

# Sestrinska skrb za neurološkog pacijenta nakon otpusta iz zdravstvene ustanove

---

**Kustura, Dijana**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2023**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **Bjelovar University of Applied Sciences / Veleučilište u Bjelovaru**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:040607>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-12-02**



*Repository / Repozitorij:*

[Repository of Bjelovar University of Applied Sciences - Institutional Repository](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU  
STRUČNI PRIJEDIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVO

**SESTRINSKA SKRB ZA NEUROLOŠKOG PACIJENTA  
NAKON OTPUSTA IZ ZDRAVSTVENE USTANOVE**

Završni rad br. 110/SES/2022

Dijana Kustura

Bjelovar, rujan 2023.



Veleučilište u Bjelovaru  
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

## 1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Student: **Dijana Kustura**

JMBAG: 2432122261

Naslov rada (tema): **Sestrinska skrb za neurološkog pacijenta nakon otpusta iz zdravstvene ustanove**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Sabina Bis, univ. mag. admin. sanit.**

zvanje: **viši predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. **Ružica Mrkonjić, mag. med. techn., predsjednik**
2. **Sabina Bis, univ. mag. admin. sanit., mentor**
3. **dr. sc. Marija Kudumija Slijepčević, član**

## 2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 110/SES/2022

U sklopu završnog rada potrebno je:

1. Istražiti literaturu vezanu uz zdravstvenu skrb neurološkog bolesnika nakon otpusta iz zdravstvene ustanove
2. Analizirati različitosti zbrinjavanja neuroloških pacijenata nakon otpusta iz zdravstvene ustanove
3. Cjelovito prikazati tijek zbrinjavanja neurološkog pacijenta nakon otpusta iz zdravstvene ustanove u ustanovama koje pružaju 24 satnu skrb i kroz zdravstvenu njegu u kući
4. Opisati procese zdravstvene skrbi specifične za neurološke pacijente nakon otpusta iz zdravstvenih ustanova
5. Krički objasniti važnost timskog rada te ulogu obitelji prilikom pružanja sestrinske skrbi nakon otpusta neurološkog pacijenta
6. Objasniti ulogu medicinske sestre u zdravstvenoj skrbi neurološkog pacijenta nakon otpusta iz zdravstvene ustanove

Datum: 04.11.2022. godine

Mentor: **Sabina Bis, univ. mag. admin. sanit.**



## ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici Sabini Bis, univ. mag. admin. sanit., na pomoći, strpljenju i savjetima pri izradi završnog rada.

Veliko hvala članovima komisije te svim profesorima Veleučilišta u Bjelovaru, koji su doprinijeli mom školovanju i imali razumijevanja za sve moje potrebe i izostanke.

I na kraju jedno veliko hvala mojoj obitelji, koja je uvijek bila uz mene i pružala podršku i u onim manje lijepim trenucima.

Hvala Vam.

# SADRŽAJ

|  |    |
|--|----|
| 1. UVOD .....  | 1  |
| 2. CILJ RADA.....  | 3  |
| 3. METODE .....  | 4  |
| 4. RASPRAVA.....   | 5  |
| 4.1. Zdravstvena njega u kući .....  | 6  |
| 4.1.1. Osnivanje zdravstvene njege u kući.....   | 6  |
| 4.1.2. Ostvarivanje prava na zdravstvenu njegu u kući .....  | 7  |
| 4.1.3. Specifičnosti provođenja sestrinske skrbi u kućnim uvjetima .....   | 11 |
| 4.1.3.1. Planiranje i provedba kućnog posjeta.....   | 13 |
| 4.1.3.2. Timski rad u zdravstvenoj njezi u kući .....  | 15 |
| 4.1.3.3. Sigurnost medicinske sestre/tehničara u radnom okruženju .....  | 17 |
| 4.1.4. Kvaliteta usluge zdravstvene njege u kući.....  | 18 |
| 4.1.4.1. Medicinska sestra/tehničar u sustavu kvalitete zdravstvene skrbi .....  | 18 |
| 4.2. Udomiteljstvo .....   | 20 |
| 4.2.1. Zakonski okviri pružanja udomiteljstva u Republici Hrvatskoj .....  | 20 |
| 4.2.2. Cijena usluga udomiteljstva .....   | 21 |
| 4.3. Obiteljski domovi ili domovi za starije i nemoćne.....  | 21 |
| 4.3.1. Specifičnosti provođenja sestrinske skrbi u domovima.....   | 23 |
| 4.4. Sestrinska skrb za neurološkog bolesnika nakon otpusta iz bolničke ustanove .....                                   | 24 |
| 4.4.1. Intervencije medicinske sestre/tehničara kod smanjene pokretljivosti bolesnika... ..                              | 24 |
| 4.4.2. Intervencije medicinske/tehničara sestre kod smanjene mogućnosti bolesnika pri aktivnostima samozbrinjavanja..... | 26 |
| 4.4.3. Intervencije medicinske sestre/tehničara pri primjeni lijekova kod neuroloških bolesnika .....                    | 28 |
| 4.4.4. Intervencije medicinske sestre/tehničara u nastavku rehabilitacije neurološkog bolesnika .....                    | 29 |
| 4.4.5. Intervencije medicinske sestre/tehničara kod kognitivnih, fizičkih i emocionalnih disfunkcija.....                | 30 |
| 5. ZAKLJUČAK .....   | 31 |
| 6. LITERATURA .....  | 32 |
| 7. OZNAKE I KRATICE.....   | 35 |
| 8. SAŽETAK.....  | 36 |
| 9. SUMMARY .....   | 37 |

## 1. UVOD

Neurološki bolesnici čine jedinstvenu skupinu bolesnika oboljelih od cerebrovaskularnih i demijeliniziranih poremećaja, raznih vrsta demencija, paroksizmalnih i ekstrapiramidalnih sindroma te stanja nakon trauma glave (1). Tijek neuroloških bolesti uglavnom je kroničan, dugotrajan, dosta heterogen unutar same bolesti te direktno utječe na život ne samo bolesnika nego i njegove obitelji. Isto tako, neurološke bolesti osim visoke smrtnosti često uzrokuju invaliditet, produženu hospitalizaciju, zahtijevaju pojačanu skrb nakon hospitalizacije a broj oboljelih neprestano raste (2). Neke od najčešćih neuroloških bolesti koje zahtijevaju kontinuitet zdravstvene skrbi nakon smirivanja akutnih epizoda bolesti i hospitalizacije su: moždani udar, demencija, Alzheimerova bolest, Parkinsonova bolest, multipla skleroza, razne neuroinfekcije, neurotraume i slično.

Pojavnost neuroloških bolesti a time i veća opterećenost zdravstvenog sustava povezana je povećanjem opće populacije i udjela starijeg stanovništva. Starija životna dob rezultira povećanjem nekih neuroloških poremećaja, te doprinosi nakupljanju patoloških promjena koje utječu na razvoj cerebrovaskularnih bolesti i neurodegenerativnih promjena (2). S obzirom na poboljšanje životnih uvjeta a time i produljenje životne dobi te opće starenje populacije, Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) predviđa porast neuroloških i ostalih kroničnih poremećaja te invalidnosti. Prema zadnjim statističkim podacima o svjetskoj populaciji iz 2016. godine više od šest milijuna ljudi godišnje umire od moždanog udara, a u narednih pet godina će još pet milijuna umrijeti od njegovih posljedica, dok će barem još toliko imati trajne posljedice invalidnosti, više od 47, 5 milijuna osoba bori se s demencijom, čija je incidencija gotovo osam milijuna novooboljelih svake godine, više od 50 milijuna osoba oboli od epilepsije tijekom godine a Alzheimerova bolest je uzrok preko 70% slučajeva demencije (3). Stanje u Republici Hrvatskoj po pitanju udjela starijeg stanovništva i pojavnosti neuroloških bolesti, nimalo ne zaostaje sa svjetskim trendovima. Najnoviji podaci Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo iz 2021. godine navode cerebrovaskularne bolesti drugim uzrokom smrti u Hrvatskoj s udjelom od 8% od ukupno umrlih, a prema zadnjem popisu stanovništva udio stanovništva iznad 65 godina 17.7%, što čini Hrvatsku jednom od zemalja s najstarijom populacijom (4,5).

Neurološke bolesti nastaju uslijed poremećaja u radu središnjeg ili perifernog živčanog sustava, odnosno jednog dijela živčanog sustava. Nastale neurodegenerativne promjene uglavnom su kroničnog, ireverzibilnog tijeka te vode trajnom propadanju stanica živčanog sustava što uzrokuju poteškoće u lokomotornom i mentalnom funkcioniranju osobe. Liječenje neuroloških bolesti gotovo uvijek je dugotrajno i kompleksno te uz primjenu farmakoterapije

zahtijeva prilagodbu životnih navika novonastaloj situaciji te kontinuitet skrbi kroz rehabilitaciju i zdravstveni nadzor u kućnim uvjetima. Zbog navedenih promjena svakodnevno funkcioniranje bolesnika značajno je otežano i od iznimne je važnosti u proces liječenja, rehabilitacije te daljnju skrbi uključiti i obitelj. Pružanje zdravstvene skrbi nakon otpusta nastavlja se putem primarne zaštite, odnosno patronažne službe i zdravstvene njege u kući, ili nekim drugim oblikom skrbi poput udomiteljstva te smještaja u obiteljske domove ili u domove za starije i nemoćne.

U nastavku rada bit će prikazani oblici nastavka zdravstvene skrbi neurološkog bolesnika nakon otpusta iz bolničke ustanove uz poseban osvrt na sestrinsku skrb ovisno stanju i potrebama korisnika.

## 2. CILJ RADA

Prikazati zbrinjavanje neurološkog bolesnika nakon otpusta iz bolničke ustanove uz poseban osvrt na sestrinsku skrb ovisno o njegovu stanju i potrebama te mogućnostima obitelji ili skrbnika. Objasniti mogućnosti, načine te zahtjevnost zbrinjavanja neurološkog bolesnika ovisno o njegovu stanju, uz naglasak na očuvanje dostojanstva bolesnika te važnosti primjerene, kontinuirane sestrinske skrbi.

Specifični ciljevi ovog diplomskog rada su:

1. Izraditi pregled literature vezane uz temu zbrinjavanja neurološkog bolesnika nakon otpusta iz bolničke ustanove.
2. Analizirati različitost zbrinjavanja neurološkog bolesnika nakon otpusta iz bolničke ustanove.
3. Cjelovito prikazati tijek zbrinjavanja neurološkog bolesnika nakon otpusta iz bolničke ustanove u ustanovama koje pružaju 24 satnu skrb kroz zdravstvenu njegu u kući.
4. Opisati procese zdravstvene skrbi specifične za neurološke bolesnike nakon otpusta iz zdravstvenih ustanova.
5. Kritički objasniti važnost timskog rada te ulogu obitelji prilikom pružanja sestrinske skrbi nakon otpust kod neurološkog bolesnika.
6. Objasniti ulogu medicinske sestre/tehničara u zdravstvenoj skrbi neurološkog bolesnika nakon otpusta iz zdravstvene ustanove.



