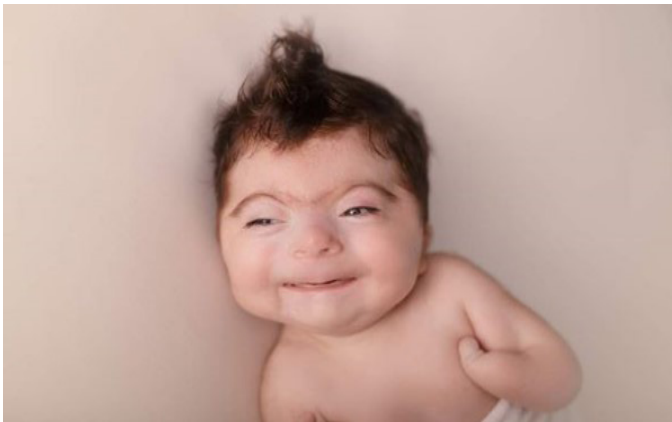
## Prikaz slučaja bolesnika sa CdLS-om u ustanovi za zdravstvenu njegu u kući „DUŠICA LETILOVIĆ“

Kako bi pobliže objasnili cijeli postupak i tijek pružanja zdravstvene njege u kući kod bolesnika A.M. na početku ćemo naglasiti kako je sam početak bio vrlo zahtjevan i rijedak, gdje su bile uključene mnoge djelatnosti kako bi se započelo provođenje zdravstvene njege u kući. U svibnju 2021. godine naša Ustanova dobiva poziv od područne službe Hrvatskog zavoda za Zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu HZZO) na očitovanje u njihovim prostorijama o slučaju tada trogodišnjeg dječaka koji boluje od rijetkog genetskog poremećaja i tu počinje naša priča...

Majka dječaka je zatražila pedijatra nalog za provođenje zdravstvene njege u kući, radi pomoći u postavljanju i promjeni nazogastrične sonde. Pedijatar je nalog za provođenje zdravstvene njege u kući (DTP Njega O8 i DTP Njega O2) uputio jednoj Ustanovi za zdravstvenu njegu u kući na našem području, te su djelatnici te Ustanove krenuli sa prvom posjetom i tu nastaju problemi. Spomenuta Ustanova je bila stava da medicinske sestre njihove Ustanove nisu kompetentne za postupak promjene nazogastrične sonde, te da to nije u njihovoj domeni posla. Majka dječaka je vrlo dobro upoznata sa svim zakonskim aktima, te je tražila sva prava svog djeteta na svim razinama. Napisala je žalbu na spomenutu Ustanovu, te sve prosljedila putem odvjetnika u HZZO, navodeći kako će krenuti u pravnu bitku ukoliko se njenom djetetu uskrati pravo na pružanje zdravstvene njege u kući sa spomenutim postupcima, koji su jasno napisani i opisani pod DTP-om Njega O8. Također zbog loše komunikacije sa spomenutom Ustanovom i loših odnosa zahtijevala je hitnu promjenu Ustanove koja će biti u mogućnosti pružiti zdravstvenu njegu njenom djetetu.

Nakon poziva HZZO-a upućenog našoj Ustanovi dolazimo na sastanak i saznajemo za slučaj dječaka A.M. i o njegovim potrebama, te prihvaćamo nalog za provođenje zdravstvene njege u kući. Kako je ovakav slučaj odnosno dijagnoza vrlo rijetka, bila je potrebna dodatna edukacija medicinskih sestara naše Ustanove, kako bi kvalitetno pružili pomoć. HZZO je tražio pismeno očitovanje o

provedenoj edukaciju medicinskih sestara u vezi postavljanja nazogastrične sonde u bolničkim uvjetima. Odmah sutra stupamo u kontakt sa OB „dr. Josip Benčević“ u Slavonskom Brodu, te tražimo dopuštenje od odgovorne osobe (ravnatelj) za edukaciju o spomenutom postupku na odjelu pedijatrije. Suglasnost dobivamo odmah po kontaktu, gdje nas se upućuje na dogovor s voditeljem i glavnom sestrom odjela, koji su obavješteni o slučaju i zahtjevu. Kako u tom periodu na odjelu pedijatrije nije bilo hospitalizirano niti jedno dijete koje se hrani putem nazogastrične sonde edukacija nije bila moguća. Glavna sestra odjela pedijatrije navodi kako su takvi slučajevi izolirani i veoma rijetki, te da postoji mogućnost da dugo nećemo moći provesti edukaciju, ali da medicinski djelatnici na njihovom odjelu također nisu vješti u istom, jer zaista osim spomenutog dječaka je rijetkost da imaju dijete na odjelu koje se hrani ovim putem. Naravno da je odjel pedijatrije u Slavonskom Brodu upoznat sa slučajem A.M. jer je dječak često njihov „gost“. Promjenu i postavljanje nazogastrične sonde kod A.M. provodi majka, koja je potpuno educirana o svemu, te je taj postupak provodila sama i prilikom hospitalizacije. Svjesni da će nam majka biti najbolji instruktor i edukator, jer najbolje poznaje svoje dijete, kontaktiramo majku te ju zamolimo da dođe sa dječakom na odjel pedijatrije kako bi proveli edukaciju u bolničkim uvjetima (HZZO je isključivo tražio pisanu potvrdu i očitovanje od strane odjela pedijatrije i naše Ustanove da se edukacija provedla u bolničkom okruženju). Majka dječaka pristaje na edukaciju, te kroz par dana dogovorimo potrebnu edukaciju sa odjelom pedijatrije. Kako je tada bilo vrijeme pandemije COVID-19 virusom, nije bilo moguće odraditi edukaciju svih medicinskih sestara naše Ustanove, te na odjel pedijatrije odlaze dvije medicinske sestre naše Ustanove i sudjeluju u postupku postavljanja nazogastrične sonde kod dječaka uz nadzor osoblja i majke. Pisanim putem naša Ustanova upućuje dopis HZZO-u da je edukacija provedena i sa sutrašnjim danom započinjemo provođenje zdravstvene njege u kući.



Slika 1. [Izvor: autor]

Prva posjeta je protekla u razgovoru sa roditeljima dječaka kako bi stvorili uvid u stanje i potrebe, te definirali očekivanja roditelja od medicinskih sestara u provođenju zdravstvene njege u kući. Sam početak je bio pomalo napet sa obje strane, no vrlo brzo smo uspostavili odličnu suradnju i povjerenje. Zdravstvena njega u kući je bila odobrena na svaki dan odnosno pet dana u tjednu sa postupcima DTP njega O2 i DTP njega O8 jednom mjesečno.

Pacijent A.M. rođen je 14. 02. 2018. u 34. tjednu gestacije. Porodajna težina iznosila je 1850 grama, a dužina 41 centimetar. APGAR test koji ocjenjuje vitalne funkcije novorođenčeta iznosio je u prvoj minuti 6/10, a u petoj 8/10. Obradom i nalazima genetske dijagnostike utvrđena je genetska razvojna anomalija, tj. Cornelia de Lange sindrom. Tijekom liječničkog pregleda i ostalih dijagnostičkih postupaka, utvrđena su sljedeća stanja: rascjep mekog i tvrdog nepca, defekt septuma septuma (VSD), razvojna anomalija obje ruke (hipoplazija/aplazija kosti podlaktice), oligodaktilija, kontraktura oba lakta, glandularna hipospadija, kriptorhizam (zaostajanje testisa u trbušnoj šupljini), hiponatrijemija, hipomagnezemija. Ultrazvuk mozga pokazao je stanje intrakranijalnog krvarenja II. stupnja. Muško nedonošče s fenotipskim karakteristikama Cornelia de Lange sindroma premješteno je iz OB Slavonski Brod u KBC Zagreb radi daljnje obrade i liječenja. Nakon pet tjedana otpušten je iz bolnice sa brojnim medicinskim dijagnozama, sa postavljenom nazogastričnom sondom za hranjenje. Majka dječaka je prilikom hospitalizacije educirana o svim postupcima, te mogućim komplikacijama.



Slika 2. [Izvor: autor]

Nakon što smo u razgovoru sa roditeljima utvrdili anamnezu našeg dječaka, te njihov stav i prihvaćanje dijagnoze nakon prvotnog šoka, dobili smo jasan uvid u čitav tijek događaja i odmah smo znali da će naš dječak biti puno više od korisnika pružanja zdravstvene njege u kući. Valja istaknuti kako roditelji za vrijeme trudnoće nisu znali da ima bilo kakvih problema sa njihovim nerođenim djetetom, te je šok nakon poroda bio izrazito velik, naročito što se radi o vrlo rijetkom genetskom poremećaju.

Upoznajemo se sa našim dječakom, koji nas je odmah pridobio, jer je jednostavno poseban, sa gustim crnim obrvicama, dugim trepavicama, guste tamne kose, a nadasve velika maza, koja se odmah uvuče pod kožu. Prve posjete su većinom tekle u hranjenju i maženju, povremeno pomoći pri osobnoj higijeni, no nikako nije bilo potrebno mijenjati sondu, jer se većinom dogodi da je potrebna promjena kada mi nismo u posjeti, jer je naš dječak sondu „iščupao“ izvan radnog vremena i slično pa je naravno postupak odradila majka. Mnogi su se pitali zašto roditelji trebaju zdravstvena njega u kući za spomenutim postupcima kada majka potpuno samostalno sve odrađuje, no majka je htjela imati osobu od povjerenja, nekoga tko će znati pomoći njenom djetetu kada ona nije u blizini. No, zapravo se to ne trebamo niti pitati, jer dječak ima svako zakonsko pravo na zdravstvenu njegu u kući.

Da bi što prije savladali postupak kod dječaka ostavili smo mogućnost majci da nas kontaktira u bilo koje vrijeme, pa čak i izvan radnog vremena kada bude potrebna promjena sonde, te ukoliko budemo u mogućnosti da ćemo doći. Tako je i bilo, majka je nekoliko puta uputila poziv našoj Ustanovi izvan radnog vremena, te smo bez pogovora odlazili i sudjelovali u postupku postavljanja nazogastrične sonde, te na koncu bili potpuno samostalni u istom. Nakon nekoliko mjeseci svakodnevnih posjeta ne možemo isključiti onaj emotivni dio koji se stvorio između nas. Dječak je postao naša omiljena „obrвица“ (tako zovu od milja oboljele od CdLS-a.). Treba istaknuti da su posjete i provođenje zdravstvene njege u kući obavljale dvije medicinske sestre, koje su se međusobno nadopunjavale i mijenjale jedna drugu, te su uvijek gledale da usklade svoje godišnje odmori, da jedna uvijek bude dostupna. Razlog tome osim Covid-19 virusa je da naša „obrвица“ stvori povjerenje i poznato okruženje. Nije uvijek bilo lako, nerijetko se događalo da naš dječak nije raspoložen, da tijekom hranjenja povрати sav sadržaj, da „iščupa“ sondu, pa onda idemo sve ispočetka. Posjete su znale trajati i preko dva sata na početku, bez obzira na propisani postupak, no medicinske sestre su bile spremne na to i usklađivali smo raspored doslovno po našoj „obratici“. Majka našeg dječaka je jedna veoma uporna i borbena osoba, sa puno ljubavi, strpljenja i nema toga što ne bi učinila za svog dječaka, također i otac. Provedeći dane i sate u kućnim posjetama i razgovarajući odlučili smo pokušati našu „obravicu“ hraniti per os, jer su takvi naputci bili od mnogih liječnika, da se dječak ne može dugoročno hraniti putem sonde, čak je preporuka bila da se operativnim zahvatom ugradi PEG sonda, što roditeljima nikako nije bila opcija. Majka je bila ustrajna u namjeri da će njen dječak kroz neko vrijeme biti u mogućnosti hraniti se per os i zajedničkim snagama smo krenuli u pokušaje. Kako je dječak klasični primjer CdLS-a, ima mnoge komplikacije osnovne bolesti, pa tako i rascjep nepca, hranjenje per os je bilo gotovo nemoguće, no nismo odustajali u pokušajima. Možemo slobodno reći da smo išli korak naprijed, nazad dva, jer su se događale mnoge hospitalizacije, česte kontrole i slično, te bi trud ponekada pao u vodu i moralo se sve ispočetka. No sonda je uvijek tu, ukoliko ne ide drugačije. Osim hrane najveći problem je bila tekućina, pa smo pokušavali svakakve alternative, dok roditelji nisu slučajno saznali da postoji proizvod koji zgušnjava tekućinu, te se pokazalo kao odlična alternativa. Nakon godinu i pol dana ustrajnosti, ponajviše majke, no također potpore i podrške medicinskih sestara naše Ustanove,

naša najdraža „obrvice“ uzima hranu i tekućinu per os, nazogastrična sonda je prošlost, a time i nalozi za provođenje zdravstvene njege u kući.



Slika 3. [Izvor: autor]

Znamo da u svom poslu moramo biti prvenstveno profesionalni, empatični i ponekada isključiti emocije da se ne bi vezivali za određene bolesnike, jer zaista je naša djelatnost više od zdravstvene skrbi, no u slučaju naše „obrvice“ sve pada u vodu. Postali smo prije svega prijatelji, održavamo kontakt i nakon formalnog prekida našeg „posla“, te sa zadovoljstvom i punim srcem možemo reći da je naša „obrvice“ ove godine napunila punih pet godina života, hrani se per os, tekućini više nije potrebna alternativa, te svakodnevno vidno napreduje, a sve to zahvaljujući svojoj upornoj majci uz podršku nas malih medicinskih sestara iz djelatnosti zdravstvene njege u kući.

## Zaključak

Cornelia de Lange sindrom rijetki je genetski poremećaj, te je potreban multidisciplinarni tim od postavljanja dijagnoze pa tijekom cijelog života oboljele osobe zbog višestrukih komplikacija osnovne bolesti. Ključna je rana intervencija koja uključuje postavljanje rane dijagnoze i početak individualnih intervencija. Dijete treba kontinuirano pratiti tijekom rasta i razvoja, s tim da se ciljevi liječenja mijenjaju kako dijete napreduje. Ovim radom skrenuta je pozornost na važnost multidisciplinarnog pristupa u pružanju zdravstvene skrbi. Na primjeru koji je opisan u radu naglasak je stavljan na mnoge djelatnosti koje su bile uključene kako bi se dječaku pružila zdravstvena njega u kući, od pedijatra, HZZO-a, bolnice, fizijatra te naposljetku djelatnost zdravstvene njege u kući, koja je provodila DTP postupke. Kako se u djelatnosti zdravstvene njege u kući ne susrećemo često sa opisanom dijagnozom, vrlo je bitan holistički pristup i

dodatna edukacija medicinskih sestara/tehničara i cjeloživotno obrazovanje, no također i za mnoge druge specifične dijagnoze i potrebe. Ovim primjerom naglašavamo kako zdravstvena njega u kući nije samo pružanje zdravstvene skrbi starijim osobama, bolesnicima u terminalnim fazama bolesti, kako se nerijetko misli, već da je naša djelatnost vrlo važan segment zdravstvenog sustava u svim dobnim skupinama. Upravo zbog toga ističemo kako medicinske sestre/tehničari u našoj djelatnosti moraju biti eksperti u svom poslu, konstantno učiti, educirati se, biti spremni na nepredviđene situacije, te u istima napraviti najbolje za dobrobit bolesnika bez obzira na dob ili dijagnozu.

## Literatura

1. Kline, AD; Moss, JF; Selicorni, A.; Bisgaard, AM; Deardorff, MA; Gillett, PM; Ishman, SL; Kerr, LM; Levin, AV; Mulder, PA; et al. Dijagnoza i liječenje Cornelia de Lange sindroma: Prva međunarodna konsenzusna izjava. *Nat. Velečasni Genet.* 2018, 19, 649-666.
2. Gurovich, Y.; Hanani, Y.; Bar, O.; Nadav, G.; Fleischer, N.; Gelbman, D.; Basel-Salmon, L.; Krawitz, PM; Kamphausen, SB; Zenker, M.; et al. Identificiranje fenotipova lica genetskih poremećaja pomoću dubokog učenja. *Nat. Med.* 2019, 25, 60–64.
3. Latorre-Pellicer, A.; Ascaso, Á.; Trujillano, L.; Gil-Salvador, M.; Arnedo, M.; Lucia-Campos, C.; Antoñanzas-Pérez, R.; Marcos-Alcalde, I.; Parenti, I.; Bueno-Lozano, G.; et al. Procjena Face2Gene kao alata za prepoznavanje Cornelia de Lange sindroma prema fenotipovima lica. *Int. J. Mol. Sci.* 2020, 21, 1042.
4. Panaitescu, AM; Duta, S.; Gica, N.; Botezatu, R.; Nedelea, F.; Peltecu, G.; Veduta, A. Šira perspektiva prenatalne dijagnoze sindroma cornelia de lange: pregled literature i prikaz slučaja. *Diagnostics* 2021, 11, 142.
5. Kline, AD; Barr, M.; Jackson, LG Manifestacije rasta u Brachmann-de Lange sindromu. *Am. J. Med. Genet.* 1993, 47, 1042-1049.
6. Sarogni, P.; Pallotta, MM; Musio, A. Cornelia de Lange sindrom: od molekularne dijagnoze do terapijskog pristupa. *J. Med. Genet.* 2020., 57, 289–295.
7. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Preuzeto 20.01.2023. na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-javno-zdravstvo/svjetski-dan-osvijestenosti-o-sindromu-cornelia-de-lange/2>.
8. Hrvatski savez za rijetke bolesti. Preuzeto 20.01.2023. na: <http://www.rijetke-bolesti.hr/o-bolestima/3>.
9. Dowsett L, Porras A R, Kruszka P, Davis B, Hu T, Med E i sur. Cornelia de Lange sindrom u vidu druge populacije. *Am J Med Genet A.* Veljača 2019; 179 (2): 150-158.5.

