

# Kvaliteta skrbi za oboljelog člana obitelji kod kojeg se provodi kućno liječenje

---

Špigelski, Petra

Master's thesis / Diplomski rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:665003>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-09**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU**  
**MEDICINSKI FAKULTET**  
**SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

**Petra Špigelski**

**Kvaliteta skrbi za oboljelog člana obitelji kod kojeg se  
provodi kućno liječenje**

**DIPLOMSKI RAD**



**Zagreb, 2019.**

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri za obiteljsku medicinu pri Školi narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu pod mentorstvom doc. dr. sc. Zlate Ožvačić Adžić, dr. med. i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2018./2019.

## **POPIS KORIŠTENIH KRATICA**

AIDS – sindrom stečenog nedostatka imunosti

HIV – virus humane imunodeficijencije

KOPB – kronična opstruktivna plućna bolest

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

## SADRŽAJ

1. SAŽETAK .....	I
2. SUMMARY .....	II
3. UVOD .....	1
4. METODE .....	3
5. REZULTATI .....	4
5.1. Organizacija skrbi u kući .....	4
5.1.1. Sudionici zbrinjavanja u kući – uloga medicinske sestre u pružanju skrbi u kući .....	4
5.2. Kućno liječenje kao oblik zbrinjavanja u kući .....	5
5.3. Prijelaz skrbi s bolničkog na kućno liječenje.....	5
5.4. Kućno liječenje bolesnika s kroničnom opstruktivnom plućnom bolešću .....	7
5.5. Kućno liječenje bolesnika sa zatajivanjem srca .....	9
5.6. Kućno liječenje oboljelih od demencije .....	12
5.7. Kućno liječenje bolesnika s HIV-om/AIDS-om .....	13
5.8. Kućno liječenje bolesnika s moždanim udarom .....	14
5.9. Palijativna skrb u kući.....	14
5.10. Uloga telemedicine u osiguranju liječenja u kući .....	16
5.11. Kućno liječenje, kvaliteta zdravstvene skrbi i sigurnost pacijenta .....	18
5.12. Posljedice za zdravlje članova obitelji koji skrbe za bolesnika.....	22
6. ZAKLJUČCI .....	24
7. ZAHVALA .....	25
8. LITERATURA:.....	26
9. ŽIVOTOPIS .....	34

## 1. SAŽETAK

### **Kvaliteta skrbi za oboljelog člana obitelji kod kojeg se provodi kućno liječenje**

Petra Špigelski

Brojni izazovi s kojima se u današnje vrijeme suočavaju razvijene zemlje povezani su sa rastućim brojem starijih osoba. Očekivano trajanje života se povećava, dolazi do veće prevalencije kroničnih bolesti i poteškoća u aktivnostima svakodnevnog života, a posljedično tome povećava se potreba za zdravstvenim uslugama. Javlja se potreba za smanjenjem troškova skrbi, a u literaturi se kao mogući način rješavanja problema naglašava važnost prijelaza skrbi iz bolničkih u kućne uvjete. Neki od pozitivnih učinaka pružanja skrbi u kući su: izbjegavanje troškova prijevoza i vremena čekanja u bolnici, smanjenje opterećenja zdravstvenih ustanova, smanjenje troškova, povećanje kvalitete života, poznata okolina te personalizirana skrb. Usluge telemedicine, odnosno virtualni posjeti zdravstvenih djelatnika mogu dati doprinos zadovoljavanju zdravstvenih potreba pacijenata koji primaju usluge kućne skrbi.

**Ključne riječi:** kućno liječenje, kvaliteta skrbi

## 2. SUMMARY

### Quality of care for a family member in home care

Petra Špigelski

Numerous challenges faced by developed countries are now associated with an increasing number of elderly people. The expected life expectancy increases, there is a greater prevalence of chronic diseases and difficulties in the activities of everyday life, and consequently the need for health services increases. There is a need to reduce the cost of care, and as a possible way of solving problems cited in literature, it is important to emphasize the importance of transferring care from hospital to home. Some of the positive effects of home care are: avoiding transportation costs and waiting times in the hospital, reducing the burden on healthcare institutions, reducing costs, improving quality of life, familiar surroundings, and personalized care. Telemedicine services, i.e. virtual healthcare visits, can contribute to satisfying the health needs of patients receiving home care services.

**Key words:** home care, quality of care

### 3. UVOD

Potreba za pružanjem skrbi za starije i nemoćne osobe se povećava. U ukupnom stanovništvu prosječni udio starijih osoba (>65) iznosi 18%, a procjenjuje se da će taj udio do 2050. godine iznositi skoro 30%. Slična situacija je također u Hrvatskoj, koju prema klasifikaciji Ujedinjenih naroda ubrajamo u četvrtu skupinu država Europe s vrlo starom populacijom (1).

S obzirom na rastuću potražnju za bolničkim krevetima i sve većim troškovima bolničkog liječenja, u mnogim se zemljama nastoji uvesti kućno liječenje u što većoj mjeri. Iako je jedan od glavnih ciljeva takvih programa smanjenje troškova, ostale prednosti uključuju smanjenje rizika od nuspojava povezanih s vremenom provedenim u bolnici i potencijalne koristi od rehabilitacije u kućnom okruženju (2).

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), skrb u kući predstavlja bilo koji oblik skrbi za bolesnike u njihovim domovima, pri čemu su uključene fizičke, psihosocijalne, palijativne i duhovne aktivnosti (3).

U sustavnom pregledu Shepperdove i suradnika nastojalo se istražiti imaju li bolesnici kod kojih se provodi kućno liječenje različite zdravstvene ishode od bolesnika koji je liječe u bolnici. Istodobno, autori su željeli utvrditi postoje li razlike u zadovoljstvu pacijenata. Kod pacijenata kod kojih se provodi kućno liječenje zabilježena je veća razina zadovoljstva pacijenata. Pokazalo se također da kućno liječenje može biti učinkovita alternativa bolničkoj skrbi (2).

Pružanje zdravstvene skrbi u kući osigurava oboljelim osobama najbolju moguću razinu kvalitete života, održavanja zdravlja i poboljšanja zdravstvenog stanja u kućnom okruženju. Kućno liječenje pozitivno utječe na emocionalno stanje: korisnik skrbi lakše funkcionira u poznatom okruženju, zadržava svoje obiteljske veze, a bolesnikova obitelj ima manju potrebu za institucionalnim oblicima skrbi (1). Istraživanja pokazuju da kućno liječenje može smanjiti prijem u bolnicu za prosječno 66%. Neki od negativnih učinaka prijema u bolnicu su iznimno visoki troškovi skrbi, emocionalna trauma pacijenta, stigma s kojom se suočavaju pacijenti koji su zaprimljeni u psihijatrijske bolnice, prekasno prepoznavanje socijalnih problema, povećana vjerojatnost readmisije. Pacijenti su kao najčešće razloge zbog kojih ne vole bolnice naveli



gubitak slobode, nedostatak autonomije, nezadovoljavajuće okruženje i odvojenost od obitelji (4).

S obzirom na rastuće potrebe populacije te važće preporuke SZO koji promoviraju izvaninstitucionalne oblike zdravstvene skrbi za većinu bolesnika s kroničnim bolestima, cilj ovog rada bio je dati pregled suvremenih spoznaja o obilježjima kućnog liječenja s posebnim osvrtom na kvalitetu skrbi za bolesnike kod kojih se provodi kućno liječenje.

#### 4. METODE

Kao izvor podataka korištena je Medline (PubMed) baza podataka.

U razdoblju veljača – svibanj 2019. godine provedeno je pretraživanje Medline baze podataka korištenjem ključnih riječi (MeSH izrazi) i Booleovih logičkih operatora :

##### *Home Care Services AND Quality of Health Care*

Postavljena su sljedeća ograničenja u pretraživanju: radovi koji se odnose na istraživanja provedena na ljudima; radovi objavljeni na engleskom jeziku; radovi koji pripadaju kategoriji preglednih članaka (engl. *review*); radovi koji su dostupni u cijelosti (engl. *full text*); radovi koji su dostupni u cijelosti bez ograničenja (engl. *free full text*); te radovi koji su objavljeni u posljednjih 20 godina (from 1999/01/01 to 2019/12/31).

Pretraživanje je rezultiralo pronalaskom 177 sažetaka radova koji su zadovoljavali navedene uključne kriterije.

Nakon pregleda naslova te provjere sadržaja sažetaka pronađenih članaka, isključeni su radovi čije se glavno područje istraživanja nije odnosilo na kućno liječenje i kvalitetu skrbi za bolesnike kod kojih se provodi kućno liječenje. Primjenom navedenih kriterija odabrano je 35 članaka.

Također je, radi identificiranja dodatne relevantne literature, sa liste referenci odabranih znanstvenih članaka korišten pristup „snow-balling“ koji je rezultirao pronalaskom dodatna 22 relevantna članka.

Navedenim postupkom pretraživanja odabran je konačan broj od 57 članaka koji su u potpunosti odgovarali zadanoj temi te su oblikovane tematske cjeline koje opisuju suvremene spoznaje istraživanja o obilježjima kućnog liječenja s posebnim osvrtom na kvalitetu skrbi za bolesnike kod kojih se provodi kućno liječenje.

## 5. REZULTATI

### 5.1. Organizacija skrbi u kući

Cilj pružanja usluga skrbi u zajednici je pružiti pomoć starijim osobama kako bi što kvalitetnije živjeli samostalno u svojim domovima (5). Organizacijom skrbi u domu pacijenta nastoje se ostvariti pozitivni učinci na zdravlje i funkcionalni status korisnika skrbi (6).

Skrb u kući se može obavljati na organizirani ili neorganizirani način, pri čemu se u svakodnevnoj praksi ova dva načina međusobno isprepliću. U **organizirane načine skrbi** u kući ubrajaju se oblici skrbi koje osiguravaju *zdravstvena služba* (liječnik obiteljske medicine i patronažna medicinska sestra) te *socijalna služba*. Radi se o javno organiziranim službama koje financira i nadzire država ili jedinica lokalne samouprave te koje pružaju kvalitetan stručni rad koji se ne može nadomjestiti ostalim oblicima skrbi u kući. Veliki dio ovih usluga pokriva obavezno zdravstveno osiguranje. U organizirane oblike skrbi ubrajaju se i *tržišni oblici skrbi* koji obično nude usluge koje javne službe nedovoljno ili uopće ne obavljaju, pri čemu je važan motiv profit. Nadalje, organizirani oblici su i *dobrovoljni oblici skrbi* pruženi od strane karitativnih organizacija (Crveni križ, Caritas itd.), vjerskih organizacija te kao hospicij. U ovim dobrovoljnim oblicima skrbi volonteri imaju različite uloge: pružanje poticaja ili podrške starijim ili bolesnim osobama, omogućavanje ljudskog kontakta, pomoć u kućanskim poslovima, potpora članovima obitelji koji skrbe za bolesnu osobu. **Neorganizirani načini skrbi u kući** uključuju pomoć obitelji, prijatelja i ostalih nestručnjaka.