### **3. METODE**

Rad je izrađen na temelju pretraživanja stručne literature i korištenjem internetskih izvora koji uključuju elektroničke baze podataka (Pubmed, Google znalac) te pretraživanjem internetskih stranica relevantnog izvora. U radu su korišteni izvori novijeg datuma. Literatura je pretraživana po ključnim riječima: neurološki bolesnik, medicinska sestra/tehničar, skrb nakon otpusta, intervencije medicinske sestre/tehničara.

## 4. RASPRAVA

Planiranje otpusta neurološkog bolesnika započinje već u bolničkoj ustanovi. Neki će bolesnici trebati dugotrajnu rehabilitaciju ili nastavak određene skrbi (fizijatar, radni terapeut), pa je prije otpusta, potrebno procijeniti daljnje potrebe bolesnika za količinom zdravstvene njege, odnosno stupanj njegove neovisnosti te izraditi daljnji plan pružanja sestrinske skrbi. Također je potrebna procjena bolesnikove obitelji. Neovisno o tome dali bolesnik ide kući ili u neku drugu ustanovu, medicinska sestra/tehničar treba napraviti procjenu njegovih potreba i mogućnosti sudjelovanja u aktivnostima samozbrinjavanja te educirati obitelj o pomoći pri obavljanju određenih aktivnosti. Pri tome je važno uz edukaciju bolesnika i njegove obitelji o liječenju, osigurati kontinuitet sestrinske skrbi ovisno o potrebama bolesnika, u čemu veliku ulogu ima sestrinska dokumentacija. Dio sestrinske dokumentacije je otpusno pismo zdravstvene njege. Ono sadrži opće podatke o bolesniku, probleme i poteškoće te zahtjevnost zdravstvene njege tijekom hospitalizacije, te preporuke nastavka sestrinske skrbi (6).

Odluka o načinu daljnje skrbi ovisi o stanju bolesnika, odnosno zahtjevnosti same skrbi te mogućnostima volji njegove obitelji. Neke su obitelji voljne i u mogućnosti brinuti se o bolesniku nakon otpusta uz pomoć medicinskih, socijalnih i ostalih udruga. Druge opet zbog određenih privatnih razloga ne mogu ili ne žele skrbiti za bolesnika.

Zajednička, dobra suradnja na svim razinama zdravstvene zaštite omogućuje pružanje učinkovite zdravstvene usluge, odnosno kvalitetnu i kontinuiranu zdravstvenu skrb. Jedan od oblika skrbi za neurološkog bolesnika nakon otpusta iz bolničke ustanove je zdravstvena njega u kući bolesnika. Specifičnosti provođenja zdravstvene njege u kući su u tome što se skrb pruža direktno u domu korisnika po jasno definiranim uputama i nadzorom liječnika primarne zaštite i patronažne skrbi.

## **4.1. Zdravstvena njega u kući**

Zdravstvena njega u kući pruža medicinsku kućnu skrb i rehabilitaciju prema odredbama nadležnog liječnika obiteljske medicine i provodi se na razini primarne zdravstvene zaštite (7). Pravo na usluge zdravstvene njege u kući ima svaka osoba koja je korisnik obaveznog zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj, troškove snosi državni proračun, odnosno Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Način rada i djelatnost Zdravstvene njege u kući "propisana je Pravilnicima od strane HZZO, Ministarstva zdravstva i Hrvatske komore medicinskih sestara" (8).

Prema različitim izvorima navode se mnogobrojne značajke, prednosti i potrebe korištenja usluga zdravstvene njege u kući :

- značaj i potražnja za pružanje usluga u kući korisnika postaje sve veći,
- s obzirom na trenutno demografsko stanje u Europi povećan je interes za zdravstvenu njegu u kući,
- porast udjela stanovništva starosne dobi > 65 u ukupnoj populaciji,
- smanjena mogućnost pružanja neformalne zdravstvene skrbi u obitelji (veća zaposlenost žena, manje obitelji),
- dobra prihvaćenost ovog oblika skrbi od strane klijenta (dom je mjesto u kojem se korisnici zdravstvenih usluga osjećaju dobro) (8).

Djelatnost zdravstvene njege u kući, kao jednog dijela zdravstvenog sustava, ima nekoliko osnovnih uloga:

- nastavak zdravstvene njege kod akutnih bolesnika,
- prevencija mogućih komplikacija kod kroničnih bolesnika,
- nastavak zdravstvene njege kroničnih bolesnika kod recidiva bolesti,
- njega bolesnika u terminalnoj fazi bolesti (8).

### **4.1.1. Osnivanje zdravstvene njege u kući**

Svakodnevno svjedočimo preopterećenosti zdravstvenog sustava brojem kroničnih bolesnika koji zahtijevaju produljenu skrb i nedostatkom kreveta za produženo liječenje. Liječenje u kućnim uvjetima postaje „imperativ današnjice“, kod potrebe osobe za daljnjom skrbi, a ukoliko nema potrebe za njenom trajnom hospitalizacijom (9). Jedan od načina rasterećenja zdravstvenog sustava je osnivanje ustanove za zdravstvenu njegu u kući. Ono se

provodi u dvije faze. Prva faza osnivanja zahtijeva osim prilaganja zahtijeva za osnivanje zdravstvene njege u kući, priložiti sljedeće dokumente:“

1. Zahtjev za izdavanje rješenja s točnom adresom buduće ustanove za zdravstvenu njegu u kući,
2. Akt o osnivanju zdravstvene ustanove,
3. Mišljene Hrvatskog zavoda za zdravstveni osiguranje nadležne komore o svrsishodnosti osnivanja spomenute ustanove,
4. Izjava o imenovanju formalnog ravnatelja ustanove,
5. Dokaz o posjedovanju ili raspolaganju prostorom“ (9).

U drugoj fazi se uz zahtijeva za izlazak stručnog povjerenstva koji treba utvrditi postojanje propisanih uvjeta za početak rada ustanove prilaže sljedeće“:

1. Zahtjev za izlazak stručnog povjerenstva Ministarstva zdravlja radi pregleda prostora i medicinsko-tehničke opreme zdravstvene ustanove,
2. Rješenje nadležnog Trgovačkog suda o izvršenom upisu zdravstvene ustanove u sudski registar,
3. Statut ustanove,
4. Odluka o imenovanju članova Upravnog vijeća zdravstvene ustanove,
5. Tlocrt prostora zdravstvene ustanove prema Pravilniku o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti «Narodne novine», broj 90/04 i 38/08), ovjeren kod ovlaštenog projektanta,
6. Nalaz i mišljenje ovlaštene pravne osobe o izloženosti buci građevine u kojoj se nalaze prostorije u kojima će se obavljati zdravstvena djelatnost“ (9).

#### **4.1.2. Ostvarivanje prava na zdravstvenu njegu u kući**

Način ostvarivanja prava na korištenje usluge zdravstvene njege u kući u Republici Hrvatskoj određeno je Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, odnosno Pravilnikom o uvjetima i načinu ostvarivanja prava na zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe (NN 88/2010). Prema njemu liječnik uvidom u bolesnikovu medicinsku dokumentaciju te pregledom bolesnika utvrđuje njegovo zdravstveno stanje i određuje stupanj zahtjevnosti potrebne njege (10). Usluge zdravstvene njege u kući mogu biti propisane jednom do sedam puta na tjedan, a vremenski pružanje skrbi može trajati minimalno 30 minuta do maksimalno dva sata.

Ovisno o zdravstvenom stanju i potrebi korisnika zdravstvena njega kategorizirana je prema zahtjevnosti dijagnostičko-terapeutskih postupaka (DTP) od NJEGA 1 do NJEGA 8 (Tablica 4.1. i Tablica 4.2).

Tablica 4.1. Kategorije zahtjevnosti zdravstvene njege

| ŠIFRA   | NAZIV POSTUPKA   | OPIS POSTUPKA  | TRAJANJE NJEGE (MIN) |
|---------|--|--|----------------------|
| NJEGA 1 | minimalna zdravstvena njega  | Potrebna minimalna zdravstvena njega teško pokretnog bolesnika, uključuje edukaciju bolesnika i/ili njegove obitelji, uzimanje materijala za laboratorijske pretrage, kateterizaciju mokraćnog mjehura žena, primjenu i. m. i s. c. injekcije, zdravstvenu njegu stome (ileostoma, kolostoma, urostoma, traheostoma, gastrostoma). | 30                   |
|         |  |  | 60                   |
| NJEGA 2 | pojačana zdravstvena njega bolesnika s povećanim potrebama                           | Podrazumijeva kompletnu njegu teško pokretnog bolesnika (s ili bez inkontinencije), uključuje stavke iz DTP NJEGA 1 uz provjeru vitalnih znakova, previjanje rane 1. stupnja, hranjenje putem nazogastrične sonde.   | 90                   |
| NJEGA 3 | opsežna zdravstvena njega  | Opsežna zdravstvena njega nepokretnog bolesnika, uključuje stavke iz DTP NJEGA 1 i 2, previjanje rane 2. i 3. stupnja, primjenu oksigenoterapije.  | 120                  |
| NJEGA 4 | zdravstvena njega izrazito teškog bolesnika ili bolesnika u terminalnoj fazi bolesti | Zdravstvena njega izrazito teškog ili umirućeg bolesnika (palijativna skrb), uključuje sve stavke iz DTP NJEGA 1, 2 i 3, previjanje rane 4. stupnja.   |                      |

Izvor (10)

Tablica 4.2. Dodatni postupci zdravstvene njege

| ŠIFRA   | NAZIV                                   |
|---------|---|
| NJEGA 5 | Primjena klizme                         |
| NJEGA 6 | Toaleta i previjanje rane 1 i 2 stupnja |
| NJEGA 7 | Toaleta i previjanje rane 3 i 4 stupnja |

Pravilnikom je su utvrđeni kriteriji, odnosno određena zdravstvena stanja na osnovu kojih se ostvaruje pravo na korištenje zdravstvene njege u kući (10):

- nepokretna ili teško pokretna osoba (osobe kojima treba pomoć od strane druge osobe ili pomagala za kretanje),
- kod kroničnih bolesti ukoliko dolazi do progresije bolesti (potrebno je da liječnik obiteljske medicine istovremeno provodi liječenje u kući korisnika),
- kod akutnih ili kroničnih zdravstvenih stanja kad nije moguće samozbrinjavanje osobe,
- nakon stanja koja zahtijevaju skrb o rani (previjanje i njega) te skrb o bolesnicima s stomom,
- kod palijativnih bolesnika (u terminalnom stadiju bolesti).

