

Uloga medicinske sestre u zbrinjavanju palijativnog pacijenta u objedinjenom hitnom bolničkom prijemu

Kitonić, Danica

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Pula / Sveučilište Jurja Dobrile u Puli**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:137:880856>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-26**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository Juraj Dobrila University of Pula](#)



SVEUČILIŠTE JURJA DOBRILE
MEDICINSKI FAKULTET U PULI
Preddiplomski stručni studij Sestrinstvo

Danica Kitonić

**ULOGA MEDICINSKE SESTRE U ZBRINJAVANJU
PALIJATIVNOG PACIJENTA U OBJEDINJENOM HITNOM
BOLNIČKOM PRIJEMU**

Završni rad

Pula, rujan, 2022.

SVEUČILIŠTE JURJA DOBRILE
MEDICINSKI FAKULTET U PULI
Preddiplomski stručni studij Sestrinstvo

Danica Kitonić

**ULOGA MEDICINSKE SESTRE U ZBRINJAVANJU PALIJATIVNOG
PACIJENTA U OBJEDINJENOM HITNOM BOLNIČKOM PRIJEMU**

Završni rad

JMBAG: 0303078644, izvanredni student

Studijski smjer: Preddiplomski stručni studij Sestrinstvo

Predmet: Kolegij Palijativna zdravstvena njega

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke i medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

Mentor: Nada Tadić, dipl. med. techn..

Pula, rujan, 2022.



IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

Ja, dolje potpisana Danica Kitonić, kandidatkinja za prvostupnicu sestrinstva ovime izjavljujem da je ovaj Završni rad rezultat isključivo mogega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na objavljenu literaturu kao što to pokazuju korištene bilješke i bibliografija. Izjavljujem da niti jedan dio Završnog rada nije napisan na nedozvoljen način, odnosno da je prepisan iz kojega necitiranog rada, te da ikoji dio rada krši bilo čija autorska prava. Izjavljujem, također, da nijedan dio rada nije iskorišten za koji drugi rad pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili radnoj ustanovi.

Student

Kitonić

U Puli, 2022. godine,



IZJAVA

o korištenju autorskog djela

Ja, Danica Kitonić, dajem odobrenje Sveučilištu Jurja Dobrile u Puli, kao nositelju prava iskorištavanja, da moj završni rad pod nazivom: „ULOGA MEDICINSKE SESTRE U ZBRINJAVANJU PALIJATIVNOG PACIJENTA U OBJEDINJENOM HITNOM BOLNIČKOM PRIJEMU“ koristi na način da gore navedeno autorsko djelo, kao cjeloviti tekst trajno objavi u javnoj internetskoj bazi Sveučilišne knjižnice Sveučilišta Jurja Dobrile u Puli te kopira u javnu internetsku bazu završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice (stavljanje na raspolaganje javnosti), sve u skladu s Zakonom o autorskom pravu i drugim srodnim pravima i dobrom akademskom praksom, a radi promicanja otvorenoga, slobodnoga pristupa znanstvenim informacijama.

Za korištenje autorskog djela na gore navedeni način ne potražujem naknadu.

U Puli, 2022. godine.

Potpis

Mentor rada: Nada Tadić, dipl. med. techn.

Završni rad je obranjen dana _____ na Sveučilištu Jurja Dobrile u Puli,
pred povjerenstvom u sastavu:

1. _____

2. _____

3. _____

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
2. PALIJATIVNA SKRB	3
2.1 Definicije i načela palijativne skrbi	3
2.2 Pojmovi.....	3
2.2.1 Hospicij.....	3
2.2.2 Unaprijed dane upute.....	3
2.2.3 Biološki testament	4
2.2.4 Surogat ili skrbnik	4
2.2.5 Donošenje odluka: sposobnost odlučivanja naspram kompetencije	4
2.2.6 Uskraćivanje nasuprot povlačenju beskorisne terapije za održavanje života 4	
2.2.7 Samo mjere udobnosti	5
2.3 Modeli subspecijalističke palijativne skrbi.....	5
2.4 Najčešća stanja pacijenata zaprimljenih na OHBP koja bi imala koristi od palijativne skrbi	6
2.4.1 Uobičajeni razlozi zbog kojih se pacijenti iz hospicija javljaju u OHBP... 9	
3. PROCJENA I UPRAVLJANJE SIMPTOMA	10
3.1 Bol.....	10
3.1.1 Čimbenici koji doprinose boli:	11
3.1.2 Prepreke za učinkovitu kontrolu boli:	12
3.1.3 Adjuvanti (pomoćni lijekovi) u upravljanju boli.....	14
3.1.4 Nuspojave lijekova protiv boli	14
3.2 Delirij.....	15
3.2.1 Mogući uzroci delirija	17
3.2.2 Terminalni nemir	17
3.3 Problemi s disanjem.....	17
3.3.1 Dispneja na kraju života	18
3.3.2 Respiratorni sekreti.....	20
3.4 Sluznice (suhe/bolne).....	20
3.5 Briga o koži.....	21
3.6 Proljev.....	22

3.6.1	Intervencije	22
3.7	Opstipacija/ zatvor	22
3.7.1	Intervencije	23
3.8	Mučnina i povraćanje.....	23
3.8.1	Procjena i liječenje.....	24
3.8.2	Pristupi farmakološkom liječenju mučnine	24
3.8.3	Nefarmakološke metode	25
3.9	Gubitak apetita (anoreksija).....	25
3.9.1	Simptomi	25
3.9.2	Potencijalno reverzibilni razlozi.....	25
3.9.3	Intervencije	26
3.9.4	Promjene okusa/mirisa	26
3.10	Gubitak težine (kaheksija)	27
3.10.1	Nutritivna potpora	27
3.11	Poteškoće s gutanjem/disfagija	28
3.11.1	Intervencije	28
3.12	Pruritus i znojenje	28
3.12.1	Intervencije	29
3.13	Kašalj i hemoptiza	30
3.13.1	Kašalj.....	30
3.13.2	Hemoptiza.....	31
3.14	Maligne i kronične rane	32
3.15	Konvulzije kod umirućeg pacijenta	32
3.16	Maligna kompresija leđne moždine	33
3.16.1	Znaci i simptomi.....	34
3.16.2	Intervencija i liječenje	34
3.17	Krvarenja	34
3.17.1	Intervencije	34
4.	PITANJE BOLESTI U PALIJATIVNOJ SKRBI	36
4.1	Brza procjena palijativne skrbi	37
4.1.1	ABCD procjena hitne palijativne skrbi	37
4.2	Smrt pacijenata u OHBP-u u terminalnoj fazi	38

4.3	Prepreke hitnoj palijativnoj skrbi.....	38
5.	ULOGA MEDICINSKE SESTRE U ZBRINJAVANJU PALIJATIVNOG PACIJENTA U OHBP-u	39
5.1	Moguće sestrijske dijagnoze u zbrinjavanju palijativnog pacijenta u OHBP-u 41	
6.	ZAKLJUČAK.....	46
7.	SAŽETAK.....	47
8.	SUMMARY.....	48
9.	PRILOZI.....	54
	Prilog A: Popis ilustracija.....	54
	Popis slika:.....	54
	Popis tablica:	54
	Prilog B: Popis korištenih kratica:	55

1. UVOD

Pacijenti s kroničnim, teškim ili životno opasnim stanjima koji bi imali koristi od palijativnih intervencija svakodnevno se javljaju na Objedinjeni hitni bolnički prijem (OHBP). Kad god je to moguće, djelatnici OHBP-a trebaju uključiti takve pacijente i njihove obitelji u razgovore o palijativnoj skrbi i o mogućnostima pružanja palijativne skrbi u raznim ustanovama ili kućnim uvjetima. Rano upućivanje s OHBP-a na palijativnu skrb ili, kada je indicirano, u hospicij može poboljšati kvalitetu i količinu života palijativnih pacijenata. Takva praksa je u skladu s preporukama American College of Emergency Physicians (ACEP) (1). Mnogi pacijenti traže skrb u OHBP-u zbog akutnih kriza povezanih s kroničnim bolestima. Takvi posjeti imaju tendenciju porasta kako se pacijentov klinički status pogoršava te kada se približava kraj života. Osim toga, većina hospitalizacija započinje iz OHBP-a, a odluke o intervencijama za održavanje života (npr. pokretanje mehaničke ventilacije) često se donose tamo, uspostavljajući putanju naknadne bolničke skrbi (2). Za mnoge pacijente i obitelji te odluke moraju biti donesene brzo, suočene s neizvjesnom prognozom. Čak i za pacijente koji se mogu stabilizirati i eventualno otpustiti iz OHBP-a, ali koji imaju potrebe koje se najbolje zadovoljavaju intervencijama palijativne skrbi, djelatnici OHBP-a imaju priliku potaknuti pacijenta, njegovu obitelj i djelatnike primarne zdravstvene zaštite (PZZ) na daljnje rasprave o ciljevima njege. Rana integracija palijativne skrbi, bilo da se pruža prvenstveno putem OHBP-a ili sekundarno od strane konzultantskih službi za palijativnu skrb, može značajno poboljšati skrb za pacijente. Štoviše, primjenom načela palijativne skrbi ili uključivanjem tima palijativne skrbi u ranoj fazi donošenja odluka, djelatnici OHBP-a mogu pomoći pacijentima i obiteljima da donesu odluke uz najbolje dostupne informacije i podršku. Stoga je važno da djelatnici OHBP-a imaju razumijevanje osnovnih koncepata palijativne skrbi i osposobljavanja u relevantnim aspektima pružanja takve skrbi, kao što je komunikacija s teškim bolesnicima i njihovim obiteljima (3)(4). Rana integracija palijativne skrbi povezana je s boljom kvalitetom života pacijenata, boljim razumijevanjem i komunikacijom o bolesti, boljim pristupom kućnoj njezi i emocionalnoj i duhovnoj podršci, povećanjem dobrobiti i dostojanstva pacijenata, boljom skrbi u trenutku smrti i smanjenim nelagodama koje nose simptomi terminalne faze bolesti (5). Istraživanja pokazuju da konzultacije u bolničkoj palijativnoj skrbi smanjuju duljinu boravka i

troškove po epizodi skrbi, prvenstveno smanjenjem upotrebe nepotrebnih testova i beskorisnih tretmana i u nekim slučajevima, može produžiti život (6).

2. PALIJATIVNA SKRB

2.1 Definicije i načela palijativne skrbi

Centar za naprednu palijativnu skrb (CAPC¹) definira palijativnu skrb kao „specijaliziranu medicinsku skrb za osobe s ozbiljnim bolestima... usmjerenu na pružanje olakšanja pacijentima od simptoma, boli i stresa ozbiljne bolesti — bez obzira na dijagnozu. Cilj je poboljšati kvalitetu života i za pacijenta i za njegovu obitelj. Palijativnu skrb pruža tim liječnika, medicinskih sestara i drugih stručnjaka koji rade zajedno s drugim liječnicima kako bi osigurali dodatnu razinu potpore. Prikladna je u bilo kojoj dobi i u bilo kojoj fazi ozbiljne bolesti i može se pružiti uz kurativno liječenje” (7). Palijativna skrb ima za cilj poboljšati kvalitetu života pacijenata (i njihovih obitelji) koji se suočavaju s problemima povezanim s bolešću koja ugrožava život.

Zemlje s visokim dohotkom općenito imaju veću integraciju subspecijalističke palijativne skrbi i hospicijske skrbi u sustav zdravstvene skrbi, iako bolnice u zajednici možda nemaju lak pristup takvim resursima. Među zemljama s niskim dohotkom, palijativna skrb je rijetko dostupna. Subspecijalističke usluge palijativne skrbi mogu se pružati u bolnici, ambulanti, staračkom domu ili kući. Nadalje, palijativna skrb za beskućnike postala je važan cilj u razvijenim zemljama (8).

2.2 Pojmovi

2.2.1 Hospicij

Hospicijski programi pružaju palijativnu skrb pacijentima na kraju života kada je fokus na udobnosti, a ne na liječenju bolesti i kada pacijent želi izbjeći hospitalizaciju. Prihvatljivost za hospicij uvelike je definirana smjernicama za hospicijsku pomoć Medicare, koje se primjenjuju na pacijente s terminalnom bolešću i procijenjenim životnim vijekom od 6 mjeseci ili kraće (9).

2.2.2 Unaprijed dane upute

Unaprijed dane upute su dokumenti koje osoba ispunjava dok još uvijek ima sposobnost odlučivanja o tome kako bi se odluke o liječenju trebale donijeti u njihovo ime ako izgube sposobnost donošenja takvih odluka. Oni su pravni alati koji

¹ The Center to Advance Palliative Care

usmjeravaju donošenje odluka o liječenju i/ ili imenuju zamjenske donositelje odluka. Najčešće spominjana uputa je nalog za ne oživljavanje (DNR²) (9)(10).

2.2.3 Biološki testament

Biološki testament ili oporuka je dokument koji sažima sklonosti osobe za buduću medicinsku skrb. Obično se oporuka odnosi na reanimaciju i održavanje života, međutim, može pokriti preferencije u vezi s hospitalizacijom, kontrolom boli i drugim mogućim tretmanima (npr. kemoterapija za rak, ugrađeni defibrilator za zatajenje srca, hranjenje putem sonde, dijaliza kod zatajenja bubrega, mehanička ventilacija (MV) kod respiratorne bolesti...). Važno je da skrbnici ne mogu ispuniti oporuku u ime pacijenta (9).

2.2.4 Surogat ili skrbnik

Skrbnik služi kao pacijentov zastupnik kada pacijent nije u stanju donositi vlastite odluke (tj. nema sposobnost odlučivanja) (9).

2.2.5 Donošenje odluka: sposobnost odlučivanja naspram kompetencije

U medicinskom kontekstu, "sposobnost odlučivanja" odnosi se na sposobnost korištenja informacija o bolesti i predloženim mogućnostima liječenja kako bi se napravio izbor koji je u skladu s vlastitim vrijednostima i preferencijama. "Kompetencija" se odnosi na pravnu presudu, obično od strane suca, koja se odnosi na to da li pojedinac ima zakonsko pravo donositi vlastite odluke. Procjenu sposobnosti odlučivanja može i treba obaviti liječnik uz bolesničku postelju i ne mora uključivati psihijatra ili pravnu službu. Kada je sposobnost odlučivanja granična ili je teško odrediti, možda će biti potrebne konzultacije s psihijatrom (9).

2.2.6 Uskraćivanje nasuprot povlačenju beskorisne terapije za održavanje života

Uskraćivanje od liječenja predstavlja odustajanje od liječenja prije nego što se ono započne. Povlačenje se odnosi na prekid medicinske intervencije (kao što je respiratorna potpora) koja je već započeta. Iako ne postoji etički značajna razlika između uskraćivanja i povlačenja, za neke zdravstvene djelatnike i članove obitelji, emocionalna težina povlačenja liječenja veća je od one uskraćivanja (9).