#### 5.1.1. Sudionici zbrinjavanja u kući – uloga medicinske sestre u pružanju skrbi u kući

- **Patronažna služba**

Nositelj i/ili organizator zdravstvene njege u kući bolesnika je patronažna sestra koja mora imati visoku ili višu stručnu spremu. Patronažna sestra je ključan suradnik liječnika obiteljske medicine. Ona svojim radom na terenu omogućava kontinuirani nadzor nad bolesnikovom okolinom, životnim i obiteljskim prilikama. Na temelju prethodnih pisanih naputaka liječnika obiteljske medicine patronažna medicinska sestra organizira zdravstvenu njegu u kući. Jedan od osnovnih zadataka u njezinom svakodnevnom radu je zdravstvena njega bolesnih, ozlijeđenih, invalidnih i onemoćalih u kući. Zadatak patronažne službe je i

nadziranje rada službe kućne njege te posredovanje u komunikaciji između liječnika, bolesnika i službe kućne njege.

- **Služba kućne njege**

Djelatnici privatnih ustanova za kućnu njegu i liječenje (srednje stručno medicinsko osoblje) provodi njegu u kući. Njega može obuhvaćati samo neke standardizirane medicinske postupke s liste postupaka koje pokriva zdravstveno osiguranje (tzv. DTP postupci) ili skupne tretmane koji su prema složenosti intervencija koje se izvode podijeljeni u četiri stupnja. Liječnik obiteljske medicine nakon prethodne analize medicinske dokumentacije i kliničkog pregleda u kućnom posjetu propisuje zdravstvenu njegu u kući.

## **5.2. Kućno liječenje kao oblik zbrinjavanja u kući**

Kućno liječenje ima neka zajednička obilježja s bolničkim liječenjem, a to su: njega bolesnika, stalan medicinski nadzor i ograničeno trajanje. Bolesnik kod ovog oblika liječenja zbog svog zdravstvenog stanja nije u mogućnosti doći u ordinaciju. Liječenje u kući uključuje redovite kućne posjete liječnika, medicinske sestre, njegovateljice i po potrebi drugih suradnika. Sastavni dio liječenja u kući su kućni posjeti koje obavlja izabrani liječnik obiteljske medicine. Kućni posjet ima nekoliko faza: poziv na kućni posjet, liječnikova odluka i organiziranje posjeta, put do bolesnika, konzultacija s bolesnikom te evidentiranje kućnog posjeta i dokumentacija. Kućni posjeti i kućno liječenje predstavljaju specifične oblike rada liječnika obiteljske medicine, a organizacija službe kućne njege koja je kontrolirana od strane patronažne službe dovela je do manjeg opterećenja liječnika obiteljske medicine i njihovih timova.

Poseban oblik kućnog liječenja predstavlja skrb za palijativnog bolesnika u kući. Članovi osnovnog tima za palijativnu skrb na primarnoj razini su liječnik obiteljske medicine koji je ujedno i koordinator skrbi, medicinska sestra u ordinaciji i patronažna medicinska sestra (1). U novije vrijeme razvijaju se i drugi oblici skrbi za palijativne bolesnike u zajednici poput mobilnih palijativnih timova kao stručna podrška liječniku obiteljske medicine.

## **5.3. Prijelaz skrbi s bolničkog na kućno liječenje**

Učinkovit prijelaz na kućno liječenje opisuje se kao važan čimbenik koji dovodi do smanjenja bolničkih readmisija unutar 30 dana od otpusta pacijenta iz bolnice. Prijelaz na kućno

liječenje pruža pacijentima bolju sigurnost, zadovoljstvo pruženom skrbi se povećava i pacijenti aktivnije sudjeluju u procesu liječenja (7).

U literaturi se pojavljuje pojam bolnice u kući (engl. *hospital at home*) koji podrazumijeva intervencije koje zdravstveni djelatnici pružaju u domu pacijenta za stanja koja bi inače zahtijevala akutno bolničko zbrinjavanje (8).

Kada se govori o učinkovitom prijelazu s bolničkog na kućno liječenje, potrebno je definirati pojam **prijelazne skrbi** (engl. *transitional care*). Prijelazna skrb označava intervencije koje omogućuju siguran i učinkovit prijenos skrbi iz zdravstvenih ustanova u kuću bolesnika. Istraživanja su pokazala da su važni čimbenici uspješne prijelazne skrbi: komunikacija između pružatelja usluga, priprema pacijenata i pružatelja skrbi na prijelaz skrbi iz bolnice u kuću pacijenta, usklađivanje terapije te plan za praćenje pacijenata. Jedna od preporuka koje se pojavljuju u literaturi je da se u određivanje intervencija kućne skrbi aktivno uključe bolesnici i članovi obitelji (9).

U istraživanju Stormove i suradnika iz 2012. godine nastojalo se utvrditi koji čimbenici utječu na kvalitetnu i sigurnu prijelaznu skrb pri otpustu starijih bolesnika iz bolnica u kućne uvjete. Rezultati ovog istraživanja su pokazali šest najznačajnijih izazova u postizanju kvalitetne prijelazne skrbi za starije osobe: suradnja zdravstvenih djelatnika s najbližim rođacima bolesnika, karakteristike bolesnika, kompetencije zdravstvenog osoblja, razmjena informacija, kontekst pružanja skrbi povezan s organizacijom rada, procjena stanja bolesnika. Kao odgovor na ove izazove, Stormova i suradnici predlažu nekoliko mjera za poboljšanje prijelaza skrbi iz bolnica u kuću bolesnika: uključivanje bolesnika i članova obitelji u planiranje skrbi, bolja edukacija osoblja, standardizacija rutine i sastanci bolničkog osoblja i osoblja koje pruža skrb u kući (10). Kvalitetna prijelazna skrb iz bolnica u kućno okruženje posebno je važna za starije osobe s komorbiditetima i složenim terapijskim programima, kao i za članove njihove obitelji. Neadekvatan prijelaz skrbi povezan je s nuspojavama, nezadovoljstvom skrbi i visokim stopama rehospitalizacije (11).

Nakon otpusta iz bolnice i povratka u vlastiti dom, brojni se pacijenti suočavaju s problemima vezanim uz proces liječenja koji će se sada odvijati u kućnim uvjetima. Iz tog je razloga važno poduzeti učinkovite intervencije kako bi olakšalo kućno liječenje. Najveći učinci

zabilježeni su kod intervencija u kojima su se uz pravodobno planirani otpust iz bolnice, planirale i mjere za što lakši prijelaz na kućno liječenje. Učinkoviti prijelaz skrbi s bolničkog na kućno liječenje može rezultirati smanjenjem readmisija u bolnicu (12).

#### **5.4. Kućno liječenje bolesnika s kroničnom opstruktivnom plućnom bolešću**

Kronična opstruktivna bolest pluća je bolest čije je obilježje trajno ograničenje protoka zraka koje obično progredira, a zbog pojačanog kroničnog upalnog odgovora dolazi do otežanog disanja, kroničnog produktivnog kašlja, umora (13).

Trošak prijema u bolnicu predstavlja najvažniji izravni trošak u ekonomskoj procjeni kronične opstruktivne plućne bolesti. Hospitalizacija predstavlja >40% ukupnog troška za liječenje ove bolesti, a kod najtežih bolesnika može biti >60%. Boravak pacijenata u bolnici može rezultirati da nakon otpusta budu manje sposobni za obavljanje aktivnosti svakodnevnog života nego prije prijema u bolnicu. Otpuštanje pacijenata iz bolnice na kućno liječenje nije samo jednostavan administrativni postupak i stoga se preporučuje da se planiranje otpusta započne već pri prijemu (14).

Neves i suradnici su 2016. godine proveli sustavni pregled literature i meta-analizu randomiziranih kliničkih ispitivanja s ciljem usporedbe učinkovitosti plućne rehabilitacije u kući i u zdravstvenoj ustanovi kod bolesnika s kroničnom opstruktivnom plućnom bolešću. Primarni ishodi koji su praćeni u ovom istraživanju bili su funkcionalni kapacitet i kvaliteta života, a sekundarni ishod bio je bolesnikova samoprocjena dispneje. Neves navodi da plućna rehabilitacija koja se provodi kod kuće ima pozitivne učinke u terapiji kronične opstruktivne plućne bolesti jer poboljšava kvalitetu života i funkcionalnu sposobnost te smanjuje osjećaj dispneje (15).

Bourbeau i suradnici pokazali su prednosti programa edukacije koji su se provodili u sklopu kućnih posjeta zdravstvenih djelatnika kod pacijenata koji su imali pogoršanje simptoma bolesti. Ovaj program edukacije rezultirao je smanjenjem prijema u bolnicu za 39% i smanjenjem broja posjeta hitnoj službi za 41%. Ove intervencije ukazuju na neke zajedničke čimbenike, a to su uloga medicinske sestre i intervencije koje se provode u domu pacijenta (16).

Istraživanja su pokazala da između kućnog i bolničkog liječenja ne postoje značajne razlike obzirom na stope smrtnosti i ponovnog prijema u bolnicu kod bolesnika s akutnim egzacerbacijama kronične opstruktivne plućne bolesti. Iz toga se može zaključiti da pacijenti koji zbog pogoršanja bolesti budu zaprimljeni u bolnicu, također mogu biti sigurno i uspješno liječeni kod kuće, uz uvjet da za njih skrbi multidisciplinarni tim dostatno educiranih stručnjaka uz adekvatne uvjete zbrinjavanja bolesnika u kući. Rezultati istraživanja pokazali su i značajno smanjenje troškova kod bolesnika koji su se liječili kod kuće (17).