Zdravstvenu njegu propisuje odabrani liječnik obiteljske medicine putem „Naloga za provođenje zdravstvene njege u kući“ (Slika 4.1.).

|  |  |
|--|--|
| HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE | ZDRAVSTVENA USTANOVA - PRIVATNA ORDINACIJA (pečat) |
| PODRUČNI URED _____                      | Šifra ustanove - ordinacije _____                  |
| Broj područnog ureda _____               |  |

1. PODACI O OSIGURANOJ OSOBI

|  |                          |               |
|--|--------------------------|---------------|
| Broj osigurane osobe ili MB osig. osobe u Zavodu _____                             | MBG/MB _____             | M   Ž<br>Spol |
|  | OIB* _____               |               |
| Ime i prezime _____  |                          |               |
| Adresa _____   |                          |               |
| Broj osigurane osobe ili MB osigurane osobe u Zavodu (lana obitelj) (ojasta) _____ | Osnovno osiguranje _____ | Urzava _____  |
| Ime i prezime _____  |                          |               |

NALOG Broj \_\_\_\_\_  
ZA PROVOĐENJE ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI

2. ISPUNJAVA IZABRANI DOKTOR MEDICINE

|  |                                     |                   |
|--|-------------------------------------|-------------------|
| od _____   | do _____                            | tjedno _____ puta |
| Prvi put <input type="checkbox"/>  | Nastavno <input type="checkbox"/>   |                   |
| Dijagnostičko-terapijski postupci iz Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja |                                     |                   |
| 1. _____   |                                     |                   |
| 2. _____   |                                     |                   |
| 3. _____   |                                     |                   |
| 4. _____   |                                     |                   |
| Dijagnoza: _____   |                                     | Šifra MVB _____   |
| Dobrodoženje   |                                     |                   |
| U _____ dne _____ 20__ g.  | M.P.                                | Šifra _____       |
|  | Potpis i faksimil izabranog doktora |                   |

Slika 4.1. Dokument za provođenje zdravstvene njege u kući, izvor (10)

Liječnik je dužan prijaviti patronažnoj službi propisanu zdravstvenu njegu u kući i kontrolirati njeno provođenje. Dužnost patronažne skrbi je obaviti posjet bolesniku minimalno jednom u 14 dana u periodu pružanja njege u kući i obavijestiti liječnika obiteljske medicine o njegovu stanju, ishodima provedene zdravstvene njege i potrebi njenog nastavka te po potrebi pregleda od strane liječnika. Korištenje usluga zdravstvene njege u kući mogu se odobriti najviše pet puta na tjedan u trajanju od 30 dana. Postoje iznimke od ovog pravila, kada se provođenje zdravstvene njege u kući može propisati do 90 dana kod određenih teških ili trajnih zdravstvenih stanja (Tablica 4.3.).

Tablica 4.3. Popis bolesti i stanja za odobrenje zdravstvene njege do 90 dana

| ŠIFRA PREMA MKB-10        | DIJAGNOZA  |
|---------------------------|--|
| G12.0-9                   | Spinalna mišićna atrofija  |
| G35, G36.0-9, G37.0-9     | Demijelinizirajuće bolesti središnjeg živčanog sustava                                     |
| G80.0-9, G81.0-9, G82.0-5 | Cerebralna paraliza i ostali paralitički sindromi (hemiplegija, paraplegija, tetraplegija) |
| R40.2                     | Koma   |
| Z51.5                     | Zbrinjavanje bolesnika u terminalnoj fazi bolesti  |
| Z99.1                     | Ovisnost o respiratoru   |

Izvor (10)

Kako što je vidljivo iz priloženog velik dio bolesti i stanja možemo prepoznati kod neurološkog bolesnika, tako da je većine njih odobrena usluga pružanja zdravstvene njege u kući u trajanju od 90 dana.

#### 4.1.3. Specifičnosti provođenja sestrinske skrbi u kućnim uvjetima

Medicinske sestre/tehničari zdravstvene njege u kući dio su zdravstvenog tima primarne zdravstvene zaštite, najviše vremena provode s korisnicima zdravstvene skrbi i odgovorni su za procjenu, planiranje i pružanje skrbi, te usko surađuje s obiteljskim liječnikom, patronažnom sestrom te ostalim zdravstvenim stručnjacima. Medicinske sestre suočene su s raznim izazovima unutar struke u odnosu na medicinske sestre koje djeluju u okviru određenih institucija (bolnice, domovi za starije i slično). Način rada, primjena određenih postupaka,



sigurnost bolesnika pri pružanju sestrinske skrbi najviše ovisi o njima samima, njihovoj stručnosti, sposobnosti komunikacije, iskustvu, znanju i vjerovanju u vlastito djelovanje. Dobra profesionalna komunikacija, strpljivost i empatičnost sastavni su dio sestrinskog rada i neophodne su za uspostavljanje odnosa povjerenja s korisnikom. Isto tako, kvalitetna sestrinska skrb ne može se provesti ako ne postoji suradnja s gore spomenutim zdravstvenim stručnjacima, a postupci provođenja zdravstvene njege osim posjedovanja određenih znanja i vještina medicinske sestre/tehničara moraju biti definirani i određenim uputama ovisno o stanju bolesnika i uvjetima pružanja skrbi (8). U procesu pružanja zdravstvene skrbi bolesniku u kući, medicinska sestra je uglavnom i veći dio vremena sama u kontaktu s bolesnikom, njegovom obitelji te svim postupcima pružanja te skrbi. Od nje se zahtijeva emocionalna zrelost i stabilnost kako bi se mogla nositi s nizom zadataka koje svakodnevno obavlja.

Od medicinske sestre/tehničara, neovisno o području svog rada zahtijeva se da ispunjava obaveze profesionalnog djelatnika tako što svojim radom:

- poštuje kodeks etike (ponašanja) medicinskih sestara,
- promiče prava korisnika,
- djeluje unutar zakonskih i profesionalnih ograničenja, te je svjesna profesionalnih kompetencija,
- održava i brine se za sigurnost korisnika, suradnika i svoje osobno,
- redovito procjenjuje i razvija vlastito znanje i znanje drugih,
- upotrebljava i promiče djelotvornu komunikaciju,
- provodi i učinkovitu međuljudsku komunikaciju (8).

Rad medicinskih sestara/tehničara Republike Hrvatske, definiran je zakonskim i etičkim obavezama. Etičke obveze definirane su Etičkim kodeksom medicinskih sestara objavljenog od strane Hrvatske udruge medicinskih sestara (HUMS), 1995. godine i Etičkim kodeksom Hrvatske komore medicinskih sestara (HKMS) iz 2005. godine (11). Etički kodeks medicinskih sestara utvrđuje zakonske okvire ponašanja medicinske sestre/tehničara, odnosa prema bolesniku, poslu, kolegama i ostalim sadržajima koji čine njihov rad (12). Može se reći kako je on vodič pri pružanju sestrinske skrbi.

Zakonom o sestrinstvu (NN 121/03 117/08 57/11), uređene su zakonske odrednice rada medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj. Odnose se na način njihova djelovanja, normative obrazovanja, ispunjenje zakonskih uvjeta za obavljanje svoje djelatnosti, njihove dužnosti te kontrolu i stručni nadzor njihova rada u Republici Hrvatskoj (13).

Hrvatska komora medicinskih sestara u suradnji s udrugom medicinskih sestara zdravstvene njege izradila je smjernice za provođenje najčešćih postupaka zdravstvene njege u kući. U smjernicama su detaljno prikazani načini provođenja određenog postupaka uz potreban materijal i broj osoba koje ga provode. Osnovni cilj primjene smjernica pri izvođenju određenog postupka je praćenje, mjerenje i unaprjeđenje razine kvalitete pružene usluge (14).

Poštujući smjernice i standarde struke, zakonske i etičke norme, djelovanjem u skladu sa svojim kompetencijama, medicinska sestra/tehničar zdravstvene njege u kući uvelike može uvelike doprijeti kvalitetnijoj i sigurnijoj skrbi a time i podizanju kvalitete života neurološkog bolesnika. Važno je spomenuti da je medicinska sestra i medicinski tehničar predstavnik svoje profesije i izvan svog radnog vremena i mjesta, svakodnevno i svugdje. Osim poslovne etike i samih osobina medicinskih sestara važno je spomenuti i stručnost, odnosno poticanju medicinskih sestara i tehničara na nastavak kako formalnog, tako i neformalnog obrazovanja na veleučilišnim i sveučilišnim studijima sestrinstva te cjeloživotnom obrazovanju i edukacijama.

Udruga zdravstvene njege u kući (UZNJUK) uložila je mnoge napore u edukaciju koja je ipak urodila plodom. Statistički podaci iz 2016. godine prikazuju znatan porast visokoobrazovanih medicinskih sestara/tehničara zaposlenih u zdravstvenoj njezi u kući. Naime, 2016 godine, s HZZO-om ugovoreno je 1275 medicinskih sestara/tehničara, od čega su 1021 medicinska sestra/tehničar srednje stručne spreme (od njih je 95 na studiju sestrinstva), 150 prvostupnica/prvostupnika sestrinstva, 3 diplomirane medicinske sestre i 6 magistara sestrinstva (7). Danas je situacija još povoljnija i kontinuirano raste broj visoko obrazovanih sestara zaposlenih u zdravstvenoj njezi u kući.

#### **4.1.3.1. Planiranje i provedba kućnog posjeta**

Planiranje i pripreme za kućni posjet medicinske sestre/tehničara, važan su preduvjet za sigurnu i kvalitetnu sestriinsku skrb. Prije samog posjeta medicinska sestra/tehničar zdravstvene njege u kući mora pripremiti potreban materijal. Prema smjernicama za provođenje zdravstvene njege u kući torba medicinske sestre/tehničar mora sadržavati sljedeće:

- potreban pribor za pravoj rane,
- pribor za davanje parenteralne terapije i infuzijsku otopinu,
- pribor za vađenje krvi,
- pribor za kateterizaciju mokraćnog mjehura,

- sredstvo za dezinfekciju,
- ostalo (aparatić za mjerenje šećera, tlakomjer, toplomjer i slično),
- pribor za osobnu zaštitu (rukavice, maska) (14).

Prvi posjet bolesniku i njegovoj obitelji ne bi trebao biti predug (oko 10 do 15 minuta) uz jasno definirane ciljeve te opuštajuću atmosferu, pri tome je važno zadovoljiti šest osnovnih sastavnica kućnog posjeta:

- predstavljane te upoznavanje,
- obrazloženje ciljeva i svrhe posjeta,
- određivanje svoje uloge,
- pružiti priliku da korisnik izrazi vlastita očekivanja,
- započeti izgradnju odnosa,
- dogovoriti sljedeći posjet (7).

Pri prvom posjetu medicinska sestra/tehničar upoznaje bolesnika i njegovo okruženje, utvrđuje potrebe za zdravstveno njegu prikupljanjem i analizom podataka, definira sestrinsku dijagnozu te u suradnji s bolesnikom i njegovom obitelji planira određene ciljeve i intervencije.