## DEBRIDMAN KRONIČNE RANE OBLOGAMA- PRIKAZI SLUČAJEVA

*Anamarija Kovačević, mag. med. techn.*

*Simona Hren, mag. med. techn.*

### SAŽETAK

Tipične kronične rane uključuju dekubitalne rane, dijabetička stopala, ishemijske rane (arterijski ulkusi potkoljenice), čvrste rane (venski ulkusi potkoljenice) i neurotrofične rane (nervni ulkusi). Dekubitusi su oštećenja kože i tkiva uzrokovana dugotrajnim stresom. Dijabetičko stopalo pojedinačno je najvažnija među svim komplikacijama šećerne bolesti, a osobito sa zdravstveno-ekonomskog stajališta jer je uzrok značajnog morbiditeta, mortaliteta i golemih troškova. Venski ulkus najčešća je kronična rana uopće te predstavlja veliki problem jer je liječenje dugotrajno, a rana često recidivira. Uzrok njegova nastanka je povećani tlak u venama, odnosno zastoj krvi zbog venske tromboze ili oštećenja zalistaka. Ispravno previjanje i čišćenje rana ključni su za adekvatnu njegu i cijeljenje rane. Vrlo je važno da prilikom previjanja i čišćenja rane odredimo pravilnu tehniku previjanja, odaberemo odgovarajuće sredstvo za čišćenje rane i prikladno pokrijemo ranu. U radu su prikazana tri slučaja kroničnih rana koja su tretirana hidrokoloidnim oblogama unazad nekoliko mjeseci od strane medicinske sestre/tehničara zdravstvene njega u kući.

**Ključne riječi:** obloge za rane, zdravstvena njega u kući, kronična rana

### Predgovor

Zahvaljujemo se kolegicama medicinskim sestrama te liječnicima iz primarne zdravstvene zaštite Krapinsko-zagorske županije na pomoći oko sastavljanja ovog rada, nesebičnoj potpori i savjetima u zbrinjavanju naših pacijenata. Uz dobre kolegijalne odnose te multidisciplinarni način rada dokazali smo zajedno kako da pružimo najviše dobrobiti našim pacijentima.

## Uvod

Povijest liječenja rana stara je koliko i povijest ljudskog roda. Jedan od poznatih, najstarijih pronađenih medicinskih zapisa glinena je ploča iz davne 2200. godine prije Krista. Na tom glinenom zapisu opisuju se "tri ljekovita postupka" – ispiranje rane, postavljanje ljekovitih flastera i prijevoji rane (1).

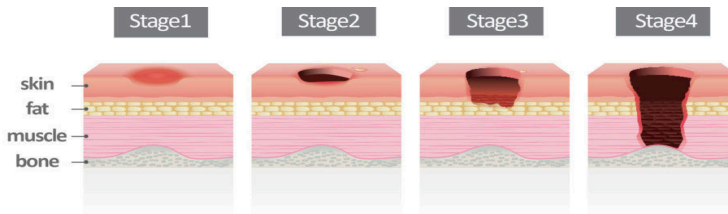
Rana se može definirati kao poremećaj anatomske i funkcionalne kontinuiteta tkiva ili organa uzrokovan različitim čimbenicima kao što su: mehanički, toplinski, kemijski, biološki, električni i kombinirani (2). Najveći napredak u znanju o cijeljenju rana i njihovom liječenju dogodio se u posljednja dva desetljeća. Važno je razlikovati akutne i kronične rane. Programi liječenja i zbrinjavanja akutnih i kroničnih rana razlikuju se. Ukoliko rana ne zacijeli u predviđenom roku standardnim terapijskim postupcima, smatra se kroničnom ranom, uzimajući u obzir etiologiju i lokalizaciju same rane. Najkraće razdoblje cijeljenja smatra se 6 tjedana. Velik udio rana (oko 23%) ne zacjeljuje više od dvije godine, a većina njih zacijeli unutar 6 do 12 mjeseci. Stope relapsa su visoke u prvoj godini, u rasponu od 30% do 58% (2-5).

## Kronične rane

Kronične rane dijele se na tipične i atipične. Tipične rane uključuju dekubitalne rane, dijabetička stopala, ishemijske rane (arterijski ulkusi potkoljenice), čvrste rane (venski ulkusi potkoljenice) i neurotrofične rane (nervni ulkusi). Atipične rane su rijetke, a mogu biti uzrokovane zaraznim bolestima, malignim bolestima, metaboličkim i genetskim bolestima, autoimunim bolestima, različitim reakcijama na lijekove, vanjskim uzrocima itd. (2-5). Javljaju se u manje od 5% slučajeva i ne javljaju se u ovom tipičnom obliku (3). Najčešće kronične rane koje susrećemo su:

### Dekubitus

Dekubitusi su oštećenja kože i tkiva uzrokovana dugotrajnim stresom. Osim hipoksije, važnu ulogu u razvoju dekubitusa imaju i sile pritiska i smicanja koje dovode do oštećenja lokalnih krvnih i limfnih žila. Različite studije pokazale su da se dekubitus razvija nakon jednog do četiri sata pojačanog pritiska. Dekubitusi se najčešće nalaze na koštanim izbočinama, uglavnom u teško pokretnih i nepokretnih bolesnika, pa su česti u trećoj životnoj dobi. Čimbenici rizika za pojavu su smanjena pokretljivost, pothranjenost, oštećenje osjetila i smanjena perfuzija kože. Postoje četiri stadija dekubitusa. U prvom stadiju koža je intaktna, eritem je vidljiv i ne popušta pod pritiskom. U drugom stadiju koža je djelomično oštećena, pokazuje površinsku vlažnu eroziju. U trećoj fazi, masno tkivo je izloženo u cijeloj debljini kože. U ovoj fazi vidljivi su ulceri, obično sa žučkastim naslagama fibrina, mukoidnim iscjetkom ili eskarom. Postoje i dekubitusi koji su prekriveni eskarom ili naslagama te se stoga ne mogu svrstati ni u jedan od navedenih stadija jer se ne može utvrditi opseg oštećenja tkiva.



Slika 1. Stupnjevi dekubitusa

Izvor: [https://dermolex.com/wp-content/uploads/2021/02/felfekves\\_fazisai\\_szurke\\_GB-1024x415-1.jpg](https://dermolex.com/wp-content/uploads/2021/02/felfekves_fazisai_szurke_GB-1024x415-1.jpg), preuzeto 16.1.2023.

Na smanjenje incidencije dekubitusa utječu dobra informiranost i prihvaćanje smjernica dobre kliničke prakse (6-7). Liječenje dekubitalnih ulkusa složeno je i često zahtijeva suradnju kirurga, dermatoloških neurologa, dijetetičara, anesteziologa i drugog medicinskog osoblja koje skrbi o bolesniku (8). Uspoređujući incidenciju dekubitusa u ustanovama zdravstvene skrbi i ustanovama zdravstvene njege u kući, pokazalo se da je prevalencija dekubitusa u ustanovama zdravstvene njege u kući puno niža, približno 5%, u usporedbi s čak 85% u ustanovama zdravstvene zaštite (2).

### Dijabetičko stopalo

Godine 1996. bilo je 120 milijuna osoba oboljelih od dijabetesa, a očekuje se da će 2025. broj dosegnuti 250 milijuna. Dramatičan porast broja oboljelih posljedica je očekivanog životnog vijeka i nezdravih navika (loša prehrana, pretilost, nedostatak kretanja) (9). U Hrvatskoj oko 400 000 ljudi boluje od dijabetesa, od kojih 42% ne zna da ga ima (4). Ljudi s dijabetesom imaju 20 puta veći rizik od amputacije (10). Procjenjuje se da će 25% osoba s dijabetesom razviti dijabetičko stopalo s ulkusom, a 5-15% njih rezultat će amputacijom. Od ukupnog broja amputacija donjih ekstremiteta, 40-60% radi se u osoba sa šećernom bolešću, a najveći broj amputacija otpada na dijabetičko stopalo (3, 4). Gotovo svi pacijenti s vremenom dožive neku vrstu kožne promjene. Brojna istraživanja pokazala su da na nastanak dijabetičkog stopala najveći utjecaj imaju trajanje šećerne bolesti, neuropatija, deformiteti i ozljede stopala (žuljevi, kurje oči), te edemi i ishemija. Slobodno se može reći da je dijabetičko stopalo pojedinačno najvažnija među svim komplikacijama šećerne bolesti, a osobito sa zdravstveno-ekonomskog stajališta jer je uzrok značajnog morbiditeta, mortaliteta i golemih troškova (9-10).



Slika 2. Stupnjevi dijabetičkog stopala

Izvor: <https://www.brownbarron.com/images/blog/ulcer-grades-300x191.jpeg>, preuzeto 16.1.2023.

### Potkoljениčni vried (lat. *ulcus cruris*)

Najčešći su venski, a rjeđe arterijski i miješani potkoljениčni vriedovi (3). Venski ulkus najčešća je kronična rana uopće. Predstavlja veliki problem jer je liječenje dugotrajno, a rana često recidivira. Najčešće je lokaliziran na medijalnoj strani potkoljenice oko skočnog zgloba, no može biti lokaliziran i drugdje, često sa zahvaćenošću cijelog opsega potkoljenice. Uzrok njegova nastanka je povećan tlak u venama, odnosno zastoj krvi zbog venske tromboze ili oštećenja zalistaka. On je plitak, često prekriven fibrinom i nepravilnih je rubova (3). Uglavnom je bezbolan (7). Kod bolesnika s kroničnom venskom insuficijencijom, zbog sprečavanja venskih ulkusa, uz uzimanje vazoaktivnih lijekova od velike je važnosti kompresivna terapija (11).

Arterijski ulkus nastaje zbog perifernih arterijskih bolesti, a najčešće zbog ateroskleroze arterija nogu. Arterijski su ulkusi najčešće duboki s prisutnom nekrozom u dnu (2). Ovi su ulkusi najčešće smješteni na stopalu (dorzum i prsti), a okolna im je koža bez dlaka, blijeda i hladna. Periferni pulsevi slabo se ili uopće ne palpiraju. Najčešći simptom je bol koja se često javlja noću i smanjuje se nakon spuštanja nogu. U prevenciji arterijskog ulkusa bitno je povećanje periferne cirkulacije koju pacijent dobije povećanjem kondicije (11).



Slika 3. Stupnjevi ulcus cruris

Izvor: [https://www.zuhause-pflegen.de/-/media/zuhause-pflegen/2\\_photo/hilfe-bei-krankheit/cvi-gradeinteilung.jpg](https://www.zuhause-pflegen.de/-/media/zuhause-pflegen/2_photo/hilfe-bei-krankheit/cvi-gradeinteilung.jpg), preuzeto 16.1.2023.

## Opeklina

Nastaju kao posljedica djelovanja povišene temperature na tijelo, kemijskih elemenata, atomske energije i električne struje. Zdrav čovjek podnosi temperaturu do + 50 °C, a suhi zagrijani zrak do + 60 °C. Djelovanje topline na tkivo ovisi o visini temperature, vrsti izvora topline, dužini vremena koje djeluje na tkivo te o otpornosti tkiva (12). Opekline su otvorena rana, podložna velikim gubitcima tekućine i krvi te čini ulazna vrata infekciji u organizam (13).

## Obrada i previjanje kronične rane

Ispravno previjanje i čišćenje rana ključni su za adekvatnu njegu i zacjeljenje rane. Vrlo je važno da prilikom previjanja i čišćenja rane odredimo pravilnu tehniku previjanja, odaberemo odgovarajuće sredstvo za čišćenje rane i prikladno pokrijemo ranu. Tako štitimo ranu od onečišćenja iz okoline i mikroba, okolno tkivo od eksudata iz rane, osiguravamo optimalne uvjete za cijeljenje rane (vlaga, temperatura, pH, smanjeno mikrobno opterećenje rane) i pridonosimo poboljšanju kvalitete života pacijenata. Po osnovnim postupcima i principima asepse obloga se mora nanositi nježno i polako kako bi se bol smanjila na minimum. Kronične rane ne mogu se previti u 5 minuta. Za adekvatno previjanje i čišćenje rane i okolne kože potrebno je vrijeme i strpljenje, pa neka previjanja mogu trajati pola sata, ponekad i duže. Ne postoje stroga pravila o tome koliko često previjati ranu (14, 15).

U svim slučajevima, ranu treba previti kada eksudat iz rane dođe u kontakt s okolnim tkivom, jer taj kontakt može rezultirati maceracijom okolne kože. Rane također treba previti ranije nego inače ako se bol pojačava ili okolna koža pokazuje znakove infekcije. Povećana rana i neočekivana bol često su prvi simptomi infekcije rane. Kod previjanja koristimo dvije tehnike - aseptičnu (sterilnu) i čistu (16,17). Aseptička tehnika uključuje antisepsu kirurškog pranja ruku, nanošenje sterilnih zavoja ili obloga na rane sterilnim rukavicama i korištenje sterilnih instrumenata. Tehnika se smatra najboljom za pacijente s visokim rizikom od infekcije. Tehnike čišćenja uključuju odgovarajuće higijensko pranje ruku, čišćenje područja rane, korištenje jednokratnih rukavica i sterilnih instrumenata te sprečavanje izravne kontaminacije materijala i reagensa koji se koriste u postupcima previjanja.

Smatra se najboljom za dugotrajnu njegu kroničnih rana, previjanje u klinici i kod kuće te za pacijente koji nisu pod visokim rizikom od infekcije. Sve strane tvari treba isprati iz rane (ostaci pokrivača rane, bakterije i nekroza). Ako je potrebno, provodi se i ekscizija nekrotičnog tkiva. Za ispiranje se koristi sterilna fiziološka otopina (0,9% NaCl) koja je minimalno zagrijana na "sobnu temperaturu" (oko 23 °C). Idealna je uporaba tekućina za ispiranje rana zagrijane na tjelesnu temperaturu jer hladna otopina, osim što ranu drži otvorenom i tijekom previjanja, snižava temperaturu rane i time usporava sve procese cijeljenja rane (14). Ispiranje se vrši mehanički pod pritiskom, a za to je najbolje koristiti sterilnu štrcaljku. Za čišćenje rane koristi se sterilni kirurški instrument - pinceta ili pean – drži se smotuljak gaze i nanese sterilna otopina, čisteći kružnim pokretima od središta rane prema okolini, u nekoliko poteza.

Gaza kojom se čisti rana ne smije se koristiti za čišćenje okolnog područja rane, niti obrnuto, kako bi se spriječila kontaminacija rane mikroorganizmima i nečistoćama na okolnoj koži te širenje mikroorganizama iz rane u okolnu kožu. Područje oko rane također treba oprati, po mogućnosti toplom vodom i blagim sapunom. Nakon čišćenja dezinficira se okolna koža (eventualno preparatom na bazi alkohola) prije stavljanja odgovarajućeg pokrivala na ranu. Zatim se područje oko rane osuši sterilnom gazom i tretira odgovarajućom kremom ili masti kako bi se zaštitila koža od maceracije te očuvala njezina vlažnost i elastičnost. Za svaki prijetoj, rana je procijenjena prije nanošenja odgovarajuće obloge za vlažno cijeljenje rane. Rana se fotografira fotoaparatom i podatci se zabilježe u odgovarajuću dokumentaciju.

Pri čišćenju inficirane rane slijede se isti postupci kao i kod čišćenja "čiste" rane, ali je kod inficirane rane potreban dodatni postupak, a to je uporaba antiseptika. Nakon što se očisti, na ranu se nanese lokalni antiseptik i ostavi se određeno vrijeme (15 do 20 minuta) kako bi mogao djelovati. Nakon toga ranu je potrebno isprati sterilnom fiziološkom otopinom, očisti se područje oko rane i stavi se odgovarajući pokrivač/obloga za pospješivanje vlažnog cijeljenja rane. Lokalni antiseptici ne bi se trebali koristiti neselektivno zbog njihovog potencijala nepovoljnog utjecaja na proces cijeljenja rane. Razumno ih je koristiti samo kada postoje znakovi lokalizirane infekcije. Kada se lokalno stanje poboljša, antiseptik treba prekinuti. Ako unutar 10 do 14 dana od primjene dezinficijensa nema promjene u lokalnom stanju rane, preporučuje se prekinuti korištenje dezinficijensa i provjeriti ranu te način prijetoja (18-20).