Emocionalne poteškoće su česte kod osoba koje boluju od kronične opstruktivne plućne bolesti. Dispneja i umor koji prate ovu bolest mogu dovesti do depresije i straha. Kvaliteta života bolesnika može biti narušena u svim područjima života, uključujući socijalne, seksualne, profesionalne i rekreativne aktivnosti. To može rezultirati gubitkom samopouzdanja i izolacijom. Pacijente je potrebno ohrabrivati i poticati da sudjeluju u obiteljskim okupljanjima i društvenim događanjima. Kada bolesnici dođu u terminalnu fazu bolesti, pacijente treba savjetovati da sami izraze želju gdje žele umrijeti. Ako je prikladno, treba podržati pacijente u slučaju da žele umrijeti kod kuće. Ova mjera poboljšava kvalitetu života omogućujući pacijentima umiranje u poznatom okruženju, okruženi obitelji i prijateljima (18).

Jedna od najboljih strategija za izbjegavanje prijema u bolnicu je prevencija egzacerbacija bolesti. Kućno zbrinjavanje pacijenta koji boluje od kronične opstruktivne plućne bolesti uključuje niz intervencija: uklanjanje viška bronhijalnog sekreta, povećanje protoka zraka, povećanje snage respiratornih mišića, olakšavanje iskašljavanja. Pacijenti trebaju unositi dovoljno tekućine, a obroci bi trebali biti količinski manji i učestaliji. Medicinska sestra također mora educirati pacijenta i njegovu obitelj o prepoznavanju simptoma pogoršanja bolesti, kao i o intervencijama koje je u tom slučaju potrebno provesti. Osim edukacije pacijenta i članova obitelji, potrebno im je osigurati i pisane upute koje će uvijek biti na dostupnom mjestu (19).

Dvije najčešće korištene strategije koje olakšavaju povratak pacijenata u zajednicu poznate su pod terminima „bolnica u kući“ i „rani ili potpomognuti otpust“. Bolnica u kući uključuje pacijente čije se stanje procjenjuje u jedinici za brzu respiratornu procjenu u bolnici, s ciljem identificiranja pacijenata s blagim egzacerbacijama kronične opstruktivne plućne bolesti koji se mogu sigurno liječiti u kućnim uvjetima i zbog toga se obično ne primaju u bolnicu. Program ranog ili potpomognutog otpusta funkcionira na način da se pacijenti otpuštaju iz

bolnice prije nego što se u potpunosti oporave od akutnog pogoršanja, pretežno u roku od nekoliko dana nakon što su hospitalizirani. Sastavni dio oba programa je multidisciplinarna procjena tima stručnjaka o zdravstvenom stanju pacijenta, nakon čega daju smjernice za daljnje liječenje. Takvi programi mogli bi smanjiti dužinu boravka u bolnici i osigurati financijske uštede, bez ugrožavanja skrbi i zadovoljstva pacijenta ili nepovoljnog utjecaja na naknadne stope readmisije (20).

Skwarska i suradnici proveli su istraživanje kako bi usporedili ishode između pacijenata s egzacerbacijama KOPB-a koji su se liječili u bolnici i pacijenata kod kojih se provodilo kućno liječenje. Pacijenti na kućnom liječenju iz bolnice su otpušteni uz odgovarajuću shemu liječenja koja je uključivala antibiotike, kortikosteroide, nebulizirane bronhodilatatore te ako je potrebno i kućnu terapiju kisikom. Medicinska sestra je posjetila bolesnike odmah sljedećeg dana i nakon toga svaka dva do tri dana do oporavka. Paralelna su opažanja provedena na pacijentima u bolnici sve do trenutka otpusta. Obje skupine pacijenata procijenjene su kod kuće osam tjedana nakon početne procjene. Rezultati ovog istraživanja pokazali su da je kućno liječenje dobra, sigurna i financijski isplativa alternativa za prijem u bolnicu kod pacijenata s pogoršanjem KOPB-a (21).

### **5.5. Kućno liječenje bolesnika sa zatajivanjem srca**

Zatajivanje srca je klinički sindrom do kojeg dolazi zbog strukturnih i funkcionalnih oštećenja miokarda, posljedično tome nastupa oštećenje ventrikularnog punjenja ili izbacivanja krvi (22).

Za oboljelu osobu kod koje se provodi kućno liječenje često skrbi multidisciplinarni tim stručnjaka. U studiji koja je ispitala multidisciplinarnu skrb u slučaju zatajivanja srca, intervencije koje su se provodile u domu pacijenta uključivale su: procjenu adherencije prema propisanoj farmakoterapiji, edukaciju pacijenta i pojačano praćenje stanja pacijenta. Rezultati ove studije pokazuju da je prijem pacijenata u bolnicu smanjen za 38%. Pregledom literature s ciljem usporedbe učinkovitosti kućne njege kod oboljelih od zatajivanja srca sa uobičajenom njegom, naglašena je veća vjerojatnost povećanja kvalitete života i značajan učinak na fizičko blagostanje kod bolesnika kojima je pružana skrb u kući (23).



U studiji Brotons i suradnika nastojalo se istražiti mogu li intervencije u kući smanjiti smrtnost i ponovne hospitalizacije kao i unaprijediti kvalitetu života bolesnika sa zatajivanjem srca. U istraživanje je bilo uključeno 283 bolesnika koji su zaprimljeni u bolnicu sa dijagnozom zatajenja srca. Bolesnici su potom nasumično podijeljeni u intervencijsku skupinu kojoj je pružana skrb u kući te kontrolnu skupinu koja je primala uobičajenu njegu. Rezultati istraživanja su pokazali da se u skupini kojoj su pružane intervencije u kući smanjila ukupna smrtnost i bolničke readmisije. Također, zabilježena je bolja kvaliteta života pacijenata u intervencijskoj skupini (24).

Jolly i suradnici proveli su istraživanje na temu djelotvornosti i ekonomičnosti kućnih programa kardiološke rehabilitacije u usporedbi s rehabilitacijom koja se provodi u bolnici, kod pacijenata koji su preboljeli infarkt miokarda. Medicinska sestra za kardiološku rehabilitaciju je prije otpusta iz bolnice educirala pacijente o njihovom stanju i pacijenti su dobili potrebne informacije o rizičnim čimbenicima, tjelovježbi i promjeni životnog stila. Pacijenti koji su bili u programu kućne rehabilitacije dobili su priručnik o radu srca i kardiološkoj rehabilitaciji, medicinska sestra odlazila je u kućne posjete te se komunikacija između pacijenata i medicinske sestre odvijala i telefonskim putem. Primarni ishodi u ovom istraživanju bili su prestanak pušenja, krvni tlak i razina kolesterola, a kao sekundarni ishodi navode se fizička aktivnost i kvaliteta života. Konačno, Jolly u svojem istraživanju zaključuje da rehabilitacija u kućnim uvjetima za pacijente s niskim do umjerenim rizikom ne daje slabije rezultate u usporedbi s tradicionalnim programima rehabilitacije koji se provode u zdravstvenim ustanovama. (25).

Taylor i suradnici su proveli sustavni pregled literature kako bi utvrdili učinkovitost kućne kardiološke rehabilitacije nakon preboljelog infarkta miokarda, u usporedbi s rehabilitacijom u zdravstvenoj ustanovi. U istraživanjima se pratio učinak rehabilitacije na morbiditet, mortalitet i kvalitetu života bolesnika. Taylor i suradnici donose zaključak da je u poboljšanju kvalitete života bolesnika koji su preboljeli infarkt miokarda, kardiološka rehabilitacija u kući bolesnika u jednakoj mjeri učinkovita kao i rehabilitacija u zdravstvenoj ustanovi (26).

Autori Chiu i Newcomer su sustavnim pregledom radova nastojali ustanoviti mogu li intervencije medicinske sestre unaprijediti prijelaz skrbi iz bolnica u kućne uvjete, za starije osobe koje boluju od zatajivanja srca. Odmah nakon otpusta pacijenata iz bolnica, medicinska

sestra je provodila niz intervencija: kućne posjete, komunikacija putem telefona, poticanje pacijenta da postane aktivni sudionik u procesu liječenja, edukacija pacijenata, suradnja s liječnicima. Ove intervencije su rezultirale smanjenjem stopa ponovne hospitalizacije i redukcijom troškova (27).

Kardiološka rehabilitacija nakon preboljelog infarkta miokarda uključuje savjete o zdravom načinu života, ali malo je podataka o korištenju tehnika promjene ponašanja koje se preporučuju kao sastavni dio kućnih programa rehabilitacije. Pregledom literature na temu različitih tehnika promjene ponašanja koje bile korištene tijekom kućne rehabilitacije, Heron i suradnici došli su do zaključka da je u smanjenju faktora rizika od kardiovaskularnih bolesti, kardiološka rehabilitacija koja se provodi u kući bolesnika jednako učinkovita kao i rehabilitacija u bolničkim uvjetima. Tehnike promjene ponašanja obuhvaćale su socijalnu potporu, postavljanje ciljeva, praćenje i upute o promjenama životnih navika. Svijest o ovim tehnikama promjene ponašanja i njihovoj učinkovitosti trebala bi pomoći liječnicima u primarnoj zdravstvenj zaštiti pri odabiru kućne kardiološke rehabilitacije (28).

Slične podatke iznose Dalal i suradnici, navodeći da je kardiološka rehabilitacija u kući i bolnici jednako učinkovita u poboljšanju zdravstvenih ishoda. Dalal opisuje da je pri odabiru tradicionalnijeg oblika rehabilitacije u bolnici ili kućne rehabilitacije važno uključiti sklonosti pojedinog pacijenta (26).

Poznato je da se većinom kardiološka rehabilitacija provodi u zdravstvenim ustanovama, iako to nije uvijek prikladno ili dostupno mnogim bolesnicima koji žive u udaljenim mjestima. Rehabilitacija u kućnim uvjetima omogućava veću dostupnost, pogotovo kada se susrećemo s izazovima poput zemljopisne izolacije i transporta. Blair i suradnici navode da raspoloživi dokazi govore da je kućna rehabilitacija jednako učinkovita i sigurna u usporedbi s rehabilitacijom u bolnici. Nadalje, kućna rehabilitacija ima pozitivne učinke na čimbenike rizika za normalan srčani rad i može biti isplativija za pacijente koji ne mogu lako pristupiti bolnici (29).

