



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

[www.hdmsarist.hr](http://www.hdmsarist.hr)

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



**Povjerenstvo za palijativnu intenzivnu skrb  
u suradnji s  
Općom bolnicom Karlovac**



# **11. SIMPOZIJ HDMSARIST-a**

**PALIJATIVNA SKRB U JEDINICAMA INTENZIVNOG LIJEČENJA**

## **ZBORNİK SAŽETAKA**

**KARLOVAC, studeni 2018. godine**

**[www.hdmsarist.hr](http://www.hdmsarist.hr)**



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

www.hdmsarist.hr

## POPIS SAŽETAKA:

1.	<b>ORGANIZACIJA SUSTAVA PALIJATIVNE SKRBI U KARLOVAČKOJ ŽUPANIJI</b> Mirjana Lončarić-Katušin OPĆA BOLNICA KARLOVAC
2.	<b>PRIJEM PALIJATIVNOG BOLESNIKA KROZ ODJEL OHBP U OB KARLOVAC</b> Davorka Badovinac, Karolina Vižintin OPĆA BOLNICA KARLOVAC
3.	<b>KONTINUITET SKRBI KOD PROMJENA MJESTA I RAZINA SKRBI</b> Renata Marđetko Bermanec DOM ZDRAVLJA ČAKOVEC
4.	<b>PRIMJER DOBRE KLINIČKE PRAKSE U ZBRINJAVANJU PALIJATIVNOG BOLESNIKA - PRIKAZ SLUČAJA</b> Zoran Sabljčić, Lidija Fumić Dunkić, Davor Vagić, Antonia Kustura, Ljiljana Hoić KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR SESTRE MILOSRDNICE
5.	<b>ULOGA CENTRA ZA KOORDINACIJU U RAZVOJU PALIJATIVNE SKRBI KARLOVAČKE ŽUPANIJE</b> Marijana Car, Snježana Bosak Komes DOM ZDRAVLJA KARLOVAC, Centar za koordinaciju palijativne skrbi Karlovačke županije
6.	<b>ODLUČIVANJE O UZALUDNOSTI MEDICINSKOG POSTUPKA U JIL-u</b> Vesna Grubješić KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR RIJEKA
7.	<b>ALGORITAM ZA PRIJEM PALIJATIVNOG PACIJENTA U JIL-u</b> Vesna Hozmec Blažić, Štefanija Pavlic Bermanec ŽUPANIJSKA BOLNICA ČAKOVEC
8.	<b>IZAZOVI SKRBI PALIJATIVNOG PACIJENTA U JEDINICI INTENZIVNOG LIJEČENJA: PRIKAZ SLUČAJA</b> Ewa Angelo Vido Netopil, Tena Malčić, Sanja Fekeža KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR SESTRE MILOSRDNICE
9.	<b>PREDNOSTI HIPODERMOKLIZE NAD UOBIČAJENIM NAČINIMA REHIDRACIJE PALIJATIVNIH BOLESNIKA</b> Sajma Ajhenberger, Ivana Vadlja, Zdenko Glavašić KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR OSIJEK
10.	<b>PLANIRANI OTPUST PALIJATIVNOG BOLESNIKA</b> Ivona Čović, Nataša Šimić Korać, Afrodita Gavrilidis OPĆA BOLNICA KARLOVAC
11.	<b>PRIMJER DOBRE PRAKSE ZBRINJAVANJA PALIJATIVNOG BOLESNIKA U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</b> Jasmina Jančić DOM ZDRAVLJA KARLOVAC
12.	<b>MEHANIČKA VENTILACIJA U KUĆNIM UVJETIMA - PLANIRANI OTPUST: PRIKAZ SLUČAJA</b> Blaženka Krivačić, Marijana Car OPĆA BOLNICA KARLOVAC
13.	<b>DEPRESIVNOST I ZADOVOLJSTVO ŽIVOTOM U OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI</b> Irena Knežević, Nataša Cvenić KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR OSIJEK
14.	<b>PREVENCIJA VENTILATOR UZROKOVANE PNEUMONIJE U JIL-u</b> Damir Kralj OPĆA BOLNICA VIROVITICA
15.	<b>HITAN PRIMITAK PACIJENTA SA OZLJEDOM VRATNE KRALJEŽNICE TE POSLJEDIČNOM KVADRIPLIGIJOM U JIL</b> Nikola Petrincec KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR SESTRE MILOSRDNICE
16.	<b>INSTRUMENT ZA PROCJENU BOLA KOD INTENZIVNIH BOLESNIKA CRITICAL CARE PAIN OBSERVATION TOOL - "CPOT"</b> Marko Kalić, Valerija Podgorelec KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR SESTRE MILOSRDNICE



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

[www.hdmsarist.hr](http://www.hdmsarist.hr)

### ORGANIZACIJA SUSTAVA PALIJATIVNE SKRBI U KARLOVAČKOJ ŽUPANJI

Mirjana Lončarić-Katušin

OPĆA BOLNICA KARLOVAC

---

Strategijom razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj definirano je da svaka županija mora imati izrađenu Strategiju razvoja palijativne skrbi. Slijedom navedenog pristupilo se izradi prijedloga Rješenja o osnivanju i imenovanju Projektnog tima za palijativnu skrb Karlovačke županije, a imenovan je i bolnički interdisciplinarni tim za potporu palijativnoj skrbi. Javnom mrežom bolničke djelatnosti u Karlovačkoj županiji ugovoreno je 5 palijativnih kreveta za OB Karlovac. Od izuzetne važnosti u cijelom procesu palijativne skrbi za bolesnika, od registracije do otpusta, je suradnja zdravstvenih djelatnika, pacijenta i njegove obitelji, te daljnja suradnja sa izvanbolničkim i drugim institucijama.