Također, potreban je oprez kod korištenja 3% hidrogen peroksid za čišćenje rane. Nanosi se samo na inficirane rane s gnojnim eksudatom. Vodikov peroksid (plinoviti vodik – H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>) mehanički (pjeneći) uklanja nečistoće iz rane, čime se uništava novonastalo granulacijsko tkivo. Budući da se pokazalo da ima ograničena antimikrobna svojstva i da je citotoksičan za fibroblaste, njegova je primjena kontraindicirana kod rana bez gnojnog iscjetka ili krvarenja. Korištene zavoje, gaze i sl. potrebno je zamotati i staviti u posebne plastične vrećice te tretirati kao medicinski otpad. Ispranu tekućinu skupljati u poseban spremnik za biološki otpad. Nakon svakog oblačenja potrebno je skinuti zaštitnu masku i rukavice te oprati ruke. Adekvatna njega okolne kože jedan je od najvažnijih čimbenika previjanja rane (21). Osnovna načela njege kože moraju zadovoljiti tri osnovna kriterija: potpuno oprati i očistiti kožu, održavati fiziološku ravnotežu kože i zaštititi kožu od vanjskih oštećenja. Narušena zaštitna koža olakšava prodiranje štetnih tvari i mikroorganizama u kožu te izaziva imunološko-upalni odgovor (22). Svako previjanje zahtijeva dobro čišćenje okolne kože - pranje toplom vodom i neutralnim pH sapunom ili šamponom i pažljivo utrljavanje. Bore na koži, ako ih ima, moraju biti čiste i suhe, a mirise i dezodoranse treba izbjegavati (23,24). Dermatološke kozmetičke formulacije koje sadrže više aktivnih tvari premošćuju jaz između farmaceutskih i kozmetičkih proizvoda kada se nanose na okolnu kožu zato ih se izbjegava koristiti. Dehidracija kože može se nadoknaditi korištenjem hidratantnih krema, masnih i polumasnih krema ili emulzija vode u ulju. Ovi pripravci sadrže ureu koja obnavlja hidrolipidni sloj kože. Kako bi se zaštitila okolna koža od eksudata iz rane, mogu se

koristiti drugi modaliteti poput tekućih kopolimernih filmova i hidrokoloida koji čine fizičku barijeru između kože i potencijalnih iritansa. Ako su upalne promjene kože u perulcerativnom području jače, mogu biti potrebne lokalne kortikosteroidne kreme u razrijeđenom ili nerazrijeđenom obliku (25). Primjena topikalnih kortikosteroidnih pripravaka mora biti vremenski ograničena. Kortikosteroidna krema obično se koristi 7 dana (do 10 dana) prije prelaska na neutralni pripravak za kožu. Njega međufalangealnog prostora stopala također je vrlo važna za dijabetičare, jer čak i najmanja ozljeda ovog područja može omogućiti mikroorganizmima da uđu i razviju lokaliziranu infekciju. Ukoliko zdravstveni djelatnik nema dovoljno dermatološkog iskustva, na okolnu kožu može se staviti Belobaza s maslinovim uljem (10 %) koja se priprema u bilo kojoj ljekarni.

### Izbor odgovarajuće obloge za ranu

Važan preduvjet zacjeljenja je kvalitetna lokalna obrada rane. Mehanizam djelovanja modernih obloga temelji se na principima vlažnog cijeljenja rana. Na rani stvaraju vlažnu, okluzivnu podlogu koja ubrzava zacjeljivanje rane, smanjuje rizik od infekcije, olakšava čišćenje nekrotičnog tkiva te omogućuje pacijentu neinvazivne obloge i smanjenje boli u rani. Unatoč brojnim dokazanim prednostima, i dalje postoje predrasude prema ovom lokalnom liječenju. Da ne bi izostali rezultati, jedan od odgovora leži u potrebi dobrog razumijevanja same rane i obloga te pravilnog praćenja liječenja. Nikad se ne smije zaboraviti da je rana dio pacijenta, a lokalna terapija dio sistemske terapije i procjene cjelokupnog zdravstvenog stanja, prehrane, cirkulacije i kronične bolesti.

Prije nego se odlučimo za lokalnu terapiju, potrebno je evaluirati sljedeće elemente:

- opći status pacijenta – perfuzija tkiva, kardiovaskularne bolesti, dijabetes, uhranjenost...)
- stadij određene patologije (npr. CEAP klasifikacije venskog ulkusa, stadij dekubitusa i sl.)
- detaljna procjena rane (dubina, veličina, količina eksudata i stupanj čistoće) i faze cijeljenja
- vrste i mehanizmi djelovanja obloga te kako se primjenjuju
- kontrola provođenja lokalne terapije i praćenje tijeka liječenja.

Za početne dekubituse koriste se zaštitni filmovi i hidrokoloidne obloge. Ako je vrijed suh, potrebno je stvoriti vlažne uvjete uporabom hidrogelova. U slučaju srednje jake i jake eksudacije koriste se alginatne obloge, poliuretanske pjene i silikonske obloge. Kod sumnje na kritičnu kolonizaciju ili infekciju koriste se različite obloge s dodatkom srebra.

Obloga za rane koje omogućuje vlažno cijeljenje rana predstavljaju zlatni standard u liječenju kroničnih rana. Takve obloge pridonose bržem cijeljenju rana, smanjenju rizika od infekcija, udobnosti za pacijenta i financijsku isplativost.

Kod odabira obloge za ranu potrebno je napraviti dobru procjenu rane, procijeniti veličinu, dubinu, količinu sekrecije te vrstu sekreta te poznavati obloge što se odnosi na vrste obloga i njihovo djelovanje na ranu. Tako razlikujemo:

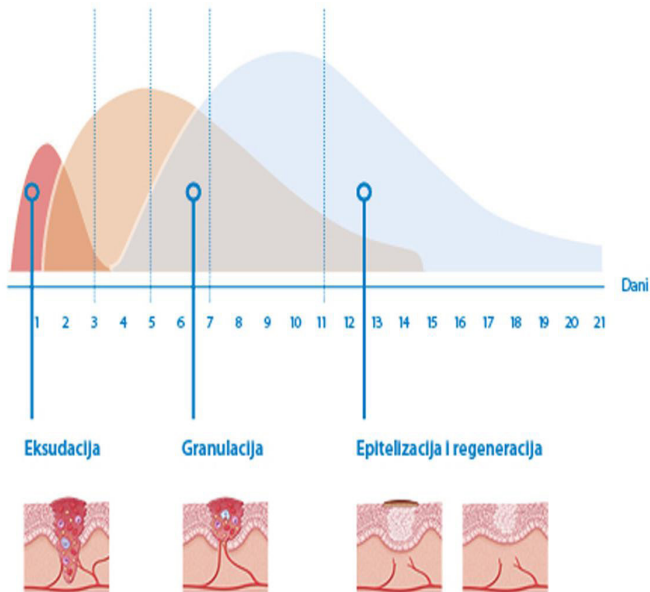
- Hidrokoloidne obloge
- Alginatne obloge
- Hidrofiber
- Poliuretanske obloge.

Hidrokoloidna obloga (**Granuflex®**) je jedina obloga koja u sebi sadrži tri hidrokoloida u jednoj oblozi (natrijkarboksimetilceluloza, želatin i pektin) te omogućuje dinamično i dugotrajno upijanje sekreta i tako produžuje vrijeme stajanja obloge na rani (26).

## Cijeljenje rane

Cilj kompletnog procesa cijeljenja rane je oštećeno tkivo nadomjestiti s vitalnim tkivom i na taj način ponovno uspostaviti kontinuitet kože. Za pravilno savjetovanje bolesnika i adekvatno liječenje važno je dobro poznavanje faza cijeljenja rane. U trenutku kada nastaje ozljeda počinje i cijeljenje rane. Cijeljenje rane dijeli se u nekoliko faza:

- Hemostaza (zaustavljanje krvarenja) – nastaje zbog kontrakcije krvnih žila te formiranja trombocitnog čepa i koagulacije.
- Upalna (inflamatorna) faza – može biti rana i kasna. Rana je kada nastaje 24 do 48 sati nakon ozljede te dolazi do formiranja granulocita, a iz rane se odstranjuju bakterije i strani sadržaj.
- Kasna faza javlja se 48 do 72 sata poslije ozljede i obilježava je umnožavanje limfocita i fagocita.
- Proliferativna faza – javlja se 5 do 7 dana nakon ozljede i traje prosječno 2 do 3 tjedna od nastanka ozljede. Čini ju nekoliko procesa: stvaranje granulacijskog tkiva, angiogeneza - nastajanje novih krvnih žila, kontrakcija – dolazi do skupljanja krajeva rane te epitelizacija kojoj je cilj rekonstrukcija zaštitne barijere kože.
- Faza remodelacije – konačna faza cijeljenja rane. Počinje 21. dan i traje do 1 godine nakon ozljede (27, 28).



Slika 4. Faze cijeljenja rane

Izvor: <https://www.oktal-pharma.hr/sites/www.oktal-pharma.hr/files/styles/original/public/images/graf.jpg?itok=6Jr5L7Cy>, preuzeto 16.1.2023.

Vrijeme cijeljenja rane može biti različito, a poremećaji u cijeljenju rane mogući su u bilo kojoj fazi. Poremećaji cijeljenja mogu biti izazvani zbog infekcija, slabe perfuzije tkiva, deficita u prehrani, neadekvatnih potpornih obloga za rane, uzimanja kortikosteroida i dr. Infekcija kože procese cijeljenja i rana tada ostaje u upalnoj fazi (27). Ne postoji sterilna kronična rana jer svaka kronična rana obiluje različitim bakterijama pa je uobičajeno uzimanje brisa rane tada sasvim beskorisno s obzirom da se uvijek dobije pozitivan nalaz. Taj nalaz ne pokazuje stvarno stanje i potrebu za liječenje antibioticima. Tek kod prisutnih znakova upale, kao što su temperatura, crvenilo i dr. te kada se utvrdi sama vrsta bakterije, može se efikasno započeti s primjenom antibiotika. Za uzimanje antibiograma šalje se uzorak isprane tekućine iz rane ili, bolja opcija je biopsija tkiva koja se, s upitom o količini bakterija, šalje na antibiogram. Pozitivnim nalazom smatra se onaj veći od  $10^5$ . Važno je uzeti hemokulturu kod povišene tjelesne temperature (2).

Na cijeljenje rane mogu utjecati četiri skupine čimbenika:

Čimbenici koji se odnose na bolesnika (npr. debljina, pothranjenost, dijabetes, stariji od 60 godina, smanjena pokretljivost, stres, depresija, loš ekonomski status, nezainteresiranost i nepridržavanje preporuka, pušenje, lijekovi, kao što su primjerice kortikosteroidi koji koče razvoj upale zbog protuupalnog djelovanja pa se ne može razviti upalna faza cijeljenja itd.)

Čimbenici koji se odnose na ranu (trajanje, dubina i veličina rane, dno rane – prisutstvo devitaliziranog tkiva: nekroze i fibrinskog tkiva, neadekvatna perfuzija i nutritivna opskrba, upala, infekcija, lokalizacija – primjerice blizina anusa povećava mogućnost kontaminacije rane ili pozicija rane koja otežava fiksiranje obloga)

## Znanje i iskustvo medicinskih djelatnika

Čimbenici koji se odnose na tretman (financijske mogućnosti, uvjeti rada, podrška osiguravateljskih kuća te dostupnost novih materijala itd.) (1, 25).

## Prikazi slučajeva

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

## Prikaz slučaja A

Obrađivana rana: **Ulcus decubitalis reg. coxae l. dex. et reg. sacralis sin.**

Pacijentica M.R 1934.god. boluje od Alzheimerove demencije, epilepsije, St. post CVI reg. occipitalis sin. te Hypotensio. Popis kronične terapije: Fresubin creme, Zoltex 1,0,0, Memantin 1,0,0, Roteas 0,1,0, Tulip 0,0,1, Folacin 1,0,0, Haldol 1,1,1, Lorsilan 0,0,1, Byol 1,0,0, Euthyrox 1,0,0.

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

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

Po dobroj procjeni rane, gdje se utvrdi da je prisutna srednja sekrecija, prisutnost fibrinskih naslaga te crvenilo okolne kože. U dogovoru s liječnikom na dekubituse se aplicira hidrokoloidna obloga tj. pristupa se metodi vlažnog cijeljenja rane uz primarnu oblogu hidrofibera s dodatkom dezinficijensa zbog prisutne sekrecije i infekcije rane. Rana je tretirana pomoću otopine Plivasepta® pjenušavog, fiziološke otopine (0,9% NaCl) te povremeno antiseptičkim sprejom (Octenisept®). Nakon prijevoja pacijentice infektivni otpad koji je nastao zbrine se prema pravilima.

Potrebno liječenje: ukloniti fibrinske naslage s rane, primijeniti odgovarajuće čišćenje rane i tretiranje okolne kože. Pratiti vitalne funkcije, krvne parametre, hidrirati pacijenticu, ukloniti pritisak odgovarajućim mjerama, davati ordiniranu terapiju te davati enteralne pripravke za učinkovitije cijeljenje rane.

S obzirom na to da je pacijentica zbog osnovne bolesti nekontaktibilna, educira se njezina kćer koja je preuzela skrb. Pacijentici je postavljena nazogastrična sonda u bolnici zbog disfagije, a kod kuće je dodatno educirana kćer o načinu hranjenja, davanja terapije te toaleti sonde i usne šupljine.



Slika 5. M.R. Stanje rane u 8 mj. 2022. [Izvor: autor]

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

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



Slika 6. M.R. Prikaz sekreta iz rane nakon promjene obloge koja je stajala na rani dva dana, 8 mj./2022. [Izvor: autor]



Slika 7. M.R. Stanje rane u 9 mj/2022. [Izvor: autor]

Rana se nakon mjesec dana bitno poboljšala, ali je još uvijek prisutna fibrinska naslaga. Ponavlja se toaleta rane i aplikaciju obloga.



Slika 8. M.R. Stanje rane u 10 mj./2022. [Izvor: autor]

Vidno poboljšanje rane.



Slika 9. M.R. Stanje rane u 12 mj./2022. [Izvor: autor]

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



Slika 10. M.R. Druga rana, stanje u 8 mj./2022. [Izvor: autor]

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

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

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



Slika 11. M.R. Stanje rane u 9 mj./2022. [Izvor: autor]

Promjena obloge koja je bila na rani dva dana.



Slika 12. M.R. Stanje rane u 11 mj./2022. [Izvor: autor]

Vidno čišća rana, sekrecija se smanjila te se broj prijevaja smanjio (2x tjedno).



Slika 13. M.R. Stanje rane u 12 mj./2022, prisutna hipergranulacija tkiva  
[Izvor: autor]



Slika 14. M.R. Prikazana rana s oblogom [Izvor: autor]

## Prikaz slučaja B

Obradivana rana: **Ulcus cruris lat. dex.**

Pacijentica J.D. 1936. god boluje od Esencijalne hipertenzije i Ulcus cruris lat. dex.

Ima Ulcus cruris 10 godina što spada u kroničnu ranu, prvih 5 godina prijevoju rane obavljala je u ambulanti opće medicine. U toku liječenja upotrebljavale su se različite obloge, ali rana je oscilirala od dobrog do znatnog pogoršanja. Zbog životne dobi i teže pokretljivosti pacijentice te otežanog adekvatnog prijevoja zbog potrebe tuširanja rane, pacijenticu se nastavlja previjati u kući.

Po dolasku u kuću pacijentice izvrši se inspekcija rane te uz dogovor s liječnikom odabere odgovarajuća obloga. Izvrši se uvid u terapiju koju uzima i provjeri da li terapiju uzima kao što je propisao liječnik. Kod uzimanja anamneze utvrdi se da pacijentica svoju terapiju uzima kao što je propisana, unos tekućine i hrane je zadovoljavajući, ali kretanje je ograničeno zbog bolova i teže pokretljivosti. Savjetovali smo češće promjene položaja i svakodnevne šetnje po kući i dvorištu. Preporučeno joj je da uzme analgetik kod pojave boli i nakon pola sata počne s aktivnosti.

Lijekovi koje uzima pacijentica su: Amlopin1,0,0, Gopten 1,0,0, Helex 0,0,1, Brufen 400 pp.

Vitalne funkcije kod pacijentice u granici su normale.

Liječnik je propisao DTP njega 6 tri puta tjedno. Previjanje kronične rane uz dobru njegu okolne kože, jedan je od preduvjeta koji se mora provoditi uz samo liječenje. Vrlo je važno da se kod prijevoja rane odlučimo za odgovarajuću tehniku previjanja i izbora odgovarajuće obloge. Kod prijevoja rane potrebno je pridržavati se osnovnih principa aseptičnosti. Kod samog akta previjanja potrebno je biti maksimalno pažljiv zbog pojave boli i mogućih oštećenja kože.

Kod pacijentice pristupamo autolitičkom debridmanu rane uporabom hidrokoloidne obloge, a primarno se aplicira obloga Hydrofiber Ag.

Toaleta rane vrši se fiziološkom otopinom (0,9 % NaCl) koja mora biti oko 23 °C, 1x tj. kupka s Plivaseptom® pjenušavim. Pravilnim previjanjem rane osigurava se adekvatno lokalno liječenje kronične rane. Po završetku prijevoja pacijentice infektivni otpad zbrine se prema pravilima.

Nakon 2 mjeseca više nije potrebna primarna obloga, rana ima minimalnu sekreciju i fibrin s rane se očistio.



Slika 15. J.D. Stanje rane u 10. mj/2022. [Izvor: autor]



Slika 16. J.D. Stanje rane u 10. mj/2022. [Izvor: autor]



Slika 17. J.D. Stanje rane u 11 mj./2022. [Izvor: autor]



Slika 18. J.D. Stanje rane u 11 mj./2022. [Izvor: autor]



Slika 19. J.D. Stanje rane u 1mj. /2023. [Izvor: autor]

Vidno poboljšanje rane, sekrecija minimalna te je rana plića. Nastavlja se s primjenom hidrokoloidne obloge.