Posjet započinje procjenom koja uključuje podatke:

- prijašnjem te sadašnjem zdravstvenom stanju bolesnika,
- uvjetima života i okruženju korisnika,
- postojanje i stupanj socijalne podrške,
- kulturološki utjecaj (religijska i zdravstvena uvjerenja).

Tijekom procjene važno je osigurati uvijete za razgovor s bolesnikom i njegovim najbližima. Potrebno pogledati dostupnu medicinsku dokumentaciju te uzeti sestrinsku anamnezu. Pomoću obrazaca sestrinske anamneze potrebno je pregledati bolesnika „od glave do pete“. S obzirom na specifičnosti neuroloških bolesnika potrebno je napraviti i dodatne procjene određenih poteškoća i stanja (rizik za oštećenje kože, procjena pada, dezorijentiranost i slično). Podaci o stanju bolesnika mogu se prikupiti i nadopuniti izjavama ukućana, nakon toga važno ih je analizirati te postaviti prioritete pri pružanju skrbi. Planiranje pružanja skrbi zahtijeva procjenu zahtjevnosti potrebne njege te uvjeta za obavljanje zdravstvene njege u kući (kućni uvjeti, pomoć od strane ukućana, dostupnost pomagala i opreme). Sve navedeno je potrebno dokumentirati te se nakon toga određuje vrijeme i svrha posjeta.

Često se dešava da uvjeti za provođenje sestrinske skrbi u kući nisu primjereni za izvođenje određenog postupka. No, svojim znanjem, snalažljivošću i kreativnošću, medicinska sestra/tehničar će prilagoditi uvjete kako bi mogla sigurno i adekvatno provesti određeni postupak. Priprema uvjeta za provođenje zdravstvene njege u kući odnosi se na pripremu medicinske sestre/tehničara, prostora, bolesnika, potrebnog materijala i pribora (14). Prije izvođenja postupka potrebno je osigurati privatnost bolesnika, pripremiti prostor (zatvoriti prozore, osigurati dobru vidljivost) te smjestiti bolesnika u primjeren položaj. Medicinska sestra/tehničar mora biti prikladno obučena, uredne kose, prije određenog postupka potrebno je oprati ili dezinficirati ruke, te pripremiti potrebna materijal za određeni postupak. Tijekom provođenja postupka procjenjuje se mogućnost bolesnika za izvođenje određene radnje, objašnjavaju se pojedini postupci i potiče se bolesnika na verbalizaciju određenih nejasnoća. Nakon provedenog postupka upotrijebljen materijal potrebno je odložiti u zato previđene PVC vrećice te ponoviti postupka pranja ili dezinfekcije ruku (14).

#### **4.1.3.2. Timski rad u zdravstvenoj njezi u kući**

S obzirom na potrebe neurološkog bolesnika u kućnim uvjetima, pružanje zdravstvene skrbi temelji se na suradnji svih segmenata primarne zdravstvene zaštite (nadležan liječnik obiteljske medicine, patronažna sestra te medicinska sestra/tehničar zdravstvene njege u kući) te po potrebi sekundarne (bolnička dijagnostika, liječnik specijalista). Timski način rada posljednjih je nekoliko godina prepoznat kao nezamjenjiv dio u organizaciji kvalitetnog djelovanja i rukovođenja. Istraživanja pokazuju kako suradnja u zdravstvenoj skrbi dovodi do poboljšanja ishoda skrbi kao što je smanjenje nuspojava lijekova, stope morbiditeta i mortaliteta, optimizacije upotrebe lijekova te dobiti pružateljima zdravstvenih usluga, uključujući smanjenje dodatnog rada i povećanje zadovoljstva poslom (15). Medicinska sestra/tehničar koji provodi zdravstvenu njegu u kući dio je tog tima, te usko surađuje s patronažnom službom, odabranim liječnikom opće medicine, obitelji bolesnika i s ostalim zdravstvenim djelatnicima. Zajedničkom suradnjom postiže se najbolja moguća skrb za bolesnika.

Neke od prednosti timskog rada su:

- bolja radna učinkovitost a time i viša kvaliteta pružene skrbi,
- brže rješavanje problema i ostvarivanje cilja (različiti zdravstveni stručnjaci na „licu mjesta“),
- jednostavnija razmjena iskustva te prijenos znanja na manje iskusne članove tima,
- viša odgovornost pojedinog člana,

- smanjenje razine stresa (podjela određenih uloga sa zajedničkim ciljem),
- više zadovoljstvo korisnika zdravstvene usluge i njihovih obitelji,
- ekonomičnost (brže rješavanje određenih problema, podjela iskustva) (7).

Unutar timskog načina rad i zdravstvenog zbrinjavanja pojedinca i njegove obitelji postoji nekoliko vrsta timskog rada. Tako razlikujemo:

- Osnovni ili jezgrovit tim – čine ga osobe koje rade unutar jednog tima uglavnom na određenim zadacima (primjer je ordinacija primarne zdravstvene zaštite - liječnik obiteljske medicine je vođa tima, a medicinska sestra/tehničar član tima).
- Prošireni tim – uz članove osnovnog tima uključeni su i drugi zdravstveni stručnjaci koji se povremeno uključuju u pružanje skrbi (fizioterapeut, patronažna služba, socijalni radnik...).

S obzirom na međusobnu suradnju određenih profesija te njihov odnos, timski rad možemo predstaviti kao multidisciplinarnim, interdisciplinarnim i transdisciplinarnim modelom. Multidisciplinarni model timskog rada čine zdravstveni stručnjaci koji djeluju usporedno ili zasebno u području pružanja skrbi. Djeluju nezavisno jedan o drugom, a sastav ovisi o skupini bolesnika s kojim rade, opsegu skrbi koju pružaju te područje koje pokrivaju. Ovisno o bolesnikovim potrebama proširuje se i sastav tima, međusobno se nadopunjavaju ali bez uzajamnog djelovanja. Interdisciplinarni model timskog rada – sve češće se spominje u praksi i označava zajedničku suradnju raznih profila stručnjaka iz različitih područja djelovanja u ostvarenju zajedničkog cilja. Ovaj oblik timskog rada najčešće se primjenjuje pri pružanju kompleksnije skrbi bolesniku poput palijativne, starijih osoba, neuroloških bolesti i slično (8). Transdisciplinarni model timskog rada najkompleksniji je i djeluje u rješavanju problema pri čemu se primjenjuje sve raspoloživo relevantno znanje.

Dobar i kvalitetan timski rad uvelike može doprinijeti kvaliteti pružene usluge. Dobra komunikacija unutar tima, s bolesnikom i njegovim najbližima doprinosi boljim međusobnim odnosima, smanjenju nezadovoljstva i pritužbi te podiže zadovoljstvo pruženom skrbi. Medicinske sestre/tehničari zdravstvene njege u kući kao članovi tima najveći dio vremena provode s bolesnikom. Odgovorne su za procjenu, planiranje te provođenje zdravstvene njege. Dobrom komunikacijom i suradnjom sa svim članovima tima koji sudjeluju u zbrinjavanju omogućuje se bolja i kvalitetnija skrb a time viša kvaliteta života neurološkog bolesnika.

#### **4.1.3.3. Sigurnost medicinske sestre/tehničara u radnom okruženju**

Radno mjesto najčešći je uzrok nastanka ozljeda na radu pri čemu u određenim neprilagođenim uvjetima rada i naporima, mogu nastati određene ozljede koje vode profesionalnom oboljenju i bolesti koji su vezane za takav rad. Često, u kući bolesnika gdje se odvija zdravstvena njega nema osnovnih uvjeta za nju ( neprilagođenost kreveta, nedostupnost protočne vode, neadekvatan prostor itd.). Zakonom o radu propisane su dužnosti poslodavca prema radniku, od edukacije o samom radnom mjestu pa do osiguravanja opreme i upoznavanja s nekim novim tehnologijama ili obima posla (16). Opasnosti na radnom mjestu koje mogu uzrokovati, uglavnom fizičke ozljede su:

- Mehaničke opasnosti (uglavnom blage modrice nastale kao posljedice udaraca, površinske ogrebotine, mogući ubodi iglom i slično), obavezno je cijepljenje protiv Hepatitisa B svih zdravstvenih djelatnika.
- Nepovoljni mikroklimatski uvjeti - izloženost nepovoljnim mikroklimatskim uvjetima kiša, snijeg, poledica, nepristupačni tereni, velika udaljenost korisnika njege i slično
- Neprilagođena rasvjeta - napori vida i govora.
- Stato-dinamički napori - podizanje bolesnika, prenošenje tereta.
- Psihosocijalni i organizacijski faktor - suočavanje s tuđom boli, neizlječivim i umirućim bolesnicima, odgovornost za tuđe zdravlje i život, loša komunikacija u timu, preopterećenost radnim zadacima su izraženi psihosocijalni i organizacijski napori kod medicinskih sestara u ZNJUK (8).
- Doživljavanje nasilja od strane, pacijenata i obitelji pacijenata.

Prema istraživanju HKMS provedenom unazad pet godina, napadi na medicinske sestre/tehničare dogodile su se u 73 % zdravstvenih ustanova. Podaci pokazuju kako su u 77 % slučajeva nasilni bili sami bolesnici, a u 56 % obitelj ili pratnja bolesnika. Osim same činjenice o izrazito visokom postotku nasilja, zabrinjavajuća je i činjenica kako većina (63 %) slučajeva nasilja nije bilo prijavljeno, a kao razlog tome najčešće se navodi strah o dodatnih problema. Samo je 22 % slučajeva nasilja prijavljeno HKMS, sudu ili policiji. No takvi incidenti nisu prošli bez posljedica, 66% medicinskih sestara i dalje osjeća povremeni ili konstantno prisutan strah od mogućeg ponavljanja nasilja, a njih 5% nije bilo sposobno za daljnji rad i otišlo je na bolovanje (17).

Da bi se poboljšala i osigurala što veća sigurnost medicinskih sestara i tehničara potrebno je prije svega imati adekvatan broj zaposlenika koji posjeduju određena znanja i vještine obavljanja svog posla, točan opis poslova, obim i raspored rada, te je potrebna kontinuirana edukacija iz područja sigurnosti na radu.

#### **4.1.4. Kvaliteta usluge zdravstvene njege u kući**

Izvor riječi kvaliteta, potječe od latinske riječi „*qualitis*“, a znači svojstvo, određenu značajku ili vrijednost. Kvalitetu možemo definirati na više načina, ovisno o tijelu ili organizaciji koja ju definira. Gledajući retrogradno, kvaliteta kao pojam postoji koliko i samo čovječanstvo. Još u prvim pisanim zakonima Hamurabijevog zakonika ili na zapisima faraonskih grobnica postoje pisani tragovi koji opisuju kvalitetu kao jednu kategoriju određenih proizvoda. Razvojem društva došlo je do podjele rada te razvoja određenih znanja i vještina u izradi pojedinog proizvoda i pružanja usluga. Posljedično tom razvoju pojavljuje se zahtjev za kvalitetom. Kvaliteta se tako tijekom vremena razvijala od jednostavne kontrole, preko osiguranja pa sve do upravljanja kvalitetom koji krajnji cilj ima usavršiti nešto do perfekcije (18).