Holland i suradnici proveli su pregled literature na temu utjecaja multidisciplinarnih intervencija na prijem u bolnicu i smrtnost od zatajivanja srca. Analizirali su randomizirana kontrolirana ispitivanja provedena u bolnicama i u zajednici. Multidisciplinarne intervencije

definirane su kao intervencije koje je pružao multidisciplinarni tim stručnjaka, a članovi tima bili su liječnik, medicinska sestra, dijetetičar i socijalni radnik. Podjela intervencija bila je na četiri međusobne isključive skupine: kućni posjeti, video veza, telefonsko praćenje i bolničko liječenje. Praćeni ishodi bili su bolnički prijem zbog bilo kojeg uzroka, smrtnost i bolnički prijem zbog zatajivanja srca. Pokazalo se da multidisciplinarnе intervencije imaju pozitivne učinke na sva tri ishoda koji su bili praćeni. Također, najučinkovitije intervencije provedene su barem jednim dijelom u kući bolesnika (30).

Feltner i suradnici navode da intervencije koje medicinska sestra pruža u kući pacijenata koji boluju od zatajivanja srca mogu imati pozitivne učinke na zdravlje (31). Pokazalo se da kućni posjeti medicinske sestre imaju dobrobit za pacijenta jer smanjuju ponovnu hospitalizaciju. Također, poboljšava se psihičko stanje članova obitelji koji skrbe za pacijenta (32).

## **5.6. Kućno liječenje oboljelih od demencije**

U literaturi se kao ključni čimbenici prilikom nastojanja da se skrb za osobe oboljele od demencije pruža u kući bolesnika izdvajaju: preveniranje nepotrebnog prijema u bolnicu, kontrola terapije u kući, sprječavanje odgođenog otpusta iz bolnice, pružanje sestrinske skrbi u zajednici, smanjenje trajanja hospitalizacije, podrška za osobe koje skrbe za bolesnika, kvaliteta pružanja kućne njege. Podaci iz literature naglašavaju važnost postojanja multidisciplinarnih timova koji bi posjećivali osobe koje prolaze kroz krizno razdoblje u njihovom domu, pružajući im pritom podršku koja bi omogućila da ne nastavi provoditi kućno liječenje (33).

Autorica Jones opisuje pilot program integrirane skrbi u zajednici koji se od 2009. godine provodio u Engleskoj, u trajanju od dvije godine. Ovaj model skrbi je osmišljen s ciljem unaprjeđenja ranih intervencija za osobe koje boluju od demencije te je bio usmjeren na poboljšanje kvalitete života i zadovoljstvo korisnika skrbi. Također, cilj je bio pružiti skrb kojom bi se spriječile hospitalizacije, ubrzao otpust iz bolnice te kroz suradnju sa korisnicima skrbi i osobama koje pružaju skrb omogućio ostanak u vlastitom domu. Multidisciplinarni tim je uključivao obiteljske liječnike, medicinske sestre, socijalne radnike, savjetnike za akutnu skrb i

skupine lokalnih zajednica. Dosadašnji rezultati su pokazali da bi ovakav model skrbi bio učinkovit za kućno zbrinjavanje osoba oboljenih od demencije (34).

Dawson i suradnici ističu da su najbolji rezultati skrbi za osobe s demencijom povezani s uslugama koje moraju biti pružene u pravo vrijeme, fleksibilne i prilagođene individualnim potrebama svakog bolesnika. Navode i važnost edukacije i pružanja podrške članovima obitelji koji skrbe za oboljele od demencije, kako bi se olakšala kućna skrb (33).

Članovi obitelji oboljelih od demencije aktivnije su uključeni u proces pružanja skrbi nego što je to slučaj s drugim kroničnim bolesnicima, izvršavajući uloge koordinatora skrbi, izvora informacija i zagovaratelja interesa pacijenta. Depresija udružena s opterećenjem, stresom i izgaranjem skrbnika je u više od 80% slučajeva izravno povezana s preranim završetkom kućne njege. Autorica Schoenmakers i suradnici u sustavnoj analizi radova na temu stavova i perspektiva obiteljskog liječnika prema njegovateljima dementnih članova obitelji te zadovoljstva njegovatelja navode kako su obiteljski liječnici svjesni svojih sposobnosti i ograničenja u svim aspektima skrbi o dementnom pacijentu i njihovoj ulozi u odnosu na njegovatelja. Iako su obiteljski liječnici u velikoj mjeri bili uključeni u kućnu njegu, članovi obitelji su smatrali da je njihovo sudjelovanje nedovoljno te da ne pokazuju dovoljno suosjećanja za njihovu situaciju. Kao glavnu prepreku u skrbi za oboljele od demencije liječnici navode nedostatak vremena i nagrade. Članovi obitelji su smatrali da liječnici nisu uvijek posjedovali odgovarajuće komunikacijske vještine. Važno je da razmjena informacija između liječnika i članova obitelji koji skrbe za oboljelu osobu bude kvalitetna jer će se u tom slučaju njegovatelj lakše odlučiti prijaviti osjećaj stresa i depresije (35).

## **5.7. Kućno liječenje bolesnika s HIV-om/AIDS-om**

U kućnu skrb za bolesnike oboljele od HIV-a/AIDS-a ubraja se pružanje antiretrovirusne terapije, medicinska skrb i psihosocijalna podrška za pacijenta i članove obitelji. Rezultati istraživanja pokazuju da intervencije u kući pod vodstvom medicinske sestre mogu pozitivno utjecati na uzimanje antiretrovirusne terapije. Podrška psihijatrijske medicinske sestre bolesnicima s problemima mentalnog zdravlja rezultirala je poboljšanjem mentalnog zdravlja i

depresivnih simptoma. Također, psihološka podrška u kući bolesnika utjecala je na stigmatu, zabrinutost i neke simptome depresije (36).

### **5.8. Kućno liječenje bolesnika s moždanim udarom**

Langhorne i suradnici izvještavaju o tome da je opust iz bolnice jedna od glavnih kriznih točaka u oporavku bolesnika nakon preboljelog moždanog udara i potrebno ga je na vrijeme planirati. U literaturi se predlaže imenovanje posebnog člana multidisciplinarnog tima (fizioterapeut, radni terapeut) čija bi uloga bila omogućiti nesmetan prijelaz pacijenta iz bolničkog okruženja u kućne uvjete. Njegova zadaća bi bila napraviti procjenu pacijentova stanja te obaviti kućni posjet dok se pacijent još uvijek nalazi u bolnici, a cilj kućnog posjeta bio bi procijeniti jesu li uvjeti za kućno liječenje zadovoljavajući te pružiti članovima obitelji koji će skrbiti za pacijenta potrebne informacije. Kroz suradnju s obitelji važno je kreirati plan rehabilitacije kod kuće i postaviti ciljeve. U kućnom okruženju također je moguće postaviti funkcionalne, ostvarive i mjerljive ciljeve koji su od primarne važnosti za pacijente. Također, trebao bi djelovati poticajno da pacijenti ponovno preuzmu svoje prethodne društvene uloge. Prepoznat je utjecaj okoliša na ponašanje bolesnika nakon preboljenog moždanog udara. Pacijenti koji su prolazi kroz proces rehabilitacije u kući češće su preuzimali inicijativu i jasno izražavali svoje ciljeve u usporedbi s pacijentima koji su prolazili kroz bolničku rehabilitaciju. Uočeno je da pacijent ima širi raspon uloga kada se nalazi u svom kućnom okruženju. Od velikog je značaja ostvariti partnerski odnos s pacijentom jer o tome može ovisiti aktivna uključenost pacijenta u proces rehabilitacije (37).

### **5.9. Palijativna skrb u kući**

Cilj palijativne skrbi je omogućiti pacijentu olakšavanje patnje i unaprijediti kvalitetu života. Želja za održavanjem normalnog obiteljskog života je jedan od najvažnijih čimbenika koji doprinose odluci o primanju usluga palijativne skrbi u kući (38). Mnoge države nastoje omogućiti osobama s terminalnom bolešću mogućnost korištenja usluga palijativne skrbi u

kućnim uvjetima. To može utjecati na povećanje kvalitete života pacijenata, kao i na smanjenje troškova skrbi (39).

Iznimno je važno utvrditi učinak usluga kućne palijativne skrbi na kontrolu simptoma bolesti, kvalitetu života i zadovoljstvo njegom jer pacijenti često ove ishode smatraju važnijim od umiranja kod kuće. Istraživanja su pokazala da se za bolesnike koji boluju od karcinoma, kroničnog zatajivanja srca i kronične opstruktivne plućne bolesti, a koji primaju usluge palijativne skrbi u kući, izgled da umru kod kuće i više nego udvostručuje. Prilikom donošenja odluke da se pacijentu pružaju usluge palijativne skrbi u kući potrebno je osim mogućih prednosti i nedostataka utvrditi i želje pacijenta te stavove osoba koje skrbe za oboljelu osobu (40).

U sustavnoj analizi radova na temu učinkovitosti kućnih posjeta, Elkan i suradnici iznose podatke o značajnom učinku kućnih posjeta starijim osobama na smanjenje smrtnosti i na smanjenje bolničkih prijema, kao i na smanjenje prijema u ustanove za pružanje dugotrajne skrbi. Elkan navodi da kućni posjeti starijim osobama mogu rezultirati uštedom troškova, a posebice smanjiti troškove bolničkog liječenja (41).

Brumley i suradnici su proveli dvogodišnje istraživanje u kojemu je cilj bio procijeniti učinkovitost pružanja usluga palijativne skrbi u kući bolesnika. Osmišljen je program kojim se kroz multidisciplinarni pristup kućnoj njezi i liječenju nastojao olakšati proces prijelaza iz akutne u palijativnu skrb, pri čemu je cilj bio poboljšati kvalitetu života pacijenata. Rezultati su pokazali da su pacijenti koji su primali usluge kućne palijativne skrbi bili zadovoljniji pruženim uslugama u usporedbi s pacijentima koji su primali uobičajenu njegu. Osim toga, kod pacijenata koji su bili uključeni u program kućne palijativne skrbi zabilježeno je smanjenje troškova za 45% (42). U istraživanju Brumleya i suradnika iz 2007. godine nastojalo se utvrditi mogu li intervencije u kući, u svrhu pružanja palijativne skrbi terminalno bolesnim pacijentima, poboljšati zadovoljstvo pacijenata, smanjiti troškove skrbi i povećati udio pacijenata koji umiru kod kuće. Pacijenti iz kontrolne skupine primali su uobičajenu njegu, dok je za pacijente iz intervencijske skupine skrbio interdisciplinarni tim stručnjaka koji je osim olakšavanja tegoba pacijenata, educirao pacijente i članove obitelji te pružao potporu. Rezultati ovog istraživanja pokazuju pozitivne učinke palijativne skrbi u kući. Naime, intervencije palijativne skrbi u kući značajno su povećale zadovoljstvo pacijenata. Osim toga, pacijenti iz intervencijske skupine imali su manju

vjerojatnost da će koristiti usluge hitne pomoći i da će biti primljeni u bolnicu od pacijenata kojima je pružana uobičajena njega. Posljedično tome, palijativna skrb u kući rezultirala je i smanjenjem troškova skrbi (43).