² do-not-resuscitate

2.2.7 Samo mjere udobnosti

"Samo mjere udobnosti" predstavlja promjenu u filozofiji skrbi koja ukazuje na to da će se liječenje usredotočiti isključivo na pružanje utjehe i olakšanja simptoma, a ne na produljenje života. Mjere udobnosti mogu uključivati lijekove za ublažavanje neugodnih simptoma povezanih s procesom bolesti (npr. diuretici za oticanje nogu ili dispneju u završnoj fazi srčanog zatajenja) (9).

2.3 *Modeli subspecijalističke palijativne skrbi*

Primarna načela palijativne skrbi su:

- Upravljanje simptomima
- Uspostavljanje i provedba planova skrbi u skladu s pacijentovim vrijednostima i preferencijama
- Dosljedna i kontinuirana komunikacija između pacijenta i svih onih koji su uključeni u njegovu ili njezinu skrb
- Psihosocijalna, duhovna i praktična podrška pacijentima i njihovim obiteljima
- Koordinacija na svim razinama skrbi.

Palijativna skrb ima za cilj ublažavanje patnje u svim stadijima bolesti i nije ograničena na skrb na kraju života. Usluge palijativne medicine, uključujući postavljanje ostvarivih ciljeva za medicinsku skrb i agresivno upravljanje simptomima, trebale bi se rutinski nuditi uz kurativne tretmane i tretmane koji modificiraju bolest za pacijente s terminalnim oboljenjima (11). Tradicionalni model medicinske skrbi bio je proturječan, s liječenjem koje modificira bolest na početku, a mjere ublažavanja neugodnih simptoma koristile su se samo kada i ako mjere liječenja više nisu bile prikladne. Međutim, većina bolesti i osobnih ciljeva ne odgovara takvim modelima usluga. Na primjer, zatajenje srca karakterizira stabilna bolest isprekidana akutnim egzacerbacijama koje često zahtijevaju hospitalizaciju. Tijekom ovih egzacerbacija primjenjuju se tretmani koji produljuju život, kao što su diuretici, koji također smanjuju opterećenje simptoma. Unutar integriranog modela medicinske skrbi, palijativna skrb pruža se istodobno s kurativnim tretmanima ili tretmanima koji produljuju život (12). Hospicijska i palijativna medicina sada je priznata kao medicinska subspecijalnost od strane Američkog odbora medicinskih specijalnosti, kao i u Kanadi, Engleskoj, Irskoj, Australiji, Novom Zelandu i mnogim drugim europskim zemljama (13). Druge zemlje su u procesu razvoja certifikacije za palijativnu skrb. Zdravstveni djelatnici koji su

posebno educirani za palijativnu skrb pružaju opširno upravljanje boli i simptomima, komunikaciju u vezi s ciljevima skrbi i koordinaciju skrbi u svim okruženjima i kontinuirano (14). Međutim, kako bi veliki i brzo rastući broj pacijenata s uznapređovalom i teškom bolešću dobio pravovremenu i kvalitetnu palijativnu skrb, važno je da se temeljna načela i prakse palijativne skrbi ugrade u praksu svih zdravstvenih djelatnika.

2.4 Najčešća stanja pacijenata zaprimljenih na OHBP koja bi imala koristi od palijativne skrbi

Malo je dokaza dostupno za kvantificiranje broja i vrsta pacijenata s potrebama za palijativnom skrbi koji se javljaju u OHBP. Međutim, znamo da se posjete OHBP-u povećavaju kako ozbiljna bolest napreduje, bez obzira na osnovnu bolest, i kako se pacijenti približavaju kraju života. Jedna trećina smrtnih slučajeva u OHBP-u može biti posljedica učinaka osnovne kronične bolesti, a mnoge starije odrasle osobe s kroničnim bolestima umiru u OHBP-u. U jednoj studiji, utvrđeno je da je više od polovice od 4518 preminulih starijih od 65 godina tijekom 15-godišnjeg razdoblja posjetilo OHBP u posljednjem mjesecu života, a 75% ih je posjećivalo OHBP tijekom posljednjih šest mjeseci, mnogi u više navrata (15). Manje je vjerojatno da će pacijenti koji primaju palijativnu skrb posjetiti OHBP u posljednjem mjesecu života od onih koji ne primaju palijativnu skrb (16).

Bolesnici sa sljedećim stanjima zaprimljeni u OHBP mogu biti prikladni za palijativnu skrb:

- Starije osobe s demencijom ili multimorbiditetom – slabe starije osobe s uznapređovalom demencijom ili višestrukim morbiditetima i oni prebačeni iz ustanova za dugotrajnu skrb s akutnim ili naglim propadanjem, nestabilnim vitalnim znakovima i nejasnim ciljevima skrbi čine značajan udio pacijenata u OHBP-u. Ovi pacijenti mogu imati koristi od pristupa interdisciplinarnog tima za palijativnu skrb koji uključuje razmatranje rizika i koristi intervencija, procjenu ciljeva skrbi i planiranja skrbi.
- Uznapređovali malignitet – Maligni tumori, posebno metastatska bolest, često opterećuju pacijente neugodnim simptomima. Rana integracija palijativne skrbi istodobno s aktivnim liječenjem preporučuje se svim bolesnicima s uznapređovalim karcinomom.

- Teška ili neizlječiva neurološka stanja – razorni akutni neurološki događaji, kao što su moždani udar i intrakranijalna krvarenja, uobičajeni su razlozi za pokretanje razgovora u OHBP-u o ciljevima skrbi i liječenja za održavanje života. Nepovratna hipoksična ozljeda mozga i neurodegenerativna stanja koja umanjuju kvalitetu života, poput uznapredovale multiple skleroze, amiotrofične lateralne skleroze ili Parkinsonove bolesti, mogu potaknuti razgovore o ciljevima skrbi, osobito kada se razmišlja o invazivnim intervencijama.
- Reanimacije i srčani zastoj – U slučajevima kada je prognoza za preživljavanje od iznenadnog srčanog zastoja loša (npr. produljena kardiopulmonalna reanimacija (KPR)), uključenje palijativne skrbi može biti prikladno za podršku obiteljima koje su suočene s odlučivanjem.
- Zatajenje organa – Bolesnici s zatajenjem srca u terminalnoj fazi, kroničnom opstruktivnom plućnom bolešću (KOPB) ili bolešću jetre ili bubrega, često imaju koristi od palijativne skrbi. Međutim, putanja funkcionalnog pada u ovih bolesnika često je nepredvidljiva. Mnogi pacijenti ostaju u kroničnom stanju lošeg ili sve lošijeg zdravlja isprekidanog povremenim egzacerbacijama i hospitalizacijama, ali i privremenim razdobljima poboljšanja ili relativne stabilnosti. Ovaj obrazac povezan s dekompenziranim zatajenjem srca, zatajenjem jetre i KOPB-om, često ometa prepoznavanje pacijenata i mnogi pacijenti koji bi imali koristi nisu upućeni na palijativnu skrb. Akutne egzacerbacije kronične bolesti koje se često susreću u OHBP-u mogu otežati prognozu. Međutim, palijativna skrb je često prikladna i korisna za bolesnike s teškim kroničnim bolestima koje zahtijevaju intervencije za održavanje života, MV, hemodijaliza (HD) ili primjena vazopresora. Specijalista hitne medicine trebao bi razmotriti nedostatke i prednosti postupaka i intervencija (uključujući bolnički prijem) i, ako vrijeme dopušta, razgovarati o tim odlukama s pacijentima i skrbnicima u kontekstu pacijentovih ciljeva skrbi.
- Trauma – Trauma može dovesti do iznenadnog i razornog funkcionalnog distresa ili smrti, a palijativna skrb je često potrebna za takve pacijente. Takva podrška može uključivati ne samo liječenje boli i simptoma, već i mnoge druge aspekte skrbi, uključujući planiranje skrbi, složeno donošenje

odluka i komunikaciju (npr. objavljivanje loših vijesti i smrti). Dok studije izvještavaju da je rana intervencija palijativne skrbi za pacijente s gerijatrijskom traumom povezana s uštedom troškova i smanjenom duljinom boravka, dokazi nisu dovoljno jaki da opravdaju rutinske konzultacije.

Pacijenti s ozbiljnom bolešću dolaze u OHBP s mnogim simptomima i potrebama koje bi mogle biti podložne palijativnim intervencijama, uključujući sljedeće:

- Razvoj novih ili pogoršanje kroničnih simptoma (npr. bol, dispneja, zatvor, mučnina i povraćanje, slabost, puritus, kaheksija...)
- Smanjena sposobnost brige o sebi, pogoršanje slabosti, pogoršanje demencije
- Promjene u mentalnom statusu (npr. delirij)
- Psihološka nevolja (depresija, anksioznost...)
- Socijalni problemi (npr. nedostatak skrbnika, loša koordinacija skrbi)
- Financijski problemi, pitanja zapošljavanja ili stanovanja
- Pitanja o prognozi i mogućnostima liječenja

Razumijevanje ovih razloga pomaže zdravstvenom djelatniku u rješavanju neposrednih potreba pacijenata i eventualno može spriječiti buduće posjete OHBP-u. Takvo razumijevanje također može omogućiti timu OHBP-a da poveže pacijenta i obitelj s odgovarajućim sustavima podrške i uslugama u zajednici (17). U tijeku su naponi da se razviju alati za podršku pri odlučivanju koji bi pomogli djelatnicima OHBP-a identificirati pacijente koji bi mogli imati koristi od intervencija palijativne skrbi i olakšali rano upućivanje na odgovarajuće službe. Kao primjer, instrument za palijativnu skrb i brzu hitnu provjeru (P-CaRES³) koristi se za kreiranje upozorenja u nekim elektroničkim zdravstvenim kartonima (EZK). Djelatnici OHBP-a često nisu sigurni u odgovarajuću razinu skrbi za pacijente prebačene u OHBP iz hospicija. Poziv njegovatelja ili dolazak u OHBP pacijenta pod hospicijskom skrbi ne znači nužno da pacijent želi opozvati hospicijsku skrb. Stoga je važno da liječnik pažljivo pregleda anamnezu i razgovara s pacijentom, njegovim skrbnicima i osobljem hospicija o tome što je potaknulo posjet OHBP-u (18).

³ Palliative Care Rapid Emergency Screening

2.4.1 Uobičajeni razlozi zbog kojih se pacijenti iz hospicija javljaju u OHBP

- Čimbenici bolesnika i njegovatelja:
 - Neadekvatna kontrola simptoma (npr. bol, dispneja).
 - Neispravnost ili gubitak potpornih uređaja (npr. traheostoma ili nazogastrična cijev).
 - Stres, strah ili na neki drugi način nesposobnost da se nosi s nadolazećim gubitkom života.
 - Sukob oko tretmana koji produžuje život. To mogu biti tretmani koji su prekinuti (npr. kemoterapija) ili intervencije koje nikada nisu korištene (npr. hemodijaliza).
 - Pacijenti i njegovatelji imaju različite filozofije skrbi.
 - Umor njegovatelja ili nesposobnost da se nosi s potrebama pacijenta.
 - Automatski ukorijenjeni odgovor na percipiranu nevolju pacijenta.

- Čimbenici vezani za hospicij
 - Neuspjeh ili nemogućnost pravovremenog rješavanja potreba pacijenata.
 - Loša komunikacija s pacijentom ili obitelji.
 - Kvar opreme bez pravodobnog popravka ili zamjene (npr. kućni kisik ili nebulizator).
 - Poziv pokrenut od strane hospicija (npr. nemogućnost pružanja određene vrste skrbi).

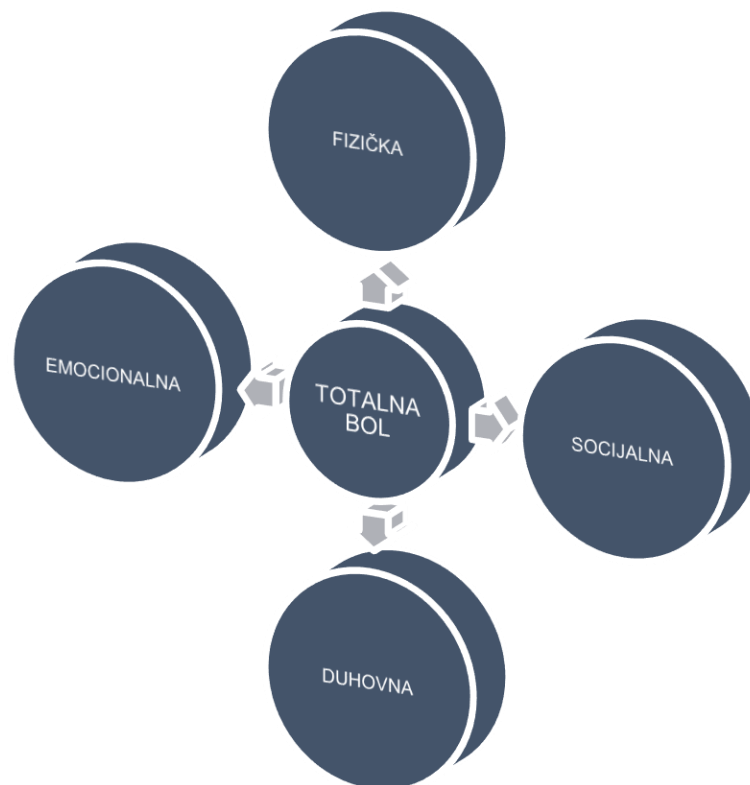
3. PROCJENA I UPRAVLJANJE SIMPTOMA

Bolesnici s ozbiljnom bolešću mogu imati niz opterećujućih simptoma. Najčešći su bol, dispneja i umor. Kako bi odredili odgovarajuće liječenje, medicinska sestra-tehničar (MS/MT) u OHBP-u prvo moraju utvrditi temeljni uzrok. Na primjer, pacijent s uznapredovalim karcinomom pluća može imati pojačanu dispneju zbog nepovezanih uzroka, poput upale pluća ili plućne embolije. Liječnici hitne medicine moraju se čuvati od pretpostavke da glavna pritužba proizlazi iz pogoršanja kroničnog palijativnog problema; potencijalno reverzibilne, nove uzroke treba istražiti kako je indicirano.

3.1 Bol

Bol je čest simptom u bolesnika s palijativnom skrbi, a etiologiji može pridonijeti više čimbenika. Bol je sve ono što pacijent kaže da jest i prisutna je kad god pacijent kaže da jest. Bol je neugodno osjetilno i emocionalno iskustvo povezano s potencijalnim ili stvarnim oštećenjem tkiva modulirano raspoloženjem, moralom i značenjem boli za pacijenta.