Cilj svakog zdravstvenog sustava je pružiti što kvalitetniju zdravstvenu skrb, ovisno o svojim mogućnostima i u skladu s potrebama stanovništva. Neophodno je kontinuirano razvijati sustav kvalitete zdravstvenog sustava jer jedino se tako može postići najbolja moguća i sigurna skrb za bolesnika.

##### **4.1.4.1. Medicinska sestra/tehničar u sustavu kvalitete zdravstvene skrbi**

Zdravstvena njega samostalno je područje rada i djelovanja medicinske sestre/tehničara, pa je stoga njena osnovna zadaća, upravljanje kvalitetom pružanja sestrinske skrbi te sinergija s ostalim djelatnicima u zdravstvu s ciljem unaprijeđena i ostvarenja kvalitetnije cjelokupne zdravstvene skrbi (19).

Osvrnemo li se u prošlost, nemoguće je zaobići rad i djelovanje Florence Nightingale, koja je praćenjem bolničkih statističkih podataka uvela sustav procjene ishoda zdravstvene njege, a 1858. godine objavila istraživanje u kojem je navela načine unaprijeđena te kvalitete. Odvajanjem, grupiranjem pacijenata, provođenjem primjerene osobne higijene, te higijene ruku

i okoline u kojoj boravi bolesna osoba uz dezinfekciju kirurških instrumenata, smanjila je do tada visoku stopu smrtnosti od 40%, na samo 1% (20). Jedna od poznatijih ranih teoretičarki sestrinstva, Clara Weeks Shaw, 1883. godine objavila je Priručnik za medicinske sestre. On je služio kao vodič studentima sestrinstva pri vježbama na bolničkim odjelima (19). Nešto kasnije dolazi do razvoja niza praktičnih sestrijskih teorija koje su istraživale pojedine segmente sestrijske skrbi te doprinijele razvoju novih pogleda na primjenu sestrijskih intervencija uz mogućnost predviđanja njihova ishoda. Medicinske sestre/tehničari, obzirom na brojnost i količinu posla koji obavljaju, važan su segment pri provođenju kvalitetne zdravstvene skrbi.

Pojam kvaliteta zdravstvene njege najčešće je definiran kao održavanje određenih standarda sestrijske (zdravstvene) njege odnosno uspoređivanje i korigiranje svih postupaka tijekom rada medicinske sestre/tehničara u skladu s planom i ciljem sestrijske skrbi (19). Rad medicinskih sestara /tehničara uključuje definiranje problema, planiranje i provođenje određenih postupaka uz evaluaciju postavljenog cilja pri pružanju skrbi, a sve to zahtijeva prikupljane podataka, primjenu znanja te analizu učinjenog pri rješavanju određenog problema. Da bi se mogla pratiti i ocijeniti kvaliteta upotrebljavaju se brojevi, mjerljivi podaci tzv. indikatori zdravstvene njege.

Postoje razni načini klasifikacije indikatora kvalitete zdravstvene njege. Prema Državnoj sestrijskoj organizaciji Sjedinjenih Američkih Država (engl. *State Nurses Associations*, SNA), predloženo je deset kategorija indikatora za akutnu zdravstvenu njegu:

1. struktura i razina obrazovanja medicinskih sestara koje brinu o bolesnicima na akutnim odjelima,
2. ukupan broj sati provedenih u zdravstvenoj njezi tijekom 24 sata,
3. pojava tlačnog vrijeda kod bolesnika,
4. padovi bolesnika tijekom hospitalizacije,
5. razina zadovoljstva bolesnika pri sprječavanju boli,
6. razina zadovoljstva bolesnika edukacijom,
7. razina zadovoljstva bolesnika ukupnom zdravstvenom skrbi,
8. razina zadovoljstva bolesnika sestrijskom skrbi,
9. pojavnost intrahospitalnih infekcija,
10. zadovoljstvo radom medicinskih sestara (21) .

S obzirom na to da su indikatori mjerljivi te se njihovom primjenom može dobiti određeni brojčani pokazatelj, osnovni princip poboljšanja kvalitete zdravstvene njege je trajno praćenje indikatora, otkrivanje i analiza uzroka koji su doveli do određenog propusta te provođenje



korektnih mjera (19). Medicinske sestre/tehničari najbrojniji su profesionalci sustava zdravstvene zaštite Republike Hrvatske gdje čine više od 50% djelatnika (19). Provode 24 sata s bolesnikom, spona su između liječnika i bolesnika te kvalitetom svoga rada direktno utječu na kvalitetu zdravstvene njege i zadovoljstvo cijelog tima a samim time i zadovoljstvo bolesnika.

S obzirom na količinu vremena provedenog s bolesnicima, medicinske sestre/tehničari najbolje poznaju njihove potrebe i probleme te su uključene su sve postupke njihova zbrinjavanja. Primjerenim intervencijama direktno mogu utjecati na poboljšanje procesa kvalitete koji se kasnije odražava boljom i kvalitetnijom zdravstvenom njegom. Korištenje kliničkih indikatora osnovni je element praćenja i analize procesa upravljanja kvalitetom zdravstvene njege neovisno o području pružanja skrbi.

## **4.2. Udomiteljstvo**

Udomiteljstvo se odnosi na skrb o osobi van njegove vlastite obitelji neovisno o njegovoj dobi pruža stanovanje, prehrana, odgoj, briga o njegovu zdravlju i ispunjavaju druge potrebe (22). Ovaj oblik skrbi prepoznat je kao topliji, prirodni, humaniji oblik skrbi u odnosu na institucijski smještaj. Na ovaj način udomljene osobe osim ispunjavanja njihovih potreba dobivaju osjećaju pripadnosti obitelji, uključuje se u njeno funkcioniranje, svakodnevne aktivnosti, druženja i slično.

### **4.2.1. Zakonski okviri pružanja udomiteljstva u Republici Hrvatskoj**

Prema Zakonu o udomiteljstvu (NN/115/18, 18/22) „udomiteljstvo je oblik pružanja socijalne usluge smještaja djetetu ili odrasloj osobi koju pruža udomitelj sa svojom obitelji ili udomitelj koji živi sam,, (22). Udomiteljstvom se može baviti punoljetna osoba, poslovno sposobna, mora imati hrvatsko državljanstvo te živjeti i boraviti u Republici Hrvatskoj, biti mlađa od 60 godina, imati najmanje završeno srednje školsko obrazovanje, mora biti upisana u Registar udomitelja i završiti osposobljavanje za vršenje udomiteljstva. Također mora posjedovati određene stambene uvijete i s obavljanjem te djelatnosti moraju biti suglasni svi članovi zajedničkog kućanstva (ako ih ima) koji daju svoju pisanu suglasnost za obavljanje te djelatnosti. Za ostvarivanje udomiteljstva potrebno je odobrenje centra za socijalnu skrb prema mjestu prebivališta osobe koja želi postati udomitelj, a u procjeni njegovih sposobnosti

sudjeluje stručni tima (socijalni radnik, psiholog, pravnik, liječnik i ostali potrebni stručnjaci) (23). Ovisno o vrsti udomiteljstvo je podijeljeno na nekoliko kategorija, tako imamo:

- **Tradicionalno udomiteljstvo** – ovaj oblik udomiteljstva pruža skrb istoj vrsti udomljenih osoba (odrasli, djeca). Ukoliko postoji potreba mogu se smjestiti korisnici koji ne priradaju istoj vrsti (roditelji s djecom, braće i sestre), ukoliko se to ne protivi interesima ostalih korisnika (23).
- **Udomiteljstvo kao zanimanje** – obavlja se kao standardno ili specijalizirano udomiteljstvo, ovisno o potrebama korisnika. Osoba koja pruža ovaj oblik udomiteljstva mora biti primjereno obrazovana ovisno o pružanju svoje usluge.
- **Srodničko udomiteljstvo** – odnosi se na udomljavanje od strane osoba koje su srodstvu s udomljenim osobama (baka, djed, ujak, teta, braća i sestre i slično). Procedura udomljavanja ista je kao i kod tradicionalnog udomiteljstva.

#### **4.2.2. Cijena usluga udomiteljstva**

Udomiteljstvo se s obzirom na cijenu još uvijek smatra dosta pristupačnim oblikom pružanja skrbi starijih osoba. Naknada za rad udomitelja izračunava se na temelju osnovice I opskrbe koji određuje Vlada Republike Hrvatske prema Zakonu o udomiteljstvu, te od 1. siječnja 2023. godine ona iznosi 70 eura (23). Iznos opskrbnine izračunava se individualno za svakog korisnika. Naknada za uslugu udomiteljstva može se izvršiti osobnom uplatom korisnika ili skrbnika ili sufinanciranjem uz pomoć države. Ako korisnik nema vlastitih mogućnosti financiranja tada centar za socijalnu skrb putem socijalnih naknada ili resursa države rješava način financiranja smještanja. Prema zadnjem izvještaju Vlade Republike Hrvatske na području Republike Hrvatske udomiteljsku skrb pruža 2504 udomitelja, a 5838 korisnika nalazi se u udomiteljskim obiteljima (24).

### **4.3. Obiteljski domovi ili domovi za starije i nemoćne**

Obiteljski domovi ili domovi za starije i nemoćne ustanove su koje zbrinjavaju korisnike koje više nisu stanju brinuti o svojim najosnovnijim potrebama, odnosno o kojima ne mogu brinuti njihovi srodnici. Te ustanove dužne su osiguravati cjelovitu skrb koja podrazumijeva stanovanje, prehranu korisnika, održavanje osobne higijene, pružanje usluga njege i

zdravstvene skrbi te slobodne aktivnosti korisnika. Ovisno o osobi koja osniva dom, domovi se dijele na:

1. Državne (centralizirane) domove- osnivač je Republika Hrvatska,
2. Decentralizirane domove – osnivači tih domova su jedinice regionalne samouprave,
3. Domove drugih osnivača – njih osnivaju vjerske zajednice, razne udruge te pravne ili fizičke osobe,
4. Obiteljski domovi (25).