Pregledom literature na temu učinkovitosti i isplativosti kućne palijativne skrbi za oboljele od zatajivanja srca, kronične opstruktivne plućne bolesti i HIV-a, Gomes i suradnici su došli do zaključka da su intervencije kućne palijativne skrbi učinkovitije od uobičajene njege. Također se pokazalo da kućna palijativna skrb povećava šanse za umiranje kod kuće, pritom bez utjecaja na tugu osoba koje skrbe za oboljelu osobu (40).

### **5.10. Uloga telemedicine u osiguranju liječenja u kući**

Telemedicina se definira kao pružanje zdravstvenih usluga na daljinu, pri čemu se korištenjem elektroničkih komunikacijskih tehnologija povezuje pacijent na jednoj lokaciji sa zdravstvenim djelatnikom na drugoj lokaciji. Tehnologija digitalnog doba omogućava napredak u dostupnosti i kvaliteti zdravstvene skrbi, a ovaj inovativniji pristup pružanju zdravstvenih usluga je potaknut starenjem stanovništva, visokom stopom kroničnih bolesti te geografskim i sociodemografskim nejednakostima u dostupnosti skrbi (44).

Danas se razvijene zemlje svijeta suočavaju s brojnim izazovima povezanim s rastućim brojem starijih osoba. Očekivano trajanje života se povećava, dolazi do veće prevalencije kroničnih bolesti i poteškoća u aktivnostima svakodnevnog života, a posljedično tome povećava se potreba za zdravstvenim uslugama. Istodobno, zbog očekivanog manjka zdravstvenih djelatnika, zapošljavanje i zadržavanje visoko kvalificiranog osoblja koje bi pružalo kvalitetnu skrb za starije osobe predstavlja veliki izazov. Doprinos zadovoljavanju zdravstvenih potreba starijih osoba koje primaju kućnu skrb mogu pružiti usluge telemedicine, odnosno virtualni posjeti zdravstvenih djelatnika. Virtualni posjeti bi omogućili procjenu zdravstvenog stanja pacijenta, praćenje uzimanja terapije, demonstraciju različitih postupaka, osiguranje socijalnog kontakta (45).

U studiji Finkelsteina i suradnika nastojalo se istražiti zadovoljstvo korištenjem usluga telemedicine kod starijih osoba slabijeg zdravlja koji žive sami u svojim domovima. Ispitanici iz

kontrolne skupine nastavili su koristiti usluge kućnog liječenja kao i uobičajeno, dok su ispitanici iz intervencijske skupine uobičajenu skrb upotpunili korištenjem portala s videokonferencijama i elektroničnom razmjenom poruka s medicinskim sestrama. Medicinska sestra je educirala ispitanike o korištenju portala. Ispitanici iz kontrolne skupine bili su zadovoljni uslugama telemedicine i takav oblik skrbi bi preporučili drugima. Finkelstein navodi da su ispitanici iz intervencijske skupine rjeđe koristili usluge hitne medicinske službe te su imali manje posjeta u svim kategorijama korištenja kućne skrbi. Rezultati ovog istraživanja su pokazali da starije osobe slabijeg zdravlja mogu naučiti koristiti tehnologiju u svrhu održavanja samostalnog načina života u njihovim domovima (46).

Praćenje stanja bolesnika na daljinu može unaprijediti medicinsku skrb, kvalitetu života i prognoze kroničnih bolesnika. Cilj učestalijeg prikupljanja podataka je poboljšanje procjene stanja pacijenta, liječnik može već u ranoj fazi uočiti pogoršanja i pravodobno poduzeti sve potrebne mjere, a time se potencijalno izbjegava prijem u bolnicu. Podaci iz literature govore da je telemonitoring učinkovitiji kod pacijenata sa srčanim bolestima, nego kod pacijenata sa drugim kroničnim bolestima. Autorica Schmidt i suradnici su u sustavnom pregledu literature na temu kućnog telemonitoringa pacijenata sa kroničnim zatajenjem srca nastojali utvrditi može li kućni monitoring poboljšati skrb za pacijente. Navedeno je smanjenje stope rehospitalizacije zbog znakova zatajivanja srca za 21% (47).

Louis i suradnici su sustavnim pregledom literature nastojali utvrditi učinkovitost primjene telemedicine u liječenju zatajenja srca. Istraživanja su ukazala na to da telemonitoring vitalnih znakova i simptoma omogućuje lakše otkrivanje pogoršanja te smanjuje stope readmisije i duljine boravka u bolnici kod bolesnika sa zatajenjem srca. Video konzultacije provedene kao dio kućnog programa liječenja rezultirale su smanjenjem troškova bolničke skrbi. Telemonitoring bi mogao biti značajan dio strategije za pružanje učinkovite zdravstvene skrbi za bolesnike sa zatajenjem srca (48).

Kućni telemonitoring predstavlja inovativniji pristup skrbi za pacijente. Podaci iz literature govore da je kućni telemonitoring kroničnih bolesti kao što su kardiovaskularne i respiratorne bolesti pristup skrbi za pacijente koji omogućuje točne i pouzdane podatke, osnažuje pacijente, utječe na njihove stavove i ponašanje te ima potencijal unaprijediti zdravstveno stanje pacijenata (49).



## 5.11. Kućno liječenje, kvaliteta zdravstvene skrbi i sigurnost pacijenta

Kvaliteta zdravstvene skrbi predstavlja usklađenost s očekivanjima, propisima, smjericama (standardima), dogovorima, običajima, dobrom praksom i ugledom (1).

U praćenju kvalitete poznat je Donabedianov model koji uključuje strukturu, proces i ishod zdravstvene skrbi. Struktura ili organizacija skrbi odnosi se na dostupnost ljudskih, financijskih i tehničkih sredstava (ulaganje), način na koji se dodjeljuju s obzirom na vrijeme, mjesto i odgovor na potrebe stanovništva (pristup), pravedna podjela troškova i koristi (pravednost). Druga komponenta Donabedianovog modela poboljšanja kvalitete odnosi se na proces koji uključuje: način korištenja sredstava (upravljanje), korištenje vremena i sredstava (učinkovitost), izbjegavanje gubitaka, smanjenje rizika (sigurnost), praksu utemeljenu na dokazima (adekvatnost), skrb usmjerenu na bolesnika (trajnost) i javno informiranje (izbor, transparentnost, odgovornost). Posljednji dio ovog modela predstavlja ishod zdravstvene skrbi koji se odnosi na postignute rezultate (provedba), zdravlje stanovništva (poboljšano zdravlje), klinički ishod (učinkovitost), ispunjenje očekivanja javnosti i zaposlenih (zadovoljstvo), vrijednost dobivenu za novac (ekonomičnost).

Kako bi se uspješno provodio sustav za osiguranje kvalitete i poboljšanje kvalitete zdravstvene skrbi neophodno je da se zadovolje sljedeći uvjeti: zakonodavno uređenje kvalitetnog zdravstvenog sustava uključujući norme kvalitete, obrazovanje zdravstvenog i nezdravstvenog osoblja u sustavu kvalitete, mjere za unaprjeđenje kvalitete te adekvatno financiranje sustava kvalitete uz priznanja i nagrade za poboljšanje kvalitete pojedinca, tima i ustanove. Potrebno je istaknuti da najveću korist od poboljšanja kvalitete zdravstvene skrbi imaju bolesnici (50).

U istraživanju Searsove i suradnika nastojalo se istražiti učestalost neželjenih događaja kod pacijenata kod kojih se provodi kućno liječenje, čimbenike rizika, vrste događaja i opseg u kojem bi se ovi događaji mogli smanjiti većom pažnjom na sigurnost pacijenata u kućnom okruženju. Kod 66,5% ispitanika zabilježena je pojava jednog ili više neželjenih događaja. Kao najčešći neželjeni događaji navode se neplanirani prijem u bolnicu (33,9%), neplanirani posjet hitnoj službi (33,7%) i ozljeda pacijenta, trauma ili komplikacija prilikom prijema – padovi, frakture, dekubitusi (21,3%). Prepoznate su karakteristike pacijenata koje su značajno povezane s

neželjenim događajima: dob > 65 godina, pacijenti koji žive sami, komunikacijske poteškoće zbog kognitivnih uzroka. 32,7% svih neželjenih događaja označeno je kao visoko preventabilno (51).

Macdonald i suradnici su proveli sustavni pregled literature s ciljem procjene sigurnosti pacijenata u kućnoj njezi, uz korištenje Međunarodne klasifikacije za sigurnost pacijenata Svjetske zdravstvene organizacije. U radu je naglasak na dvije kronične bolesti kod kojih se najčešće provodi kućno liječenje pacijenata i koje predstavljaju česte bolničke readmisije, a to su kronična opstruktivna plućna bolest i zatajivanje srca. Izdvojena su četiri značajna čimbenika koji utječu na sigurnost i kvalitetnu skrb za pacijente. Prvi faktor se odnosi na pacijente koji samostalno žive u kućanstvu. Kod njih se često javlja osjećaj da su ih svi napustili i da se moraju sami suočiti sa svojom bolešću, a da im nije uvijek pružena adekvatna podrška i informacije. Drugi bitan element skrbi odnosi se na terminologiju koju upotrebljavaju zdravstveni djelatnici kada pacijentima i članovima obitelji pružaju informacije o bolesti i liječenju. Naime, zdravstveni djelatnici koriste medicinsku ili kliničku terminologiju koja može biti teško razumljiva, a koja pacijentima i njegovateljima zvuči kao strani jezik. Macdonald navodi da je neuspješno objašnjavanje ili nedostatak specifičnih informacija povezano s anksioznošću pacijenata i opterećenjem skrbnika, što je rezultiralo poteškoćama u skrbi i povećanjem hospitalizacija pacijenata. Iz tog je razloga potrebno prilagoditi komunikaciju s pacijentima i članovima obitelji te se uvjeriti da su zaista razumjeli prenesene informacije. Treći aspekt skrbi čini interakcija između pacijenata i zdravstvenih djelatnika koji dolaze u kuću pacijenata i pružaju potrebnu skrb. Četvrti faktor sigurnosti odnosi se na sve veće odgovornosti i višestruke uloge koje članovi obitelji preuzimaju prilikom skrbi za voljenu osobu (52).