### Prikaz slučaja C

Obradivana rana: **Ulcus cruris lat. dex.**

Pacijentica Š.S. 1950. god boluje od Diabetes mellitus ad insulinoindependens, Depressio, Esencijalne hipertenzije, Fibrilacije atrijske, Insufficientie venosa periferacija. Terapija koju uzima: Concor 5mg 1,0,0, Pinox 10mg 1,0,0, Valsacombi 1,0,0, Xarelto 0,1,0, Normabel 0,1,0, Lasix 1,0,0 SDD uz Kalinor ½ tbl., Misar 1,0,1, Moxaviv 0,4mg 0,0,17h, Doreta pp, NovoRapid otopina za inj, FlexPen 3ml 8,8,8 I.J..

Ulcus cruris prisutan je od 06/22. Prijevoju je obavljala u ambulanti opće medicine, a od 09/22 pacijentica ima propisanu zdravstvenu njegu u kući 3 puta tjedno od strane obiteljskog liječnika.

Kod dolaska u kuću pacijentice izvrši se inspekcija rane te u dogovoru s obiteljskim liječnikom izabere odgovarajuća obloga. Također se dobije uvid u propisanu terapiju i ustanovi da dobro i redovito uzima svoju propisanu terapiju. Vitalne funkcije i glukoza su u granici normale. Pacijentica je dugogodišnji dijabetičar pa je upoznata s načinom prehrane i samokontrolom GUK-a pomoću glukometra.

Vrši se toaleta rane s fiziološkom otopinom (0,9% NaCl), jedanput tjedno tuširanje rane, vodi se briga o okolnoj koži koja je dosta iritirana, primjenjuje se kortikosteroidna mast kroz 5 dana po uputi liječnika, potom se nastavlja mazati okolna koža hranjivom kremom. Okolna koža mehanički se čisti i skidaju se naslage vrlo pažljivo zbog prisutne boli te osjetljivosti kože.

Rana se tretira i Debrisoftom®, što se pokazalo vrlo učinkovito. Važno je napomenuti da je pacijentica razvila alergijsku reakciju na srebro (obloga sa srebrom se aplicirala u ambulanti opće medicine gdje je njezina liječnica uočila problem te potom prekinula korištene obloge), pa je daljnja obloga izbora za pacijenticu bila hidrokoloid sa hidrogelom. Nakon određenog vremena uvida se bitno poboljšanje, minimalna sekrecija, postupno čišćenje fibrinskih naslaga. Okolna koža bila je mirna, bez crvenila te tretirana hranjivom kremom. Kod aplikacije hranjivih krema potrebno je obratiti pozornost da se prvo stavi obloga koja je ljepljiva (Granuflex®), a potom se aplicira krema na okolnu kožu. Nakon prijetoja rane, infektivni otpad se zbrinjava prema pravilima. Pacijentici je preporučena enteralna priprava u svrhu pomoći u bržem zacjeljivanju rana.



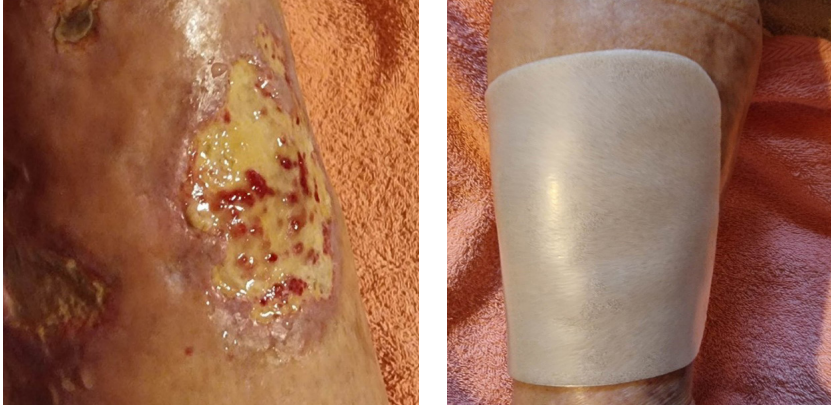
Slika 20. Š.S. Stanje rane u 9 mj./2022. [Izvor: autor]

Rana sa srednjom sekrecijom, prisutnost fibrinskih naslaga, a pacijentica ima više manjih rana na području lijeve potkoljenice.



Slika 21. Š.S. Stanje rane u 10 mj./2022. [Izvor: autor]

Vidi se da se fibrin s rane postupno čisti, okolna koža mirna.



Slika 22. Š.S. Stanje rane u 12 mj./2022., faza eksudacije [Izvor: autor]



Slika 23. Š.S. Stanje rane u 1 mj./2023., faza epitelizacije [Izvor: autor]

Vidimo da na većoj rani je prisutna granulacija.



Slika 24. Š.S. Stanje rane u 1 mj./2023. [Izvor: autor]

## Zaključak

Liječenje i previjanje kronične rane dugotrajno je, zahtijeva puno strpljenja te suradnju bolesnika, liječnika, medicinske sestre i bolesnikove obitelji. Edukacija medicinskog osoblja, kao i bolesnika i njegove obitelji od velike je važnosti u cijeljenju i liječenju kronične rane. Bolesnika je potrebno upoznati s liječenjem, kao i sa svim postupcima koje mora i može učiniti sam, ili uz pomoć obitelji u cilju napredovanja liječenja. Svaka kronična rana koja ima potencijal cijeljenja i za koju se očekuje da može zarasti ako je adekvatno tretirana i ako su postupci u tijeku liječenja bili primjenjivani po svim pravilima dobre kliničke prakse, uz ciljano liječenje osnovne bolesti koja je uzrok nastanka kronične rane, mora u konačnici dovesti do zacjeljenja rane.

Medicinske sestre iz zdravstvene njege u kući moraju posjedovati dodatna znanja i vještine te imati iskustva u tretiranju kroničnih rana. Tečajevi i dodatne edukacije uvelike pomažu u radu sestre. Medicinska sestra mora biti u korak s novim informacijama u liječenju kroničnih rana, a obloge za rane koje omogućuju vlažno cijeljenje rana predstavljaju zlatni standard u liječenju kroničnih rana. Takve obloge doprinose bržem cijeljenju rana, udobnosti pacijenta, smanjuju rizik od infekcija te su financijski isplative.

## Literatura

1. A Brief History of Wound Healing. Oxford clinical communications. Yardley, PA. Ortho McNeil Pharmaceuticals and Janssen-Cilag; 1998.
2. Hančević J, Antoljak T. i sur. Rana. Zagreb: Naklada Slap; 2000.
3. Huljev D. Kirurgija, rani je potreban kisik. Vaše zdravlje, vodič za zdraviji život. Broj 93, 2014.
4. Šitum M, Kolić M, Redžepi G, Antolić S. Kronične rane kao javnozdravstveni problem. Acta Med Croatica. Zagreb: 2014; (Supl. 1) 68:5-7.
5. Soldo-Belić A, Bulat V, Rajačić N, Tunuković S. Kronična rana – zdravstveni, socijalni i ekonomski problem. U: Šitum M, Soldo-Belić A, ur. Kronične rane. Zagreb: Naklada Slap, 2006. 9-17.
6. Sedmak D, Vrhovec M, Huljev D. Prevencija tlačnog vrijeda, Acta Med Croatica, 67 (Supl.1). 2013; 29-34
7. Kaddourah B, Abu-Shaken AK, Al-Tannir M. Knowledge and attitudes of health professionals towards pressure ulcers at a rehabilitation hospital: a cross-sectional study. BMC Nurs. 2016;15:17.
8. Šitum M. i sur. Dermatologija treće životne dobi. Zagreb: Medicinska naklada; 2017.
9. Hančević J, Coce F, Božikov V. Dijabetičko stopalo. Zagreb: Medicinska naklada; 2002.
10. Trautner C, Haastert B, Gianì G, Berger M. Amputations and diabetes. A case-control study. Diabet Med. 2002;19:35-40.
11. Kučičec–Tepeš N, Antolić S. Prepoznavanje i liječenje infekcije kronične rane, Acta Med Croatica 68, (Supl. 1). 2014; 51-57.
12. Kalauz S, Sudar Š. Kirurški i psihosocijalni aspekti zbrinjavanja u suvremenom ratu. Zagreb: Alfa; 1991.
13. Lovrić Z. Traumatologija: za studente Zdravstvenog veleučilišta. Zagreb: Školska knjiga; 2008.
14. Vasiljić M. Previjanje i čišćenje rane. U: Huljev D. ur. Hronična rana. Banja Luka: Univerzitet Apeiron, 2013, 275-80.
15. Grgurić B. Osnovni principi asepse i antiseptike. Acta Med Croatica 2009; 63: 97-8.
16. Pegram A, Bloomfield J. Wound care: principles of aseptic technique. Ment Health Pract 2010; 14: 14–8.
17. Rowley S, Clare S, Macqueen S, Molyneux R. ANTT v2: an updated practice framework for aseptic technique. Br J Nurs 2010; 19: 511.
18. Aziz AM. Variations in aseptic technique and implications for infection control. Br J Nurs 2009; 18: 26-31.
19. Stotts NA. Wound Infection: Diagnosis and Management. U: Bryant R, Nix D, ur. Acute&-Chronic Wounds: Current Management Concepts. 4th ed. St. Louis, MO: Elsevier Mosby; 2012, 270-8.
20. Triller C, Huljev D, Smrke DM. Primjena suvremenih obloga u liječenju kroničnih rana. Acta Med Croatica 2012; 66: 65-70.
21. Vasiljić M. Njega okolne kože. U: Huljev D. ur. Hronična rana. Banja Luka: Univerzitet Apeiron, 2013, 367-74.
22. Grubauer G, Feingold KR, Harris RM, Elias PM. Lipid content and lipid type as determinants of the epidermal permeability barrier. J Lipid Res 1989; 30: 89-96.
23. Marinović Kulišić S, Lipozenčić J. Uloga neutralnih pripravaka u njezi okolne kože venskog vrijeda. Acta Med Croatica 2011; 65: 41-5.
24. Nola, V. Pus, J. Jakić Budišić. Njega okolne kože vrijeda. Acta Med Croatica 2009; 63: 99-103.
25. Lawton S, Langøen A. Assessing and managing vulnerable periwound skin. World Wide Wounds 2009. Dostupno na: [www.worldwidewounds.com/2009/October/Lawton-Langoen/vulnerable-skin-2-utf8.html](http://www.worldwidewounds.com/2009/October/Lawton-Langoen/vulnerable-skin-2-utf8.html) Datum pristupa informaciji: 16.1.2023.
26. Stoma Medical, dostupno na: <https://stoma-medical.hr/proizvodi/skrb-rane/granuflex/>, pristupljeno 19.1.2023
27. Huljev D, Prepreke u cijeljenju rane, Acta Med Croatica, 67 (Supl. 1) 2013;5-10.
28. Thomas Hess C. Wound Care. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. 2005.

# ISTRAŽIVANJE UČESTALOSTI I METODA LIJEČENJA KRONIČNIH RANA KORISNIKA USTANOVE ZA ZDRAVSTVENU NJEGU LEKIĆ

*Danijela Sopić, bacc. med. techn.*

*Vesna Sertić, dipl. med. techn., viši predavač*

## SAŽETAK

Oštećenje integriteta kože prekid je anatomskeg i funkcionalnog dijela kože ili tkiva pri čemu nastaje rana. Ona može nastati kao posljedica dugotrajnog djelovanja određene kronične bolesti, kao što je diabetes mellitus ili arterijska hipertenzija, a ukoliko ne cijeli 6-8 tjedana smatra se kroničnom. U skrbi za bolesnika s oštećenim integritetom kože sudjeluje niz zdravstvenih djelatnika različitih specijalnosti i razina zdravstvene zaštite koji čine multidisciplinarni tim. On utječe na tijek i ishod liječenja te kvalitetu života bolesnika s obzirom na čestu prisutnost više različitih komorbiditeta. Važan član tima, koji je gotovo u svakodnevnom kontaktu s korisnikom, je medicinska sestra/tehničar zdravstvene njege u kući. Ona kao zdravstveni profesionalac, prema holističkim principima i kvalitetnom suradnjom s liječnikom obiteljske medicine i liječnicima drugih specijalnosti, patronažnom službom i obitelji korisnika, pruža kontinuiranu zdravstvenu skrb u kući korisnika. Kako bi zdravstvena skrb bila uspješno evaluirana potrebna je kvalitetna procjena stanja bolesnika, pravodobno djelovanje u okviru kompetencija, timski rad, prilagodba uvjeta u kući, poznavanje i opskrbljenost materijalima potrebnim za previjanje rane te trajna edukacija medicinskih sestara/tehničara od strane stručnjaka koji se bave problematikom rana. Važan zadatak medicinske sestre/tehničara je provesti edukaciju obitelji o metodama liječenja, pravilnoj prehrani i okolinskim faktorima koji doprinose cijeljenju dekubitusa, venskog ili arterijskog ulkusa te dijabetičkog stopala kao najčešćih vrsta kroničnih rana koje se susreću u kući bolesnika.

Za potrebe rada provedeno je istraživanje čiji je cilj bio utvrditi učestalost kroničnih rana korisnika Ustanove za zdravstvenu njegu Lekić i metode liječenja koje medicinske sestre/tehničari svakodnevno koriste u praktičnom radu na temelju vlastitog znanja i iskustva.

**Ključne riječi:** integritet kože, kronična rana, zdravstvena njega u kući, medicinska sestra/tehničar, multidisciplinarni tim

## Uvod

Zanimanje za ranu staro je koliko i čovječanstvo te je ona često bila predmetom mnogih istraživanja, pa tako i ovog rada. Pokušaji njezinog zbrinjavanja i liječenja mogu se pronaći od najstarijih medicinskih zapisa pa sve do danas. Sredstva ranjavanja tijekom povijesti su se mijenjala, no fiziološke i patološke značajke ostale su iste. Pristup liječenju i zbrinjavanju rana mijenjao se u skladu sa razvojem medicinskih spoznaja, a mjerilo napretka bilo je smanjivanje broja amputacija, sepse i smrtnog ishoda. Zahvaljujući napretku znanosti; imunologije, mikrobiologije i histologije, razvijaju se nove spoznaje i brojne teorije koje podržavaju stav da je osnovni cilj liječenja rane očuvanje i potpomaganje fizioloških procesa uz što manji invaliditet i što brži povratak u normalni život. Liječenje kroničnih rana danas, zbog golemih troškova dovodi do velikog opterećenja zdravstvenih fondova, te predstavlja značajan javnozdravstveni problem svih zemalja svijeta [1].

## Razrada teme

Medicinske sestre/tehničari u kući se bolesnika najčešće susreću s kroničnim ranama, dok su akutne rane najčešće zbrinute u ambulanti ili bolnici. Najčešće kronične rane koje se zbrinjavaju u kući korisnika su dekubitus, venski i arterijski ulkus te dijabetičko stopalo. Dekubitus je lokalno oštećenje kože ili potkožnog tkiva nastalo zbog sile pritiska, sila smicanja ili trenja, odnosno njihovom kombinacijom. Kategorizira se u četiri osnovna stupnja te prema NPUAP-u (*National Pressure Ulcer Advisory Panel*) u dva dodatna; neklasificirani stupanj i suspektna lezija [1]. Procjena vjerojatnosti nastanka dekubitusa vrši se pomoću nekoliko skala za procjenu (Knoll, Norton, Braden), koje omogućuju detaljno praćenje stanja pacijenta te olakšavaju komunikaciju unutar zdravstvenog tima. Venski ulkus najteža je manifestacija kronične venske insuficijencije, a praćen je osjećajem težine, trnaca, boli, svrbeža i topline u nogama dok je koža oko rane tanka, sjajna i hiperpigmentirana uz obilnu sekreciju. Arterijski ulkus je izazvan aterosklerotskim promjenama arterija nogu čime je spriječen normalan protok krvi. Specifična pojava koja ga prati je intermitentna klaudikacija pri aktivnosti koja nestaje nakon kratkog odmora i bol u mirovanju koja je izražena osobito noću. Za razliku od venskog ulkusa rubovi su jasni i pravilni, dno je blijedo, bez granulacija, a sekrecija je minimalna. Dijabetičko stopalo je komplikacija šećerne bolesti koja nastaje kao posljedica dugotrajnih metaboličkih poremećaja. Karakterizira ga razvoj periferne neuropatije, slaba cirkulacija te povećana sklonost infekciji. Izgled dna rane ovisi o stanju cirkulacije, a ono može biti ružičasto crveno ili smeđe crno, rubovi su uzdignuti te često prekiriveni hiperkeratozama [2]. Kronična rana uvelike utječe na kvalitetu života bolesnika te je veliki socioekonomski problem današnjeg društva, zbog toga je ključno da provođenje zdravstvene njege u kući bude kvalitetno i stručno, uz dobro educiran tim medicinskih sestara/tehničara kako bi doprinos boljem tijeku cijeljenja rana te prevenciji istih bio veći.

## Istraživanje

**Cilj istraživanja.** Cilj istraživanja bio je ispitati učestalost kroničnih rana korisnika Ustanove za zdravstvenu njegu Lekić te metode liječenja koje medicinske sestre/tehničari zaposlenici Ustanove koriste u svojem radu.