Neke od prednosti boravka u ovim ustanovama su što one osiguravaju multidisciplinarnu skrb za potrebe korisnika koju čine: odabrani liječnik, socijalni radnik, medicinske sestre, njegovatelji, fizioterapeut, i ostalo pomoćno osoblje. Nedostaci su ograničenost slobode, intimnosti i individualnih potreba osobe, smještaj u dvokrevetne ili višekrevetne sobe, prilagodbi korisnika. Većina domova za starije i nemoćne u svom sastavu ima stacionarni i stambeni dio. Pravilnikom o mjerilima za razvrstavanje domova za starije i nemoćne osobe, domovi su grupirani u tri kategorije: prva, druga i treća. Grupirani su s obzirom na vrstu, opseg i kvalitetu usluge koja se pruža korisnicima, prema broju i stručnim kvalifikacijama djelatnika, veličini, namjeni te kvaliteti prostora, dostupnih uređaja, medicinske opreme i slično (25).

Zadnjih nekoliko godina kontinuiran je porast privatnih ustanova za smještaj starijih i nemoćnih osoba naspram državnih. Prema podacima pružatelja socijalnih usluga na dan 31.12.2016. godine na području Republike Hrvatske bila su tri državna doma, 45 županijskih domova, 112 domova osnovanih od strane drugih osnivača te 361 obiteljski dom (25). Obiteljski dom može pružiti usluge van korisnikove obitelji u obliku stalnog, tjednog te privremenog smještaja uz mogućnost cjelodnevnog ili poludnevnog boravka za pet do 20 korisnika.

Zakonski okviri pružanja skrbi u obiteljskim domovima u Republici Hrvatskoj definirani su Zakonom o socijalnoj skrbi te Pravilnikom o mjerama za razvrstavanje domova za starije i nemoćne. Njima je određena potrebna kvadratura, higijensko-sanitarni uvjeti, pristup, broj zaposlenih i sve ostalo potrebno za pružanje kvalitetne skrbi korisnicima doma. Financiranje smještaja u domove uglavnom snose sami korisnici ili njihove obitelji, a raspon cijena ovisi o domu (lokacija doma, uređenje doma) i potrebama korisnika.

### 4.3.1. Specifičnosti provođenja sestrinske skrbi u domovima

Sestrinska skrb, neovisno o djelokrugu njena rada, započinje procjenom i prikupljanjem podataka o novom korisniku ustanove. Pri tome se koristi prijašnjom medicinskom dokumentacijom bolničkog odjela ili liječnika primarne zdravstvene zaštite te sestrinskim otpusnim pismom zdravstvene njege. Otpusno pismo sadrži sestrinske njege sadrži podatke o provedenoj sestrinskoj skrbi tijekom hospitalizacije, eventualne probleme i poteškoće, te preporuke za nastavak skrbi. Nakon prikupljanja podataka i procjene slijedi analiza te određivanje prioriteta pri pružanju skrbi, odnosno postavljanje sestrinskih dijagnoza individualnim pristupom za svakog korisnika. U dogovoru s korisnikom, ako je moguće, potrebno je dogovoriti ciljeve i intervencije pružanja skrbi, te ga aktivno uključiti u skrb, koliko je god to moguće.

Plan zdravstvene njege korisnika, uglavnom se određuje prema kategorizaciji četiri stupnja njege koji su grupirani prema pokretljivosti i suradljivosti bolesnika:

- I stupanj zdravstvene njege – odnosi se na korisnike koji su uglavnom samostalni pri obavljanju svakodnevnih aktivnosti samozbrinjavanja (hranjenje, kretanje, obavljanje higijene).
- II stupanj zdravstvene njege – odnosi se na korisnike koji trebaju pomoć pri održavanju higijene ili oblačenju i uređivanju, no ostale aktivnosti samozbrinjavanja (hranjenje, odlazak na toalet) mogu samostalno obavljati.
- III stupanj zdravstvene njege – odnosi se na korisnike koji su teško pokretni, koriste se uglavnom ortopedskim pomagalicama ili su ograničene odnosno onemogućene suradljivosti.
- IV stupanja zdravstvene njege – odnosi se na korisnike potpuno ovisne o tuđoj pomoći pri obavljanju svih aktivnosti samozbrinjavanja (26).

Važno je spomenuti kako se u domovima uglavnom skrbi za korisnike III. i IV. stupnja zdravstvene njege. Osim pokretljivosti osobe pri kategoriziranju stupnja zdravstvene njege određuje se i suradljivost, odnosno psihičko stanje korisnika. Tako naprimjer kod osobe koja je prema pokretljivosti spada u II. stupanj zdravstvene njege, uz razvoj demencije, pa čak kategorizira se u IV. stupanj zdravstvene njege. Isto tako planiranje zdravstvene njege kod svih oblika zdravstvene njege u socijalnoj skrbi je prevencija četiri osnovna problema starije životne dobi tzv. 4N (nepokretnosti, nesamostalnosti, nekontrolirano mokrenje, nestabilnost) (26).

#### **4.4. Sestrinska skrb za neurološkog bolesnika nakon otpusta iz bolničke ustanove**

Cilj daljnje sestrinske skrbi za neurološkog bolesnika je osim pomoći pri aktivnostima samozbrinjavanja i daljnjoj rehabilitaciji, je otkrivanje načina kako poboljšati njegovo svakodnevno funkcioniranje, što doprinosi većem zadovoljstvu i podizanju kvalitete bolesnikova života.

Neovisno o ustanovi ili području djelovanja medicinske sestre/tehničara, nastavak sestrinske započinje procjenom bolesnika. Pri tome medicinska sestra/tehničar prikuplja podatke sagledavajući dostupnu medicinsku dokumentaciju, razgovora s bolesnikom i njegovom obitelji.

Potrebno je prikupiti podatke o stanju kože i sluznica, mogućnosti kretanja, senzornim i motoričkim sposobnostima, načinu i poteškoćama u komunikaciji, stanju svijesti, prehrani te eliminaciji. Neurološke bolesti donose mnoge neurološke deficite (intelektualne, motoričke, kognitivne, senzorne) tako da medicinska sestra/tehničar pri planiranju zdravstvene njege mora obrati pažnju na osobitosti bolesnika i planirati zdravstvenu njegu ovisno o njegovim prioritetima.

##### **4.4.1. Intervencije medicinske sestre/tehničara kod smanjene pokretljivosti bolesnika**

Velik dio neuroloških bolesnika ima poteškoća s kretanjem ili je potpuno nepokretno. Kod takvih bolesnika postoji rizik za nastanak oštećenja kože, tjelesne pokretljivosti, poremećaja u perifernoj cirkulaciji te slabljenu respiratorne funkcije. Intervencije medicinske sestre/tehničara kod bolesnika koji ima visok rizik za nastanak oštećenja kože usmjerene su:

- redovitoj promjeni položaja bolesnika (svaka 2 sata),
- održavanju kože bolesnika čistom i suhom (pogotovo urogenitalne regije),
- izbjegavati trenje i smicanje pri promjeni položaja,
- izbjegavati pritisak na ugroženim dijelovima tijela (koristiti antidekubitalne madrace, jastuke, preventivne obloge),
- masirati mjesta povišenog pritiska,

- održavati postelju i rublje čistim, suhim, bez nabora,
- pratiti i bilježiti pojavu primjena na ugroženim mjestima,
- osigurati primjerenu prehranu i unos tekućine,
- educirati bolesnikovu obitelj o načinima prevencije dekubitusa.

Slabija tjelesna pokretljivost osim mogućeg oštećenja kože donosi rizik za nastanka mnogih oštećenja koja proizlaze iz slabije tjelesne pokretljivosti kao što su atrofija mišića te nastanak kontraktura (27).

Intervencije medicinske sestre/tehničara pri sprječavanju kontraktura usmjerene su:

- smještanju bolesnika u primjeren položaj (pravilno pozicioniranje kod trajnije nepokretnosti),
- redovito mijenjanje položaja (svaka dva sata),
- provođenje pasivnih i aktivnih vježbi,
- poticanju bolesnika na aktivno sudjelovanje u aktivnostima u skladu sa svojim mogućnostima,
- educirati obitelji o pomoći bolesniku,
- osigurati pomagala za kretanje (štake, štap, hodalica).

Nedostatak kretanja može uzrokovati oslabljenu cirkulaciju tako da je svakodnevno potrebno promatrati izgled uz provođenje pasivnih i aktivnih vježbi. Pri promjeni pozicioniranju važno je spriječiti pritisak na vene donjih ekstremiteta i povremeno ih podići iznad razine srca. U slučaju boli, crvenila ili otekline potrebno je potražiti pomoć liječnika.

Slabljenje respiratorne funkcije često nastajanje kao posljedica smanjene pokretljivosti i dugotrajnog ležanja bolesnika. Posljedično dolazi do nakupljanja sluzi u dišnim putevima i čestih respiratornih infekcija. Medicinska sestra/tehničar kod zbrinjavanja bolesnika koji imaju rizik za slabljenje respiratorne funkcije podučit će bolesnika vježbama dubokog disanja (dubok udah, lagano zadržavanje daha i onda dugi izdah), poticati ga da iskašlja nakupljeni sekret te ako je potrebno aspirirati bolesnika.

#### **4.4.2. Intervencije medicinske/tehničara sestre kod smanjene mogućnosti bolesnika pri aktivnostima samozbrinjavanja**

Smanjena mogućnost brige za sebe ili aktivnosti samozbrinjavanja odnose se na mogućnost samostalnog uzimanja hrane, obavljanja osobine higijene, odijevanja i dotjerivanja te eliminacije izlučevina (27).

Neurološki bolesnici zbog raznih oštećenja živaca imaju problema pri hranjenju. Najčešći razlog je oštećenje motorike nastalo kao posljedica centralnog ili perifernog oštećenja provodljivosti živčanih impulsa (nevoljni pokreti, tremor), kljenut ekstremiteta, djelomična ili potpuna oduzetost mišića za žvakanje i gutanje, poremećaj u osjetu i osjetilima. Način hranjenja i potrebna pomoć pri hranjenju ovisi o bolesnikovu stanju. Intervencije medicinske sestre/tehničara usmjerene su na:

- procjenu i praćenje bolesnika,
- postaviti bolesnika u odgovarajući položaj ili mu pomoći pri postavljanju (podići uzglavlje, primaknuti stolić za hranjenje, posjesti ga ili postaviti na stolicu ako je moguće),
- omogućiti bolesniku da opere ruke,
- prije hranjenja provjeriti refleks gutanja (dati mu mali zalogaj ili malu količinu tekućine), ako je refleks odsutan ne hraniti bolesnika na usta,
- prilagoditi temperaturu hrane,
- hranjenje započeti s tekućinom, pa tek onda ponuditi bolesniku čvršću hranu,
- poticati bolesnika na samostalno uzimanje hrane ako je to moguće,
- pomoći bolesniku (narezati meso, namazati kruh, usitniti hranu),
- osigurati dovoljno vremena za obrok, ne požurivati bolesnika,
- provjeriti da li guta hranu ili je zadržava u ustima,
- pripremiti pribor za aspiraciju nadohvat ruke,
- nakon obroka provesti njegu usne šupljine,
- hraniti bolesnika putem nazogastrične sonde (ako ne može uzimati hranu na usta),
  - redovito pratiti prohodnost i smještaj sonde,
  - postaviti bolesnika u povišeni položaj,
  - polako aplicirati pojedini obrok ili tekućinu,
  - nakon hranjenje isprati sondu s vodom i ostaviti bolesnika u povišenom položaju 30 minuta nakon obroka (sprječavanje refluksa),

- educirati bolesnikovu obitelj o načinu i osobitostima hranjenja bolesnika.