**Ključne riječi:** palijativni pacijent, dekubitalne ulceracije, organizacija skrbi



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

[www.hdmsarist.hr](http://www.hdmsarist.hr)

### **PRIJEM PALIJATIVNOG BOLESNIKA KROZ ODJEL OHBP U OB KARLOVAC**

**Davorka Badovinac, Karolina Vižintin**

**OPĆA BOLNICA KARLOVAC**

---

Trijaža u OHBP-u jedinstveni je alat koji se bavi nestabilnim, nedijagnosticiranim pacijentima koji obično dolaze s neočekivanim tegobama. Medicinske sestre i tehničari koji trijažiraju moraju biti u mogućnosti primjeniti principe i različite koncepte trijaže, za različite situacije. Prepoznavanje patoloških poremećaja i odgovarajuće zbrinjavanje, izazov je za medicinske sestre/tehničare trijažere. Trijažeri samostalno donose odluke koje fiziološke procjene je potrebno obavljati, učestalost kojom te fiziološke procjene treba pratiti dok je pacijent u čekaonici, te o hitnosti kojom bi drugi zdravstveni profesionalci trebali biti uključeni u skrb za pacijenta, dakle vrijeme čekanja pacijenta na pregled i zbrinjavanje. Palijativni bolesnici dolaze u Odjel najavljeni od strane medicinske sestre za palijativu i planirani otpust naše ustanove koja ima informacije od strane županijskog Centra za kordinaciju palijativne skrbi. Sam proces trijaže palijativnog bolesnika ne razlikuje se od trijaže ostalih pacijenata koji dolaze u Odjel OHBP.

**Ključne riječi:** trijaža, palijativni bolesnik



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

[www.hdmsarist.hr](http://www.hdmsarist.hr)

### **KONTINUITET SKRBI KOD PROMJENA MJESTA I RAZINA SKRBI**

**Renata Marđetko Bermanec**

**DOM ZDRAVLJA ČAKOVEC**

---

Palijativna skrb doprinosi kontinuitetu skrbi gdje god da se bolesnik nalazi. To uključuje odgovornost i obavezu profesionalaca kod pružanja same skrbi u okviru naše službe, ali i kod „preuzimanja bolesnika“ pri promjeni mjesta i razine skrbi.

Ovim izlaganjem nastoje se naglasiti ključne potrebe u skrbi za bolesnika koji se otpušta iz bolnice te na temelju specifičnosti pojedine bolesti i stanja naglasiti određene probleme koji se predviđaju u budućnosti te u skladu s tim plan skrbi koji je potreban.

Nadalje izlaganjem se želi naglasiti prepoznavanje točaka suradnje među različitim službama i razinama skrbi kao i definiranje uloga pojedine službe i profesionalca kod „preuzimanja bolesnika“ i provođenja kontinuiranog plana skrbi za bolesnike koji boluju od neizlječivih, uznapredovalih bolesti.

**Ključne riječi:** palijativna skrb, palijativni bolesnik



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

www.hdmsarist.hr

### PRIMJER DOBRE KLINIČKE PRAKSE U ZBRINJAVANJU PALIJATIVNOG BOLESNIKA - PRIKAZ SLUČAJA

Zoran Sablić, Lidija Fumić Dunkić, Davor Vagić, Antonia Kustura, Ljiljana Hoić  
KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR SESTRE MILOSRDNICE

---

Pacijentu je 2010. godine dijagnosticiran karcinom larinksa te je cijelo vrijeme provođeno aktivno liječenje od strane otorinolaringologa i onkologa. Šest mjeseci prije kraja života su iscrpljene sve opcije aktivnog liječenja te se dalje provodi palijativno liječenje. Stanje pacijenta i opcije liječenja pacijentu i obitelji priopćava otorinolaringolog koji je pacijenta operirao i cijelo vrijeme ga kontrolira. U daljnje liječenje uključuje Palijativni tim u bolnici i liječnika iz Ambulante za liječenje boli. Tijekom boravka u bolnici je istitirana analgetska terapija i uspostavljena je kontrola simptoma.

Kod kuće pacijenta preuzima Mobilni palijativni tim DZZC, te redovito obilazi pacijenta i procjenjuje njegovo stanje i potrebe te u skladu s potrebama uključuje sve ostale dionike u sustavu palijativne skrbi u sustavu - liječnika obiteljske medicine, patronažnu službu, njegu u kući i posudionicu pomagala uz stalni kontakt s Ambulantom za liječenje boli.