Bol ima 4 dimenzije (Slika 1):



Slika 1. Četiri dimenzije boli

3.1.1 Čimbenici koji doprinose boli:

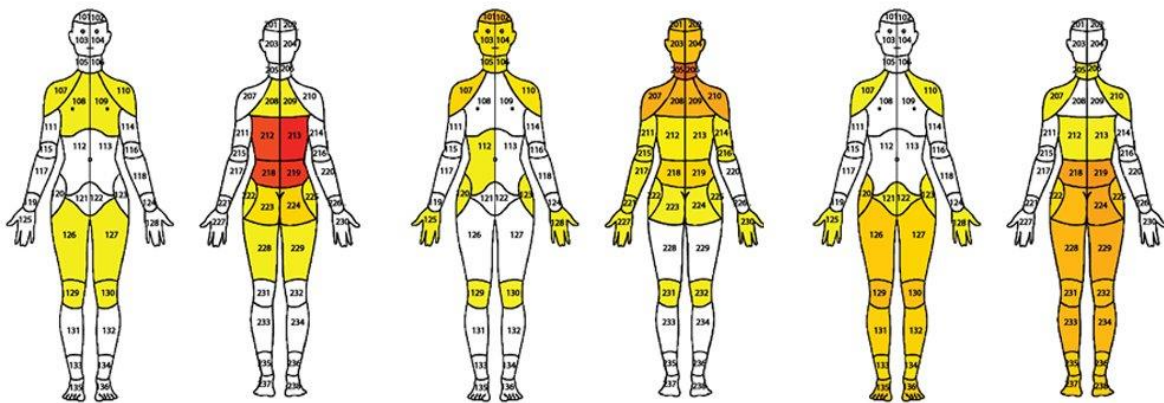
- Koštane metastaze i njihove komplikacije uključujući patološke prijelome i kompresiju leđne moždine
- Maligne rane ili rane koje ne zacjeljuju
- Infekcija
- Učinci radioterapije/kemoterapije (obično kratkoročni)
- Limfedem
- Depresija/ anksioznost/ strah
- Slabost, smanjena pokretljivost ili nepokretnost
- Zatvor i zadržavanje mokraće

Bol može biti akutna ili kronična (Tablica 1):

Tablica 1. Karakteristike akutne i kronične boli

	Akutna	Kronična
Vremenski tijek	Prolazno	Postojano
Značenje za pacijenta	Pozitivno jer skreće pozornost na ozljedu ili bolest	Negativno jer nema nikakvu korisnu svrhu Bez početka i bez kraja
Simptomi i znakovi	<ul style="list-style-type: none">- Tahikardija- Tahipneja- Znojenje- Proširene zjenice	<ul style="list-style-type: none">- Letargija- Anoreksija- Zatvor- Apatija- Somatska preokupacija (pacijent postaje bol)- Promjena osobnosti

Procjena boli trebala bi uključivati podatke o početku (kada je bol počela?), lokalizaciju boli (Slika 2), trajanje boli, karakteristike, čimbenike koji pogoršavaju i olakšavaju bol, lijekove i procjenu jačine boli pomoću mjernih instrumenata, poput vizualno-analogne skale (VAS) boli (Slika 3) (19).



Slika 2. Mapa za lokalizaciju boli

Izvor: <https://www.sciencedirect.com/science/>



Slika 3. Vizualno-analogna skala (VAS)

Izvor: <https://zdravlje.eu/Vizualna-analogna-skala>

Opis boli (Tablica 2):

Tablica 2. Opis i karakteristike boli

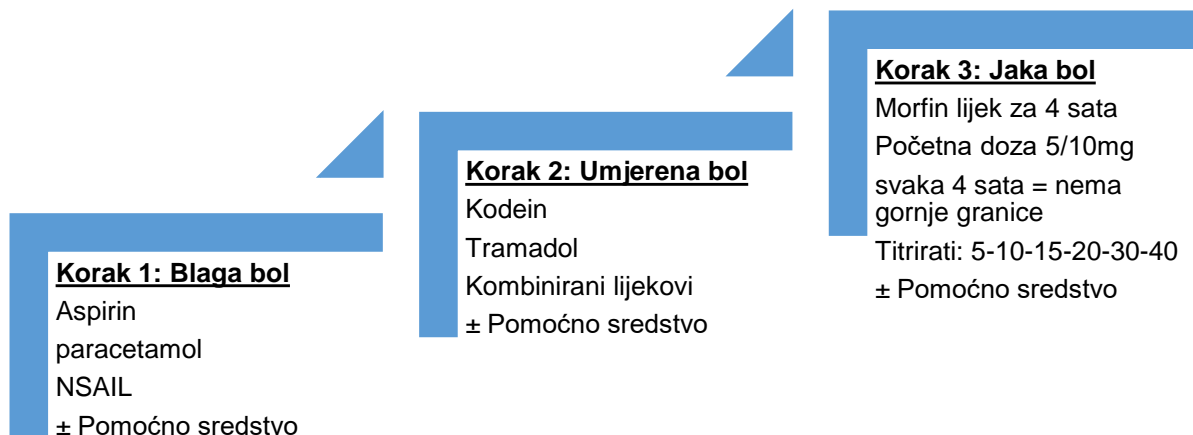
VRSTA BOLI	OPIS BOLI
Bol u kostima i mekim tkivima	Nježan, dubok, nagrizajući, bolan, sveprisutan
Neuropatska bol	Peckajuća, sijekajuća, probadajuća, žareća
Visceralna bol	Grčevita, spazmi, kolike
SŽS	Stražnja bol u glavi, pritisak, mučnina, glavobolja
Mješovita bol	Mješoviti simptomi

3.1.2 Prepreke za učinkovitu kontrolu boli:

- Problemi vezani uz zdravstvene djelatnike

- Neadekvatno znanje o liječenju boli
 - Loša procjena boli
 - Zabrinutost oko regulacije kontroliranih tvari
 - Strah od ovisnosti pacijenata
 - Zabrinutost zbog nuspojava analgetika
 - Zabrinutost zbog toga što pacijenti postaju tolerantni na analgetike
- Problemi vezani uz pacijente
 - Nespremnost da se prijavi bol
 - Zabrinutost zbog odvratanja pažnje od liječenja osnovne bolesti
 - Strah da bol znači da je bolest gora
 - Nedostatak znanja o principima osnovnog liječenja boli
 - Zabrinutost da nije "dobar" pacijent
 - Nesklonost uzimanju lijekova protiv bolova
 - Strah od ovisnosti ili od toga da ih se smatra ovisnikom
 - Zabrinutost zbog nekontroliranih nuspojava (kao što su zatvor, mučnina ili pomućenje misli)
 - Zabrinutost oko toga da postanu tolerantni na lijekove protiv bolova
 - Loše pridržavanje propisanog režima analgetika
 - Financijske prepreke
- Problemi vezani uz zdravstveni sustav
 - Liječenju boli daje se nizak prioritet
 - Najprikladnije liječenje može biti preskupo za pacijente i obitelji
 - Restriktivna regulativa nadziranih tvari
 - Problemi dostupnosti ili pristupa liječenju
 - Opioidi nedostupni u pacijentovoj ljekarni
 - Nepristupačni lijekovi

Upravljanje boli: Ljestvica Svjetske zdravstvene organizacije za bol



Slika 4. Ljestvica SZO-a za upravljanje boli

Izvor: izrada autora po uzoru na <https://link.springer.com/article/>

Morfij se osim protiv bolova koristi kod kašlja (suzbija kašalj), proljeva (ima konstipacijski učinak) i kod dispneje (potiskuje percepciju nedostatka zraka).

3.1.3 Adjuvantni (pomoćni lijekovi) u upravljanju boli

- Steroidi (smanjuju edem)
- Bisfosfonati (kontroliraju bol u kostima)
- Antidepresivi (ublažavaju neuropatsku bol)
- Antikonvulzivi (ublažavaju neuropatsku bol)
- Lokalni anestetici (čirevi u ustima)

3.1.4 Nuspojave lijekova protiv boli

Može se pojaviti određena tolerancija i fizička ovisnost zbog stalno rastuće prilagodbe doze. Povećanja doze povezana su s progresijom bolesti. Mogu postojati neki simptomi ustezanja ako se lijek naglo prekine, razlika u odnosu na ovisnost ili toleranciju je rijedak u situacijama kronične boli. Ostale nuspojave i neželjene reakcije prikazane su u nastavku (Tablica 3).

Tablica 3. Nuspojave lijekova protiv boli i liječenje

NUSPOJAVE	LIJEČENJE
Zatvor	Uobičajeni laksativ – omekšivač i stimulans
Suha usta	Česti gutljaji vode fiziološka otopina + 1 čajna žličica sode bikarbone na 250 ml komadići leda Guma za žvakanje bez šećera Ne koristiti proizvode na bazi glicerina jer isušuju sluznicu usne šupljine
Mučnina i povraćanje	Haloperidol 1,5 do 3 mg noću Metoklopramid 10 mg svakih 8 sati
Sedacija	prolazi za 2-3 dana Objasniti pacijentu

3.2 Delirij

Delirij je stanje poremećene svijesti, sa smanjenom sposobnošću fokusiranja, održavanja ili preusmjeravanja pozornosti, promijenjenom kognicijom ili perceptivnim poremećajem. Simptomi se razvijaju tijekom nekoliko sati do dana i imaju tendenciju fluktuiranja tijekom dana.

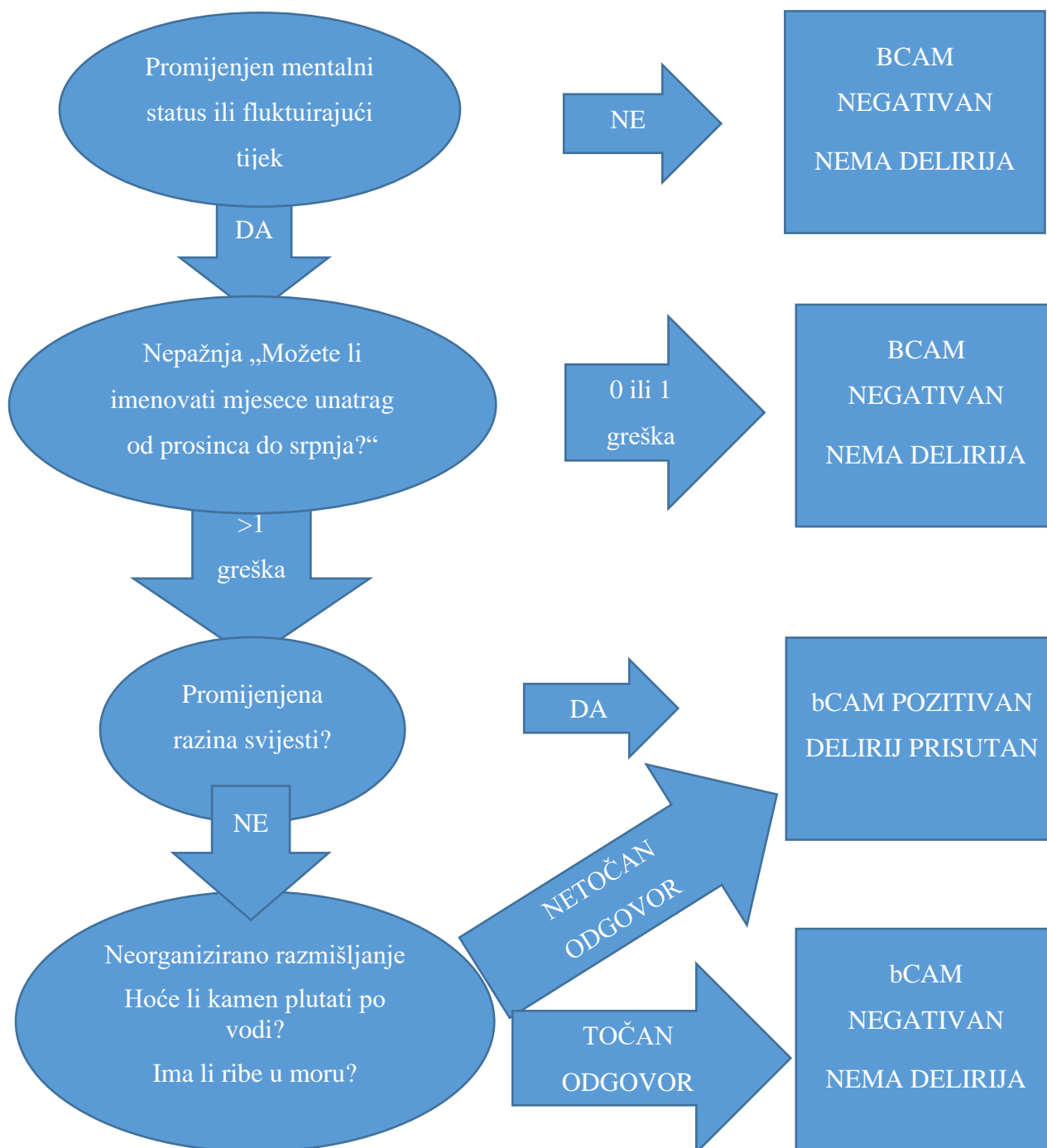
Delirij može biti:

- Hiperaktivan (koji se manifestira uznemirenošću, pretjeranim uzbuđenjem i nemirom)
- Hipoaktivan (koji se manifestira pospanošću, letargijom i smanjenom razinom uzbuđenja)
- Mješoviti obrazac u kojem simptomi fluktuiraju između hiperaktivnosti i hipoaktivnosti.

Unatoč prevalenciji u palijativnoj skrbi, delirij se nedovoljno dijagnosticira, osobito hipoaktivni delirij. Početak delirija povezan je s pogoršanom prognozom.

Delirij u bolesnika s palijativnom skrbi može biti potencijalno reverzibilno stanje. Delirij je češći u bolesnika s prethodnim kognitivnim oštećenjem ili demencijom, što otežava identifikaciju i procjenu. Delirij je stanje koje uzrokuje značajnu nevolju pacijentima, obiteljima i osoblju. Prisutnost delirija znatno otežava procjenu i liječenje drugih problema kao što su bol ili depresija. Budući da simptomi delirija fluktuiraju, procjena bi trebala biti dio rutinske skrbi. Poput boli, delirij se najtočnije procjenjuje ako

se redovito prati, a ne povremeno. Delirij se može brzo dijagnosticirati pomoću raznih alata za procjenu delirija. Jedan od alata primjenjivih u OHBP-u je bCAM („Brief Confusion Assessment Method“). bCAM testira pažnju pacijenta kroz nekoliko pitanja. Ukoliko pacijent netočno odgovori, ne želi ili nije u stanju odgovoriti na pitanja, smatra se da postoji deficit pažnje koji sugerira na postojanje delirija (Slika 5)



Slika 5. Dijagram procjene delirija

Izvor: Izrada autora po uzoru na bCAM dijagram dostupan na: https://uploads-ssl.bCAM_Flowsheet.pdf

3.2.1 Mogući uzroci delirija

- Infekcija
- Metabolički i biokemijski poremećaji (npr. zatajenje bubrega, hiperkalcijemija, hiponatrijemija, dehidracija, hipoksija, hiperkapnija)
- Hepatička encefalopatija
- Strukturna cerebralna bolest (npr. primarni ili sekundarni rak, leptomeningealna bolest, radioterapija mozga)
- Lijekovi (npr. psihoaktivni lijekovi kao što su benzodiazepini, opioidi, kortikosteroidi, antidepresivi ili lijekovi s antikolinergičkim učinkom)
- Odvikavanje od droga (npr. alkohola, benzodiazepina, nikotina)
- Okoliš (prijem u bolnicu i povezani postupci, nekorrigirani senzorni nedostaci npr. vida i sluha).