Održavanje osobne higijene važno je ne samo zbog zdravlja, već i osobnog zadovoljstva i samopoštovanja osobe. Neurološki bolesnici zbog slabije pokretljivosti, i ostalih neuroloških deficita često ne mogu samostalno provoditi osobnu higijenu i ostale aktivnosti vezanih uz nju. Intervencije medicinske sestre/tehničara kod smanjenje mogućnosti održavanja osobne higijene usmjerene su:

- osiguravanju privatnosti,
- prilagoditi okolinu bolesniku što doprinosi većoj samostalnosti bolesnika (potreban pribor staviti nadohvat zdrave ruke bolesniku, osigurati oslonac ili postaviti pomoćne predmete poput stolice, ne klizajuću podlogu),
- prilagoditi temperaturu vode bolesnikovim željama,
- osigurati dovoljno vremena,
- potaknuti na samostalno izvođenje pojedinih radnji,
- pomoći oprati nedostupne regije,
- biti podrška, ohrabriti i pohvaliti bolesnika,
- pomoći pri sušenju tijela nakon obavljanja higijene,
- educirati bolesnikovu obitelj o postupcima pomoći pri obavljanju osobne higijene.

Pri smanjenoj mogućnosti odijevanja i dotjerivanja potrebno je poticati bolesnika na što veću samostalnost te mu osigurati privatnost i dovoljno vremena. Bez obzira na to što provodi veći dio u krevetu ili određenom prostoru potrebno je mijenjati dnevnu i noćnu odjeću, preporučiti odjeću koja se lako oblači i skida (odjevni predmeti s elastičnom pasicom, udobni, ne preuski). omogućiti bolesniku da sam odabere odjeću, poticati ga na uređivanje kose ili ga redovito češljati ako ne može sam.

Smanjena mogućnost eliminacije česta je kod neuroloških bolesnika i osim fizičke nelagode i boli donosi i psihičko opterećenje te smanjuje kvalitetu života bolesnika. Intervencije medicinske sestre/tehničara usmjerene su:

- poticati bolesnika na samostalnost (korištenje profetskih pomagala poput štaka, hodalica, kolica) ovisno o njegovim mogućnostima,
- osigurati potrebna pomagala za eliminaciju u blizini kreveta (pelene, podloške, uloške, kondom katetere, guske, noćne posude),



- dogovoriti s bolesnikom način pozivanja,
- osigurati privatnost i dovoljno vremena,
- osigurati sigurnu okolinu i pomagala (ukloniti barijere iz okoline, noćno svjetlo, povišeno sjedalo za toalet, produžetak za držač toalet papira),
- voditi evidenciju i bilježiti eventualne promjene eliminacije (učestalost, količina, sprječavanje opstipacije- pravilna prehrana, dovoljan unos tekućine ako nije kontraindicirano),
- omogućiti primjerenu higijenu urogenitalne regije,
- od inkontinentnih bolesnika redovito mijenjati pelene, upozoriti bolesnika neka pozove kad osjeti da je mokar,
- kod bolesnika koji imaju trajni kateter redovito vršiti izmjenu (svaka dva do tri tjedna, pratiti boju, količinu urinu, urinarnu vrećicu držati ispod razine mokraćnog mjehura, pratiti prohodnost i pojavu moguće infekcije),
- ako je potrebno primijeniti laksativ (odsutnost stolice dulje od tri dana).

#### **4.4.3. Intervencije medicinske sestre/tehničara pri primjeni lijekova kod neuroloških bolesnika**

Ovisno o vrsti svoje bolesti neurološki bolesnici primjenjuju lijekove iz sljedećih farmakoloških skupina: analgetici, antiparkinsonici, anksiolitici, sedativi, kortikosteroidi, osmotski diuretici i inhibitori kolinesteraze (27). Osim što usporavaju i koriste se u liječenju određenih neuroloških bolesti (tremor kod Parkinsonove bolesti, sprječavanje napada kod epilepsije), određene skupine lijekova imaju i mnoge nuspojave. Neovisno o vrsti neurološke bolesti ili stanju intervencije medicinske sestre/tehničara usmjerene su:

- praćenju stanja bolesnika (vitalne funkcije, stanje svijesti),
- primjeni lijeka prema nalogu liječnika,
- praćenju mogućih nuspojava i učinka lijeka (mučnina, opstipacija, osip, pospanost),
- edukaciji bolesnika i njegovu obitelj o načinu i važnosti redovitosti uzimanja lijekova te praćenju mogućih nuspojava.

#### **4.4.4. Intervencije medicinske sestre/tehničara u nastavku rehabilitacije neurološkog bolesnika**

Iako je za većinu neuroloških bolesnika sestrinska skrb usmjerena prevenciji komplikacija nastalih neurološkim oštećenjem te nesposobnostima i ograničenjima koja oni donose, nastavak rehabilitacije nakon otpusta važna je dio sestrinske skrbi. Rehabilitacija je dug i spor proces te uključuje kontinuiran rad, strpljene i trud kako bolesnika tako i ostalih osoba koje sudjeluju u njegovu zbrinjavanju. Rehabilitacijom se pokušava onesposobljenoj osobi pomoći „dostići optimalne fizičke, emocionalne, psihosocijalne i govorne potencijale u svrhu održavanja neovisnosti i samopoštovanja“ (27).

Uloga medicinske sestre/tehničara u procesu rehabilitacije dio je sestrinske skrbi, a njene intervencije usmjerene su prevenciji novih oštećenja, održavanju sadašnjih funkcija te daljnjem oporavku bolesnika. Kod nekih je bolesnika moguća potpuna rehabilitacija, odnosno oporavak dok je kod drugih oporavak djelomičan. Tada bolesnici i njihove obitelji često trebaju potporu i pomoć pri suočavanju i prihvaćanju određenog nedostatka i poteškoće. Tijekom rehabilitacije potrebno se je pristupiti individualno bolesnikovim potrebama, razvijati i poticati samostalnost, podučiti ga da se oslanja na svoje jače strane a ne deficite te djelovati na okolinu koja treba biti poticaj za bolesnikov oporavak i daljnji život bolesnika.

Učenje i podučavanje bolesnika i njegove obitelji važan je dio sestrinske skrbi tijekom procesa rehabilitacije. Intervencije medicinske sestre/tehničara pri podučavanju tijekom procesa rehabilitacije usmjerena je na:

- jasno definiranje bolesnikova problema (prikazati tijek i moguće ishode poučavanja).
- obratiti pozornost na dob, intelektualne sposobnosti te razinu neurološkog deficita pri izradi plana rehabilitacije,
- demonstraciji određenih postupaka i pokreta uz bolesnikovo ponavljanje,
- pohvaliti bolesnika nakon izvođenja određenih radnji,
- omogućiti bolesniku i njegovoj obitelji postavljanje pitanja, verbalizaciju problema i nedoumica.

#### **4.4.5. Intervencije medicinske sestre/tehničara kod kognitivnih, fizičkih i emocionalnih disfunkcija**

Jedna od specifičnosti neurološkog bolesnika je da povreda ili bolest živčanog sustava ne ugrožava ili dovodi samo do nesposobnosti neurofizičkog funkcioniranja osobe „već se odražava na polju kognitivnog i emocionalnog funkcioniranja, osobnosti i individualnih karakteristika koje osobu čine jedinstvenom i neponovljivom” (27). Često su neurološke bolesti praćene i promjenama u kognitivnom funkcioniranju osobe kojih one uglavnom nisu svjesne. Te promjene utječu i na članove bolesnikove obitelji, koje uglavnom lakše prihvaćaju fizičku nemoć bolesnika, od promjena osobnosti i njegova ponašanja.

Jedna od uloga medicinske sestre/tehničara je pružiti pomoć i podršku bolesniku i njegovim najbližima kako bi se uspješno izborili s trenutnom stresnom situacijom. Medicinska sestra/tehničar prikupit će podatke o ponašanju bolesnika promatranjem bolesnika te razgovorom s drugima. Pri tome je važno saslušati bolesnika, omogućiti mu potrebno vrijeme da izgovori što želi reći i pružiti mu podršku. Najčešće se kao odgovor na novo nastalo neurološko stanje bolesnici suočavaju sa strahom, anksioznošću, imaju osjećaj krivnje, neprijateljstva, ljutnje, bespomoćnosti i stigme. Intervencije medicinske sestre/tehničara usmjerene su na:

- ukazivnju bolesniku da ima više snage nego što je svjestan,
- poticati ga pri sudjelovanju u određenim aktivnostima,
- postaviti realne ciljeve,
- uključiti bolesnika u plan zdravstvene njege,
- pomoć u prihvaćanju promjena vlastitog tijela,
- pružiti psihičku potporu,
- uputiti na grupe potpore.

## 5. ZAKLJUČAK

Neurološki bolesnici jedinstvena su skupinu bolesnika oboljelih od cerebrovaskularnih i demijeliniziranih poremećaja, raznih vrsta demencija, paroksizmalnih i ekstrapiramidalnih sindroma te posljedica trauma glave. Tijek neuroloških bolesti uglavnom je kroničnog tipa, uzrokuju visoku smrtnost i invaliditet te zahtijevaju dugotrajnu zdravstvenu skrb i rehabilitaciju. Organizacija daljnje skrbi nakon otpusta iz bolničke ustanove ovisi o stanju bolesnika te volji i mogućnostima bolesnikove obitelji. Planiranje daljnje zdravstvene skrbi započinje već u bolničkoj ustanovi gdje se uz procjenu stanja bolesnika i daljnje potrebe za pružanjem zdravstvene njege procjenjuje i bolesnikova obitelj. Ako je obitelj u mogućnosti brinuti o bolesniku daljnja zdravstvena skrb nastavlja se preko primarne zdravstvene zaštite u koju je uključen obiteljski liječnik, patronažna sestra te djelatnost zdravstvene njege u kući. U slučaju da obitelj bolesnika ne može brinuti o daljnjim potrebama bolesnika, skrb se pruža preko udomiteljskih obitelji ili putem smještaja u domove za starije i nemoćne.