Kao sredstvo za poboljšanje kvalitete zdravstvene skrbi u kući, posebice u udaljenim i slabije naseljenim područjima, sve se više koriste telekomunikacijske usluge koje zdravstvenim djelatnicima omogućuju pružanje skrbi i podrške pacijentima, iako se ne nalaze na istom mjestu. Primjena informacijskih i komunikacijskih tehnologija u zdravstvenoj skrbi ima potencijal za poboljšanje sigurnosti i kvalitete usluga, a sigurnost pacijenata treba biti glavni pokretač u osiguravanju integriteta u primjeni telekomunikacijskih usluga. Zbog neregulirane prirode doma bolesnika kao mjesta gdje se provode zdravstvene usluge, rizici sigurnosti pacijenata kod kojih se provodi kućno liječenje razlikuju se od onih u bolničkim uvjetima. Primjerice, sigurnost

pacijenata u kućnoj njezi povezana je s interakcijama između pacijenata, neformalnih pružatelja skrbi i zdravstvenih djelatnika. Unutar okvira ljudskih čimbenika koji utječu na kvalitetu skrbi u kućnim uvjetima, dom pacijenta predstavlja složen, holistički radni sustav u kojem se različiti, ali međusobno povezani dijelovi sustava povezuju. Razumijevanje takvog okvira može uvelike unaprijediti ukupnu kvalitetu i sigurnost primjene telekomunikacijskih usluga u kućnom liječenju (53).

Kao posljedica tendencije da se u sve većeg broja bolesnika provodi kućno liječenje, u kućama bolesnika počinju se koristiti napredni medicinski uređaji koji su prije bili korišteni isključivo u zdravstvenim ustanovama. Osiguranje kvalitete skrbi i sigurnosti pacijenta je uvjet koji mora biti zadovoljen za primjenu medicinskih tehnologija u kućnom okruženju. Bitan element sigurnosti bolesnika predstavlja edukacija zdravstvenog osoblja i članova obitelji, kao i samih bolesnika, o korištenju medicinskih tehnologija. Razmjena znanja i iskustava između zdravstvenih profesionalaca i članova obitelji koji skrbe za oboljelu osobu doprinosi sigurnosti i kvaliteti skrbi (54).

U kvalitativnom istraživanju Kempenove i suradnika na temu kućnih posjeta starijim osobama slabijeg zdravlja govori se o potrebama i sklonostima starijih osoba i članova njihovih obitelji koji im svakodnevno pružaju potrebnu skrb. Informacije su bile prikupljane kroz polustrukturirane intervjuje. Sudionici ovog istraživanja su naglasili važnost kućnih posjeta jer im je na taj način posvećena pažnja koju su inače dobivali od obiteljskog liječnika. Nadalje, sudionici su naveli da se pri kućnim posjetima treba usredotočiti na psihosocijalni aspekt zdravlja, koji bi uz dobru suradnju između bolesnika i zdravstvenih profesionalaca omogućio kvalitetniju i u većoj mjeri pacijentu usmjerenu skrb. Naposljetku, autori ovog istraživanja naglašavaju da se prilikom pružanja skrbi u kući ne treba usredotočiti samo na fizičko zdravlje, nego na osiguranje cjelokupne dobrobiti i kvalitetne skrbi za bolesnike (55).

Pružanje usluga skrbi u kući je jedan od najbrže rastućih sektora zdravstvene zaštite. Iako se pojavnost infekcija najčešće veže uz bolničke uvjete, treba istaknuti da rizik za pojavu infekcija postoji i prilikom pružanja skrbi u kući. Za sigurnu i kvalitetnu skrb u kući je značajan rad na aktivnostima prevencije i kontrole infekcija. Iz tog je razloga nužno educirati pacijenta i članove obitelji koji pružaju potrebnu skrb, pazeći pritom da edukacija bude prilagođena njihovim potrebama i mogućnostima shvaćanja (56).

U istraživanju Molloyove i suradnika, objašnjava se na koji način edukacija osoblja koje skrbi za pacijenta u kući kroz simulacijske pripreme utječe na kvalitetu skrbi za pacijente kod kojih se provodi kućno liječenje. Oni navode da kompetencije stečene kroz simulacije mogu pripremiti osoblje za provođenje kućne njege i olakšati prijelaz skrbi iz bolnica u kuću bolesnika. U istraživanju Molloyove i suradnika, objašnjava se na koji način edukacija osoblja koje skrbi za pacijenta u kući kroz simulacijske pripreme utječe na kvalitetu skrbi za pacijente kod kojih se provodi kućno liječenje. Oni navode da kompetencije stečene kroz simulacije mogu pripremiti osoblje za provođenje kućne njege i olakšati prijelaz skrbi iz bolnica u kuću bolesnika (57).

Fathi i suradnici su proveli sustavni pregled literature na temu komunikacije između članova interdisciplinarnog tima koji bolesnicima pruža kućnu medicinsku skrb. Istaknuto je da je veća vjerojatnost osiguranja kvalitetne skrbi kada članovi interdisciplinarnog tima imaju pristup pravovremenim informacijama o aktualnom stanju pacijenta. Takav pristup informacijama u većini slučajeva je kompleksniji prilikom pružanja skrbi u kući, nego u bolničkim uvjetima. Fathi navodi da se razmjena informacija između zdravstvenih djelatnika koji pružaju kućnu skrb odvija na četiri načina: korištenjem elektroničkih medicinskih zapisa, sastancima tima, standardiziranim procjenama pacijenta i slanjem elektroničkih poruka. Redoviti sastanci interdisciplinarnog tima imali su pozitivne učinke na pristup ključnim informacijama o pacijentu, učinkovitost i zadovoljstvo tima je bilo veće, a unaprijeđena je kvaliteta skrbi za pacijenta (58).

Na kvalitetu skrbi uvelike utječe povjerenje između zdravstvenog osoblja i bolesnika. Kontinuitet kućne skrbi i odnos povjerenja između zdravstvenog djelatnika i bolesnika znatno je jednostavnije postići kada tijekom dužeg vremenskog perioda ne dolazi do mijenjanja zdravstvenog osoblja koje pruža usluge kućne skrbi. Istodobno, komunikacija s drugim članovima tima koji sudjeluju u liječenju pacijenta je manje zahtjevna i efikasnija. Timski rad i dobro poznavanje suradnika je posebno značajno u kućnom liječenju jer se, za razliku od bolničkih uvjeta, komunikacija većinom odvija pasivnim putem (elektronička pošta, telefon). Primjerice, kada obiteljski liječnik primi poziv od medicinske sestre koja je posjetila bolesnika, on mora brzo procijeniti važnost i hitnost situacije o kojoj je informiran. Kroz dužu suradnju članova tima i bolje međusobno poznavanje, takvo prosuđivanje postaje bolje i lakše (59).

## 5.12. Posljedice za zdravlje članova obitelji koji skrbe za bolesnika

Svjetska zdravstvena organizacija izdala je smjernice o integriranoj skrbi za starije osobe u kojima naglašavaju važnost pružanja psiholoških intervencija, edukacije i podrške članovima obitelji i drugim neformalnim njegovateljima koji pružaju kućnu skrb oboljelim osobama. Pružanje skrbi bolesnoj osobi je iznimno zahtjevno te predstavlja rizičan čimbenik za pojavu depresije. U smjernicama je kao važan dio skrbi u kući navedeno da zdravstveni djelatnici trebaju ohrabriti i poticati osobe koje pružaju skrb na usvajanje niza praktičnih vještina, s ciljem ostvarenja sigurne i kvalitetne skrbi za bolesnike (60).

Kod pacijenata kod kojih se provodi kućno liječenje najveći dio skrbi pružaju članovi obitelji koji se moraju suočiti sa prilagodbom na novi način života. Obitelji se suočavaju sa sve većim zahtjevima da pruže odgovarajuću skrb starijim i kronično bolesnim pacijentima, pri čemu se susreću s brojim izazovima. Kod nekih članova obitelji kao posljedica dugotrajne i zahtjevne skrbi za oboljelu osobu dolazi do fizičkih i psihičkih poteškoća. Osim pružanja konkretne skrbi, jedan od najznačajnijih oblika obiteljske potpore je emocionalna potpora. Razlikujemo nekoliko tipova socijalne i obiteljske potpore: instrumentalna, informacijska i emocionalna potpora. Instrumentalna potpora odnosi se na konkretno pružanje usluga i njege (prijevoz pacijenta do bolnice, aplikacija inzulina...). Informacijska potpora obično uključuje davanje informacija i savjeta o liječenju. U emocionalnu potporu ubrajamo aktivno slušanje, empatiju i pružanje osjećaja oboljeloj osobi da nam je stalo do nje i da je voljena (18).

Neformalni njegovatelji, odnosno članovi obitelji koji skrbe za oboljelu osobu suočeni su sa visokom razinom stresa. Dolazi do narušavanja njihovog fizičkog i psihičkog zdravlja, a poteškoće koje se javljaju povezane su sa trajanjem i tipom skrbi, funkcionalnim i kognitivnim poteškoćama oboljelog člana obitelji, kao i financijskim opterećenjem i sukobima unutar obitelji. Primjerice, skrb za bolesnika s demencijom je zahtjevnija od skrbi za osobu s tjelesnim oštećenjem. Pružanje pomoći koje ne uspijeva unaprijediti kvalitetu života bolesnika može dovesti do frustracije i negativnih zdravstvenih učinaka za pružatelja skrbi. U kontekstu skrbi za oboljelog člana obitelji važno je istaknuti značaj percepcije skrbnika o tome koliko pacijent pati. U literaturi se navodi da su emocionalna i egzistencijalna patnja pacijenata bile značajno povezane s pojavom depresije kod pružatelja skrbi i korištenjem antidepresiva. Iako se uz skrb za

oboljelog člana obitelji najčešće vežu negativne posljedice na zdravlje njegovatelja, potrebno je istaknuti da pružanje skrbi također može biti korisno, na način da omogućuje skrbnicima da se dobro osjećaju, nauče nove vještine i osnaže obiteljske odnose (61).