3.2.2 Terminalni nemir

Terminalni nemir skup je simptoma. Najčešće se opisuje kombinacija agitacije i promijenjenog mentalnog stanja, koja se javlja pred kraj života (uključujući halucinacije, stenjanje). Ne postoji dogovorena definicija ovog stanja. Njegov odnos s delirijem, njegovo liječenje i mogućnost reverzibilnosti slabo su poznati. Cilj je smiriti pacijenta.

3.3 *Problemi s disanjem*

Problemi s disanjem značajan su problem za mnoge pacijente u palijativnoj skrbi. Javljaju se sve češće u terminalnoj fazi većine palijativnih stanja. Problemi mogu uključivati:

- Kašalj
- Dispneja
- Hemoptiza
- Opstrukcija
- Respiratorni sekreti

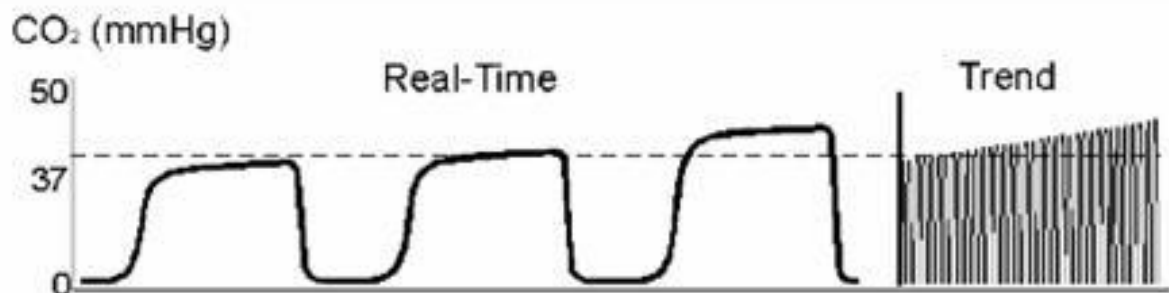
Potencijalno reverzibilni uzroci:

- Plućna embolija

- Komorbidne bolesti pluća (npr. KOPB)
- Anemija
- Slabost i trošenje mišića zbog sindroma kaheksije i anoreksije
- Pleuralni izljev
- Perikardijalni izljev ili tamponada
- Ascites ili povišen intraabdominalni tlak
- Toksičnost pluća kemoterapije ili radioterapije
- Smanjena tjelesna sposobnost
- Anksioznost/ panika/ depresija
- Potreba za pomagalicama, opremom, pojačanom kućnom potporom ili modifikacijom dnevnih aktivnosti kako bi se nedostatak daha sveo na minimum

3.3.1 Dispneja na kraju života

Dispneja, ili nelagoda pri disanju, subjektivno je iskustvo opisano kao glad za zrakom, pojačan napor disanja, stezanje u prsima, ubrzano disanje, nepotpuni izdisaj ili osjećaj gušenja. Dispneja je višedimenzionalni simptom, koji se sastoji od afektivnih kao i fizičkih aspekata koji proizlaze iz više fizioloških, psiholoških i okolišnih čimbenika (20). Dišni put, disanje i cirkulacija primarni su fokus MS/ MT u OHBP-u pri započinjanju liječenja bolesnika s akutnom dispnejom. Nakon što se oni stabiliziraju, mogu se nastaviti daljnja klinička ispitivanja i liječenje. Kontrola dispneje počinje identificiranjem i liječenjem bilo kojeg temeljnog uzroka kad god je to moguće. Procjena uključuje fizičku procjenu, početak simptoma, faktore koji provociraju i ublažavaju dispneju, ozbiljnost simptoma, utjecaj na kvalitetu života. Praćenje treba uključivati kapnografiju (Slika 6) i česte provjere svijesti. Česte provjere omogućuju MS/ MT da utvrde učinkovitost terapije i na odgovarajući način titiraju doze.



Slika 6. Kapnografija

3.3.1.1 Primarni uzroci

- Primarni karcinom pluća
- Drugi rak koji zahvaća stjenku pluća ili prsnog koša ili začepkuje dišne putove ili medijastinum
- Limfangitis karcinomatosa
- Završnog stadija srčanog zatajenja
- Završni stadij respiratornog zatajenja
- Neuromuskularne bolesti (npr. bolest motoričkih neurona)

3.3.1.2 Intervencije

- Sistemski opiodi, oralnim ili parenteralnim putem, mogu se koristiti za kontrolu dispneje u bolesnika s uznapredovalim rakom. Nebulizirani opiodi ne smiju se koristiti za liječenje dispneje.
- Benzodiazepini – dispneja je često popraćena anksioznošću, što može dovesti u iskušenje kliničara da daje benzodiazepine. Međutim, benzodiazepini nisu lijekovi prve linije za liječenje dispneje jer mogu povećati morbiditet i smrtnost (21).
- Dodatne intervencije (npr. ventilator) – Neki se pacijenti osjećaju bolje ako im ventilator puše hladan zrak prema licu ili spavaju u sjedećem položaju ili u položaju s podignutom glavom i prsima
- Terapija kisikom – kisik je standardna terapija za simptomatsko liječenje pacijenata koji su hipoksemični na sobnom zraku, međutim, prisutnost hipoksemije ne može pouzdano predvidjeti simptomatsku korist od terapije kisikom.
- Neinvazivna ventilacija – Neinvazivna ventilacija (NIV) (Slika 7) može se smatrati palijativnom mjerom kod umirućih pacijenata koji imaju tešku dispneju.



Slika 7. Neinvazivna ventilacija pomoću oronazalnog sučelja

Izvor: <https://optimal-niv-and-high-flow-oxygen-therapy>

- Ako se razmatra korištenje NIV-a, bitno je unaprijed utvrditi jasne ciljeve intervencije, vremenski okvir za ponovnu procjenu i pokazatelje uspjeha ili nedostatka iste. Pacijenti i obitelji trebaju razumjeti da se proces umiranja može produljiti korištenjem NIV-a.
- Upravljanje sekrecijom - prekomjerno izlučivanje može doprinijeti aspiraciji ili dispneji. Antikolinergički lijekovi su korisni u nekim slučajevima.
- Umiriti pacijenta, informirati ga o njegovom stanju i pružiti emocionalnu podršku
- Educirati pacijenta i obitelj o zauzimanju položaja koji će olakšati disanje (visoki Fowlerov položaj).

3.3.2 Respiratorni sekreti

Kod uznapredovale terminalne faze bolesti, može doći do gubitka refleksa gutanja iako se nastavlja lučenje slina, što dovodi do nemogućnosti iskašljavanja i izlučivanja sekreta. Čuje se zvuk grgljanja, može zvučati poput gušenja („smrtni hropac“).

3.3.2.1 Intervencije

- Bez hrane ili tekućine na usta
- Posturalna drenaža
- Izbjegavati aspiraciju

3.4 Sluznice (*suhe/ bolne*)

- Oči
 - Održavati konjunktivu vlažnom

- Usne i nosnice
 - Spriječiti isparavanje
- Usta i zubi
 - Održavati usnu šupljinu čistom
 - Candida albicans
 - Ovlaživanje

3.5 Briga o koži

Tijekom boravka u OHBP-u, palijativnom pacijentu koji leži, bilo bi poželjno staviti antidekubitalni madrac. Educirati pacijenta i obitelj o važnosti promjene položaja te im pomoći ukoliko to ne mogu sami učiniti. Na postojeći dekubitus potrebno je staviti odgovarajuću podlogu (Tablica 4).

Tablica 4. Osnovne vrste i karakteristike obloga

Transparentni filmovi	zaštita integriteta kože
Hidrogelovi	stvaraju dodatnu vlagu
Hidrokoloidi	stvaraju i upijaju vlagu s rane, važno da obloga bude dva centimetra preko rubova rane (kod male sekrecije ili kao sekundarna obloga)
Alginati	upijaju višak vlage s rane, imaju lagano hemostatsko djelovanje, primjenjuju se samo unutar rubova rane (za rane sa srednjom sekrecijom)
Poliuretani/pjene	upijaju vlagu iz rane (važno dobro procijeniti količinu sekrecije obzirom na moć apsorpcije obloge – horizontalno vlaženje, kod jake sekrecije → maceracija rubova i okolnog tkiva)
Hidrofiber vlakna	jaka moć apsorpcije, nema horizontalnog vlaženja, mogu se popunjavati kaviteti (do dvije trećine), a kod površinskih rana minimalno dva centimetra preko ruba rane
Hidrofiber vlakna obogaćena srebrom	jaka moć apsorpcije, otpuštaju ione srebra u vlažnom mediju, baktericidno djelovanje na bakterije u rani, mogu se popunjavati kaviteti (do dvije trećine), a kod površinskih rana minimalno dva centimetra preko ruba rane, nema horizontalnog vlaženja (nema maceracije okolnog tkiva)

	kod pravilne primjene)
Druge vrste obloga koje su obogaćene srebrom	otpuštaju ione srebra, baktericidno djelovanje na bakterije u rani
Obloge koje se aktiviraju Ringerovom otopinom	24-satno ispiranje rane (upijaju sekret iz rane, otpuštaju elektrolite iz Ringera u ranu)
Obloge s aktivnim ugljenom	apsorbiraju i neutraliziraju neugodan miris iz rane

3.6 *Proljev*

Abnormalno povećanje tekućine i učestalosti stolice u odnosu na početnu vrijednost (4-6 stolica dnevno) koje može biti popraćeno grčevima u trbuhu. Može se javiti kao posljedica kemoterapije, operacije na želucu i/ ili crijevima ili emocionalnim stresom. Dugoročno može dovesti do dehidracije ili niske razine soli i kalija (esencijalni minerali za tijelo). Procjena stanja uključuje opis stolice (boja, tvrdoća, količina, masna, krv, napinjanje), prisutnost stome, vrućice, mučnine i povraćanja, gubitka apetita, vrtoglavice, sposobnost unosa tekućine (8-10 čaša dnevno), ometanje svakodnevnih životnih aktivnosti, samozbrinjavanje.

3.6.1 Intervencije

- Educirati pacijenta i obitelj znakovima koje treba prijaviti, potrebi za prehranom s malo vlakana, s puno proteina i povećanjem unosa tekućine, te izbjegavanja hrane koja iritira crijeva
- Ponuditi banane, umak od jabuka, zobene pahuljice, rižu, kuhanu mrkvu itd.
- Nadomjestiti kalij i natrij po potrebi
- Podučiti pacijenta da uzima više manjih obroka dnevno, izbjegava hranu s laktozom (sir, mlijeko, jogurt) i velike količine voćnih sokova
- Educirati pacijenta i obitelj o važnosti očuvanja cjelovitosti kože oko rektuma i stome

3.7 *Opstipacija/ zatvor*

Opstipacija je česta tegoba, a češća je kod pacijenata na palijativnoj skrbi. Kronična konstipacija jedna je od najčešćih nuspojava opioda i javlja se u 40 – 70% pacijenata liječenih oralnim morfijem od boli uzrokovane rakom. Međutim, treba tražiti

i rješavati i druge uzroke zatvora. Čimbenici koji doprinose zatvoru su disfunkcija crijeva izazvana opioidima, lijekovi (antagonisti 5-HT₃, antikolinergici, željezo, neki antihipertenzivi), smanjeni oralni unos, dehidracija, promjene u prehrani, metaboličke abnormalnosti (npr. hiperkalcijemija, uremija, hipotireoza, hipokalemija, dijabetes), smanjena pokretljivost, slabost, otežan pristup toaletnim prostorima, opstrukcija crijeva, neurološki poremećaj ili oštećenje (npr. zbog lezije leđne moždine), autonomna neuropatija, depresija, terminalna faza.

3.7.1 Intervencije

- Temeljita anamneza i fizički pregled pacijenta
- Procjena uzročnih čimbenika i utjecaja konstipacije
- Radiološko ispitivanje maligne intestinalne opstrukcije osiguravanje privatnosti i udobnosti, poticanje aktivnosti i povećanje unosa tekućine
- Rektalne intervencije treba izbjegavati gdje je to moguće, ali mogu biti potrebne ako oralni lijekovi nisu bili uspješni u ponovnom uspostavljanju redovnog pražnjenja crijeva
- Preporučuje se kombinacija omekšivača i stimulativnog laksativa
- Profilaktičko istodobno propisivanje uobičajenih laksativa uz redovne opioide identificirano je kao najbolja praksa

3.8 Mučnina i povraćanje

Mučninu i povraćanje obično imaju pacijenti koji primaju palijativnu skrb, a mogu biti posljedica same primarne bolesti, liječenja bolesti (lijekovi, terapije protiv raka) ili koegzistirajućih bolesti (i njihovog liječenja). Mučnina i povraćanje uobičajeni su simptomi pred kraj života koji mogu uzrokovati znatan fizički i psihički stres za pacijente i njihove obitelji i značajno utjecati na kvalitetu života.

Mučnina se može pojaviti samostalno ili može pratiti povraćanje, dispepsiju ili druge gastrointestinalne simptome.

Povraćanje je izbacivanje želučanog sadržaja kroz usta uzrokovano snažnom i trajnom kontrakcijom trbušnih mišića i dijafragme.

Postoji mnogo potencijalnih uzroka mučnine i povraćanja u populaciji palijativne skrbi, a etiologija je često multifaktorska, osobito u bolesnika s rakom. U takvih bolesnika mučnina i povraćanje mogu biti uzrokovani antitumorskim liječenjem

(radioterapija ili kemoterapija), predstavljaju akutnu komplikaciju maligniteta (hiperkalcemija, maligna opstrukcija crijeva), mogu biti uzrokovani gastroparezom (npr. zbog autonomne disfunkcije) ili biti posljedica zatvora uzrokovanog lijekovima (opioidi, antagonisti receptora serotonina tipa 3). Ovi različiti uzroci mučnine i povraćanja mogu se pojaviti istovremeno ili uzastopno u svakog pojedinog bolesnika (22).

3.8.1 Procjena i liječenje

Usmjerena anamneza i pregled su bitni, potkrijepljeni odgovarajućim pretragama (npr. biokemija, radiologija). Ciljevi procjene trebaju identificirati vjerojatni uzrok, utvrditi odgovor na prethodnu antiemetičku terapiju, mogućnost peroralne nadoknade tekućine, sposobnost pacijenta da pije i jede, te identificirati sve komplikacije (npr. dehidracija, vrtoglavica, suha usta, poremećaj elektrolita). Ponovna procjena je jednako važna kao i procjena, s glavnom svrhom pregledati učinkovitost i podnošljivost početnog antiemetika (23).

3.8.2 pristupi farmakološkom liječenju mučnine

Farmakološka sredstva su glavna metoda za ublažavanje mučnine i povraćanja u pacijenata kojima je potrebna palijativna skrb.