Pacijent se u nekoliko navrata hospitalizira u bolnici u svrhu kontrole simptoma i prilagođavanja načina aplikacije terapije s ciljem podizanja kvalitete života pacijenta. Cijelo vrijeme je obitelj uključena u njegu i skrb oko bolesnika. Kroz sve kontakte se komunicira s pacijentom i obitelji te ih se priprema na slijedeće izvjesne događaje.

Ovakvim vođenjem pacijenta i obitelji od strane više sudionika je rezultiralo poboljšanjem cjelokupne skrbi. Također su se smanjili nepotrebni, za sustav financijski i vremenski opterećujući, angažmani izvanbolničke, ali i bolničke hitne pomoći. Izbjeglo se lutanje pacijenta kroz sustav, ali i nepotrebne preduge hospitalizacije.

A sve to u cilju poboljšanja kvalitete života pacijenta i njegove obitelji, ali i omogućavanja što dostojanstvenijeg umiranja.

**Ključne riječi:** zbrinjavanje palijativnog pacijenta, palijativna skrb



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

[www.hdmsarist.hr](http://www.hdmsarist.hr)

### **ULOGA CENTRA ZA KOORDINACIJU U RAZVOJU PALIJATIVNE SKRBI KARLOVAČKE ŽUPANIJE**

**Marijana Car, Snježana Bosak Komes**

**DOM ZDRAVLJA KARLOVAC, Centar za koordinaciju palijativne skrbi Karlovačke županije**

---

Jedan od strateških ciljeva Projektnog tima za palijativnu skrb u Karlovačkoj županiji bio je osnivanje i djelovanje Centra za koordinaciju palijativne skrbi. Isti počeo sa radom 01.09.2017. pri Domu zdravlja Karlovac. Uloga i aktivnosti Centra usklađene su s već definiranim aktivnostima koje su navedene u Nacionalnoj strategiji razvoja palijativne skrbi 2017.-2020. Jedna od važnijih uloga Centra je koordiniranje i osnaživanje već postojećeg sustava zdravstvene, socijalne i duhovne skrbi sa ciljem osiguranja kontinuirane skrbi za palijativne pacijente bez obzira na mjesto pružanja skrbi. Vođenje baze podataka korisnika palijativne skrbi je omogućeno primjenom jedinstvene dokumentacije na području cijele županije. S ciljem informatičke povezanosti dionika i izrade jedinstvenog registra Centar sudjeluje u integraciji jedinstvenog informatičkog programa u sustav palijativne skrbi. Važna aktivnost je i koordiniranje programima edukacije iz palijativne skrbi, informiranje građana te promicanje iste. Prezentacija i objava edukacijskog materijala, te uređivanje internetskih stranica jedna je od uloga koordinatora sa zadaćom informiranja javnosti i promocije palijativne skrbi. Od izuzetne važnosti je suradnja sa predstavnicima lokalne samouprave te drugim važnim dionicima palijativne skrbi (srodne udruge, stručna društva, institucije i organizacije na nacionalnoj razini).

**Ključne riječi:** Centar za koordinaciju, palijativni pacijent, dokumentacija, registar palijativnih pacijenata



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

www.hdmsarist.hr

### ODLUČIVANJE O UZALUDNOSTI MEDICINSKOG POSTUPKA U JIL-u

Vesna Grubješić

KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR RIJEKA

---

Procjena uzaludnosti pojedinog medicinskog postupka često je stvar subjektivne procjene i opterećena je bioetičkim nedoumicama. Da li pojedini postupak uzaludan u pojedinom slučaju donosi se u suglasnosti s pacijentom, njegovom obitelji te skrbnicima. Svi uključeni u svakom trenutku moraju raspolagati istinitim informacijama. U slučaju da pacijent i/ili obitelj inzistira na uzaludnom postupku, potrebno ih je saslušati, dati im vremena da formiraju mišljenje, po potrebi uključiti stručnjake izvan osnovnog tima, kao i medijatore.

**Uzaludan medicinski postupak** jest onaj koji je beznadan i/ili besmislen, to jest: ne povećava vjerojatnost pacijentova preživljavanja, niti kvalitetu i smislenost preživljavanja (kvalitetu i smislenost u skladu s pacijentovim ciljevima i željama).

**Beznadnost postupka (kvantitativna uzaludnost)** znači da je vjerojatnost da će postupak pacijentu donijeti dobrobit izuzetno mala.

**Besmislenost postupka (kvalitativna uzaludnost)** znači da je vjerojatnost da će kvaliteta dobrobiti od postupka biti izuzetno mala.

Nema jedinstvene i jednoznačne definicije uzaludnog medicinskog postupka, već se za svakog pacijenta obavlja posebna procjena, uz najveće uvažavanje njegovih ciljeva i želja, te osoba koje o njemu skrbe i zastupaju njegove interese.