## 6. ZAKLJUČCI

U današnje vrijeme se susrećemo s rastućim brojem starijih osoba kojima je potrebna zdravstvena skrb. Troškovi bolničkog liječenja, a posebice liječenja kroničnih nezaraznih bolesti, predstavljaju veliko opterećenje za zdravstveni sustav. Kao jedno od mogućih rješenja problema u literaturi se navodi kućno liječenje pacijenata. Brojna istraživanja pokazala su pozitivne učinke kućnog liječenja, a najčešće se navode: smanjenje troškova skrbi, veća razina zadovoljstva, poboljšanje kvalitete života, poznata okolina, veća sloboda za pacijente. Kućno liječenje pokazalo se kao učinkovita alternativa bolničkom liječenju kod bolesnika s kroničnom opstruktivnom plućnom bolešću, zatajivanjem srca ili kod palijativnih pacijenata. Važno je istaknuti značaj prijelazne skrbi iz bolnice u kućne uvjete, a ona treba biti na vrijeme planirana i dobro organizirana. Kao posljedica neadekvatnog prijelaza skrbi može doći do nuspojava, nezadovoljstva i visokih stopa rehospitalizacije. Upravo je u tom segmentu skrbi posebno značajna dobra komunikacija i suradnja sa članovima bolesnikove obitelji.

Osim dobre edukacije zdravstvenih djelatnika, s ciljem osiguranja kvalitetne skrbi iznimno je važna dobra komunikacija i timski rad svih zdravstvenih djelatnika. Također, za kvalitetnu skrb i postizanje cjelokupne dobrobiti potrebno je ostvariti partnerski odnos s članovima obitelji koji skrbe za bolesnika te razumjeti poteškoće s kojima se susreću. Poznato je da se članovi obitelji koji skrbe za oboljelu osobu svakodnevno suočavaju s visokom razinom stresa zbog zahtjevne uloge koju imaju u procesu skrbi, a izloženost takvim situacijama može imati nepovoljne učinke na njihovo fizičko i mentalno zdravlje.

Pozitivne učinke na kvalitetu i dostupnost zdravstvene skrbi za pacijente koji su korisnici kućnog liječenja ima telemedicina. Ovaj inovativniji pristup kućnom liječenju omogućuje da se korištenjem elektroničkih komunikacijskih tehnologija povezuje pacijent na jednoj lokaciji sa zdravstvenim djelatnikom na drugoj lokaciji. Rezultati nekih istraživanja pokazali su da primjena telekomunikacijskih usluga osnažuje pacijente, utječe na njihove stavove i ponašanje te ima potencijal unaprijediti zdravstveno stanje pacijenata.

## **7. ZAHVALA**

Zahvaljujem se svojoj mentorici doc. dr. sc. Zlati Ožvačić Adžić na stručnoj pomoći, savjetima i potpori pri izradi ovog rada.

Veliko hvala mojoj obitelji na podršci, a posebno mami koja je uvijek vjerovala u mene i koja mi je najveći oslonac u životu.



## 8. LITERATURA:

1. Katić M, Švab I. Obiteljska medicina. Zagreb: Alfa; 2013.
2. Shepperd S, Doll H, Angus R, Clarke M, Iliffe S, Kalra L, Ricauda N, i sur. Hospital at home admission avoidance. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014; (4). [Pristupljeno: 4.3.2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4033791/>
3. Lindsey E. Community home-based care in resource-limited settings : a framework for action [Internet]. World Health Organisation [Pristupljeno: 9.3.2019.]. Dostupno na: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42523>
4. Smyth MG, Hoult J. The home treatment enigma. *BMJ.* 2000; 320(7230): 305–309. [Pristupljeno: 9.3.2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117491/>
5. Low LF, Yap M, Brodaty H. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Serv Res.* 2011. [Pristupljeno: 10.3.2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21549010>
6. Tappenden P, Cambell F, Rawdin A, Wong R, Kalita N. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of home-based, nurse-led health promotion for older people: a systematic review. *Health Technol Assess.* 2012. [Pristupljeno: 11.3. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22490205>
7. Labson MC. Innovative and Successful Approaches to Improving Care Transitions From Hospital to Home. *Home Healthc Now.* 2015; 33(2): 88–95. [Pristupljeno: 12.3.2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4541024/>
8. Shepperd S, Doll H, Broad J, Gladman J, Iliffe S, Langhorne P i sur. Hospital at home early discharge. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009. [Pristupljeno: 12. 3. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4175532/>
9. Allen J, Hutchinson AM, Brown R, Livingston PM. Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2014. [Pristupljeno: 12. 3. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25128468>

10. Storm M, Siemens IM, Laugaland K, Dyrstad DN, Aase K. Quality in transitional care of the elderly: Key challenges and relevant improvement measures. *Int J Integr Care*. 2014. [Pristupljeno: 15. 3. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4027895/>
11. Naylor M, Keating SA. Transitional Care: Moving patients from one care setting to another. *Am J Nurs*. 2008; 108(9): 58-63. [Pristupljeno: 15. 3. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2768550/>
12. Mistiaen P, Francke AL, Poot E. Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: a systematic meta-review. *BMC Health Serv Res*. 2007. [Pristupljeno: 16. 3. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1853085/>
13. Wuytack F, Devane D, Stovold E, McDonnell M, Casey M, McDonnell TJ i sur. Comparison of outpatient and home-based exercise training programmes for COPD: A systematic review and meta-analysis. *Respirology*. 2018; 23(3):272-283. [Pristupljeno: 20. 3. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29194864>
14. Escarrabill J. Discharge planning and home care for end-stage COPD patients. *Eur Respir J*. 2009; 34(2):507-12. [Pristupljeno: 20. 3. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19648525>
15. Neves LF, Reis MH, Goncalves TR. Home or community-based pulmonary rehabilitation for individuals with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *Cad Saude Publica*. 2016; 32(6). [Pristupljeno: 20. 3. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27333130>
16. Bourbeau J, Julien M, Maltais F, Beaupré A, Bégin R, Renzi P i sur. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Arch Intern Med*. 2003; 163(5):585-91. [Pristupljeno: 24. 3. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12622605>

17. Felix SF, Jadwiga A, Wright J, Greenstone M. Hospital at home for patients with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: systematic review of evidence. *BMJ*. 2004; 329(7461): 315. [Pristupljeno: 24. 3. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC506849/>
18. Taylor RB, David AK, Fields SA, Phillips DM, Scherger JE. *Family Medicine: Principles and Practices*. 6. izd. New York: Springer; 2002.
19. Postma DS, Ten H, Kerstjens HA, Koeter GH. Home treatment of COPD exacerbations. *Thorax*. 1999; 54(2): 8-13. [Pristupljeno: 28. 3. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765932/>
20. Chetty M, MacKenzie M, Douglas G, Currie GP. Immediate and early discharge for patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: is there a role in “real life”? *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2006; 1(4): 401–407. [Pristupljeno: 28. 3. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2707805/>
21. Skwarska E, Cohen G, Skwarski KM, Lamb C, Bushell D, Parker S i sur. Randomized controlled trial of supported discharge in patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*. 2000; 55(11):907-12. [Pristupljeno: 2. 4. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11050258>
22. Inamdar AA, Inamdar AC. Heart Failure: Diagnosis, Management and Utilization. *J Clin Med*. 2016; 5(7). [Pristupljeno: 3. 4. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27367736>
23. Health Quality Ontario. In-Home Care for Optimizing Chronic Disease Management in the Community. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2013; 13(5): 1–65. [Pristupljeno: 3. 4. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3804052/>
24. Brotons C, Falces C, Alegre J, Ballarin E, Casanovas J, Cata T i sur. Randomized clinical trial of the effectiveness of a home-based intervention in patients with heart failure: the IC-DOM study. *Rev Esp Cardiol*. 2009; 62(4):400-8. [Pristupljeno: 4. 4. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19401125>
25. Jolly K, Lip GJ, Taylor RS, Raftery J, Mant J, Lane D i sur. The Birmingham Rehabilitation Uptake Maximisation study (BRUM): a randomised controlled trial comparing home-based with centre-based cardiac rehabilitation. *Heart*. 2009;

- 95(1):36-42. [Pristupljeno: 5. 4. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18332063>
26. Taylor RS, Dalal HM, Zawada A, Jolly K, Moxham T. Home based versus centre based cardiac rehabilitation: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2010. [Pristupljeno: 5. 4. 2019.]. Dostupno na: <https://www.bmj.com/content/340/bmj.b5631>
27. Chiu WK, Newcomer R. A systematic review of nurse-assisted case management to improve hospital discharge transition outcomes for the elderly. *Prof Case Manag*. 2007; 12(6):330-6. [Pristupljeno: 5. 4. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18030153>
28. Heron N, Kee F, Donnelly M, Cardwell C, Tully MA, Cupples ME. Behaviour change techniques in home-based cardiac rehabilitation: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2016; 66(651):747-57. [Pristupljeno: 6. 4. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27481858>
29. Blair J, Corrigan H, Angus NJ, Thompson DR, Leslie S. Home versus hospital-based cardiac rehabilitation: a systematic review. *Rural Remote Health*. 2011; 11(2):15-32. [Pristupljeno: 6. 4. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21488706>
30. Holland R, Battersby J, Harvey I, Lenaghan E, Smith J, Hay L. Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure. *Heart*. 2005; 91(7):899-906. [Pristupljeno: 6. 4. 2010.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15958358>
31. Feltner C, Jones CD, Cené CW, Zheng ZJ, Sueta CA, Coker-Schwimmer EJ. Transitional care interventions to prevent readmissions for persons with heart failure: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2014; 160(11):774-84. [Pristupljeno: 7. 4. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24862840>
32. Boland L, Légaré F, Becerra Perez MM, Menear M, Marjolein Garvelink M, McIsaac DI. Impact of home care versus alternative locations of care on elder health outcomes: an overview of systematic reviews. *BMC Geriatr*. 2017. [Pristupljeno: 8. 4. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5237488/>