**Ispitanici.** Istraživanje je provedeno na ciljanoj uzorku od 28 medicinskih sestara/tehničara zaposlenih u djelatnosti zdravstvene njege u kući u razdoblju od 03. do 30. travnja 2021. godine putem anketnog upitnika aktivnog na internetu u navedenom vremenskom periodu.

**Metode.** Za statističku analizu korišten je anketni upitnik izrađen u programu Google obrasci koji je sadržavao ukupno 20 pitanja otvorenog i zatvorenog tipa te višestrukog izbora. Odgovaranje na pitanja bilo je anonimno i dobrovoljno. Pitanja su bila podijeljena u tri skupine; **Socio-demografski podaci, Učestalost kroničnih rana i Metode liječenja kroničnih rana.** Predviđeno vrijeme za rješavanje anketnog upitnika bilo je oko 10 minuta.

**Etička načela.** Prije provođenja istraživanja zatražena je pisana suglasnost Ustanove za zdravstvenu njegu Lekić, 25. ožujka 2021. godine.

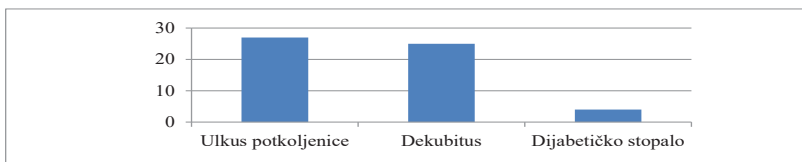
## Rezultati

U nastavku su navedeni te grafički prikazani najrelevantniji rezultati istraživanja.

### Socio-demografski podaci

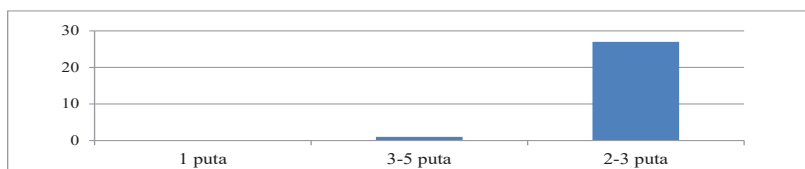
U istraživanju je sudjelovalo 28 sudionika. Najviše sudionika bilo je životne dobi od 21 do 30 godina, njih 12 (42,9%). S obzirom na spol, više je bilo žena, njih 27 (96,4%), a jedan sudionik bio je muškog spola (3,6%) te je najveći broj sudionika imao je srednju stručnu spremu.

### Učestalost kroničnih rana



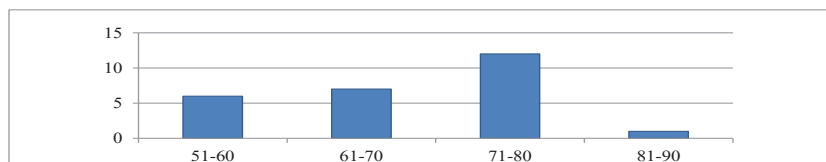
Grafikon 4.21. Najčešće tretirana kronična rana u kući bolesnika

U odgovorima na pitanje **Najčešće kronične rane koje tretirate u kući bolesnika su...** sudionici su mogli odabrati više odgovora. odgovorilo je njih 28. Ulkus potkoljenice (venski ili arterijski) tretiralo je 27 (96,4%) sudionika, dekubitus 25 sudionika (89,3%) i dijabetičko stopalo 4 sudionika (14,3%).



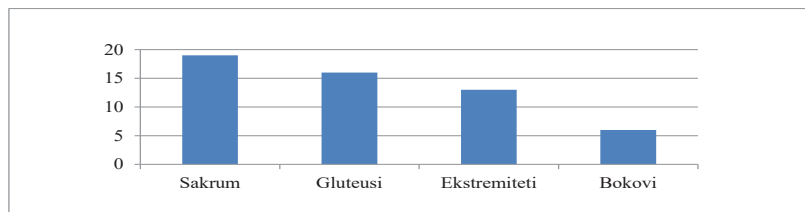
Grafikon 4.2.2. Prikaz učestalosti prijave kroničnih rana na tjednoj razini

U odgovorima na pitanje **Koliko često vršite prijave kronične rane na tjednoj razini?** sudionici su mogli odabrati jedan odgovor. Odgovorilo je njih 28. 27 (96,4%) sudionika takve rane previjalo je 2-3 puta tjedno, dok je 1 (3,6%) sudionik previjao 3-5 puta tjedno. Odgovora da se takve rane previjaju jednom tjedno nije bilo.



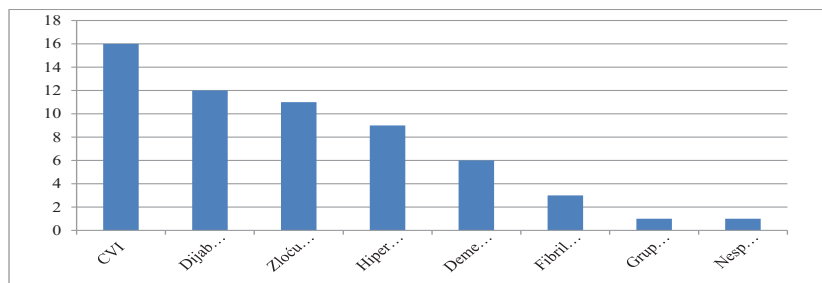
Grafikon 4.2.3. Životna dob najmlađeg pacijenta s venskim ulkusom

Na pitanje **Koliko godina ima trenutno vaš najmlađi pacijent s venskim ulkusom?** odgovorilo je 26 sudionika. Odgovori su podijeljeni u dobne razrede 51-90 godina. Za dobni razred 51-60 godina odlučilo se 6 sudionika (23,2%) od kojih je dobiven odgovor da najmlađi pacijent s venskim ulkusom ima 52 godine, za dobni razred 61-70 godina odlučilo se 7 sudionika (26,9%), za dobni razred 71-80 godina 12 sudionika (46,1%), a za dobni razred 81-90 godina 1 sudionik (3,8%).



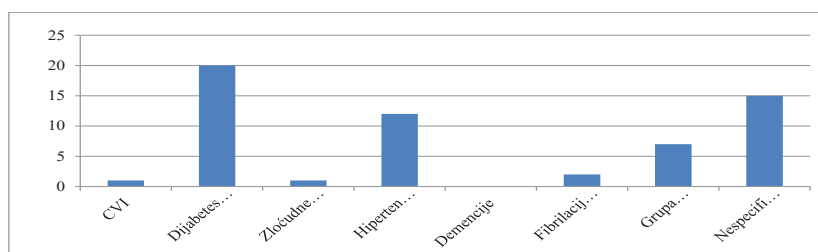
Grafikon 4.2.4. Zastupljenost dekubitalnog ulkusa s obzirom na predilekcijska područja

Na pitanje ***Dekubitalni ulkusi koje tretirate u kući bolesnika najčešće su prisutni na...***, sudionici su mogli dati više odgovora. Da je dekubitalni ulkus najzastupljeniji na sakrumu odgovorilo je 19 ispitanika (67,9%), na gluteusima 16 ispitanika (57,1%), na ekstremitetima 13 ispitanika (46,4%), a na bokovima 6 ispitanika (21,4%).



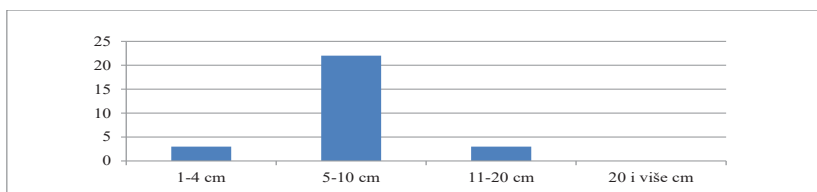
Grafikon 4.2.5. Vodeća medicinska dijagnoza prisutna kod korisnika sa dekubitalnim ulkusom

Na sljedeća pitanja bilo je moguće dati više odgovora. Odgovorilo je 28 sudionika. Da je kod korisnika s dekubitalnim ulkusom kao medicinska dijagnoza najčešće prisutan CVI odgovorilo je 16 sudionika (57,1%), slijedi dijabetes mellitus sa 12 odgovora (42,8%), zatim zloćudne novotvorine sa 11 odgovora (39,2%), hipertenzija sa 9 odgovora (32,1%), demencija sa 6 (21,43%), fibrilacija atrijsa sa 3 (10,71%), grupa čireva kože i zagnojni čir sa 1 (3,5%) odgovorom te nespecificirane bolesti krvnih žila također sa 1 (3,5%) odgovorom.



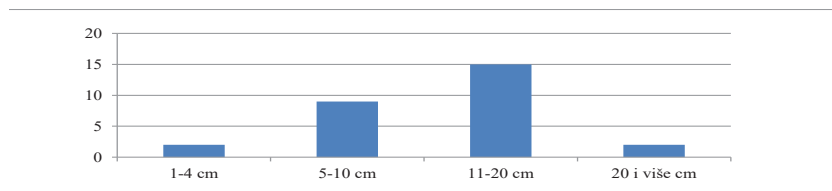
Grafikon 4.2.6. Vodeća medicinska dijagnoza prisutna kod korisnika sa ulkusom potkoljenice

Da je kod korisnika s ulkusom potkoljenice kao medicinska dijagnoza najčešće prisutan dijabetes mellitus odgovorilo je 20 sudionika (71,4%). Slijede nespecificirane bolesti krvnih žila sa 15 odgovora (53,5%), hipertenzija sa 12 odgovora (42,8%), grupa čireva kože i zagnojni čir sa 7 odgovora (25,0%), fibrilacija atrijsa sa 2 (7,1%), CVI sa 1 odgovorom (3,5%) te zloćudne novotvorine sa 1 odgovorom (3,5%).



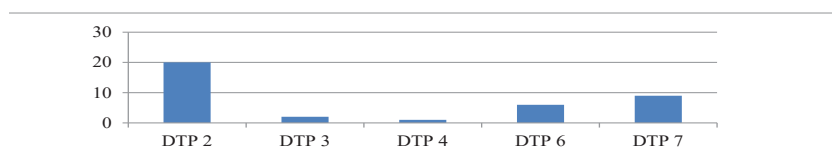
Grafikon 4.2.7. Najčešća veličina rane korisnika s dekubitalnim ulkusom

Sudionici su mogli odgovoriti sa jednim odgovorom. Odgovorilo je njih 26. Najveći broj sudionika odgovorio je da je kod korisnika sa dekubitalnim ulkusom najčešća veličina rane 5-10 cm, njih 78,5% (22). Da su rane veličine 11-12 cm odgovorilo je 7,1% sudionika (2), a da su veličine 1-4 cm 7,1% (2). Odgovora 20 cm i više nije bilo.



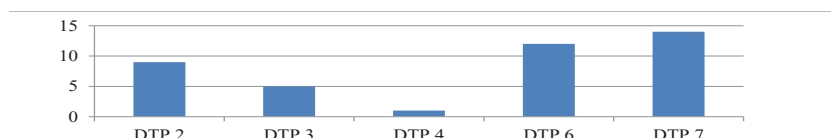
Grafikon 4.2.8. Najčešća veličina rane korisnika s ulkusom potkoljenice

Najčešća veličina rane kod korisnika s ulkusom potkoljenice za 53,5% ispitanika (15) bila je 11-20 cm, 32,1% (9) odgovorilo je da je veličina rane njihovih pacijenata 5-10 cm dok je 7,1% (2) odgovorilo da su one veličine 1-4 cm. Da su rane veličine 20 cm i više odgovorilo je 7,1% sudionika.



Grafikon 4.2.9. Najčešće propisivani DTP postupak kod korisnika s dekubitalnim ulkusom

Sudionici su mogli odabrati više odgovora. Odgovorilo je njih 28. Da korisnicima s dekubitalnim ulkusom liječnik najčešće pripisuje DTP 2 odgovorilo je 71,4% sudionika (20), DTP 7 32,1% sudionika (9), DTP 6, 21,4% (6), DTP 3, 7,1% sudionika (2) i DTP 4, 3,5% ispitanika (1).



Grafikon 4.2.10. Najčešće propisivani DTP postupak kod korisnika s ulkusom potkoljenice

DTP 7 je bio najčešći propisivani dijagnostičko-terapijski postupak kod korisnika s ulkusom potkoljenice, što je odgovorilo 50% ispitanika (14). Slijedio ga je DTP 6 sa 42,8% (12), DTP 2 sa 32,1% (9), DTP 3 sa 17,8% (5) i DTP 4 s 3,5% (1).

## Metode liječenja kroničnih rana

Tablica 4.3.1. Najčešće korištene metode u liječenju kroničnih rana

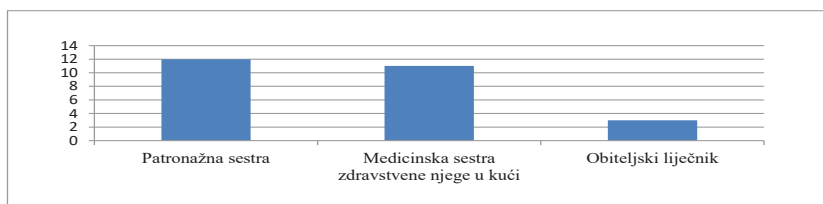
Proizvod za čišćenje rane	Broj (%) sudionika
Lokalni antiseptik (Octenisept®)	27 (96,4%)
Tuširanje rane	26 (92,9%)
Fiziološka otopina	25 (89,3%)
Preparat za zaštitu i njegu kože	12 (42,9%)
Obloge od fiziološke otopine	3 (10,7%)
Suvremene obloge	1 (3,6%)

U odgovorima na pitanje **Što od ponuđenog najčešće koristite u tretiranju rane?** sudionici su mogli odabrati više odgovora, odgovorilo je njih 28. Najviše sudionika u tretiranju kronične rane koristilo je lokalni antiseptik, njih 96,4%, ostali podaci prikazani su u tablici 4.3.1.

Tablica 4.3.2. Najčešće korištene suvremene obloge u liječenju kroničnih rana

Suvremene obloge	Broj (%) sudionika
Hidrofiber (Aquacel Ag®, Aquacel Extra®)	28 (100%)
Poliuretanska pjena (Aquacel Foam®, Mepilex®, Reno Foam®)	24 (85,7%)
Hidrokoloidni gel i pasta (Granugel®, Renocare pasta®)	23 (82,1%)
Hidrokoloidne obloge (Granuflex®, Suprasorb H®)	18 (64,3%)
Alginat (Kaltostat®, Suprasorb A®)	4 (14,3%)
Obloge s dodacima (ugljen, jod, med)	3 (10,7%)

U odgovorima na pitanje *Koje suvremene obloge najčešće koristite u tretiranju kronične rane?* sudionici su imali mogućnost odabrati više odgovora. Odgovorilo je njih 28. Svi sudionici (100%) u tretiranju kronične rane koristili su hidrofiber obloge. Ostali podaci prikazani su u tablici 4.3.2.



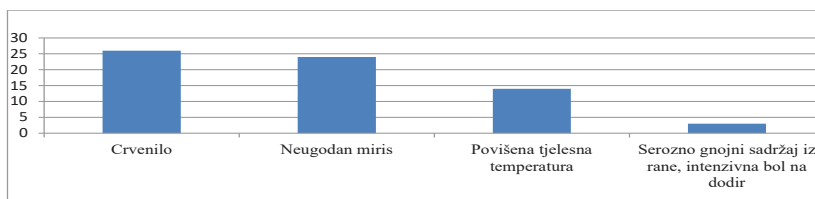
Grafikon 4.3.3. Najčešći vršitelj procjene kronične rane u kući korisnika

U odgovorima na pitanje *Tko najčešće obavlja procjenu rane u kući korisnika?* sudionici su mogli dati samo jedan odgovor. Na pitanje je odgovorilo 26 sudionika. Da procjenu rane u kući korisnika obavlja patronažna sestra odgovorilo je 46,2% sudionika (12), slijedi medicinska sestra zdravstvene njege u kući sa 42,3% (11) te obiteljski liječnik sa 11,5% (3).

Tablica 4.3.4. Najčešće prepoznata komplikacija kronične rane

Odgovori sudionika	Broj (%) sudionika
Infekcija, stvaranje biofilma, fibrina i neugodan miris	17 (60,7%)
Gangrena, sepsa	7 (25%)
Amputacija	6 (21,4%)
Povećanje promjera i dubine rane	3 (10,7%)
Nekroza	2 (7,1%)
Maceracija okoline kože	2 (7,1%)
Tolerancija na analgetike	1 (3,5%)
Inkomodacija sna i dnevnih aktivnosti	1 (3,5%)
Krvarenje	1 (3,5%)
Smanjenje pokretljivosti	1 (3,5%)
Recidiv	1 (3,5%)

U odgovorima na pitanje koju komplikaciju kronične rane medicinske sestre/tehničari prepoznaju kao najčešću, sudionici su mogli navesti više odgovora. Odgovorilo je njih 28. Najčešća prepoznata komplikacija bila je infekcija rane, što je odgovorilo 17 (60,7%) sudionika. Ostali podaci prikazani su u tablici 4.3.4.



Grafikon 4.3.5. Najčešće prepoznati simptom infekcije kronične rane

U odgovorima na pitanje **Koje simptome infekcije kronične rane ste prepoznali ukoliko se razvila infekcija kod korisnika?** sudionici su mogli odgovoriti sa više odgovora. Odgovorilo je njih 28. Povišena tjelesna temperatura prepoznata je od strane 53,8% sudionika (14), crvenilo kod 100% sudionika (28), neugodan miris kod 92,3% sudionika (24), serozno gnojni sadržaj iz rane i intenzivna bol na dodir okoline rane kod 11,5% sudionika (3).