- Prokinetički agensi
- Antagonisti dopaminskih receptora
- Antihistaminici
- Selektivni antagonisti 5HT₃ receptora
- Kortikosteroidi
- Benzodiazepini
- Antikolinergični agensi
- Analog somatostatina
- Kanabinoidi
- Mnoge jurisdikcije trenutno razmatraju legalizaciju "medicinske marihuane", a postoje i podaci o učinkovitosti kanabinoida kod povraćanja uzrokovanom kemoterapijom i sindromu anoreksije-kaheksije (24).

3.8.3 Nefarmakološke metode

- Izbjegavanje podražaja iz okoline, kao što su prizori, zvukovi ili mirisi koji mogu izazvati mučninu
- Izbjegavanje masne, začinjene i jako slane hrane
- Bihevioralni pristupi, poput opuštanja i ometanja, mogu smanjiti psihičko uzbuđenje i uznemirenost preusmjerenjem pacijentove pažnje na nešto drugo i povećati pacijentov osjećaj kontrole nad simptomima
- Progresivno opuštanje mišića i vođene slike
- Masaža
- Akupunktura i đumbir su se pokazali učinkovitima za povraćanje uzrokovano kemoterapijom i anticipatornu mučninu (25)

3.9 *Gubitak apetita (anoreksija)*

Gubitak tjelesne težine (kaheksija) i apetita (anoreksija) značajni su problemi za mnoge pacijente na palijativnoj skrbi i neovisno predviđaju lošiju prognozu. Palijativna stanja u kojima se najčešće javljaju kaheksija i anoreksija su progresivna maligna bolest, HIV/ AIDS, završni stadij zatajenja srca, završni stadij respiratornog zatajenja, kronično zatajenje bubrega, kronična bolest jetre i uznapredovala demencija.

3.9.1 Simptomi

- Pritužbe da je hrana čudnog okusa i mirisa
- Ne vole hranu koja im je nekoć bila omiljena
- Poteškoće sa žvakanjem i gutanjem
- Umorni od jela i odustaju nakon nekoliko zalogaja
- Jedenje samo 1 ili 2 vrste hrane
- Osjećaj sitosti prije očekivanog ili rana sitost

3.9.2 Potencijalno reverzibilni razlozi

- Ranice u ustima i infekcija – upala sluznice, oralni soor
- Suha usta
- Otežano gutanje/ disfagija
- Mučnina i povraćanje
- Proljev/zatvor

- Gubitak težine/ debljanje
- Bol
- Depresija
- Obiteljska, društvena i kulturološka očekivanja vezana uz hranu, prehranu i tjelesnu težinu
- Neprikladna prezentacija hrane
- Smanjena razina aktivnosti
- Disgeusija - promijenjen osjet okusa i mirisa
- Malapsorpcija
- Otežano disanje
- Učinci lijekova

3.9.3 Intervencije

- Neka vrijeme obroka i međuobroka budu fleksibilni, uključiti raznolikost i izbor, redoviti mali, česti obroci
- Učiniti obroke privlačnim i zabavnim
- Novi začini, posluživanje hrane hladno/sobne temperature, čista usta
- Povećanje nutritivne vrijednosti svakog obroka (mali visokokalorični i proteinski obroci svaka 1-2 sata)
- Poticanje apetita
- Vježbanje prije jela, ugodna atmosfera za jelo, piće
- Korištenje dodataka prehrani
- Korištenje hranjenja sondom (rizik od pothranjenosti?)

3.9.4 Promjene okusa/mirisa

- Hrana može biti gorka, metalna ili bez okusa
- Rezultati tretmana: kemoterapija, operacija, zračenje
- Posljedica je i oštećenja živaca uključenih u okus, infekcija usta, mučnine i povraćanja, bolesti zuba ili desni
- Doprinosi gubitku apetita, gubitku težine i pothranjenosti

3.10 Gubitak težine (kaheksija)

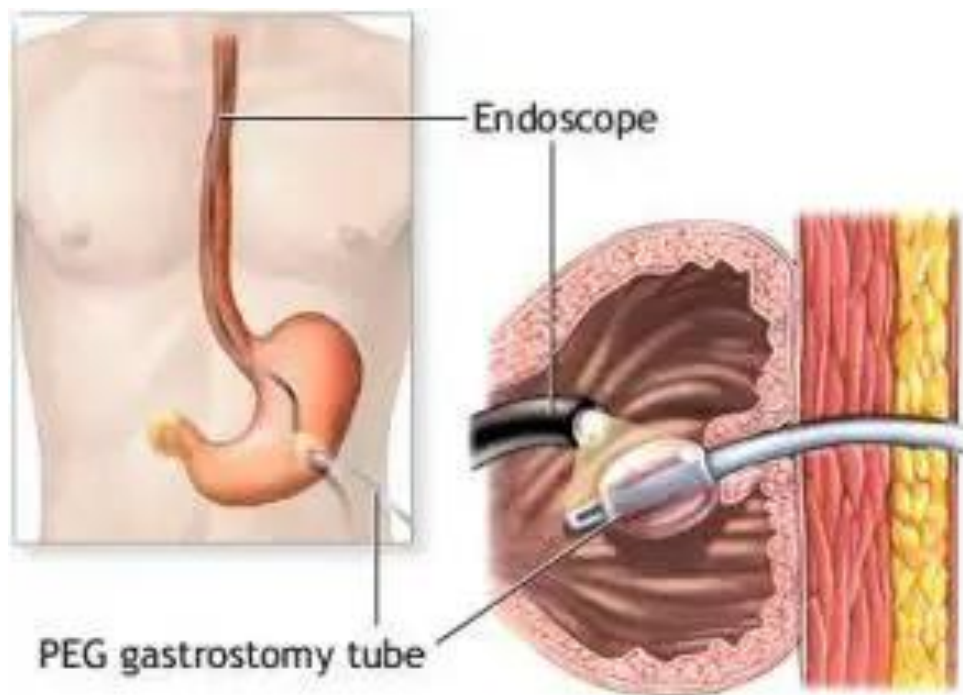
Kaheksija je česta među pacijentima s rakom (prvi vidljivi znak bolesti), 80% s uznapredovalom bolešću. Kaheksija je kombinacija gubitka tjelesne težine i gubitka mišićne mase koja je praćena umorom, gubitkom energije, slabošću i nesposobnošću obavljanja svakodnevnih zadataka. Počinje s gubitkom apetita, nuspojave raka i liječenja, promjene u imunološkom sustavu ili metabolizmu, mučnina i povraćanje, zatvor, depresija, ranice u ustima, gubitak okusa, bol, poteškoće s gutanjem, dodatno pridonose padu težine. Prehrana i hrana imaju veliki društveni, kulturni i psihološki značaj za pacijente i njihove obitelji, a pitanja koja se odnose na nutritivnu podršku često su socijalno i etički složena.

3.10.1 Nutritivna potpora

Prilikom razmatranja nutritivne potpore mora se uzeti u obzir želje i potrebe bolesnika i obitelji.

Parenteralna nutritivna potpora:

- Prednosti
 - Može učiniti pacijenta budnijim
 - Može biti utjeha za obitelj
 - Može ublažiti mučninu
 - Može pobuditi pacijente s većom nadom
- Nedostaci
 - Kirurški se mora postaviti perkutna endoskopska gastrostoma (PEG) (Slika 8)
 - Može povećati slinu u ustima i grlu
 - Može uzrokovati proljev ili zatvor
 - Može izazvati mučninu ili infekciju
 - Otežava njegu njegovatelju



Slika 8. Perkutna endoskopska gastrostoma

Izvor: <https://globalcaresurgery.info/>

3.11 *Poteškoće s gutanjem/ disfagija*

Sluznica (stanice koje se brzo dijele) vrlo je osjetljiva na učinke kemoterapije i zračenja. Mukozitis, upala sluznice koja oblaže usta, grlo, jednjak i crijeva, može se javiti 5-14 dana nakon početka liječenja. Simptomi su peckanje, crvenilo, bol i nelagoda, osjetljivost na toplo i hladno, osjećaj peckanja u grlu.

3.11.1 Intervencije

- Održavati dobru prehranu, puno tekućine, dobru oralnu higijenu
- Mali česti obroci, izbjegavanje začinjenog, slanog, kiselog voća, itd. (upotreba slamke ako su usta bolna)
- Mekana i blaga hrana (tj. krem juhe, maskirani krumpir, jogurt, jaja, itd.)
- Guste tekućine (naspram rijetkih)
- Lijekovi protiv bolova/gelovi i masti/vode za ispiranje i ispiranje usta

3.12 *Pruritus i znojenje*

Svrab (svrbež) je neugodan osjećaj koji izaziva želju za češanjem. Srećom, svrbež je relativno rijedak u populaciji palijativne skrbi, a kada je prisutan, obično je

kratkotrajan. Međutim, u manjeg broja pacijenata svrbež može biti jak ili uporan, što rezultira značajnim stresom i lošom kvalitetom života. Postoje 4 kategorije svrbeža: prurioreceptivni, neuropatski, neurogeni i psihogeni (26).

- Prurioreceptivni pruritus nastaje kada svrbež nastaje u koži. Osjet počinje u slobodnim živčanim završecima kože. Motorički refleks češanja stimulira senzorna vlakna, koja zauzvrat blokiraju osjećaj svrbeža.
- Neuropatski svrbež javlja se kada postoji oštećenje bilo gdje duž aferentnog puta, kao kod postherpetičnog svrbeža ili svrbeža koji je sekundarni tumoru mozga.
- Neurogeni je centralno induciran i ne reagira na antihistaminike. Primjeri neurogenog svrbeža uključuju uremijski i kolestatski svrbež.
- Psihogeni svrbež povezan je s psihijatrijskim poremećajima

3.12.1 Intervencije

- Bez obzira na uzrok svrbeža u palijativnih bolesnika, važne su opće mjere njege kože
- Kseroza, ili suha koža, može pratiti sve uzroke svrbeža u palijativnih pacijenata, stoga je temelj općeg liječenja redovita njega kože, osobito nakon kupanja
- Kupanje treba svesti na minimum i koristiti mlaku vodu s blagim sapunom bez mirisa
- Ostale opće mjere uključuju nošenje široke, ne iritirajuće odjeće i izbjegavanje mirisnih lokalnih sredstava
- Hladno, vlažno okruženje je idealno
- Za lokalizirana područja svrbeža, agensi kao što je krema s 2,5% lidokaina mogu anestetizirati senzorne živčane završetke
- Lokalizirana područja svrbeža mogu također reagirati na agense koji blokiraju medijatore svrbeža. Ako postoji lokalizirana upala, lokalni kortikosteroidi također mogu biti korisni.
- Terapija ultraljubičastim B svjetlom djeluje smanjenjem broja mastocita i slobodnih živčanih završetaka u koži. Iako je najkorisniji kod pruritusa koji je posljedica uremije, također može pomoći kod kolestaze i malignih infiltracija kože

- Postavljanje stenta za dekompresiju bilijarne opstrukcije. Takve se opstrukcije obično opažaju u bolesnika s karcinomom gušterače. Ovaj bi postupak mogao negirati potrebu za bilo kakvim farmakološkim liječenjem, čime bi se eliminirale potencijalne nuspojave određenih lijekova.

3.13 *Kašalj i hemoptiza*

Simptomi kašlja, stridora i hemoptize česti su u bolesnika s palijativnom skrbi s uznapredovalom bolešću, osobito karcinomom. Ovi respiratorni simptomi mogu biti zastrašujući za pacijente, obitelji i skrbnike. Palijativno liječenje usredotočuje se na ublažavanje simptoma. Palijativno upravljanje također uključuje ublažavanje psihosocijalnih i duhovnih učinaka ovih potencijalno životno opasnih simptoma, koristeći timski pristup (27).

3.13.1 Kašalj

Kašalj je mehanizam za čišćenje dišnih puteva od sluzi i stranih tijela kada mukocilijarni transport nije dovoljan. Kada kašalj postane kroničan, može biti uznemirujući i fizički iscrpljujući. Može narušiti društvene odnose i pogoršati druge simptome kao što su bol, dispneja, inkontinencija i poremećaj spavanja ili uzrokovati prijelom rebara (27).

Kod nekih bolesnika kašalj je pokazatelj da postoji pogoršanje komorbidne bolesti (kao što je KOPB ili bronhiektazija) ili akutne plućne infekcije koja se može liječiti. Kašalj također može biti posljedica stanja koja se relativno lako mogu riješiti, kao što je gastroezofagealna refluksna bolest (GERB), ili uzrokovana nuspojavom lijeka (npr. inhibitori enzima koji pretvara angiotenzin (ACE)). Određeni uzroci kašlja češći su u bolesnika s palijativnom skrbi.

- Neučinkovito gutanje — U populaciji palijativne skrbi, refleks kašlja često se stimulira pokušajima čišćenja nakupljenog sekreta zbog astenije, slabosti mišića i nemogućnosti koordinacije učinkovitog gutanja. Tipični znakovi pacijenata mogu uključivati slinjenje i kašalj izazvan jelom i/ili pićem.
- Maligne bolesti — maligne bolesti koje mogu uzrokovati kašalj uključuju one dišnih putova, pluća, pleure i medijastinuma ili karcinome koji metastaziraju u

prsni koš. Kašalj je prisutan u do 90% bolesnika s uznapredovalim karcinomom pluća ili glave i vrata

- Kronične infekcije — U bolesnika s palijativnom skrbi s cističnom fibrozom ili drugom kroničnom bolešću pluća, kronične infekcije mogu doprinijeti simptomima kašlja. U takvim slučajevima, antibiotici mogu biti korisni za palijativno suzbijanje kašlja (28).

Glavni oslonac farmakološke terapije usmjerene na simptome je suzbijanje kašlja antitusicima, koji se mogu koristiti sami ili uz tretmane specifične za bolest. Središnje aktivni lijekovi prikladni su za bolesnike s umjerenim do teškim kašljem, uključujući kašalj koji otežava san i kašalj koji ne reagira na periferne lijekove. Opioidi predstavljaju prvu liniju liječenja ili, ako su opioidi kontraindicirani, gabapentin ili pregabalin. Nebulizirani lokalni anestetici, poput lidokaina ili bupivakaina, predloženi su za najteže slučajeve, ali mogu biti povezani s bronhospazmom (29).

3.13.2 Hemoptiza

Hemoptiza je iskašljavanje krvi iz pluća. Hemoptizu je potrebno razlikovati od pseudohemoptize (iskašljavanje krvi iz nazofarinksa ili orofarinksa) i hematemeze (povraćanje krvi). U populaciji palijativne skrbi, hemoptiza često nastaje zbog bronhijalne cirkulacije pod visokim tlakom, ali se može pojaviti kod pacijenata putem erozije tumora ili kada su plućne kapilare niskog tlaka zahvaćene upalom.