**Ključne riječi:** medicinski postupci, jedinica intenzivnog liječenja





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

www.hdmsarist.hr

### ALGORITAM ZA PRIJEM PALIJATIVNOG PACIJENTA U JIL-u

Vesna Hozmec Blažić, Štefanija Pavlic Bermanec

ŽUPANIJSKA BOLNICA ČAKOVEC

---

Pregledom stručnih članaka o integraciji palijativne skrbi u Jedinice intenzivnog liječenja dolazi se do zaključka da se, kako vrijeme odmiče, sve više isprepliću i nadopunjuju. Postoje tri modela: savjetodavni, intergrativni ili objedinjujući.

Postojeći podaci upućuju na to da proaktivna palijativna skrb u JIL-u pomaže u smanjenju bolničkih dana u JIL-u te da ne utječe na povećanje smrtnosti. Prepreke za provedbu ovog pristupa uključuju pogrešnu percepciju intenzivne skrbi i palijativne skrbi kao sekvencijalnih procesa, a ne komplementarnih i istovremenih pristupa, te zabrinutost da palijativna skrb može ubrzati smrt. Takvi obmanjujući stavovi posljedica su insuficijentne edukacije o vješinama komunikacije i palijativnoj skrbi. Dnevni pregledi i savjetovanja palijativnog tima i intenzivnog tima korisni su za pacijente s rizikom lošeg ishoda. Liječnici u JIL-u trebali bi biti kompetentni u svim aspektima skrbi o terminalnim pacijentima, uključujući i praktične i etičke aspekte liječenja koje održava život ili korištenja farmakoloških i nefarmakoloških pristupa kako bi se ograničile patnje umurućeg. Mnoge znanstvene organizacije potiču razvoj kliničkih programa palijativne skrbi na lokalnoj razini u svojim bolnicama. Poboljšanje stručnog obrazovanja i osposobljavanja u palijativnoj skrbi sredstvo su potrebnih promjena kako bi se osiguralo da svi kritički bolesni pacijenti i njihove obitelji imaju pristup izvrsnoj palijativnoj skrbi koja može uspješno zadovoljiti njihove potrebe.

**Ključne riječi:** zbrinjavanje palijativnog pacijenta, jedinica intenzivnog liječenja



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

www.hdmsarist.hr

### IZAZOVI SKRBI PALIJATIVNOG PACIJENTA U JEDINICI INTENZIVNOG LIJEČENJA: PRIKAZ SLUČAJA

Ewa Angelo Vido Netopil, Tena Malčić, Sanja Fekeža  
KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR SESTRE MILOSRDNICE

---

Palijativna skrb je pristup kojim se bolesnicima suočenim sa terminalnom bolešću i njihovim bližnjima poboljšava kvaliteta preostalog života, a započinje kada kurativna medicina više ne može pomoći oboljelima, već se stavlja naglasak na duhovne potrebe bolesnika i njegovih bližnjih. Cilj zdravstvene njege palijativnog bolesnika je umanjiti ili odgoditi patnju i bol, pomoći i osigurati bolesniku bolju kvalitetan život, omogućiti održanje dostojanstva u procesu umiranja. Palijativna skrb u Republici Hrvatskoj još uvijek nije dovoljno implementirana u zdravstveni sustav, što rezultira zbrinjavanjem palijativnih pacijenata na primarno ne palijativnim odjelima među kojima su i jedinice intenzivnog liječenja. Jedinica intenzivnog liječenja je organizacijska jedinica gdje se zaprimaju i liječe vitalno ugroženi bolesnici, u kritičnom zdravstvenom stanju sa ozbiljnim gubitkom jedne ili više životnih funkcija. Ova organizacijska jedinica je ujedno i najskuplja jedinica- troškovi liječenja u JIL-u čine 20-30% ukupnih bolničkih troškova. Palijativni pacijenti pate od bolesti koje dovode do ovisnosti o terapijama potrebnim za održavanje na životu; potrebna im je dugoročna briga s ciljem pružanja skrbi za obavljanje svakodnevnih aktivnosti. Mnoga stanja imaju različit i nepredvidiv ishod što dovodi do nejasnog prijelaza iz kurativne u palijativnu skrb. U radu je prikazan primjer palijativnog pacijenta iz kliničke prakse i sva problematika vezana uz dugotrajan boravak takvog pacijenta na dinamičnom i za palijativnog pacijenta neprilagođenom radilištu kao što je jedinica intenzivnog liječenja. Cilj palijativne skrbi je poboljšati preostali život pacijentu i njegovoj obitelji, te pružiti pomoć u žalovanju, nakon smrti. Pacijenti se u terminalnoj fazi života susreću sa brojnim problemima, počevši od onih najtežih- boli i ostalih simptoma primarne bolesti, pa sve do psihosocijalnih problema i pitanja. Za bolesnika produženi boravak u JIL-u je izvor stresa, straha i frustracije nastalih ograničenom komunikacijom s okolinom. Tim koji pruža palijativnu skrb mora biti spreman pomoći u rješavanju svih tih problema. Zaključci ovog rada su da postoji velika potreba za daljnjim napretkom palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj i otvaranjem hospicija kako bi se palijativna skrb mogla u cijelosti i kvalitetno izvesti, kako bismo smanjili troškove nastale dugotrajnim boravkom stabilnih palijativnih pacijenata u jedinicama intenzivnog liječenja te kako bismo palijativnom bolesniku mogli pristupiti humano, čuvajući dostojanstvo kao jedinstvenog ljudskog bića.