Tablica 4.3.6. Najčešće preporučane namjernice za brže cijeljenje kronične rane

Preporučena namjernica	Broj (%) sudionika
Mlijeko, jaja i riba	23 (82,1%)
Orasi, bademi	15 (53,6%)
Govedina	14 (50%)
Šipak, crni ribiz, ananas	11 (39,3%)
Kurkuma, čili	9 (32,1%)
Med	9 (32,1%)
Kupus	4 (14,3%)

U odgovorima na pitanje **Koje od navedenih namjernica biste preporučili bolesniku za brže cijeljenje kronične rane?** sudionici su mogli odabrati više odgovora. Odgovorilo je njih 28. Najviše sudionika preporučilo bi mlijeko, jaja i ribu, njih 82,1% (23). Ostali podaci vidljivi su u tablici 4.3.6.

## Rasprava

U odgovorima na pitanje **Koje su najčešće kronične rane koje tretirate u kući bolesnika?** najviše sudionika odgovorilo je da je to ulkus potkoljenice (venski ili arterijski) sa 96,4%, a slijedi ga dekubitalni ulkus sa 89,3%, dok dijabetičko stopalo sudionici u svojem praktičnom radu najmanje susreću, samo 14,3%. S obzirom na rezultate ulkus potkoljenice je najčešći tip kronične rane u ovom istraživanju što se može povezati sa činjenicom da učestalost ulkusa potkoljenice značajno raste sa starenjem populacije [2]. Istraživanje koje su 1998.

proveli Callam i suradnici ispitivalo je i utjecaj socio-ekonomskih uvjeta na nastanak ulkusa potkoljenice. Ono je pokazalo kako ne postoji predispozicija za nastanak ulkusa potkoljenice prema socijalnom statusu, ali su istraživači zaključili da se u osoba sa nižim socijalnim statusom ulkus potkoljenice teže liječi (dostupnost tekuće vode i zdravstvene zaštite) [3]. Na pitanje **Koliko godina ima trenutno vaš najmlađi pacijent s venskim ulkusom?** sudionici su odgovorili da najmlađi pacijent ima 52 godine. Činjenica je da se ulkus potkoljenice ne javlja prije 60. godine života, a incidencija iznosi 0,7 % kod osoba starijih od 70 godina [4]. Podatak dobiven ovim istraživanjem stoga može samo potvrditi činjenicu da je broj pacijenata koji pate od kronične venske bolesti podcijenjen je jer je bolest teško definirati [5]. S obzirom na prisutnost medicinskih dijagnoza kod bolesnika sa dekubitalnim ulkusom, 57,1% sudionika odgovorilo je da je najčešće prisutna dijagnoza CVI, a slijedi ga dijabetes mellitus sa 42,8%. Takav rezultat je očekivan jer je dekubitus komplikacija dugotrajnog mirovanja, a navedene bolesti dovode do stanja u kojem je bolesnik slabije pokretan ili nepokretan, stoga je dobiven rezultat da je najčešće predilekcijsko područje za nastanak dekubitusa sakrum, očekivan. Najčešća veličina rane kod korisnika sa dekubitalnim ulkusom bila je 5-10 cm, a kod korisnika sa ulkusom potkoljenice 11-20 cm. Usporedbom veličina tih dviju vrsta kroničnih rana može se zaključiti da se sudionici u svojem praktičnom radu više susreću s većim ulkusima potkoljenice. Drugi dio istraživanja odnosio se na metode liječenja kroničnih rana koje medicinske sestre/tehničari koriste u svom praktičnom radu ovisno o preporuci liječnika. Sudionici ovog istraživanja od proizvođača za tretiranje kronične rane najviše koriste lokalni antiseptik Octenisept®, njih 92,9% tušira ranu, a 89,3% koristi 0,9%-tnu otopinu NaCl. Antiseptička sredstva kao što je Octenisept® nisu preporučljiva u dugotrajnom tretiranju kroničnih rana osim u slučajevima infekcije jer oštećuju novonastalo tkivo te usporavaju proces cijeljenja [6]. Stoga se primjenjuju prema preporuci liječnika uz određeni vremenski period. S obzirom da se većina lokalnih antiseptika može kupiti u ljekarnama u slobodnoj prodaji, dobiveni rezultati nisu iznenađujući, no upućuju da ima prostora u edukaciji obitelji i medicinskog osoblja. Suvremene obloge za rane propisuje liječnik obiteljske medicine prema preporuci liječnika specijalista kirurgije, ovisno o izgledu, veličini, dubini, sekreciji i lokalizaciji same rane. Medicinskim sestrama/tehničarima se od suvremenih obloga najviše propisuju hidrofiber obloge (Aquacel Ag®, Aquacel Extra®), a najmanje obloge s dodacima (ugljen, jod, med) zbog njihove skupoće te cost benefita hidrofiber obloga. Procjenu kronične rane u kući korisnika prema odgovorima sudionika najčešće obavlja patronažna sestra, a najmanje liječnik obiteljske medicine. Takav rezultat je očekivan s obzirom da patronažna sestra prva ulazi u kuću pacijenta kojem je potrebna zdravstvena njega, vrši procjenu zdravstvenog stanja te se na temelju njega konzultira s liječnikom o obujmu zdravstvene njege koja je potrebna pacijentu. Kao najčešće komplikacije kroničnih rana u kući korisnika sudionici navode infekciju, a kao najčešći prepoznati simptom infekcije ističu crvenilo. Razlozi za nastanak infekcije kronične rane mogu biti različiti te ovise o više faktora. Neki od njih su higijenske i socioekonomske prilike korisnika u kući koje se razlikuju od onih u bolničkom okruženju, propisani broj dolazaka (prijevaja)

medicinske sestre, način previjanja, aseptični uvjeti, pridržavanje propisanih mjera od strane korisnika, neadekvatna suvremena obloga, redovitost kontrola liječnika specijalista kirurgije, neadekvatna prehrana itd. Namjernice koje bi sudionici preporučili korisniku za brže cijeljenje rane su mlijeko jaja i riba, orasi i bademi, govedina, šipak, crni ribiz i ananas. Rezultat je očekivan s obzirom da su mlijeko, jaja i riba namjernice bogate proteinima koji sudjeluju u izgradnji staničnoga tkiva, a time i cjeljenju rane. Orasi i bademi bogati su vitaminom E koji pomaže u poboljšanju stanja i izgleda kože. Šipak i crni ribiz bogati su vitaminom C koji pomaže u očuvanju imuniteta, a ananas stvara prirodni kolagen koji je neophodan u procesu cijeljenja. Kod prehrane kao važan faktor na koji treba obratiti pozornost tijekom edukacije su socioekonomske prilike korisnika te je potrebno preporučiti namjernice u skladu s njima. Vrlo važno je preporučiti i dovoljan unos tekućine kako bi koža bila hidratirana.

## Zaključak

Provedenim istraživanjem može se zaključiti da su medicinske sestre/tehničari pokazali dobru razinu znanja u tretiranju kroničnih rana s obzirom da je većina dobivenih rezultata bila očekivana te u skladu sa dosadašnjim spoznajama, no postoji prostor za napredak koji je nužan kako bi tretiranje kroničnih rana u kući bolesnika bilo što učinkovitije i u korak s najnovijim spoznajama i metodama liječenja, a kvaliteta života pacijenata bolja. Potvrđno je da je broj pacijenata koji pate od kronične venske insuficijencije podcijenjen jer je bolest teško definirati te da je učestalost kroničnih rana u kući pacijenata velika zbog različitih komorbiditeta koji do njih dovode, što je u skladu sa trendom rasta kroničnih bolesti kao jednog od vodećih problema i troškova zdravstvenog sustava. Stoga je važno da medicinska sestra u kući bolesnika bude osposobljena za rad s kroničnim ranama; da osnovnim postupcima suzbije infekciju, a poznavanjem medicinskog materijala i učinaka suvremenih obloga te njihovom racionalnom upotrebom potakne proces cijeljenja rane kako bi se zadovoljili ekonomski aspekti liječenja i potaknulo što brže izlječenje.

## Literatura

1. J. Hančević, T. Antoljak i suradnici: Rana, Naklada Slap. Zagreb, 2000
2. M. Šitum i suradnici: Dermatologija treće životne dobi, Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti, Medicinska naklada, Zagreb, 2017
3. Huljev D.: Prepreke u cijeljenju rane, *Acta Med Croatica*, vol.67, br. Supplement 1, str. 5-10, 2013. [Online]
4. M. Vrkić Kirhmajer i Lj. Banfić, "Periferna arterijska bolest donjih ekstremiteta – osvrt na smjernice Europskog kardiološkog društva.", *Cardiologia Croatica*, vol.7, br. 9-10, str. 249-254, 2012. [Online].
5. National PressureUlcerAdvisory Panel, European PressureUlcerAdvisory Panel and Pan Pacific PressureInjuryAlliance. Preventionand Treatmentof PressureUlcers: Quick Reference
6. N. Kučić-Tepeš, "Antiseptici u prevenciji infekcije kronične rane - činjenice i zablude", *Acta medica Croatica*, vol.69, br. Supplement 1, str. 91-97, 2015. [Online].

## EKONOMSKA EVALUACIJA ZDRAVSTVENIH TEHNOLOGIJA

*Petra Vlahović, bacc. med. techn.*

*Ustanova za zdravstvenu njegu u kući Petra*

### SAŽETAK

Ekonomska evaluacija zdravstvenih tehnologija započela je 30-ih godina 20. stoljeća u Americi. U Hrvatskoj je 2007. godine osnovana Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi. Procjena zdravstvenih tehnologija je multidisciplinarno uspoređivanje nove ili postojeće zdravstvene tehnologije s tehnologijom koja se trenutno koristi u praksi. Ukupni resursi kojima raspolaže društvo su ograničeni, a to uvjetuje i ograničenost resursa koji su namijenjeni zdravstvu. Osnovni cilj evaluacije zdravstvenih tehnologija je donošenje odluke o opravdanosti primjene nove tehnologije i zamjeni dosad korištene tehnologije. Postupak evaluacije provodi Ministarstvo zdravstva. Evaluacija zdravstvene tehnologije može se odnositi na: procjenu jedne tehnologije za jednu indikaciju u usporedbi s dosad najboljom postojećom i procjenu više tehnologija za jednu indikaciju u komparaciji s dosad najboljom postojećom. Završni proizvod procjene zdravstvenih tehnologija je pisani dokument. Štednja prilikom liječenja je neupitna kada je u pitanju ljudsko zdravlje jer nitko ne pita koliko će liječenje koštati, već je jedino važno ozdravljenje odnosno smanjenje dugoročnih komplikacija bolesti. Iako se bolest definira kao trošak, ulaganje u ljudsko zdravlje donosi dvostruku korist jer se produžuje radni vijek.

**Ključne riječi:** ekonomija u zdravstvu, ekonomska evaluacija, kvaliteta, zdravstvena tehnologija

### 1. Uvod

Zdravstvo je kao dio socijalne infrastrukture predmet istraživanja ekonomske znanosti kroz duži niz godina. Povećani interes za istraživanjem ekonomske evaluacije započeo je nakon 2. svjetskog rata kada se ekonomika zdravstva uvela u visokoškolsko obrazovanje. Interes za ekonomiku u zdravstvu dodatno je potaknut sve većim povećanjem rashoda unutar bruto domaćeg proizvoda, ali i sve dužim životnim vijekom (1). Troškovi unutar zdravstvenog sustava u Hrvatskoj, ali i ostalim razvijenim zemljama rastu na godišnjoj razini više nego BDP (bruto domaći proizvod) (2,3). Razlozi povećanja troškova su uvođenje sve skupljih zdravstvenih tehnologija koja se financiraju iz državnog proračuna (4).

Zdravstvene tehnologije odnose se na lijekove, medicinske instrumente i opremu, kliničke postupke i javnozdravstvene programe (5). Uvođenjem novih tehnologija ostvaruju se mjerljive i nemjerljive koristi za društvo u cjelini, ako dovode do povećanja troškova. Koristi od uvođenja novih tehnologija su brojne. Neke od njih su produljenje životnog vijeka, poboljšanje kvaliteta života bolesnika i članova njihovih obitelji te povećanje učinkovitosti rada zdravstvenih djelatnika. Koristi koje donosi uvođenje novih tehnologija su i indirektna jer utječu na gospodarstvo odnosno samo zdrava populacija može osigurati kvalitetan rad i ekonomski doprinos. Zdravstveni sustav ne treba gledati samo kroz troškove, već i uočiti vrijednosti koje donosi ulaganje u zdravstvo. Zdravstveni sustav zbog financijskih ograničenja često nije u mogućnosti financirati sve na tržištu dostupne zdravstvene tehnologije. Zdravstvene tehnologije su na tržištu u konstantnom razvoju i napretku, pa dolazimo do nedoumica koju tehnologiju izabrati i uključiti na osnovnu listu Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Ekonomska evaluacija zdravstvenih tehnologija će dati odgovor koju tehnologiju uključiti, a koju isključiti zbog učinkovitosti (6). Ekonomske evaluacije zdravstvenih tehnologija osiguravaju efikasnost na strani ponude i potražnje odnosno analize troškova i korisnosti naspram analize troškova i učinka te postizanja minimalizacije troškova (4).

## 2. Ekonomska evaluacija zdravstvenih tehnologija

Ekonomska evaluacija zdravstvenih tehnologija započela je 30-ih godina 20. stoljeća u Americi. Švedska je bila prva zemlja unutar Europe u kojoj se počeo primjenjivati proces ekonomske evaluacije zdravstvenih tehnologija. Proces je započeo osnivanjem prve Agencije za evaluaciju zdravstvenih tehnologija 1980. godine. U Hrvatskoj je 2007. godine osnovana Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi na temelju Zakona o kvaliteti zdravstvene zaštite kojim se definira provođenje postupaka procjene zdravstvenih tehnologija (7).

Procjena zdravstvenih tehnologija je multidisciplinarno uspoređivanje nove ili postojeće zdravstvene tehnologije s tehnologijom koja se trenutno koristi u praksi. Na osnovni njezine kliničke učinkovitosti i sigurnosti, ali i ekonomskih pokazatelja. Procjena zdravstvenih tehnologija trebala bi se temeljiti na dokazima (5).

Društvo raspolaže ograničenim ukupnim resursima, pa se to reflektira i na ograničenost resursa koji su namijenjeni zdravstvenom sustavu. Kao najvažniji cilj zdravstvenih sustava u razvijenim zemljama je ostvarenje maksimalne količine zdravlja proizvedene jedinicom uloženog novca, a da se pritom pazi na jednakost u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu u društvu. Ekonomske evaluacije su važne u prepoznavanju alternativnih načina ulaganja sredstava, a pozitivno utječu na transparentnost u odlučivanju u zdravstvenom sustavu (8).

Osnovni cilj evaluacije zdravstvenih tehnologija je donošenje odluke o opravdanosti primjene nove tehnologije i zamjeni dosad korištene tehnologije (5). Prema rezultatu ekonomske evaluacije se neka tehnologija može uvrstiti u

paket zdravstvenih usluga koje se financiraju iz proračuna ako se pokaže da je troškovno učinkovita, a isto tako se može dobiti odgovor na pitanje koju od postojećih tehnologija bi se trebalo prestati koristiti.

Proces procjene zdravstvenih tehnologija (Health Technology Assessment - HTA) je od velike važnosti za cjelokupnu zajednicu, čemu svjedoči i činjenica da danas većina europskih zemalja ima vrlo dobro izgrađen proces, temeljen na principima multidisciplinarnosti, transparentnosti i stručnosti. Tako se od 1994. godine u Europskoj uniji provode brojni projekti gdje je HTA postavljen kao prioritet u zdravstvenom sustavu. On predstavlja zapravo poveznicu između znanosti, rezultata znanstvenih istraživanja te ostvarenje primjene istih pri čemu je osnovni cilj davanje prije svega stručne i objektivne preporuke o opravdanosti primjene nove ili zamjeni dosadašnje zdravstvene tehnologije. Ono što predstavlja konačni proizvod HTA je dokument koji sadrži sljedeće sastavnice: opis zdravstvenog problema i sadašnja primjena medicinske tehnologije, tehničke karakteristike medicinske tehnologije, kliničku učinkovitost, sigurnost, troškove i ekonomsku evaluaciju, tehnička, socijalna, pravna i organizacijska načela (9).

Jedna od djelatnosti Ministarstva zdravstva je provođenje postupaka procjene zdravstvene tehnologije. Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu provođenja donijelo je Ministarstvo zdravstva. Postupak evaluacije do 01.01.2019. provodila je Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu, no donošenjem novog Zakona o kvaliteti zdravstvene zaštite evaluaciju zdravstvenih tehnologija preuzelo je Ministarstvo zdravstva (7). Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu za vrijeme svog rada je započela uspostavu sustava za evaluaciju nove ili postojeće zdravstvene tehnologije. Agencija je surađivala s nacionalnim i međunarodnim akademskim institucijama i agencijama za procjenu unutar Europske mreže institucija za procjenu te istovremeno radila na uspostavi baze podataka evaluiranih zdravstvenih tehnologija (7). Ministarstvo zdravstva u svom Planu i programu za unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite definira na koji način i tko provodi evaluaciju zdravstvenih tehnologija. Definira se uspostava sustava za evaluaciju zdravstvenih tehnologija, određivanje pokazatelja za evaluaciju i uvođenje novih zdravstvenih tehnologija, davanje mišljenja Ministarstva o postupku javne nabave i javnog oglašavanja zdravstvene tehnologije te daje mišljenje Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje o zdravstvenim tehnologijama o svim lijekovima, medicinskim proizvodima i zdravstvenim postupcima (7).