3.13.2.1 Intervencije

- Minimiziranje nevolje pacijenta i obitelji – Palijativno liječenje hemoptize prvenstveno je povezano s upravljanjem iskustvom pacijenta, obitelji i drugih voljenih osoba, kao i naporima da se zaustavi krvarenje ako je to u skladu s općim ciljevima skrbi.
- Hemoptiza opasna po život – pacijente s hemoptizom opasnom po život treba smjestiti u položaj u kojem je pretpostavljeno plućno krilo koje krvari u bočnom položaju.

- Hitna palijativna sedacija – Ako je hemoptiza ogromna i/ili popraćena teškom hemodinamskom nestabilnošću, a ciljevi skrbi ne podržavaju pokušaje dijagnoze ili intervencije, može biti potrebna hitna sedacija.
- Privremene mjere – U rijetkim slučajevima kada se temeljni uzrok može poništiti, mogu se razmotriti i intervencijski postupci, ako je to u skladu s ciljevima skrbi.

3.14 *Maligne i kronične rane*

Kronična rana može se definirati kao ona koja je fiziološki oštećena zbog poremećaja ciklusa cijeljenja rane kao rezultat poremećene angiogeneze, inervacije ili stanične migracije, između ostalih razloga (30). Maligne ili gljivične rane nastaju kada kancerogene stanice napadnu epitel, infiltriraju se u potporne krvne i limfne žile i prođu u epidermu. To rezultira gubitkom vaskularizacije, a time i hranjenja kože, što dovodi do smrti tkiva i nekroze. Lezija može biti posljedica primarnog raka ili metastaze na koži (31). Može biti u obliku šupljine, otvorenog područja na površini kože, kožnih čvorića ili nodularne izrasline koja se proteže s površine kože. Maligna rana može imati neugodan miris, eksudat, krvarenje, svrbež i bol te utjecati na kvalitetu života. Maligne rane javljaju se u 5%-10% bolesnika s metastatskom bolešću, najčešće u zadnjih šest mjeseci života (32).

Ciljevi skrbi za zloćudne rane mogu se promijeniti s liječenja na palijativni pristup, fokusirajući se na 3 temeljna načela. Najvažnije načelo je upravljanje simptomima, nakon čega slijedi liječenje rane i liječenje temeljnog tumora ako je moguće i prikladno. Za pravilno liječenje zloćudnih rana, mora se pozabaviti neugodnim mirisom i eksudatom, dok se istovremeno usredotočuje na upravljanje nelagodnom i izolacijom koja proizlazi iz tih rana. Ispravan pristup liječenju malignih gljivičnih rana pomiče se s liječenja na poboljšanje kvalitete života. Trebao bi biti holistički i spadati u 2 glavne kategorije: fizičko i psihološko upravljanje (31).

3.15 *Konvulzije kod umirućeg pacijenta*

Napadaj se javlja kada živčane stanice u mozgu ispuste abnormalni električni impuls. To može uzrokovati nenamjerne grčeve mišića (konvulzije). Napadaji u kontekstu palijativne skrbi mogu se pojaviti u oko 13% slučajeva. Oko 25% do 50%

palijativnih pacijenata koji razviju aktivnost napadaja imaju metastaze u mozgu. Od pacijenata s primarnim tumorima mozga, 20% do 45% će se pri dijagnozi javiti s kolvulzijama, a više će razviti napadaje kako im rak napreduje.

Neki znakovi napadaja su:

- Kolutanje očiju ili prazan pogled
- Ukočenost i stezanje šaka ili mlataranje rukama i nogama (kolvulzije) koje obično traju oko 5 do 10 minuta.
- Nehotični gubitak stolice i/ili urina tijekom napadaja

U bolnici, intravenski (IV) pristup, praćenje krvnog tlaka i elektrokardiogram mogu biti rutina početnog liječenja epileptičkog statusa. Pacijente treba postaviti tako da se ne mogu ozlijediti, treba održavati dišne putove, a prema potrebi treba osigurati i dodatni kisik. U populaciji palijativne skrbi nije uvijek moguće dobiti venski pristup i lijekovi će se davati alternativnim putem. Također nije uvijek indicirano tako agresivno praćenje. Prisutnost napadaja može biti traumatizirajuća za pacijenta i obitelj. Napadaji mogu signalizirati napredovanje temeljnih lezija mozga; međutim, mogu postojati i drugi reverzibilni uzroci. Pravilno liječenje mora uključivati uvjerenje i edukaciju pacijenta i obitelji, kao i recepte za akutno liječenje budućih epizoda napadaja, bez obzira na to je li skrb kod kuće ili u jedinici za palijativnu skrb. Većina napadaja može se kontrolirati brzim liječenjem benzodiazepinima, i iako status epilepticus može biti terminalni događaj, može se učiniti što mirnijim (33).

3.16 *Maligna kompresija leđne moždine*

Maligna kompresija leđne moždine smatra se hitnim medicinskim slučajem. Javlja se u 5 do 10% slučajeva malignih tumora, s više od 85% slučajeva tumora koji izravno komprimira leđnu moždinu. Može se pojaviti kao posljedica tumora koji prekida vaskularnu opskrbu moždine ili zbog kolapsa ili kompresije kralješka koja dovodi do uklještenja živaca. Češće povezana s metastatskom bolešću tumora dojke, pluća, prostate, bubrega i limfoma (34).

3.16.1 Znaci i simptomi

- Bol u leđima na razini kompresije najčešći je simptom, može se isprva lokalizirati i napredovati do isijavajućih bolova koji su gori kada pacijent leži na ravnom položaju
- Osjećaj slabosti
- Težina ili ukočenost ekstremiteta ispod kompresije i/ili pad, utrnulost
- Trnci zahvaćenih udova
- Promjene mokraćnog sustava i/ili crijeva

3.16.2 Intervencija i liječenje

- Neposredni tretmani mogu uključivati: operaciju, visoke doze kortikosteroida i/ili palijativno zračenje za smanjenje boli i očuvanje funkcije.
- Identificirati rizične pacijente
- Prepoznati znakove i simptome
- Pružiti emocionalnu podršku

Dijagnoza kod pacijenata može uzrokovati značajnu psihološku nevolju za njih i njihove obitelji i njegovatelje. Stoga je važno da svi zdravstveni djelatnici budu svjesni potencijalne potrebne psihološke podrške.

3.17 *Krvarenja*

Masivno krvarenje hitan je slučaj u palijativnoj skrbi. Masivno krvarenje je kada pacijent izgubi velike količine krvi i ima simptome šoka. Bolesnici mogu krvariti iz različitih dijelova tijela. Krvarenje (očito ili okultno krvarenje) javlja se u 10 do 20% bolesnika s uznapredovalim rakom. Akutno krvarenje vjerojatno će biti uznemirujuće za pacijenta, obitelj i osoblje.

3.17.1 Intervencije

- Procijeniti radi li se o teškom akutnom krvarenju koje je opasno po život ili se može kontrolirati posebnim mjerama.
- Procijeniti je li krvarenje posljedica lokalnih učinaka (kao što je invazija krvnih žila) ili sustavnih učinaka bolesti (kao što je diseminirana intravaskularna koagulopatija [DIK]).

- Procijeniti potrebu za lijekovima koji povećavaju rizik od krvarenja, na primjer heparin niske molekularne težine, aspirin, varfarin, deksametazon, nesteroidni protuupalni lijekovi.
- Ako se može očekivati značajno krvarenje, obično je najbolje o tome razgovarati s pacijentom i njegovom obitelji.
- Razgovarati s pacijentom i utješite ga.
- Staviti pacijenta u odgovarajući položaj za oporavak, ako je prikladno.
- Primijeniti izravan pritisak na područje krvarenja.
- Ako pacijent ima veliko krvarenje i očito umire, podrška i nefarmakološke intervencije važnije su od pokušaja davanja sedativa; pacijent će obično brzo izgubiti svijest i može biti prestrašen, osobito ako ostane sam.
- Ako je bolesnik uznemiren, indiciran je brzo djelujući benzodiazepin.
- Stalna podrška po potrebi za rodbinu i članove osoblja.
- Planiranje anticipacijske skrbi - treba uspostaviti krizni plan akcije za katastrofalno krvarenje kao zajedničku odluku i razjasniti ciljeve skrbi.
- Odrediti ciljeve skrbi, mjesto skrbi i preferencije pacijenta i obitelji u pogledu skrbi na kraju života.
- Pitanje je li poželjno održavanje života mora se raspraviti i dokumentirati.
- Osigurati set za krizne situacije uz krevet koji sadrži sljedeće - tamne ručnike/posteljinu/deke za upijanje krvarenja, prethodno napunjeni sedativi, analgetici, zajedno s rukavicama, uputama, bitnim kontakt podacima.
- Prije postupka, pažljivo objasnite postupak pacijentu/obitelji.
- Hemostatički lijekovi/transfuzija krvi nisu učinkoviti zbog brzine krvarenja.
- Sedacija midazolamom od 5 mg intravenozno ima za cilj smanjiti svijest i uznemirenost.
- Dodatno se može dati titrirani haloperidol ako je bolesnik uznemiren.
- Opioidi se koriste samo ako pacijent ima bol/dispneju.
- Poštivati dostojanstvo pacijenta i osigurati privatnost tijekom svih zahvata.
- Osigurati odgovarajuće odlaganje kliničkog otpada.
- Osigurajte podršku obitelji prije i poslije, u slučaju katastrofalnog krvarenja (35).

4. PITANJE BOLESTI U PALIJATIVNOJ SKRBI

„Dobra smrt“ se sastoji od nekoliko bitnih uvjeta, uključujući zaštitu dostojanstva, bez boli i patnje, te mogućnost da se bude među voljenima (36). Kada je smrt neizbježna, imperativ je odlučiti o opsegu medicinske skrbi. Ovdje bi liječnici trebali raditi prema ciljevima koje su izrazile umiruće osobe, uključujući željeno mjesto smrti. OHBP obično nije željeno mjesto smrti. Umiranje u OHBP-u treba izbjegavati zbog poteškoća u osiguravanju dostojanstva i udobnosti, nema dovoljno privatnosti i vremena za pružanje komunikacije na kraju života. Postoje četiri prepoznatljive putanje bolesti za pacijente u palijativnoj skrbi.

- 1) Iznenadna smrt - pacijenti koji stignu u OHBP mrtvi ili umru nedugo nakon dolaska zbog iznenadnog događaja koji im je doveo do kraja života, kao što je velika trauma, masivni infarkt miokarda (MI), intrakranijalno krvarenje ili masivna plućna embolija (PE).
- 2) Terminalna bolest – najčešće kao posljedica karcinoma. U vrijeme postavljanja dijagnoze, pacijent je obično dobro funkcionalan i može održavati tu razinu funkcije tijekom većeg dijela bolesti sve dok ne doživi brzi pad u gubitku funkcije, napredujući do smrti.
- 3) Zatajenje organa - Pacijenti koji umru od zatajenja organa svoju bolest doživljavaju kao niz kriza. Na primjer, pacijent s teškom kroničnom opstruktivnom plućnom bolešću (KOPB) ima osnovnu funkciju, a sa svakim sljedećim pogoršanjem gubi dio te funkcionalne sposobnosti. Na kraju, pogoršanje će dovesti do smrti pacijenta.
- 4) Krhkost - Ovi pacijenti obično borave u domovima za starije osobe. Klasičan primjer slabog pacijenta je pacijent s Alzheimerovom bolešću koji je izgubio sposobnost govora, vezan je za krevet i odbija većinu hrane. Često se ti pacijenti šalju na hitnu pomoć zbog promijenjenog mentalnog statusa i vrućice.

Ove tradicionalne putanje bolesti možda ne govore o putanjama bolesti koje su specifične za pacijente koji se približavaju kraju života, a zaprimaju se u OHBP. Postoji sedam identificiranih putanja koje su jedinstvene za OHBP:

- 1) Pacijenti koji dolaze mrtvi

- 2) Pacijenti kod kojih je hitna pomoć pokušala reanimaciju i koji su nakon toga umrli u hitnoj pomoći
- 3) Pacijenti koji se također mogu uspješno reanimirati na terenu i preživjeti do prijema u bolnicu
- 4) Pacijenti s terminalnom bolešću koji se javljaju hitnoj pomoći, najvjerojatnije zbog simptoma izvan kontrole
- 5) Pacijenti koji su slabi, starije životne dobi
- 6) Pacijenti koji su živi i interaktivni kada stignu u hitnu pomoć, ali arestiraju u OHBP-u
- 7) Pacijenti koji umiru, ali koji su možda imali smrt koja se potencijalno mogla spriječiti

Ovih sedam scenarija u kojima je pružanje palijativne skrbi korisno za pacijente i obitelji jedinstveni su za okruženje OHBP-a. Identificirajući putanju bolesti koju pacijent ima i gdje se trenutno nalazi na putanji smrti, djelatnik OHBP-a može točnije identificirati one pacijente kojima bi rana palijativna skrb bila od koristi. Postoje tri važne pretpostavke koje se postavljaju unutar ovog okvira skrbi na kraju života. Prvo, pacijent, obitelj i pružatelj zdravstvene skrbi slažu se da je smrt neizbježna. Druga pretpostavka je da zdravstveni tim zna i razumije putanju bolesti pacijenta. Konačna pretpostavka je da se ima vremena posvetiti svim aspektima palijativne skrbi, uključujući skrb o žalosti (37).

4.1 *Brza procjena palijativne skrbi*

Kada kritični pacijent stigne u OHBP, dolazi do velike mobilizacije resursa usmjerenih na reanimaciju. Dok se liječnik hitne pomoći uvijek treba usredotočiti na primarnu procjenu kritično bolesnog pacijenta, istovremeno može provesti brzu procjenu palijativne skrbi koja može dodatno pomoći u određivanju ciljeva pacijentove skrbi. Dok istodobno provodi procjenu dišnih putova, disanja, cirkulacije, liječnik može obavljati ABCD procjenu hitne palijativne skrbi.

4.1.1 ABCD procjena hitne palijativne skrbi

A - Plan skrbi unaprijed - Liječnik treba razjasniti ima li pacijent prethodno dane upute. Ako ima, jesu li stigle s pacijentom ili tko ima pristup njima? Ako liječnik ima pristup

pisanoj prethodnoj uputi, liječnik bi je trebao odmah pregledati kako bi utvrdio koji su pacijentovi ciljevi skrbi u ovoj hitnoj situaciji.

B - Možemo li poboljšati pacijenta uz dobro upravljanje simptomima? Bez obzira jesu li prethodne upute identificirane ili ne, liječnik bi tada trebao brzo izvršiti procjenu simptoma i liječiti pacijenta u nastojanju da se pacijent osjeća bolje.

C - Ima li njegovatelja? Utvrdite postoje li njegovatelji koji trebaju biti uključeni u proces donošenja odluka ili imaju li važne medicinske podatke koje bi mogli podijeliti s pružateljima zdravstvenih usluga u ovom trenutku.

D - Sposobnost donošenja odluka. Utvrditi ima li pacijent sposobnost donošenja odluka. Pacijenti ne gube automatski sposobnost donošenja odluka u slučaju nestabilnih vitalnih znakova. Utvrditi može li pacijent primiti, obraditi, promisliti i verbalizirati odluku.