Neovisno o načinu pružanja daljnje skrbi, skrb za neurološkog bolesnika zahtijevana je i kompleksna te zahtijeva određenu razinu vještina i znanja te suradnje prije svega medicinske sestre/tehničara a zatim i ostalih osoba koje sudjeluju u pružanju skrbi. Osim svakodnevne pomoći pri aktivnostima zbrinjavanja intervencije medicinske sestre/tehničara usmjere su prevenciji novih oštećenja, održavanju sadašnjih funkcija te daljnjem oporavku bolesnika. Isto tako potrebno je educirati obitelj o mogućim poteškoćama i problemima tijekom skrbi za bolesnika, pravilom uzimanju lijekova, prehrani, promjenama u ponašanju, iskazivanju emocija i slično. Značaj primjerene sestrinske skrbi nakon otpusta neurološkog bolesnika nije samo u pomoći pri rehabilitaciji i aktivnostima samozbrinjavanja, već u otkrivanju načina kako poboljšati i unaprijediti njegovo svakodnevno funkcioniranje te doprinijeti većem zadovoljstvu i kvaliteti njegova života.

## 6. LITERATURA

1. Novak V, Vargek P. Kvaliteta života hospitaliziranih neuroloških bolesnika. SG/NJ 2019;24:33-37.
2. Klepac N. Neurološke promjene u dugovječnosti. Soc. psihijat. 2019;47:351-358.
3. Organization WHO. Neurological disorders: public health challenges [Online].2006. Dostupno na: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43605> (20.06.2023.)
4. Erceg M, Miler Knežević A. Izvješće o umrlim osobama u Hrvatskoj u 2021. godini [Online] HZJZ 2022.. Dostupno na: [https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2023/03/Bilten-umrli\\_2021.pdf](https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2023/03/Bilten-umrli_2021.pdf) (22.06.2023.)
5. Državni zavod za statistiku. Popis stanovništva. [Online]. Dostupno na: <https://podaci.dzs.hr/hr/podaci/stanovnistvo/popis-stanovnistva> (23.06.2023.)
6. Čukljek S. Osnove zdravstvene njege. Zagreb: Zdravstveno veleučilište;2005.
7. Mojsović Z i sur. Sestrinstvo u zajednici - priručnik za studij sestrinstva, prvi dio. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2006.
8. Župančić M. Zdravstvena njega u kući-nastavni tekstovi. Zagreb: Zdravstveno veleučilište;2018.
9. Cindrić Ž, Cazin K, Volkmer Starešina R, Pišćenec I, Letić A. Otvaranje samostalne sestrinske djelatnosti. SG/NJ 2015;20:244-249.
10. Narodne novine. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Pravilnik o uvjetima o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe [Online]. Dostupno na: [https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2014\\_04\\_49\\_949.html](https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2014_04_49_949.html) (27.06.2023.)
11. Mirilović S, Pavlić B. Je li etika sestrinstva zasebna disciplina ili je dio medicinske etike?!. Sestrinski glasnik.2014; 3(19): 242-245
12. HKMS. Etički kodeks medicinskih sestara [Online]. Dostupno na: [http://www.hkms.hr/data/1321863874\\_853\\_mala\\_Eticki%20kodeks.pdf](http://www.hkms.hr/data/1321863874_853_mala_Eticki%20kodeks.pdf) (28.06.2023.)
13. Narodne novine. Zakon o sestrinstvu NN121/2003 [Online]. Dostupno na:[https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2003\\_07\\_121\\_1710.html](https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2003_07_121_1710.html) (30.06.2023.)
14. Mrzljak V, Plužarić J, Žarković G, Ban D, Švarc S. Smjernice za postupke u zdravstvenoj njezi bolesnika u kući. Zagreb: HKMS, Udruga medicinskih sestara zdravstvene njege u kući. 2013.

15. Bosch B, Mansell H. Interprofessional collaboration in health care: Lessons to be learned from competitive sports. *Can Pharm J (Ott)*. 2015 Jul;148(4):176-179.
16. Zakon HR. Zakon o zaštiti na radu NN 71/14, 118/14, 154/14, 94/18, 96/18 [Online]. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/167/Zakon-o-za%C5%A1titi-na-radu>, (30.06.2023.)
17. HKMS. Nasilje nad medicinskim sestrama i sigurnost u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj [Online]. 2018. Dostupno na : <https://www.slideshare.net/HrvatskaKomoraMedicinskihSestara/nasilje-nad-medicinskim-sestrama-i-sigurnost-u-zdravstvenim-ustanovama> (01.07.2023.)
18. Kuliš Šiško M, Mrduljaš Z. Gurui kvalitete. *Technical Gazette*.2009;3(16):71-78.
19. Kalauz S. Organizacija i upravljanje u području zdravstvene njege. Zagreb: Medicinska naklada;2019.
20. McDonald, L. Florence Nightingale: A Research-Based Approach to Health, Healthcare and Hospital Safety. *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine*. London: Palgrave Macmillan; 2015.
21. Relias media. 10 ANA quality indicators for acute care settings [Online].2022. Dostupno na: <https://www.reliasmedia.com/articles/54117-10-ana-quality-indicators-for-acute-care-settings> (03.07.2023.)
22. Narodne novine. Zakon o udomiteljstvu NN 115/18, 18/22 [Online]. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/485/Zakon-o-udomiteljstvu> (03.07.2023.)
23. Narodne novine. Odluka o visini naknade za rad udomitelja NN27/2022 [Online]. Dostupno na:[https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2022\\_03\\_27\\_350.html](https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2022_03_27_350.html) (05.07.2023.)
24. Vlada Republike Hrvatske. Sjednica Vlade: Povećanjem osnovice za izračun naknade napravljen iskorak za 2504 udomitelja 10.11.2022. [Online].Dostupno na: <https://vlada.gov.hr/>, pristupljeno 28.08.2023.
25. Narodne novine. Pravilnik o mjerilima za pružanje socijalnih usluga NN110/2022 (Online). Dostupno na:[https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2022\\_09\\_110\\_1624.html](https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2022_09_110_1624.html), (07.07.2023.)
26. Tomek-Roksandić S, Luki M, Deucht A, Županić M, Mate Ljubičić M, Šimunec D, Gari S i sur. Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestriškom dokumentacijom i postupnikom opće / obiteljske medicine u domu za starije osobe. Zagreb: Referentni centar Ministarstva zdravlja RH za zaštitu zdravlja starijih osoba;2012.

27. Sedić B. Zdravstvena njega neuroloških bolesnika-nastavni tekstovi. Zagreb:  
Zdravstveno veleučilište;2011.

## **7. OZNAKE I KRATICE**

DTP - dijagnostičko terapijski postupci

HKMS - Hrvatska komora medicinskih sestara

HUMS - Hrvatske udruge medicinskih sestara

HZZO - Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

NN - Narodne novine

SNA – engl. State Nurses Associations

SZO - Svjetska zdravstvena organizacija

UZNJUK - Udruga zdravstvene njege u kući

ZNJUK - Zdravstvena njega u kući



## 8. SAŽETAK

Posljedice neuroloških bolesti uglavnom su kroničkog, ireverzibilnog tijeka. Uzrokuju trajno propadanje stanica živčanog sustava što dovodi do problema u fizičkom i mentalnom funkcioniranju osobe. Liječenje je dugotrajno i kompleksno te se često nastavlja i nakon otpusta bolesnika iz bolničke ustanove. Promjene kod bolesnika se očituju u otežanom samostalnom funkcioniranju osobe, a u težim slučajevima i njene potpune disfunkcije. Zdravstvene skrb takvih bolesnika zahtijeva prilagodbu bolesnika i njegove obitelji novonastaloj situaciji te kontinuitet skrbi kroz rehabilitaciju i zdravstveni nadzor u kućnim uvjetima. Ovisno o mogućnostima bolesnika i njegove obitelji, skrb za neurološkog bolesnika, nakon otpusta iz bolničke ustanove nastavlja se putem primarne zdravstvene zaštite, djelatnosti zdravstvene njege u kući, u domu bolesnika. Ukoliko obitelj nije u mogućnosti brinuti o potrebama bolesnika postoje i drugi oblici skrbi poput udomiteljstva ili smještaja u domove za starije i nemoćne.

S obzirom da neurološke bolesti donose mnoge deficite (intelektualne, motoričke, kognitivne, senzorne), neovisno o području rada medicinske sestre/tehničara, planiranje zdravstvene njege zahtijeva individualan pristup bolesniku te prilagodbu intervencija ovisno o njegovim potrebama. Osim pomoći pri svakodnevnim aktivnostima zbrinjavanja, cilj daljnje sestrinske skrbi je otkrivanje načina kako poboljšati njegovo svakodnevno funkcioniranje, što doprinosi većem zadovoljstvu i podizanju kvalitete njegova života.

**Ključne riječi:** neurološki bolesnik, medicinska sestra/tehničar, skrbi nakon otpusta, intervencije medicinske sestre/tehničara

## 9. SUMMARY


The consequences of neurological diseases are mostly chronic, irreversible. They cause permanent deterioration of cells of the nervous system, which leads to problems in a person's physical and mental functioning. The treatment is long-term and complex and often continues even after the patient has been discharged from the hospital. Changes in the patient are manifested in the difficulty of the person's independent functioning, and in more severe cases, their complete dysfunction. The health care of such patients requires adaptation of the patient and his family to the new situation and continuity of care through rehabilitation and health supervision in home conditions. Depending on the possibilities of the patient and his family, care for a neurological patient, after discharge from the hospital, continues through primary health care, health care activities at home, in the patient's home. If the family is unable to take care of the patient's needs, there are other forms of care, such as foster care or placement in homes for the elderly and infirm.

Given that neurological diseases bring many deficits (intellectual, motor, cognitive, sensory), regardless of the area of work of the nurse/technician, health care planning requires an individual approach to the patient and adaptation of interventions depending on his needs. In addition to helping with daily care activities, the goal of further nursing care is to discover ways to improve his daily functioning, which contributes to greater satisfaction and raising the quality of his life.

**Key words:** neurological patient, nurse/technician, post-discharge care, nurse/technician interventions

## IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

| Mjesto i datum                 | Ime i prezime studenta/ice | Potpis studenta/ice   |
|--------------------------------|----------------------------|---|
| U Bjelovaru, <u>08-07-2023</u> | <u>DIJANA KUSTURA</u>      |  |

U skladu s čl. 58, st. 5 Zakona o visokom obrazovanju i znanstvenoj djelatnosti, Veleučilište u Bjelovaru dužno je u roku od 30 dana od dana obrane završnog rada objaviti elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru u nacionalnom repozitoriju.

Suglasnost za pravo pristupa elektroničkoj inačici završnog rada u nacionalnom repozitoriju

DIJANA KUSTURIA  
ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da tekst mojeg završnog rada u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu bude pohranjen s pravom pristupa (zaokružiti jedno od ponudenog):

- a) Rad javno dostupan
- b) Rad javno dostupan nakon \_\_\_\_\_ (upisati datum)
- c) Rad dostupan svim korisnicima iz sustava znanosti i visokog obrazovanja RH
- d) Rad dostupan samo korisnicima matične ustanove (Veleučilište u Bjelovaru)
- e) Rad nije dostupan.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 08.09.2023.

Dijana Kusturija  
potpis studenta/ice