Evaluacija zdravstvene tehnologije može se odnositi na: procjenu jedne tehnologije za jednu indikaciju (Single Technology Assessment) u usporedbi s dosad najboljom postojećom i procjenu više tehnologija za jednu indikaciju u komparaciji s dosad najboljom postojećom (Multiple Technology Assessment) (5,7).

Proces evaluacije sastoji se od nekoliko koraka (7):

- Podnošenje zahtjeva Ministarstvu zdravstva
- Pretprocjena gdje se prikupljanje podatci o zdravstvenoj tehnologiji koja je predmet procjene

- Sastavljanje multidisciplinarnog tima koji se sastoji od stručnjaka za informiranje, kliničkog stručnjaka, farmaceutskog odbora i savjetodavnog odbora
- Priprema protokola kojim će se odrediti skup koraka koji će se slijediti tijekom procjene
- Ekonomska procjena koja se provodi prema ekonomskom vodiču za procjenu
- Savjetovanje koje obuhvaća izvješće o procjeni
- Izvještaj HTA na hrvatskom i engleskom jeziku
- Objava na stranicama Ministarstva zdravstva i tiskanje
- Spremanje u bazu

Završni proizvod procjene zdravstvenih tehnologija je pisani dokument odnosno preporuka koja se sastoji od opisa zdravstvene tehnologije i tehnologija komparacije, opisa zdravstvenog problema i liječenja, učinkovitosti tehnologije, njezine sigurnosti, troškovima i ekonomskoj evaluaciji, etička načela, organizacijska, socijalna i pravna načela (5).

Korisnici procjena zdravstvenih tehnologija su (5,7):

1. Ministarstvo zdravlja RH (donosi odluke o glavnim investicijama u zdravstvu, donosi nove zdravstvene programe)
2. HZZO- nositelj državnog zdravstvenog osiguranja (donosi odluke o stavljanju novih lijekova na državne liste lijekova, te druge medicinske proizvode i tehnologije, hoće li biti djelomično ili potpuno pokriveni troškovi za iste te hoće li se stare tehnologije prestati koristiti)
3. Nositelji privatnih zdravstvenih osiguranja
4. Uprave bolnica
5. Posredni korisnici su zdravstveni djelatnici, stručna društva te proizvođači medicinskih proizvoda
6. Krajnji, ali najvažniji korisnici su bolesnici

## 2.1. Izazovi i ograničenja evaluacije zdravstvenih tehnologija

Proces uspostave novih sustava kvalitete vrlo je spor proces, dok brzi napredak konstantno stavlja nove proizvode na tržište u vidu opreme, tretmana i lijekova koji imaju sve bolja svojstva i mogućnosti i upravo zbog toga provodi se ekonomska evaluacija zdravstvenih tehnologija. Troškovna učinkovitost se utvrđuje provođenjem ekonomskih evaluacija tako da sve dostupne intervencije u nekom području zdravstvene skrbi te njihove troškove i koristi usporedimo s alternativnim intervencijama. Činjenica je da se ne mogu sve potrebe zdravstvenog sustava za novim tehnologijama financirati iz proračuna. U skladu s ograničenim resursima se provodi usporedba troškova i koristi te se na temelju toga na razini Ministarstva zdravstva donose odluke koje intervencije i tehnologije odabrati. Ministarstvo je odgovorno za održavanje postojeće kvalitete skrbi u zdravstvu i za rad na stalnim poboljšanjima. Ekonomska evaluacija

predstavlja poboljšanje zdravstvene zaštite jer njome dobijemo informacije kako možemo kombinirati intervencije u zdravstvu te koje će imati više koristi za korisnike, a za istu količinu novca. Postavljeni standard kvalitete zdravstvene zaštite se teško održava ako je u pitanju velik nedostatak novca u državnom proračunu, a samim time se ne može raditi niti na poboljšanjima.

### 3. Uloga medicinske sestre

Medicinske sestre moraju imati određena znanja iz područja medicine, sestrištva, komunikacijskih vještina, emocionalne i socijalne inteligencije, timskog rada, pa tako i znanja korištenja zdravstvene tehnologije te biti educirana i upućena sa stalnim napretkom tehnologija kako bi mogle uspješno provoditi zdravstvenu njegu. Kontinuiranim usavršavanjem u pogledu novih tehnologija medicinska sestra stječe nova znanja i vještine koje će upotrijebiti u doprinosu poboljšanja stupnja kvalitete zdravstvene skrbi. Također, medicinska sestra može doprinijeti ekonomskoj evaluaciji zdravstvenih tehnologija tako da se stručno usavršava u jednoj grani medicine kako bi sa svojim znanjem i istraživanjem doprinijela multidisciplinarnom timu. Samo istraživanja koje bi medicinska sestra provodila može objektivno prikazati učinak tretmana liječenja te njegov završni ishod, što samim time može smanjiti troškove pojedinih tretmana.

Sestrinska skrb koja je autonomno područje djelovanja medicinskih sestara propisana je Zakonom o sestrištvu koji medicinske sestre moraju poznavati da bi mogle kvalitetno provoditi sestrinsku skrb. Istim zakon propisana je i kontrola kvalitete rada medicinskih sestara, kao i stručni nadzor nad radom medicinskih sestara (10). Biti medicinska sestra podrazumijeva cjeloživotno učenje, kontinuirano, sustavno nadopunjavanje postojećih znanja i usvajanje novih. Razvojem znanosti, medicine i tehnologije razvija se i sestrištvo. Ono što je prije nekoliko godina bilo standard, danas je na još većoj razini. Neophodno je praćenje i provođenje istraživanja kako bi se utvrdili najbolji načini pružanja sestrinske skrbi. Medicinske sestre moraju konstantno biti u korak s novim spoznajama i provoditi sestrinsku skrb temeljenu na dokazima. To je jedini način koji osigurava kvalitetno pružanje sestrinske skrbi.

Medicinske sestre od svih zdravstvenih radnika najviše vremena provode u izravnom radu s pacijentima što im osigurava ključnu ulogu u poboljšanjima povezanim sa sigurnošću pacijenata. Medicinske sestre su najčešće koordinatori cjelokupne skrbi o pacijentu i one su te koje moraju težiti unapređenju i pružanju što kvalitetnije skrbi, kao i osigurati što višu razinu sigurnosti pacijenata. Medicinska sestra je i korisnica evaluacije zdravstvenih tehnologija.

Medicinske sestre – menadžeri moraju uključiti zdravstvene radnike u poboljšanje kvalitete te razvijati kulturu kvalitete promjenom percepcije i odnosa prema kvaliteti te korištenjem najnovijih zdravstvenih tehnologija prema procjenama. Njihov zadatak je i usvajanje preventivnih i korektivnih mjera te osiguranje zadovoljavajuće kvalitete sestrinske skrbi. Kvalitetom sestrinske skrbi potrebno je upravljati, što predstavlja izazov za medicinske sestre menadžere (11).

## Zaključak

Zdravlje čovjeka je nepredvidivo te je potpuno nepoznato u kojem će trenutku života čovjeku biti potrebno pružiti zdravstvenu skrb. Zdravstvena skrb je usko povezana s potrošnjom. Štednja prilikom liječenja je neupitna kada je u pitanju ljudsko zdravlje jer nitko ne pita koliko će liječenje koštati, već je jedino važno ozdravljenje odnosno smanjenje dugoročnih komplikacija bolesti. Iako se bolest definira kao trošak, ulaganje u ljudsko zdravlje donosi dvostruku korist jer se produžuje radni vijek i smanjuje izostanak s posla, pa čovjek gospodarski doprinosi, a s druge strane prevencijom se smanjuje broj obolijevanja te dolazi do smanjenja troškova. U Hrvatskoj je osnovano Središnje povjerenstvo za kvalitetu u zdravstvu koji se sastoji od izrađivanja standarda kvalitete te kliničke pokazatelje kvalitete. Kako tehnologija ide rapidno naprijed, tako se i kvaliteta usluga mijenja te prilagođava potrebama korisnika. Također, u današnje vrijeme od velike važnosti je rad u multidisciplinarnom timu kako bi se zdravstvena tehnologija racionalno te kvalitetno iskoristila te samim time usporedilo staro s novim i uvidjela ekonomska korist. Same smjernice za procjenu ekonomske koristi zdravstvene tehnologije iz godine u godinu će se mijenjati u skladu s potrebama populacije, a u tome ima veliku ulogu znanost i istraživanje. Veliki naglasak se treba staviti i na trajno usavršavanje te edukaciju osoblja kako bi kvaliteta zdravstvene zaštite podigla na višu razinu. Samim time, edukacijom osoblje dolazi do racionalnije uporabe zdravstvene tehnologije te ekonomskog doprinosa.

## Literatura

1. Dukić N, Tomas Žiković I, Žiković S. Ekonomsko vrednovanje na strani ponude i potražnje - ključ alokacije resursa u javnom zdravstvu: Ekonomski pregled [Internet]. 2015; 66(2):177-200.
2. Glied, Sherry. "Health Care Costs: On the Rise Again." *Journal of Economic Perspectives*, 2003; 17 (2): 125-148. DOI: 10.1257/089533003765888476
3. Jokisch, Sabine and Laurence, Kotlikoff J. Simulating the Dynamic Macroeconomic Effects of the FairTax: *The National Tax Journal*. 2007.
4. Chandra A, Skinner J. Technology Growth and Expenditure Growth in Health Care: *Journal of Economic Literature*. American Economic Association, vol. 50(3): 2012;645-680.
5. Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi. Procjena zdravstvenih tehnologija. Dostupno na: <http://aaz.hr/procjena-zdravstvenih-tehnologija>. Pristupljeno: 02.05.2022.
6. Bobinac A. Izazovi i ograničenja evaluacije zdravstvenih tehnologija. *Ekonomski institut: Zagreb*; 2014:301-332.
7. Miloloža I, Šebo D. *Ekonomika u zdravstvu*. Sveučilište J.J.Strossmayera Osijek: Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek: Osijek; 2019;145-156.
8. Vehovec A. O zdravstvu iz ekonomske perspektive: *Ekonomski institut*. Zagreb; 2014:300-306.
9. Mittermayer R, Huić M, Meštrović J. Kvaliteta zdravstvene zaštite: Akreditacija nositelja zdravstvene djelatnosti i procjena zdravstvenih tehnologija u Hrvatskoj - uloga Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu: *Acta Med Croatica*.2010;64(5):425-434.
10. Zakon o sestrinstvu. *Narodne novine*. 121/2003.
11. Kalauz S, Kurtović B. Upravljanje vremenom u sestrinskoj praksi. *Zbornik radova 9. impozija Zdravstvenog veleučilišta u Zagrebu*. Opatija; 2009: 83-85.

# KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE KAO TEMELJ USPJEŠNE SURADNJE U ZDRAVSTVENOJ NJEZI U KUĆI

*Martina Lovrenčić, medicinska sestra*

*Ustanova za zdravstvenu njegu u kući Petra*

## SAŽETAK

Starenjem cjelokupni organizam prolazi kroz niz degenerativnih promjena, pa su tako vidljive i promjene u komunikaciji. Medicinske sestre u zdravstvenoj njezi u kući svakodnevno se susreću s bolesnicima i teškoćama u komunikaciji što zbog oštećenog sluha, vida ili promjenjenog psihičkog stanja. Sama posvećenost komunikaciji između ostalog ima i terapijski učinak te je temeljna komponenta u ostvarenju kvalitetne zdravstvene njege.

**Ključne riječi:** komunikacija; komunikacijske vještine; medicinska sestra; starenje.

## 1. Uvod

Starost i starenje pojedinca posljedica je kronoloških i bioloških promjena koje se događaju u samom organizmu (1). Komunikacija sa starijim, bolesnim i nemoćnim osobama te članovima njihovih obitelji donosi mnogobrojne pozitivne strane kao i one mnogobrojne negativne (2). Iznimno je važno naglasiti da se medicinske sestre u zdravstvenoj njezi u kući svakodnevno susreću s komunikacijom sa starijim, bolesnima i nemoćnima. Medicinske sestre u zdravstvenoj njezi u kući su često jedini izvor korisnih informacija, pa komunikacija služi i kao utjeha u teškim trenucima. Višegodišnjim radom na mjestu medicinske sestre u zdravstvenoj njezi u kući, želja mi je prikazati specifičnosti komunikacije sa starijim, bolesnim i nemoćnim osobama u procesu provođenja zdravstvene njege te definirati ulogu medicinske sestre u procesu uspješne komunikacije s pacijentima i članovima njihove obitelji. Kvalitetna i učinkovita komunikacija mnogo govori o našem ugledu, profesionalnosti, znanju, vještinama i radu.

## 2. Razrada teme

Zdravstveni sustav je usmjeren na zaštitu i promicanje zdravlja ljudi od njihovog rođenja do smrti, odnosno na čitav njihov životni vijek. Umijeće sestrinstva je međuljudski odnos i interakcijski proces između pacijenta i medicinske sestre prilikom pružanja sestrinske skrbi. Korištenjem govora kao sredstvom sporazumijevanja jedna je od važnijih vještina koje bi medicinska sestra i medicinski tehničar trebali imati. Prvi dojam je iznimno važan za uspostavljanje

međuljudskog odnosa, a o međuljudskim odnosima ovisi i uspješnost suradnje u procesu provođenja zdravstvene njege i liječenja. Osnovni ciljevi medicinske sestre jesu usvajanje pozitivnog zdravstvenog ponašanja te mijenjanje loših navika i nepoželjnih ponašanja. Ako se medicinska sestra i bolesnik pristupaju situaciji s jako udaljenim i različitim tumačenjima ili pretpostavkama nerijetko dolazi do nesporazuma. Medicinska sestra vidi bolesnikove potrebe kao prioritetne, dok ih on sam možda tako ne vidi. Takve situacije su nepoželjne za obje strane u terapijskom procesu pa je potrebno da medicinska sestra i pacijent uspostave kvalitetnu komunikaciju koja će rezultirati na dobrobit obje strane. Komunikacija je prenošenje poruka od pošiljatelja do primatelja te je komunikacija zbog toga temelj socijalne interakcije i međuljudskih odnosa (3). Sve izrečeno treba provjeravati, nedoumice i nejasnoće rješavati dijalogom i pažljivim slušanjem sugovornika. Jedan od važnijih elemenata u komunikaciji zdravstvenog djelatnika i bolesnika jest ljubaznost. Ljubaznost omogućava da umanjimo strah kod bolesnika, postignemo bolji odnos s bolesnikom, stječemo povjerenje i poštovanje te samim time povećavamo nadu i vjeru u uspješan ishod liječenja. Medicinska sestra prilikom razgovora s pacijentom i članovima obitelji mora govoriti jasno i razumljivo. Prilikom pružanja zdravstvene njege u kući potrebno je izbjegavati stručni medicinski žargon jer se starije osobe često po prvi put susreću s nekim izrazima. Najbolje je koristiti jednostavne riječi i rečenice. Važno je moći dobro procijeniti kojem bolesniku i na koji način prenijeti informaciju. Fizičke i psihičke promjene kroz koji prolaze stariji, bolesni i nemoćni direktno utječu na ostvarivanje komunikacije, mnogi čak u većoj ili manjoj mjeri gube volju za komunikacijom. Zdravstveni djelatnici trebaju biti svjesni svih komunikacijskih prepreka te ih moći na vrijeme prepoznati i znati primjereno reagirati na poteškoće. Poteškoće u komunikaciji postoje u svim dobnim skupinama jer komunikacijske poteškoće rastu s dobi i narušenim zdravstvenim stanjem te su od velikog značaja u pružanju zdravstvene skrbi. Postoje mnogobrojne specifičnosti u komunikacijskim sposobnostima koje često prate starije, bolesne i nemoćne na koju treba obratiti pozornost. Tipičnim starenjem komunikacijske sposobnosti suptilno se mijenjaju zbog promjena u fizičkom zdravlju, depresiji i kognitivnom opadanju dok kod bolesti se pojavljuje čitav niz osjećaja, strahova, ljutnje, razočaranje, beznadnost, tuga, možda čak i osjećaj krivnje (4). Kronično oboljeli bolesnici i njihova emocionalna bol često je gora od tjelesne boli. Kronično oboljeli bolesnici imaju osjećaj izoliranosti što je različito od želje da budu sami, te takvo stanje dodatno pogoršava bolest. Kod nekih osoba potrebno je pristupiti smireno i izdvojiti potrebne mjere za komunikaciju kako bismo ih informirali, utjecali, motivirali i ohrabivali za daljnji tijek liječenja kojim možemo postići određene ciljeve koji su izvedivi, dostižni i relevantni. Medicinska sestra u takvim slučajevima mora zvučati uvjerljivo što nije jednostavno te zahtjeva mnogo riječi i usklađivanje govora tijela kako bi sugovorniku bila što uvjerljivija. Emocije koje mi osjećamo prilikom komunikacije moramo staviti pod kontrolu te ne smijemo dopustiti da naš razgovor ima ikakve veze s ljutnjom ili tugom koju osjećamo zbog takvog pacijenta. Posvećenost komunikaciji ne smijemo shvaćati kao gubitak vremena ili slično, jer kvaliteta komunikacije izravno utječe i poboljšava pacijentu odnos prema bolesti i liječenju te samim time

povećava suradnju. To dovodi do boljeg stanja osobe, manjeg broja poteškoća i komplikacija. Preduvjeti uspješne komunikacije sa starijim osobama je prvenstveno procijeniti senzorne sposobnosti kako bi se mogao prilagoditi način komunikacije s osobama oštećenog vida i sluha (2). Potrebno je napraviti procjenu psihosocijalnih potreba starije osobe i time vidjeti što se zbiva iz perspektive starije osobe, u smislu pitanja neovisnosti, straha da ne budu na teret članovima svoje obitelji. Važno je definirati sposobnost suočavanja s problemima s čime je usko vezana i procjena emocionalnog stanja kojim ćemo uvidjeti njihove neizrečene strahove. Kroz komunikaciju moramo procijeniti njihovu potrebu za pomoći i ponuditi pomoć naglašavajući važnost što dulje neovisnosti, dopustiti im da preuzmu odgovornost i sami donose odluke. Isto tako odgovornost je na medicinskoj sestri koja provodi zdravstvenu njegu u kući da upozori članove obitelji koji nedovoljno ili previše skrbe za stariju osobu i tim postupkom čine dodatnu štetu, jer bolje je učiniti nešto zajedno s starijom osobom nego umjesto nje. U radu sa starijim, nemoćnim i bolesnim osobama moramo biti strpljivi i pažljivi, poštivajući njihov identitet i dostojanstvo (4). S druge strane obitelj želi biti dio toga procesa i zahtjeva posebnu pozornost i vrijeme. Osvrnuvši se na pružanje skrbi za kraj života; palijativnoj skrbi mnogo je osjetljivih tema i razgovora s pacijentima koji se približavaju kraju svog života i s onima koji su im bliski. Briga o članovima obitelji također postaje sve važnija za holističku skrb takvih bolesnika. Važno je članu obitelji osigurati mogućnost da razumije ili bude informiran o stanju, liječenju i pružanoj zdravstvenoj njezi.