33. Dawson A, Bowes A, Kelly F, Velzke K, Ward R. Evidence of what works to support and sustain care at home for people with dementia: a literature review with a systematic approach. *BMC Geriatr.* 2015. [Pristupljeno: 8. 4. 2019.]. Dostupno na: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-015-0053-9>
34. Jones K. Integrated care pilot programme: ensuring people with dementia receive joined up care. *Nurs Times.* 2010; 106(10):12-4. [Pristupljeno: 9. 4. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20426294>
35. Schoenmakers B, Buntix F, Delepeleire J. What is the role of the general practitioner towards the family caregiver of a community-dwelling demented relative? A systematic literature review. *Scand J Prim Health Care.* 2009; 27(1):31-40. [Pristupljeno: 9. 4. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19040191>
36. Wood EM, Zani B, Esterhuizen TM, Young T. Nurse led home-based care for people with HIV/AIDS. *BMC Health Serv Res.* 2018; 18(1):219. [Pristupljeno: 10. 4. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29587719>
37. Langhorne P, Holmgvist LV. Early supported discharge after stroke. *J Rehabil Med.* 2007; 39(2):103-8. [Pristupljeno: 10. 4. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17351690>
38. Hofmeister M, Memedovich A, Dowsett LE, Sevick L, McCarron T, Spackman E. Palliative care in the home: a scoping review of study quality, primary outcomes, and thematic component analysis. *BMC Palliative Care.* 2018. [Pristupljeno: 10. 4. 2019.]. Dostupno na: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-018-0299-z>
39. Shepperd S, Wee B, Straus SE. Hospital at home: home-based end of life care. *Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 2011. [Pristupljeno: 11. 4. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21735440>
40. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson IJ. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 2013. [Pristupljeno: 12. 4. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23744578>

41. Elkan R, Kendrick D, Hewitt M, Robinson JJ, Tolley K, Blair M. The effectiveness of domiciliary health visiting: a systematic review of international studies and a selective review of the British literature. *Health Technol Assess.* 2000. [Pristupljeno: 12. 4. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11044956>
42. Brumley RD, Enquidanos S, Cherin DA. Effectiveness of a home-based palliative care program for end-of-life. *J Palliat Med.* 2003; 6(5):715-24. [Pristupljeno: 12. 4. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14622451>
43. Brumley RD, Enquidanos S, Jamison P, Seitz R, Morgenstern N, Saito S. Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. *J Am Geriatr Soc.* 2007; 55(7):993-1000. [Pristupljeno: 13. 4. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17608870>
44. Rheuban K, Shanahan C, Willson K. Telemedicine: Innovation Has Outpaced Policy. *Virtual Mentor.* 2014; 16(12):1002-9. [Pristupljeno: 15. 4. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25493370>
45. Lunde Husebø AM, Storm M. Virtual Visits in Home Health Care for Older Adults. *The Scientific World Journal.* 2014. [Pristupljeno: 19. 4. 2019.]. Dostupno na: <https://www.hindawi.com/journals/tswj/2014/689873/cta/>
46. Finkelstein SM, Stuart MS, Zhou X, Potthoff S, Ratner ER. Perception, satisfaction and utilization of the VALUE home telehealth service. *Journal of Telemedicine and Telecare.* 2011;17(6):288-292. [Pristupljeno: 19. 4. 2019.]. Dostupno na: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1258/jtt.2011.100712>
47. Schmidt S, Schuchert A, Krieg T, Oeff M. Home Telemonitoring in Patients With Chronic Heart Failure - A Chance to Improve Patient Care?. *Dtsch Arztebl Int.* 2010; 107(8):131-138. [Pristupljeno: 20. 4. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2840250/>
48. Louis AA, Turner T, Gretton M, Baksh A, Cleland JG. A systematic review of telemonitoring for the management of heart failure. *Eur J Health Fail.* 2003; 5(5):583-90. [Pristupljeno: 20. 4. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14607195>
49. Paré G, Jaana M, Sicotte C. Systematic Review of Home Telemonitoring for Chronic Diseases: The Evidence Base. *J Am Med Inform Assoc.* 2007; 14(3):269-277.

- [Pristupljeno: 21. 4. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2244878/>
50. Stavljenić Rukavina A, Kalanj K. Mjere za poboljšanje kvalitete zdravstvene skrbi. *Medix*. 2010. 16(86):134-8. [Pristupljeno: 26. 4. 2019.]. Dostupno na: [https://hrcak.srce.hr/index.php?show=toc&id\\_broj=4148](https://hrcak.srce.hr/index.php?show=toc&id_broj=4148)
51. Sears N, Baker GR, Barnsley J, Shortt S. The incidence of adverse events among home care patients. *Int J Qual Health Care*. 2013; 25(1):16-28. [Pristupljeno: 26. 4. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23283731>
52. MacDonald MT, Lang A, Storch J, Stevenson L, Barber T, Iaboni K i sur. Examining markers of safety in homecare using the international classification for patient safety. *BMC Health Serv Res*. 2013. [Pristupljeno: 26. 4. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3669614/>
53. Guise V, Anderson J, Wiig S. Patient safety risks associated with telecare: a systematic review and narrative synthesis of the literature. *BMC Health Serv Res*. 2014. [Pristupljeno: 27. 4. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25421823>
54. Haken TI, Allouch BS, van Harten WH. The use of advanced medical technologies at home: a systematic review of the literature. *BMC Public Health*. 2018; 18(1):284. [Pristupljeno: 29. 4. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29482550>
55. Van Kempen JA, Robben SH, Zuidema SU, Olde Rikkert MG, Melis RJ, Schers HJ. Home visits for frail older people: a qualitative study on the needs and preferences of frail older people and their informal caregivers. *Br J Gen Pract*. 2012; 62(601):554-60. [Pristupljeno: 30. 4. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22867679>
56. Shang J, Ma C, Poghosyan L, Dowding D, Stone P. The prevalence of infections and patient risk factors in home health care: a systematic review. *Am J Infect Control*. 2014; 42(5):479-84. [Pristupljeno: 30. 4. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24656786>
57. Molloy MA, Cary MP Jr, Breenan-Cook J, Cantey DS, Tocchi C, Bailey DE Jr i sur. Preparing Clinicians for Transitioning Patients Across Care Settings and Into the

- Home Through Simulation. Home Healthc Now. 2018; 36(4):225-231. [Pristupljeno: 3. 5. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29979303>
58. Fathi R, Sheehan OC, Garrigues SK, Saliba D, Leff B, Ritchie CS. Development of an Interdisciplinary Team Communication Framework and Quality Metrics for Home-Based Medical Care Practices. J Am Med Dir Assoc. 2016; 17(8):725-729. [Pristupljeno: 3. 5. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27217093>
59. Woodward C, Abelson J, Brown J, Hutchison B. Measuring Consistency of Personnel in Home care: Current Challenges and Findings. A Shortened Version of the Report [Internet]. McMaster University Hamilton [Pristupljeno: 4. 5. 2019.]. Dostupno na: <http://www.chepa.org/Files/Working%20Papers/02-01update.pdf>
60. World Health Organization. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. 2017. [Pristupljeno: 5. 5. 2019.]. Dostupno na: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258981>
61. Schulz R, Sherwood PR. Physical and Mental Health Effects of Family Caregiving. Am J Nurs. 2008; 108(9):23-27. [Pristupljeno: 9. 5. 2019.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2791523/>



## 9. ŽIVOTOPIS

Rođena sam 24.8.1995. u Karlovcu. Od 2010. do 2014. pohađala sam XV. gimnaziju u Zagrebu. Preddiplomski studij sestrinstva na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu upisala sam 2014. godine. Po završetku studija, 2017. godine upisala sam Sveučilišni diplomski studij sestrinstva na Medicinskom fakultetu. Na trećoj godini preddiplomskog studija bila sam demonstrator na kolegiju Zdravstvena njega – nastavne cjeline obuhvaćene vježbama u praktikumu uključivale su: procjenu vitalnih funkcija, venepunkciju, uvođenje intravenske kanile, pripremu infuzijskih otopina, postupak osnovnog održavanja života uz primjenu automatskog vanjskog defibrilatora. Na prvoj godini diplomskog studija dobitnica sam Dekanove nagrade za najboljeg studenta. Aktivno sam sudjelovala na tri konferencije: Tema konferencije u Istanbulu bila je „Inovacije u sestrinstvu“, a izlagala sam rad pod naslovom „Kontinuirani napredak i inovacije u edukaciji medicinskih sestara iz Hrvatske“. U Rijeci, u sklopu konferencije čija je tema bila „Inaktivitet“, predstavila sam dva rada – „Uloga medicinske sestre u prevenciji dekubitusa“ i „Atrofija mišića kao posljedica fizičke neaktivnosti“. Rad „Ispitivanje emocija kod studenata prije, tijekom i nakon pisanja ispita“, izlagala sa u Opatiji na konferenciji pod naslovom „Povezivanje obrazovanja i najbolje prakse“. Sudjelovala sam na tečaju „Osnove elektrokardiograma i poremećaja srčanog ritma za medicinske sestre“ u organizaciji Hrvatske udruge kardioloških medicinskih sestara. Bila sam sudionik prve konferencije „Hrvatski dan debljine“ i stručnog skupa „Govorimo o depresiji“. Volontirala sam u sklopu brojnih projekata: „Pripovjedačica priča za laku noć“ je projekt u sklopu kojeg posjećujemo djecu koja se liječe na dječjim odjelima zagrebačke bolnice Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice i čitamo im priče kako bi lakše prihvatili hospitalizaciju; Projekt „Volonteri u parku“ u okviru Nacionalnog programa promicanja zdravlja „Živjeti zdravo“ s ciljem informiranja javnosti o zdravom načinu života; Međunarodni dan sestrinstva pod sloganom „Sestrinski glas za zdrav život“ gdje smo posjetiteljima mjerili krvni tlak, glukozu u krvi, tjelesnu visinu i težinu; Humanitarna akcija „Europa Donna“ organizacije „Darujmo ružičasti život“ u kojoj smo prikupljali novčana sredstva za kupnju uređaja za intraoperativno zračenje; Humanitarne akcije koje smo organizirali na fakultetu s ciljem prikupljanja hrane i igračaka za djecu.