4.2 *Smrt pacijenata u OHBP-u u terminalnoj fazi*

Studije su otkrile da je 35-56% smrtnih slučajeva u OHBP-u sekundarno zbog neizlječivih kroničnih bolesti u kojima je smrt očekivani ishod (38). Kada se palijativna skrb definira kao pružanje analgezije, sedacije, hidratacije, njege usta, repozicioniranja radi udobnosti i pružanja emocionalne podrške pacijentu i obitelji, samo polovica pacijenata koji umru u OHBP-u dobiva ovu razinu skrbi. Točnije, 55% pacijenata je primilo analgeziju, emocionalna podrška je pružena pacijentovoj obitelji 51% vremena, 35% je primilo njegu usta, a 33% je primilo repoziciju i sedaciju, emocionalna potpora pacijentu je pružena u samo 24% slučajeva (39).

4.3 *Prepreke hitnoj palijativnoj skrbi*

Identificirane prepreke pružanju palijativne skrbi u OHBP-u uključuju nedostatak edukacije djelatnika hitne pomoći o ključnim konceptima palijativne skrbi, nedostatak znanja o raspoloživim resursima, vremenska ograničenja hitne pomoći, izazove odnosa liječnik-pacijent, obiteljska dinamika, prekoračenje tradicionalne uloge hitne pomoći, te pravni problemi i razina udobnosti liječnika koji liječi (40). Iako mnogi djelatnici hitne pomoći trenutačno nemaju formalnu obuku o njezi na kraju života, studije pokazuju da je ovaj nedostatak u znanju ispravljiv. Neželjene reanimacije mogu se izbjeći ako osoblje hitne pomoći koristi brzu procjenu palijativne skrbi i ima za cilj identificirati pacijentove ciljeve skrbi rano u fazi hitne pomoći, a ne u vrijeme zbrinjavanja.

5. ULOGA MEDICINSKE SESTRE U ZBRINJAVANJU PALIJATIVNOG PACIJENTA U OHBP-u

Ciljevi hitne pomoći su očuvanje života, vraćanje zdravlja, ublažavanje patnje, ograničavanje invaliditeta i poništavanje kliničke smrti (41). Medicinske sestre-tehničari hitne pomoći koji pružaju tu skrb imaju složenu, višedimenzionalnu ulogu koja uključuje pružanje skrbi koja se proteže od rođenja, smrti, prevencije ozljeda, zdravlja žena, bolesti i mjera spašavanja života. Dok se odjele hitne pomoći često karakterizira kao brzo, herojsko okruženje, mnogi pacijenti prisutni su u odjelu hitne pomoći s kroničnim bolestima u završnom stadiju, terminalnim bolestima i drugim fiziološkim problemima koji su nespojivi sa životom. Ovi pacijenti ne zahtijevaju oživljavanje ili postupke za spašavanje života, ali bi im koristile palijativna skrb i skrb na kraju života. Medicinske sestre-tehničari hitne službe u jedinstvenoj su poziciji da razgovaraju s pacijentima koji imaju potrebu za palijativnom skrbi. Međutim, zbog nedostatka obuke, često nerado vode te razgovore. U praksi postoji praznina u raspravi o palijativnoj skrbi i skrbi na kraju života, što rezultira povećanom mogućnošću izolacije pacijenata, nedosljednostima u modalitetima liječenja i odgođenim prilikama za postavljanje ciljeva usmjerenih na pacijenta. Medicinske sestre-tehničari trebaju biti adekvatno pripremljeni, obrazovno, socijalno i emocionalno, za pružanje takve skrbi. Najčešća sestrinska intervencija u promicanju duhovnog zdravlja pacijenata u bolničkom okruženju je komunikacija usmjerena na osobu, koja je izgrađena iz odnosa povjerenja medicinske sestre-tehničara s pacijentom i iz komunikacije na dubljoj razini.

Medicinske sestre pružaju palijativnu skrb kad god njeguju bolesnike s kroničnim bolestima. Kako bolest napreduje i prelazi u završni stadij, palijativna skrb koju pružaju postaje još važnija. Kao što je prethodno objašnjeno, palijativna skrb je „skrb usmjerena na pacijenta i obitelj koja optimizira kvalitetu života predviđanjem, prevencijom i liječenjem patnje. Palijativna skrb odvija se tijekom cijelog kontinuuma skrbi i uključuje interdisciplinarni tim koji se zajednički bavi fizičkim, intelektualnim, emocionalnim, društvenim i duhovnim potrebama i olakšava pacijentovu autonomiju, pristup informacijama i izbor”(42). Pružanje skrbi na kraju života slično je za pacijente s različitim medicinskim dijagnozama. Bavi se višestrukim dimenzijama skrbi, uključujući fizičke, psihološke, socijalne i duhovne aspekte:

- Fizički: Funkcionalna sposobnost, snaga/umor, san/odmor, mučnina, apetit, zatvor i bol

- Psihološki: anksioznost, depresija, užitak/slobodno vrijeme, bol, nevolja, sreća, strah i spoznaja/pažnja
- Društveni: financijski teret, teret njegovatelja, uloge/odnosi, naklonost i izgled
- Duhovno: nada, patnja, značenje boli, religioznost i transcendencija

Interdisciplinarni tim upravlja bolovima i drugim simptomima, pomaže pri teškim medicinskim odlukama i pruža dodatnu podršku pacijentima, članovima obitelji i skrbnicima. Medicinske sestre imaju priliku održati nadu za pacijente i članove obitelji pružanjem izvrsne fizičke, psihosocijalne i duhovne palijativne skrbi. Sestrinske intervencije započinju odmah nakon početne medicinske dijagnoze i nastavljaju se tijekom kontinuirane skrbi do kraja života. Kako se pacijent približava skrbi na kraju života, sestrinske intervencije uključuju sljedeće:

- Ispitivanje ciljeva pacijenta za njegu
- Slušanje bolesnika i članova njegove obitelji
- Komunikacija s članovima interdisciplinarnog tima i zagovaranje želja pacijenata
- Upravljanje simptomima na kraju života
- Poticanje prisjećanja
- Olakšavanje sudjelovanja u vjerskim obredima i duhovnim praksama
- Upućivanje kapelanim, svećenstvu i drugoj duhovnoj potpori

Tijekom pružanja palijativne skrbi važno je ostati svjestan da se neke stvari ne mogu promijeniti:

- Ne možemo promijeniti neizbježnost smrti.
- Ne možemo promijeniti bol koju osjećamo kada umre voljena osoba.
- Svi se moramo suočiti s činjenicom da ćemo i mi umrijeti.
- Savršene riječi ili intervencije rijetko postoje, stoga je prisutnost vitalna.

Mnogi palijativni pacijenti imaju zajedničke simptome koje medicinska sestra može procijeniti, spriječiti i uspjeti optimizirati kvalitetu njihova života. Ovi simptomi uključuju bol, dispneju, kašalj, anoreksiju i kaheksiju, zatvor, proljev, mučninu i povraćanje, depresiju, anksioznost, kognitivne promjene, umor, dekubitus, napadaje i poremećaje spavanja. Dobro upravljanje simptomima poboljšava kvalitetu života i funkcioniranje u

svim stanjima kronične bolesti. Medicinske sestre igraju ključnu ulogu u prepoznavanju ovih simptoma i njihovom priopćavanju interdisciplinarnom timu za optimalno liječenje. Plan skrbi uvijek bi se trebao temeljiti na pacijentovim ciljevima i njihovoj definiciji kvalitete života. Planiranje sestrinske njege vrti se oko kontrole boli, prevencije ili upravljanja komplikacijama, održavanja kvalitete života što je više moguće kako bi se zadovoljile posljednje želje pacijenta i/ili obitelji.

5.1 *Moguće sestrinske dijagnoze u zbrinjavanju palijativnog pacijenta u OHBP-u*

1) Smanjena prohodnost dišnih puteva u/s osnovne bolesti

a. Sestrinske intervencije:

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

2) Bol u/s osnovne bolesti

a. Sestrinske intervencije:

- Izmjeriti vitalne funkcije
- Procijeniti bol
- Dati pacijentu analgeziju
- Pratiti obrasce boli
- Ukloniti čimbenike koji mogu pojačati bol
- Primijeniti ne farmakološku terapiju protiv boli
- Masirati bolno područje, ako je moguće
- Ponovno procjenjivati bol
- Dokumentirati bol na skali boli

- Promijeniti položaj pacijenta
- Omogućiti pacijentu dostatan odmor
- Educirati njegovatelja o načinu korištenja propisanog analgetika, mogućim nuspojavama jakih opioidnih analgetika, te duljinu djelovanja analgetskog učinka
- Dati analgetik u točno određeno vrijeme, a ne prema potrebi
- Pomoći bolesniku zauzeti najudobniji položaj

3) Dehidracija u/s smanjenim unosom tekućine

a. Sestrinske intervencije:

- Procijeniti kognitivni status
- Pratiti i dokumentirati temperaturu
- Pratiti unos tekućina
- Pratiti prisutnost mučnine, povraćanja i temperature
- Administrirati parenteralne tekućine kako je propisano
- Provoditi mjere za sprečavanje prevelikog gubitka elektrolita
- Kod teže dehidracije:
- Postaviti i održavati intravenozni kateter s većim protokom primijeniti parenteralnu infuziju kako je propisano.
- Održavati brzinu intravenskog protoka
- Primijeniti druge lijekove kako je propisano i lijekove protiv dijareje kako je propisano
- Voditi evidenciju unosa i izlučivanja tekućine
- Supkutana infuzija

4) Strah u/s tijekom i ishodom bolesti

a. Sestrinske intervencije:

- Stvoriti profesionalni empatijski odnos
- Poticati pacijenta da verbalizira strah, stvoriti osjećaj sigurnosti
- Primjereno reagirati na pacijentove izjave i ponašanje
- Govoriti polako i umirujuće
- Osigurati mirnu i tihu okolinu
- Osigurati dovoljno vremena za razgovor
- Spriječiti osjećaj izoliranosti i povučenosti pacijenta

- Poticati obitelj da se uključi u aktivnosti koje promiču pacijentov osjećaj sigurnosti i zadovoljstva

5) Smanjeno podnošenje napora

a. Sestrinske intervencije:

- Prepoznati znakove umora kod pacijenta
- Primijeniti terapiju kisikom prema pisanoj odredbi liječnika
- Izbjegavati nepotreban napor
- Osigurati pomagala za lakšu mobilizaciju bolesnika (trapez, štake, hodalica)
- Pružiti emocionalnu podršku
- Pomoći pacijentu u prepoznavanju čimbenika koji loše utječu na podnošenje napora
- Ohrabriti bolesnika i obitelj da potiču pacijenta na primjerenu aktivnost i sudjelovanje u aktivnostima

6) Žalovanje

a. Sestrinske intervencije

- Raspraviti o procesu tugovanja s obitelji tako da obitelj bolje može razumjeti da su ti osjećaji normalni
- Omogućiti obitelji da izrazi svoje osjećaje i suoči se s njima
- Ohrabriti obitelj da bude što bliže pacijentu, ali da budu osjetljivi na njegove potrebe
- Osigurati informacije o pacijentovu statusu i predvidjeti reakcije da bi se tako smanjio strah i anksioznost
- Uputiti obitelj na određene usluge kao što su organizacije koje se brinu za obitelji tijekom tugovanja
- Utvrditi religiozna i kulturna uvjerenja povezana sa smrću (molitve, rituali)
- Pripremiti se za odgovarajuću duhovnu brigu u skladu s uvjerenjima obitelji
- Davati propisane lijekove u dogovoru s liječnikom da bi se izbjegle neugodne manifestacije (43)

7) Dispneja u/s anksioznošću

a. Sestrinske intervencije

- Zamoliti pacijenta da ocijeni ozbiljnost svog nedostatka zraka na ljestvici od 0-10
- Procijeniti njegovu sposobnost da govori rečenicama, frazama ili riječima
- Procijeniti pacijentovu anksioznost
- Promatrati brzinu disanja i napor
- Mjerenje statusa oksigenacije (tj. pulsna oksimetrija)
- Auskultirati plućne zvukove
- Procijeniti prisutnost boli u prsima ili druge boli
- Procijeniti čimbenike koji poboljšavaju ili pogoršavaju nedostatak daha
- Procijeniti utjecaj dispneje na funkcionalni status i kvalitetu života

8) Mučnina i povraćanje u/s osnovnom bolesti

a. Sestrinske intervencije

- Procjena mogućih uzroka mučnine i povraćanja kod umiruće osobe
- Razgovaranje o mogućnostima liječenja mučnine i povraćanja s umirućom osobom i obitelji
- Razmatranje nefarmakoloških metoda liječenja mučnine i povraćanja
- Primjena propisanih antiemetika
- Uzeti u obzir uzroke i položaj crijeva
- Uzeti u obzir uzrok, trenutne lijekove i nuspojave.
- Razgovor s liječnikom opće prakse i multidisciplinarnim timom prema potrebi.
- Osiguravanje pristupa zdjelicama za povraćanje, maramicama.
- Poticanje pacijenta, obitelji ili osoba važnih za pacijenta da upozore tim ako simptomi/zabrinutosti potraju.

9) Smanjen unos hrane i tekućine u/s otežanim gutanjem, gubitkom apetita

a. Sestrinske intervencije

- Podrška umirućoj osobi da pije ako želi i može. Provjerite ima li poteškoća, poput problema s gutanjem ili opasnosti od aspiracije.
- Rasprava o rizicima i koristima nastavka jela i pića s umirućom osobom i onima koji su uključeni u brigu o umirućim osobama.
- Poticanje osoba važnih umirućoj osobi da pomognu bolesniku pri jelu i piću, pruže sva potrebna pomagala i daju im savjete o sigurnom pijenju

- Procjena statusa hidracije umirućih osoba i pregled potrebe za klinički potpomognutom hidracijom, poštujući želje i preferencije osobe.
- Ako je prikladno, razgovarati o rizicima/dobrobiti klinički potpomognute hidracije s umirućom osobom i onima koji su joj važni.