### 3. Zaključak

Komunikacija medicinske sestre sa starijim, nemoćnim i bolesnim osobama je osnova zdravstvene njege. S etičkog gledišta, ona mora biti djelotvorna, jasna i nedvosmislena. O komunikacijskim vještinama medicinske sestre ovisi prepoznavanje potreba i reakcija na njih, a za dobru i kvalitetnu komunikaciju potrebni su znanje, vještina i profesionalnost. Kvalitetna komunikacija preduvjet je kvalitetne zdravstvene njege i zdravstvene skrbi općenito. Samo s takvim stavom bit će u potpunosti uspješna i kompetentna u nošenju s izazovima sestринства.

### Literatura

1. Sedić, B., 2005. Zdravstvena njega osoba s posebnim potrebama. Zagreb: Visoka zdravstvena škola.
2. Marević, L. Specifičnosti komunikacija sa starijim osobama. Diplomski rad. Sveučilište u Splitu. Split: 2019.
3. Peličić D., Komunikacija u zdravstvenim ustanovama, Medical 2018., Izdanje Br. 26, Dostupno na: <http://www.medicalcg.me/broj-26/komunikacija-u-zdravstvenim-ustanovama/>
4. Hartmannplus. „Kako komunicirati sa starijim osobama?“, 30. rujan.2021. <https://www.hartmannplus.hr/kako-komunicirati-sa-starijim-osobama/>

# TKO JE MEDICINSKA SESTRA ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI

*Dina Hodobaša, bacc. med. techn.*

*Igor Arsenić, bacc. med. techn.*

*Ustanova za zdravstvenu njegu „Snježana“*

## SAŽETAK

Svaka osigurana osoba ostvaruje pravo na zdravstvenu njegu u kući na osnovi stanja i na način utvrđen pravilnikom HZZO-a. Za osobu kojoj je potrebna zdravstvena njega u kući nalog daje izabrani liječnik primarne zdravstvene zaštite (specijalist obiteljske medicine ili pedijatar).

Navedeni nalog se piše medicinskoj sestri te se pristupa izvršenju usluga zdravstvene njege u kući. Zdravstveno stanje bolesnika se kontinuirano prati i po potrebi se vrši kontakt s odabranim obiteljskim liječnikom. Posao medicinske sestre u zdravstvenoj njezi u kući zahtijeva izuzetnu organiziranost. Budući da se postupci zdravstvene njege provode u kući bolesnika zahtijevaju izuzetna znanja i napore, te je potrebna prilagodba uvjetima u svakoj kući bolesnika, njegovoj obitelji i njihovim navikama. Ovim radom želimo približiti sam posao sestre zdravstvene njege u kući, te pokušati objasniti i prenijeti ljubav prema istom, te pokazati što sestra znači pacijentu.

**Gljučne riječi:** zdravstvena njega u kući, medicinska sestra, značaj, uloga medicinske sestre

## 1. Uvod

Potaknuta čestim pitanjima što radi i tko je sestra iz zdravstvene njege, kako i na koji način do zdravstvene njege, želim objasniti i približiti pojam što je zdravstvena njega u kući, te koja je uloga sestre i kako je pacijenti vide. U svom dugogodišnjem radu na terenu nerijetko se susrećem s tim da pacijenti, a često i kolege zdravstveni djelatnici ne znaju što je zdravstvena njega u kući. Miješaju nas s patronažnom službom, nazivaju onim „sestrama koje idu po kućama“, a smatram da je naša uloga izuzetno velika, kako u samom zdravstvenom sustavu tako i pacijentu i njegovoj obitelji. Produžena smo ruka naših ambulansnih liječnika, velika pomoć obiteljima naših pacijenta, a njima samima nerijetko velika radost.

Posao medicinske sestre u zdravstvenoj njezi u kući zahtijeva izuzetnu organiziranost. Budući da se postupci zdravstvene njege provode u kući bolesni-

ka zahtijevaju izuzetna znanja i napore, te je potrebna prilagodba uvjetima u svakoj kući bolesnika, njegovoj obitelji i njihovim navikama. Samo dobro educirana sestra može biti inovativna te primjenjivati i unapređivati dobru praksu zdravstvene njege. Medicinska sestra mora biti u svakom segmentu svog djelovanja profesionalna. Dakle, sve svoje intimne probleme, tegobe i stresove ostavlja iza sebe u trenutku kada ude nekome u dom i započne njegu. Mora imati sposobnost prilagodbe, biti snalažljiva, improvizirati, te posjedovati vrsne komunikacijske vještine i empatiju.

## 2. Kako do zdravstvene njegu u kući?

Ustanove za zdravstvenu njegu u kući su dio primarne zdravstvene zaštite; provode zdravstvenu njegu i rehabilitaciju bolesnika po uputama liječnika i pod njegovim stručnim nadzorom, a poslove zdravstvene njegu bolesnika obavlja samostalno medicinska sestra s položenim stručnim ispitom (licencom) u suradnji i pod nadzorom izabranog liječnika, glavne sestre zdravstvene ustanove i patronažne sestre. Zdravstvena njegu u kući je namijenjena nepokretnim, polupokretnim ili teško pokretnim osobama (stanja poslije trauma, stanja nakon cerebrovaskularnog inzulta, teški i kronični bolesnici, stanja poslije operativnih zahvata, oboljeli od dijabetesa, karcinoma, multiple skleroze i sl., starije i iznemogle osobe, djeca sa smetnjama u razvoju, itd.). Zdravstveno stanje bolesnika se kontinuirano prati i po potrebi se vrši kontakt s odabranim obiteljskim liječnikom i patronažnom sestrom.

Svaka osigurana osoba ostvaruje pravo na zdravstvenu njegu u kući na osnovi stanja i na način utvrđen pravilnikom HZZO-a. Za osobu kojoj je potrebna zdravstvena njegu u kući nalog daje izabrani liječnik primarne zdravstvene zaštite (specijalist obiteljske medicine ili pedijatar). Navedeni nalog se piše medicinskoj sestri te se pristupa izvršenju usluga zdravstvene njegu u kući.

## 3. Dijagnostičko-terapijski postupci

S obzirom na stupanj zahtjevnosti, zdravstvena njegu u kući se od 01. kolovoza 2010. godine provodi prema DTP-u (dijagnostičko-terapijskim postupcima), čime je provođenje zdravstvene njegu u kući podijeljeno na četiri osnovna i četiri dodatna postupka.

DTP 1 postupak uključuje: uzimanje materijala za laboratorijske i mikrobiološke pretrage, edukaciju bolesnika i obitelji, mjerenje vitalnih funkcija (krvni tlak i šećer u krvi), kateterizaciju mokraćnog mjehura žena, primjenu i.m. i s.c. injekcije te toaletu i njegu stome.

DTP 2 postupak (pojačana zdravstvena njegu bolesnika s povećanim potrebama) uključuje potpunu zdravstvenu njegu teško pokretnog ili nepokretnog bolesnika, stavke iz DTP 1+ prevoji rana prvog ili drugog stupnja te toaletu sonde. U postupke kompletne zdravstvene njegu teško pokretnog ili nepokretnog bolesnika spadaju: održavanje osobne higijene bolesnika (kupanje u

krevetu, tuširanje, pranje kose, njega usne šupljine), namještanje i presvlačenje kreveta, stavljanje bolesnika u odgovarajući položaj, prevencija komplikacija dugotrajnog ležanja (prevencija tromboze, upale pluća, dekubitusa, kontraktura).

DTP 3 postupak (opsežna zdravstvena njega) uključuje sve stavke iz DTP 1 i DTP 2+ previjanje rane trećeg stupnja te primjenu terapije kisikom.

DTP 4 postupak (zdravstvena njega izrazito teškog bolesnika ili bolesnika u terminalnoj fazi bolesti) uključuje stavke iz DTP 1, DTP 2 i DTP 3, te prevoj rana četvrtog stupnja.

DTP 5 postupak - primjene klizme.

DTP 6 postupak - toaleta i prijevoj rana prvog i drugog stupnja.

DTP 7 postupak - toaleta i prijevoj rana trećeg i četvrtog stupnja.

DTP 8 postupak - postavljanje i promjena nazogastrične sonde.

#### 4. Cilj i smisao zdravstvene njege u kući

Zdravstvenu njegu određujemo kao stručnu disciplinu brige o pojedincu, obitelji i zajednici tijekom njihovih raznovrsnih aktivnosti, u različitim stanjima zdravlja. Usmjeren je čuvanju zdravlja pojedinca, obitelji, zajednice, sprečavanju bolesti i brizi za fizički i psihički bolesne, te za invalide svake dobi i u svim zdravstvenim i drugim sredinama.

S ciljem definiranja medicinske sestre u zdravstvenoj njezi bolesnika u kući kao izrazito važne osobe u psihofizičkom oporavku bolesnika, važno je ispitati koliko, zapravo, pacijenti na nju gledaju kao člana obitelji, prijatelja i osobu koja osim obavljanja svog profesionalnog dijela posla, sa sobom nosi i taj humani, empatični, ljudski dio njima, a njihove brige od njih.

Naravno i to, koliko ju smatraju educiranom, profesionalnom, te koliko imaju vjere i sigurnost u njeno znanje i stručnost.

#### 5. Što je sestra zdravstvene njege u kući?

Sestra je zanimanje koje u samom svom nazivu ima snagu, ima značenje, ljubav, bliskost. Sestra je netko najbliži. Sestrinstvo je poziv; milijun puta spominjana je rečenica. Ali biti sestra zdravstvene njege u kući znači biti prijatelj, potpora, pa slobodno mogu reći često i dio obitelji. Nerijetko je sestra baš ta kojoj se pacijent ili obitelj najlakše povjere. Budući da je medicinska sestra svakodnevno s bolesnikom u njegovom prostoru, među njima se uspostavlja poseban odnos povjerenja, pa se događa da se i u neformalnim situacijama dobije niz informacija vrlo važnih za definiranje problema. Radom s pacijentima na terenu sestra se upoznaje sa svim problemima, ne samo zdravstvenim, nego i obiteljskim, životnim, financijskim... Ulaskom u dom pacijenta zadire u njegove najintimnije osobne i obiteljske, svakodnevne, kako radosti tako i probleme.

Sestra mora znati komunicirati, biti otvorena, od povjerenja i ulijevati osjećaj poštovanja, povjerenja i sigurnosti. Ipak, medicinska sestra mora biti u svakom segmentu svog djelovanja profesionalna. Rastrganost između profesionalnosti i humanosti poziva kojeg sve radimo s izuzetnom ljubavi prvenstveno prema svom pozivu, prema čovjeku, urođenoj sklonosti ka brizi prema slabima i nemoćnima sestri radi često teškoće. Ali bez dvojbe obavlja sve zadatke pa i one koji nisu propisani postupkom, iako nije obvezna, niti je plaćena za iste. I tu se nerijetko prijede ta granica u kojoj sestra postane i prijatelj, u kojoj odvaja i svoje slobodno vrijeme, čini ustupke, živi svoj posao, voli poziv koji je odabrala, i to najčešće bez opterećenja i tereta jer osmijeh na licu pacijenta i radost koju donosi svojim dolaskom u kuću su najveća zahvala i nagrada. Tako da s punim pravom mogu reći da smo sve mi uz to što smo izuzetno spretne, sposobne, stručne i obrazovane medicinske sestre često i: psiholozi, psihoterapeuti, fizioterapeuti, farmaceuti, laboranti, dijetetičari, stručnjaci za rane, stoma terapeuti, pedikeri, frizeri, dostavljači, profesionalni vozači, praktičari, posrednici, savjetnici, sudci, rame za plakanje, podrška i utjeha.

## 6. Što pacijenti kažu o nama?

Što značimo našim pacijentima? Kako nas vide? Kako gledaju na naš dolazak? Na to pitanje samo dobili odgovore zbog kojih sam ponosna na posao koji radim jer ima veliku svrhu i često ne shvaćamo koliko je naše malo nekome često puno. Pacijenti na terenu su zamoljeni da na komad papira napišu odgovore na gore navedena pitanja. Neki od odgovora su:

„Medicinske sestre iz zdravstvene njege u kući su srce zdravstvene zaštite. Nesebično dijele utjehu, suosjećanje i brigu ali bez recepta.“

„Sve ste nam. Za nas ste sestra, brat, majka, otac. Dio ste naše obitelji. Riječi nisu dovoljne da opišu vašu ulogu i dobrotu. Dragi Bog neka vas čuva i poživi. Hvala vam.“

„Ona je moja vjera, nada i moja najveća sigurnost. Daje mi osjećaj da mogu dalje, da nisam zaboravljena i zajedno sa mnom prolazi moje teške trenutke. Daje mi odgovore na sva moja pitanja i na sve moje sumnje. Ona je jedina osoba koju očekujem kada će otvoriti moja vrata.“

„Sestra mi je sve! Sve! Svaki dan se molim Bogu za nju.“

„U mom životu sestra iz zdravstvene njege u kući ima važnu kariku. Moja svakodnevica bez nje bila bi mi nezamisliva. Bez njenog rada i pomoći život bi me vezao za krevet. Uz pomoć njenog znanja, iskustva, upornosti i mnoštva empatije, humora, moje zdravstveno stanje je bolje, kako fizičko tako i s psihičke strane. Zahvalna sam joj na svemu što je učinila za mene i što mi je vratila vjeru u bolje sutra.“

„Dolazak sestara zdravstvene njege u moju udomiteljsku obitelj puno znači mojim korisnicima, a i meni. Jako su stručne u obavljanju svojeg posla, pune su nježnosti i sućuti, svakog poslušaju, utješe. Meni osobno pomažu savjetima.“

Puno više mi objasne o zdravstvenim problemima štićenika i kako da pristupim tim problemima. Korisnici ih jako vole uvijek im se obrađuju.“

„Sestra mi je svjetlost u danu. Sve mi je.“

„Kad si bolestan i star ne trebaš nikome. Hvala ti od srca što mi dolaziš.“

## 7. Zaključak

Zdravstvena njega u kući je izuzetno važna. Kako s one ljudske strane, jer njene sestre su nerijetko i jedine koje uđu u kuću bolesnika, tako i s one zdravstvene, jer pacijent dobije najbolju stručnu skrb i njegu sestara koje su stručne, educirane i svestrane. U svim vremenskim i životnim uvjetima, svim životnim (ne)prilikama pacijentima se pruža dostojanstvena, vrijedna i kvalitetna zdravstvena njega. A pacijentu, sestra je nerijetko sve. I sama rečenica „Sestro, svaki dan se molim za tebe“ je najveća nagrada i ponos na posao sestre zdravstvene njege u kući. Daje snagu i vjetar u leđa za svaki novi radni dan, koji često ne završava završetkom radnog vremena.

## Literatura

1. Nada Prlić, Zdravstvena njega, Školska knjiga, 2003.
2. Slava Šepec, Kompetencije medicinskih sestara opće zdravstvene njege, Hrvatska komora medicinskih sestara
3. <https://hzzo.hr>



Udruga medicinskih sestara  
zdravstvene njege u kući



XV. međunarodna konferencija

ČIMBENICI KVALITETE  
ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI

“Ljudski resursi i interdisciplinarnost”