**Ključne riječi:** skrb, palijativni pacijent, jedinica intenzivnog liječenja



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

www.hdmsarist.hr

### **PREDNOSTI HIPODERMOKLIZE NAD UOBIČAJENIM NAČINIMA REHIDRACIJE PALIJATIVNIH BOLESNIKA**

**Sajma Ajhenberger, Ivana Vadlja, Zdenko Glavašić**  
**KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR OSIJEK**

---

Hipodermokliza je supkutana metoda nadoknade tekućine uz moguću primjenu lijekova. Poznata je još od 1895 godine od epidemije kolere u Indiji. Krajem 40-tih i 50-tih godina prošlog stoljeća zamijenjena je intravenoznim kateterima. Ponovno je popularizirana 90-ih u SAD-u, Kanadi i Velikoj Britaniji, dok se u našim krajevima spominje tek unatrag par godina.

Još uvijek nedovoljno iskorištena metoda o kojoj se malo zna a koja predstavlja alternativu venskom načinu primjene infuzija i lijekova uz minimum mogućih komplikacija. Zbog ekonomske isplativosti za zdravstveni sustav, jednostavnosti pri postavljanu i sigurnosti za pacijenta i osoblje, nalazi prednost nad do sada uobičajenim načinima primjene lijekova i infuzija za stanja u kojima postoji klinička opravdanost.

Sam pojam hipodermoklize najviše se vezuje za bolesnike u domovima i kućnom okruženju ali je primjenjiva i u bolničkim uvjetima nevezano za starost bolesnika. Supkutani put primjene trebalo bi razmotriti u svrhu suzbijanja bolova i drugih simptoma kada drugi načini primjene nisu prikladni.

U palijativnoj skrbi preferira se supkutani put primjene terapije jer je praktičnija izvedba i manje bolna procedura od intramuskularnog ili intravenoznog puta. Supkutani put primjene može se koristiti i za kontinuiranu infuziju kako bi se hidrirali bolesnici koji nisu u mogućnosti unositi tekućinu uobičajenim načinom, oralnim putem ili kod kojih je otežano pa čak i nemoguće postavljanje intravenoznog puta, te kod problema s apsorpcijom. Prilikom primjene terapije supkutanim putem trebali imati na umu sljedeće: apsorpcija može biti sporija nego intravenoznim ili intramuskularnim putem, lijekovi koji imaju iritirajuća svojstva mogu izazvati veću upalnu reakciju, ukupna količina za bolus injekciju je mala, (preporučeni maksimum je 1 ml), te da će apsorpcija biti uvelike ograničena u pacijenata koji su u šoku ili hipovolemični.

Obzirom da je kod nas još uvijek slabo poznat pojam hipodermoklize i njena uporaba je rijetkost, namjera nam je predstaviti vrlo jednostavan i siguran način nadoknade tekućine, kao i pobuditi zanimanje zdravstvenih djelatnika za ovu metodu, te prikazati koje su prednosti hipodermoklize nad do sada uobičajenim intravenoznim metodama.

**Ključne riječi:** hipodermokliza, palijativni bolesnik, rehidracija



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

www.hdmsarist.hr

### **PLANIRANI OTPUST PALIJATIVNOG BOLESNIKA**

**Ivona Čović, Nataša Šimić Korać, Afrodita Gavrilidis**

**OPĆA BOLNICA KARLOVAC**

---

Problematika s kojom se susreću oboljeli od neizlječivih bolesti, njihove obitelji te njihovi bližnji je veoma velika. Vrlo je važna pravovremena informiranost bolesnika i njegove obitelji te znanje zdravstvenih djelatnika kako bi proglašenje i registracija palijativnih bolesnika bila pravovremena u svrhu podizanja kvalitete pružene zdravstvene skrbi. U OB Karlovac 2014. godine osnovana je Jedinica za palijativnu skrb koju čine bolnički koordinator za palijativnu skrb i sestra za planirani otpust. Javnom mrežom bolničke djelatnosti u Karlovačkoj županiji ugovoreno je 5 palijativnih kreveta za OB Karlovac. Unutar Bolnice 2015. godine osnovan je Bolnički interdisciplinarni tim za potporu palijativnoj skrbi koji također ima veliku ulogu u zbrinjavanju palijativnih bolesnika. OB Karlovac je od ove godine uključena u informatički sustav na razini Županije kojime će se uvelike olakšati sam proces registracije palijativnih bolesnika i njihovo praćenje. Planirani otpust palijativnih bolesnika podrazumijeva multidisciplinarni pristup svih članova tima i svih profila djelatnika kako bi se palijativnom bolesniku održala što duže veća kvaliteta života i u konačnici osigurala dostojanstvena smrt. Uvijek treba imati na umu mogućnost nastanka problema koji se pojavljuju u praksi, te pokušati riješiti i ponajviše prevenirati iste za dobrobit palijativnih bolesnika. Medicinska sestra za planirani otpust ima ključnu ulogu u zbrinjavanju palijativnih bolesnika stoga mora imati i odgovarajuću edukaciju i znanje iz toga područja. Od 2015. godine do danas u OB Karlovac registrirano je 326 bolesnika.