6. ZAKLJUČAK

Zbog povećanog broja pacijenata s kroničnim i uznapredovalim bolestima te nedostatka adekvatnog pristupa i skrbi, OHBP predstavlja ulazna vrata u njihovim kriznim situacijama. Medicinskim sestrama-tehničarima i ostalim djelatnicima OHBP-a nužna je dodatna edukacija o skrbi za tako zahtijevne pacijente budući da dominantni i neriješeni simptomi uzrokuju većinu posjeta hitnoj pomoći. Dobra komunikacijska povezanost sa službama vanbolničke i bolničke palijativne skrbi (posebni informatički programi), LOM-ovima, može smanjiti nepotrebne i neželjene prijeme bolesnika na kraju života u okruženje akutne skrbi što bi rezultiralo smanjenje broja hospitalizacija, samim time i troškove, utjecalo na veće zadovoljstvo pacijenata i kvalitetu njihovih života. Studije su pokazale da provođenje skrbi po principima palijative od strane stručnih službi povećava znanje i povjerenje ostalog medicinskog osoblja i dovodi do dosljedne i poboljšane skrbi za pacijente. Hitna palijativna skrb područje je koje se brzo razvija. Medicinske sestre-tehničari hitne i palijativne skrbi sada podjednako vide prednosti pružanja palijativne skrbi na OHBP-u. Buduća se istraživanja i praksa moraju usredotočiti na utjecaj koji pružanje palijativne skrbi ima u hitnoj pomoći na način korištenja zdravstvene skrbi, poboljšanje kvalitete života i dostojanstvenu smrt. Potreban je rani multidisciplinarni integrirani pristup u kojem svi zdravstveni djelatnici rade zajedno prema istim ciljevima koje je potrebno ispitivati tijekom cijelog tijeka bolesti i mijenjati sukladno promijeni stanja i želja pacijenta i obitelji. Štoviše, odgovornost za definiranje, usmjeravanje i upravljanje ciljevima skrbi sukladnih važnosti za pacijente i njihove obitelji trebala bi biti podijeljena zadaća između svih članova, a ne samo primarnog tima za liječenje. To je prava skrb, holistički pristup usmjeren na pacijenta. Učinkoviti edukacijski programi o palijativnoj skrbi u OHBP-u poboljšavaju komunikaciju između pacijenta i medicinskih sestara-tehničara, utječu na ublažavanje teških simptoma kod terminalno bolesnih pacijenata, obraćaju pozornost na duhovne potrebe, održavaju dostojanstvo pacijenata i poštuju socijalne brige članova obitelji tijekom posljednjih sati ili dana života.

7. SAŽETAK

Pacijenti dolaze u odjel hitne pomoći s kritičnim i složenim medicinskim stanjima. Medicinske sestre/tehničari i ostali djelatnici zaposleni na Objedinjenom hitnom bolničkom prijemu, educirani su primarno za trijažiranje i pružanje pomoći kod akutnih i po život opasnih stanja. Njihov primarni fokus usmjeren je na očuvanje života. Stoga pacijenti kojima je potrebna palijativna skrb često prolaze neopaženo, a njihovo se stanje rijetko smatra prioritetom, osobito ako je riječ o starijim osobama. Medicinske sestre/tehničari u Objedinjenom hitnom bolničkom prijemu, ključni su u pružanju visokokvalitetne skrbi na kraju života, budući da su u glavnoj poziciji da zagovaraju i aktivno interveniraju u najboljem interesu pacijenta. Zahvaljujući uvođenju palijativne skrbi u kurikulumе medicinskih škola i fakulteta, sve je veći broj medicinskih sestara-tehničara koji prepoznaju potrebu uvođenja i provođenja palijativne skrbi u hitnom prijemu. Pacijenti ih smatraju ključnim pružateljima usluga na svom medicinskom putu. Uloga medicinske sestre/tehničara može biti optimalna za rani početak konzultacija o palijativnoj skrbi. Svrha ovog rada je objasniti pojmove vezane uz palijativnu skrb, istaknuti najčešće razloge dolaska palijativnih pacijenata u Objedinjeni hitni bolnički prijem, navesti tegobe i intervencije vezane uz palijativne pacijente te definirati ulogu medicinske sestre-tehničara u zbrinjavanju palijativnog pacijenta u objedinjenom hitnom bolničkom prijemu i njihov utjecaj na palijativnu skrb.

Ključne riječi: *medicinska sestra/tehničar, palijativna skrb, hitna medicina*

8. SUMMARY

Patients come to the emergency department with critical and complex medical conditions. Nurses technicians and other employees at the emergency department are primarily trained in triaging and providing assistance in acute and life-threatening conditions. Their primary focus is on preserving life. Therefore, patients in need of palliative care often go unnoticed, and their condition is rarely considered a priority, especially if it is an elderly person. Nurse technicians at the emergency department are crucial in providing high-quality care at the end of life, since they are in a prime position to advocate and actively intervene in the best interest of the patient. Thanks to the introduction of palliative care into the curricula of medical schools and colleges, there is an increasing number of nurse technicians who recognize the need to introduce and implement palliative care in the emergency department. Patients see them as key providers in their medical journey. The role of the nurse technician may be optimal for early initiation of palliative care consultations. The purpose of this paper is to explain terms related to palliative care, to highlight the most common reasons for palliative patients come to the emergency hospital admission, to list the complaints and interventions related to palliative patients, and to define the role of the nurse technician in the care of the palliative patient at the emergency hospital admission and their impact to palliative care.

Keywords: *nurse-technician, palliative care, emergency medicine*

REFERENCE

1. American College of Emergency Physicians. American College of Emergency Physicians: Ten Things Physicians and Patients Should Question [Internet]. Choosing Wisely. 2014 [citirano 02. lipanj 2022.]. Dostupno na: http://www.choosingwisely.org/?post_type=lists&p=2592&preview=true
2. Lamba S. Early goal-directed palliative therapy in the emergency department: A step to move palliative care upstream. Sv. 12, Journal of Palliative Medicine. J Palliat Med; 2009. str. 767.
3. Smith AK, Schonberg MA, Fisher J, Pallin DJ, Block SD, Forrow L, i ostali. Emergency Department Experiences of Acutely Symptomatic Patients With Terminal Illness and Their Family Caregivers. J Pain Symptom Manage. 2010;39(6):972–81.
4. Smith AK, Fisher J, Schonberg MA, Pallin DJ, Block SD, Forrow L, i ostali. Am I Doing the Right Thing? Provider Perspectives on Improving Palliative Care in the Emergency Department. Ann Emerg Med. 2009;54(1).
5. Glajchen M, Lawson R, Homel P, Desandre P, Todd KH. A rapid two-stage screening protocol for palliative care in the emergency department: A quality improvement initiative. J Pain Symptom Manage. 2011;42(5):657–62.
6. Wu FM, Newman JM, Lasher A, Brody AA. Effects of initiating palliative care consultation in the emergency department on inpatient length of stay. J Palliat Med. 2013;16(11):1362–7.
7. Center to Advance Palliative Care. Palliative Care Definition | What is Palliative Care [Internet]. CAPC. 2020 [citirano 02. lipanj 2022.]. str. 2–5. Dostupno na: <https://www.capc.org/about/palliative-care/>
8. Kinderman AA, Brown R. Palliative care for adults experiencing homelessness [Internet]. UpToDate. 2021 [citirano 02. lipanj 2022.]. str. 1–27. Dostupno na: https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-for-adults-experiencing-homelessness?topicRef=86302&source=see_link
9. McEwan A, Silverberg JZ. Palliative Care in the Emergency Department. Sv. 34, Emergency Medicine Clinics of North America. 2016. str. 667–85.
10. Advance Directive vs. Living Will: What's the Difference? [Internet]. Nationwide.

[citirano 02. lipanj 2022.]. Dostupno na:
<https://www.nationwide.com/lc/resources/investing-and-retirement/articles/advance-directive-vs-living-will>

11. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, i ostali. Integration of palliative care into standard oncology care: American society of clinical oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol*. 2017;35(1):96–112.
12. Lynn J. Living Long in Fragile Health: The New Demographics Shape End of Life Care. *Hastings Cent Rep*. 2005;35(7):s14–8.
13. Centeno C. Palliative medicine: Now a medical specialty in 18 European countries | EAPC Blog [Internet]. EAPC Blog. 2014 [citirano 02. lipanj 2022.]. Dostupno na: <https://eapcnet.wordpress.com/2014/07/21/palliative-medicine-now-a-medical-specialty-in-18-european-countries/>
14. Morrison RS, Meier DE. Clinical practice. Palliative care. *N Engl J Med*. 2004;350(25):2582–90.
15. Smith AK, McCarthy E, Weber E, Cenzer IS, Boscardin J, Fisher J, i ostali. Half of older Americans seen in emergency department in last month of life; most admitted to hospital, and many die there. *Health Aff*. 2012;31(6):1277–85.
16. Henson L, Gao W, Higginson I, Smith M, Davies J, Ellis-Smith C, i ostali. Emergency department attendance by patients with cancer in the last month of life: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2015;385:S41.
17. Mahony SO, Blank A, Simpson J, Persaud J, Huvane B, McAllen S, i ostali. Preliminary report of a palliative care and case management project in an emergency department for chronically ill elderly patients. *J Urban Heal*. 2008;85(3):443–51.
18. Lamba S, Quest TE. Hospice care and the emergency department: Rules, regulations, and referrals. Sv. 57, *Annals of Emergency Medicine*. *Ann Emerg Med*; 2011. str. 282–90.
19. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, i ostali. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Sv. 161, *Pain*. *Pain*; 2020. str. 1976–

82.

20. Simon PM, Schwartzstein RM, Woodrow Weiss J, Lahive K, Fencel V, Teghtsoonian M, i ostali. Distinguishable sensations of breathlessness induced in normal volunteers. *Am Rev Respir Dis.* 1989;140(4):1021–7.
21. Simon ST, Higginson IJ, Booth S, Harding R, Bausewein C. Benzodiazepines for the relief of breathlessness in advanced malignant and non-malignant diseases in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(1).
22. Leach C. Nausea and vomiting in palliative care. *Clin Med J R Coll Physicians London.* 2019;19(4):299–301.
23. Schwörer H, Ramadori G. Nausea and vomiting. Pathophysiology and new forms of treatment. Sv. 122, *Deutsche Medizinische Wochenschrift.* Georg Thieme Verlag; 1997. str. 1014–9.
24. J. Wickham, PhD, RN R. Nausea and Vomiting Not Related to Cancer Therapy: Intractable Problem or Clinical Challenge? *J Adv Pract Oncol.* 01. 2020;11(5):476–88.
25. Collis E, Mather H. Nausea and vomiting in palliative care. Sv. 351, *BMJ (Online).* BMJ; 2015.
26. Dalal S. Overview of pruritus in palliative care [Internet]. UpToDate. 2021 [citirano 09. srpanj 2022.]. Dostupno na: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-pruritus-in-palliative-care?topicRef=86302&source=see_link
27. Von Gunten C, Buckholz G. Palliative care: Overview of cough, stridor, and hemoptysis in adults [Internet]. UpToDate. 2022 [citirano 09. srpanj 2022.]. Dostupno na: https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-overview-of-cough-stridor-and-hemoptysis-in-adults?topicRef=86302&source=see_link
28. Tan RA, Spector SL. Chronic cough. *Compr Ther.* 1997;23(7):467–71.
29. Truesdale K, Jurdi A. Nebulized Lidocaine in the Treatment of Intractable Cough. *Am J Hosp Palliat Med.* 2013;30(6):587–9.
30. Golinko MS, Clark S, Rennert R, Flattau A, Boulton AJM, Brem H. Wound emergencies: The importance of assessment, documentation, and early

- treatment using a wound electronic medical record. *Ostomy Wound Manag.* 2009;55(5):54–61.
31. McManus J. Principles of skin and wound care: The palliative approach. *Wounds UK.* 2009;5(1):31–49.
 32. O'Brien C. Plaies cancéreuses: Prise en charge de l'odeur. *Can Fam Physician.* 2012;58(3):272.
 33. Singh G, Rees JH, Sander JW. Seizures and epilepsy in oncological practice: Causes, course, mechanisms and treatment. Sv. 78, *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry.* BMJ Publishing Group; 2007. str. 342–9.
 34. Harris M. Quality of life in patients with malignant spinal cord compression: A review of evidence-based literature. *Int J Palliat Nurs.* 2016;22(1):37–43.
 35. National Cancer Grid. NCG Palliative Care Guidelines-Bleeding [Internet]. National Cancer Grid. 2021 [citirano 2. srpanj 2022.]. str. 1–5. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6940657/>
 36. Saunders C. End of Life Care Strategy Promoting high quality care for all adults at the end of life „How people die remains in the memory of those who live on“ Founder of the Modern Hospice Movement. 2008.
 37. Chan GK. End-of-life Models and Emergency Department Care. Sv. 11, *Academic Emergency Medicine.* Acad Emerg Med; 2004. str. 79–86.
 38. Beynon T, Gomes B, Murtagh FEM, Glucksman E, Parfitt A, Burman R, i ostali. How common are palliative care needs among older people who die in the emergency department? *Emerg Med J.* 2011;28(6):491–5.
 39. Le Conte P, Riochet D, Batard E, Volteau C, Giraudeau B, Arnaudet I, i ostali. Death in emergency departments: A multicenter cross-sectional survey with analysis of withholding and withdrawing life support. *Intensive Care Med.* 2010;36(5):765–72.
 40. Grudzen CR, Richardson LD, Hopper SS, Ortiz JM, Whang C, Morrison RS. Does palliative care have a future in the emergency department? Discussions with attending emergency physicians. *J Pain Symptom Manage.* 2012;43(1):1–9.

41. Atkins DL, Berg MD, Berg RA, Bhutta AT, Biarent D, Bingham R, i ostali. 2005 American Heart Association (AHA) guidelines for cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency cardiovascular care (ECC) of pediatric and neonatal patients: Pediatric basic life support. Sv. 117, Pediatrics. American Academy of Pediatrics; 2006. str. e989–1004.
42. Lowey SE. Nursing Care at the End of Life What Every Clinician Should Know. Geneseo, NY: Open SUNY Textbooks; 2015. 139 str.
43. Šilje M. Implementation of palliative care methods in children. Sestrin Glas J. 2017;22(3):208–14.

9. PRILOZI

Prilog A: Popis ilustracija

Popis slika:

Slika 1. Četiri dimenzije boli.....	10
Slika 2. Mapa za lokalizaciju boli	12
Slika 3. Vizualno-analogni skala (VAS)	12
Slika 4. Ljestvica SZO-a za upravljanje boli.....	14
Slika 5. Dijagram procjene delirija	16
Slika 6. Kapnografija.....	18
Slika 7. Neinvazivna ventilacija pomoću oronazalnog sučelja	20
Slika 8. Perkutna endoskopska gastrostoma	28

Popis tablica:

Tablica 1. Karakteristike akutne i kronične boli	11
Tablica 2. Opis i karakteristike boli	12
Tablica 3. Nuspojave lijekova protiv boli i liječenje.....	15
Tablica 4. Osnovne vrste i karakteristike obloga	21

Prilog B: Popis korištenih kratica:

OHBP	Objedinjeni hitni bolnički prijem
ACEP	American College of Emergency Physicians
PZZ	Primarna zdravstvena zaštita
CAPC	Center to Advance Palliative Care
DNR	do-not-resuscitate
MV	Mehanička ventilacija
KPR	Kardiopulmonalna reanimacija
KOPB	Kronična opstruktivna plućna bolest
HD	Hemodijaliza
P-CaRES	Palliative Care Rapid Emergency Screening
EZK	Elektronički zdravstveni karton
MS/MT	Medicinska sestra-tehničar
VAS	Vizualno-analogni skala
bCAM	Brief Confusion Assessment Method
NIV	Neinvazivna ventilacija
PEG	Perkutna endoskopska gastrostoma
GERB	Gastroezofagealna refluksna bolest