**Ključne riječi:** planirani otpust, palijativni bolesnik, registar palijativnih bolesnika



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

[www.hdmsarist.hr](http://www.hdmsarist.hr)

### PRIMJER DOBRE PRAKSE ZBRINJAVANJA PALIJATIVNOG BOLESNIKA U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Jasmina Jančić

DOM ZDRAVLJA KARLOVAC

---

Dobra komunikacija i povezanost sekundarne i primarne zdravstvene zaštite, te sam proces planiranog otpusta pacijenta sa hospitalizacije je pokazatelj unapređenja same zdravstvene zaštite. Od izuzetne važnosti u cijelom procesu palijativne skrbi za bolesnika, od registracije do otpusta, je suradnja zdravstvenih djelatnika, pacijenta i njegove obitelji, te daljnja suradnja sa izvanbolničkim i drugim institucijama. U radu će bit prikazan primjer iz prakse- planiran otpust iz bolnice, pravovremena edukacija članova obitelji te sama suradnja više službi.

**Ključne riječi:** palijativni pacijent, dekubitalne ulceracije, organizacija skrbi



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

www.hdmsarist.hr

### MEHANIČKA VENTILACIJA U KUĆNIM UVJETIMA - PLANIRANI OTPUST: PRIKAZ SLUČAJA

Blaženka Krivačić, Marijana Car

OPĆA BOLNICA KARLOVAC

---

Velik broj bolesnika liječenih u Središnjoj jedinici intenzivne medicine zahtijeva mehaničku potporu ventilacije tijekom svog liječenja. Trajanje mehaničke ventilacije ovisi o patologiji respiratornog zatajenja, komorbiditetu, dobi bolesnika, ali i raznim drugim čimbenicima. Mehanička ventilacija nije uzročno liječenje, ali omogućava potporu u akutnom stadiju bolesti. Kako takva potpora sa sobom nosi specifične komplikacije, a liječenje respiratorom treba trajati čim kraće, potom slijedi odvajanje i spontana respiracija. Međutim, određen broj bolesnika zahtijeva dugotrajnu, ali i često puta doživotnu mehaničku ventilaciju. Radi se o palijativnim bolesnicima kod kojih je prisutna progresija kroničnih, neizlječivih bolesti. Nakon postignute optimalne respiratorne funkcije, bolesnici nisu u mogućnosti uspješno se odvojiti od respiratora, te ostaju u Jedinici intenzivne medicine kao jedinom mjestu za zbrinjavanje.

U radu je prikazan planirani otpust pacijentice iz JIM-a na mehaničku ventilaciju u kućnim uvjetima. Planirani otpust proveden je prema protokolu ustanove. O tome koju vrstu skrbi je potrebno nastaviti odlučuje tim za planirani otpust u bolnici: liječnik, glavna sestra odjela i medicinska sestra za planirani otpust, a o daljnjoj koordinaciji njege u zajednici brine obiteljski liječnik. Osobito je važna suradnja obitelji/skrbnika za uspješno stvaranje preduvjeta za provođenje mehaničke ventilacije u kućnim uvjetima. Pacijentici je omogućeno da bude u krugu obitelji što joj uvelike donosi poboljšanje kvalitete življenja.

**Ključne riječi:** mehanička ventilacija, palijativna skrb



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

www.hdmsarist.hr

### DEPRESIVNOST I ZADOVOLJSTVO ŽIVOTOM U OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI

Irena Knežević, Nataša Cvenić

KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR OSIJEK

---

Kvaliteta života je prvenstveno psihološka kategorija koja ne proizlazi iz zadovoljavanja osnovnih potreba, već iz ukupne psihološke strukture pojedinca u interakciji s fizičkom i socijalnom okolinom u kojoj živi i temelji se na subjektivnoj procjeni. U životu svakog pojedinca postoje brojni i različiti izvori zadovoljstva i nezadovoljstva, a na njih značajno mogu djelovati objektivne okolnosti u kojima pojedinac živi. Čimbenici koji su povezani sa smanjenom kvalitetom života su nesposobnost življenja u kućanstvu bez tuđe pomoći te život u samačkom kućanstvu. Dok su rezultati istraživanja koji ispituju razlike u procjeni zadovoljstva životom s obzirom na spol uglavnom su nekonzistentni, pokazalo se da postoji pozitivna povezanost između socijalne potpore i zadovoljstva životom starijih osoba

**Ciljevi:** Ispitati zadovoljstvo životom i pojavnost depresije u osoba starije životne dobi koji su korisnici Patronažne službe Osijek, utvrditi postoje li razlike u procjeni s obzirom na spol i članove kućanstva te utvrditi povezanost rizika za nastanak depresije s procjenom zadovoljstva životom.

**Metode:** Korišten je anonimni anketni upitnik koji se sastojao od tri dijela: prvi dio čine opći i demografski podaci, drugi dio upitnika čini skraćena Gerijatrijska skala depresije koja se sastoji od 15 pitanja pri čemu se boduju depresivni odgovori (više od 5 bodova je pozitivni pokazatelj depresije). Treći dio odnosi se na Skalu za procjenu zadovoljstva životom koja sadrži 5 tvrdnji u tipu Likertove skale. Manji zbroj upućuje na manje zadovoljstvo životom.

**Rezultati:** Sudjelovalo je 120 ispitanika, od toga 76 (63 %) ženskog spola. Najmlađi ispitanik imao je 66 godina, a najstariji 84 godine. Središnja vrijednost zbroja Gerijatrijske skale depresije (GDS) iznosila je 6 (interkvartilnog raspona 4 – 8). Aritmetička sredina zbroja Skale zadovoljstva životom iznosila je 20,4 (standardna devijacija 5,91). Najviše ispitanika, njih 36 (30 %) je na Skali za procjenu zadovoljstva životom ostvario između 20 i 24 boda što pripada kategoriji prosječnog zadovoljstva, a 34 ispitanika (28 %) pripada kategoriji blagog nezadovoljstva (15 - 19 bodova).

**Zaključak:** Ne postoji značajna razlika u procjeni zadovoljstva životom i sklonosti depresiji s obzirom na spol i mjesto stanovanja ispitanika. Značajno su zadovoljniji životom ispitanici koji žive sa supružnikom, od onih koji žive sami ili samo s djecom. Ispitanici koji su zadovoljniji svojim životom, pokazali su manju sklonost depresiji.

**Ključne riječi:** depresija, starije osobe, zadovoljstvo životom



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

www.hdmsarist.hr

### PREVENCIJA VENTILATOR UZROKOVANE PNEUMONIJE U JIL-u

Damir Kralj

OPĆA BOLNICA VIROVITICA

---

Ventilator uzrokovana pneumonija ( VAP ), među najčešćim je bolničkim infekcijama, a radi se o upali pluća koja se pojavljuje kod intubiranih, odnosno mehanički ventiliranih pacijenata. Mehanička ventilacija povećava rizik za nastanak pneumonije za 7 do 10 puta, te se povezuje sa produljenjem bolničkog liječenja i vidljivo povećanim mortalitetom u skupini bolesnika sa pneumonijom. Temelj za postavljanje dijagnoze su radiološke i mikrobiološke pretrage nakon kojih se pristupa adekvatnom liječenju. Mjere za prevenciju VAP- ogledaju se u kvalitetnoj edukaciji medicinskih djelatnika te cijepljenjem stanovništva kao primarnom mjerom. Zbog visoke smrtnosti i obolijevanja od ventilator uzrokovane pneumonije važno je što prije otkriti faktore rizika i pravilnom prevencijom nastojati ukloniti ili smanjiti njihov utjecaj na pacijentovo stanje. VAP je veliki epidemiološki problem, a liječenje je dugotrajno i čini veliki dodatni financijski trošak za zdravstvenu ustanovu.

U predavanju će biti prikazana najnovija saznanja i intervencije te novi protokoli koji su nužni u prevenciji pneumonije koja je uzrokovana mehaničkom ventilacijom te će se bazirati na čimbenicima za nastanak VAP-a i na preventivne mjere istog.

Cilj predavanja je uputiti medicinske djelatnike u ozbiljnost ventilator uzrokovane pneumonije te mjere koje mogu značajno smanjiti pojavnost iste. Pravilnim pristupom možemo prevenirati pneumoniju, a većina intervencija koje pri tome primjenjujemo su svakodnevne, odnosno čine rutinsku provedbu zdravstvene njege bolesnika.

**Ključne riječi:** mehanička ventilacija, intubacija, jedinica intenzivnog liječenja, ventilator uzrokovana pneumonija, prevencija





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

[www.hdmsarist.hr](http://www.hdmsarist.hr)

### HITAN PRIMITAK PACIJENTA SA OZLJEDOM VRATNE KRALJEŽNICE TE POSLJEDIČNOM KVADRIPLGIJOM U JIL

**Nikola Petrinec**

**KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR SESTRE MILOSRDNICE**

---

Pacijent sa kvadriplegijom kao posljedicom ozljede vratne kralježnice je uvijek vitalno ugrožen bez obzira na mehanizam nastanka ozljede te je skrb za takvog pacijenta indicirana u JIL-u. Nerijetko su takvi pacijenti politraumatizirani što skrb za takvog pacijenta čini još zahtjevnijom. Cilj je takvog pacijenta zbrinuti unutar tzv. „zlatnog sata“ što iziskuje brz i učinkovit pristup u svim intervencijama koje on zahtjeva.

Treba imati na umu da *primarna ozljeda* nastaje u vrijeme same traume te je rezultat presijecanja, rastezanja i nagnječenja kralježničke moždine ili prekida njene opskrbe krvlju.. *Sekundarna ozljeda* nastaje zbog hipotenzije, generalizirane hipoksije, oštećenja krvnih žila te otekline ili pritiska moždine okolnim krvarenjem.

Nakon zbrinjavanja dišnih putova, disanja i cirkulacije cilj zdravstvene skrbi je spriječiti sekundarnu ozljedu kralježnice ili kralježnične moždine.

Kod nestabilnih ozljeda, fleksija ili ekstenzija kralježnice može nagnječiti ili presjeći moždinu. Zbog toga neprikladno premještanje ozlijeđenih osoba može ubrzati nastanak neurološkog deficita ili čak i smrti, uslijed ozljede kralježnične moždine. Iz tog razloga poslije svakog premještanja i manipulacije s takvim pacijentom treba izvršiti procjenu vitalnih parametara (i stupanj stanja svijesti ukoliko je pacijent pri svijesti).

Bolesnici koji imaju ozljedu kralježnice trebaju se premještat u cijelosti, na tvrdoj ravnoj dasci ili sličnoj podlozi, kako bi se njihov položaj stabilizirao bez prevelikog pritiska. Treba imati na umu kako sredstva za imobilizaciju kralježnice nisu udobna za pacijenta te posljedično mogu izazvati dekubitalne promjene na koži nakon relativno kratkog vremena zbog čega treba vremenski ograničiti njihovu primjenu.

**Ključne riječi:** hitan prijem, ozljeda vratne kralježnice, kvadriplegija



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

www.hdmsarist.hr

### INSTRUMENT ZA PROCJENU BOLA KOD INTENZIVNIH BOLESNIKA CRITICAL CARE PAIN OBSERVATION TOOL - "CPOT"

Marko Kalić, Valerija Podgorelec

KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR SESTRE MILOSRDNICE

---

Liječenje bola najvažniji je faktor kvalitete života i uspješnog oporavka. Instrument za procjenu bola kod intenzivnih bolesnika „Critical Care Pain Observation Tool,, (CPOT) alat sastoji se od četiri indikatora. *Izraz lica* – najbolji je pokazatelj neverbalne prisutnosti bola. **Vrijednost 0** dodjeljuje se kada nema mišićne napetosti lica, **vrijednost 1** dodjeljuje se napetom licu sa spuštenim obrvama, **vrijednost 2** odnosi se na grimase. *Pokret tijela* - **vrijednost 0** je dodijeljena u mirovanju ili u normalnom položaju. **Vrijednost 1** se dodjeljuje „zaštitnim pokretima“, bolesnik provodi spore i oprezne pokrete, pokušava dodirnuti mjesto bola. **Vrijednost 2** se dodjeljuje nemirnom ili uzrujanom bolesniku, pokazuje ponavljajuća kretanja, pokušava povući cijevi, sjedi u krevetu ili ne surađuje. Pokreti tijela su važni u cjelokupnoj procjeni bolesnikova bola. *Suradnja s respiratorom (intubirani pacijenti)* – bolesnik je mehanički ventiliran. **Vrijednost 0** se odnosi na lako ventiliranje, bolesnik ne kašlje niti aktivira alarme. **Vrijednost 1** se dodjeljuje kada kašlje ili aktivira alarme, ali se spontano zaustavlja bez intervencije medicinske sestre/tehničara. **Vrijednost 2** se dodjeljuje tijekom „borbe“ s respiratorom.

*Verbalizacija* – indikator ekstubiranih bolesnika koji verbaliziraju bol. **Vrijednost 0** se dodjeljuje bolesniku koji govori normalnim tonom ili se ne čuje. **Vrijednost 1** se dodjeljuje kada uzdiše ili stenje, a **vrijednost 2** kada plače ili jeca. *Tonus mišića* – napetost mišića je vrlo dobar pokazatelj bola. Smatra se drugim najboljim indikatorom u CPOT-u. U mirovanju, procjenjuje se pasivnom fleksijom i ekstenzijom bolesnikove podlaktice. **Vrijednost 0** se dodjeljuje tijekom pasivnih pokreta ili postupka okretanja bez prisutne mišićne napetosti tijela. **Vrijednost 1** se dodjeljuje u prisutnom otporu tijekom fleksije ruke u laktu ili tijekom okretanja, napetosti ili rigidnosti. **Vrijednost 2** se dodjeljuje kod jakog otpora. Vrednovanjem ovih indikatora s 0, 1 ili 2 boda dolazimo do vrijednosti od minimalnih 0 ili maksimalnih 8 bodova. Vrijednost 2 ili više bodova ukazuje nam na prisutnost bola koju treba adekvatno liječiti.

**Ključne riječi:** procjena bola, verbalizacija, bolesnik, intenzivna njega, skala bola



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

[www.hdmsarist.hr](http://www.hdmsarist.hr)

