

5. Regionalna konferencija o Alzheimerovoj demenciji, 23.-24.09.2021. Lipik

Stručno savjetovanje: BOL

Tomislav Huić, mag. art., Kako govoriti o demenciji

Govoriti o demenciji nameće i razmatranje njezine stigme. Naime, većina javnosti demenciju smatra zastrašujućom posljedicom neke psihičke ili mentalne bolesti. Tome doprinosi i etimologija riječi demencija (lat. *de – mens*, od – uma). Stoga obilježavanje (stigmatizacija) osoba koje žive sa simptomima demencije kao „ne-normalnima“, počiva na neznanju (neosnovanom strahu) i zanemarivanju posljedica (društvenoj neodgovornosti), kako je to istaknuo Tom Kitwood, socijalni psiholog, pionir psihosocijalnog pristupa osobama s demencijom.

Temeljno komunikološko pravilo nam kaže, želimo li iz javnosti ukloniti negativan govor, izbjegnimo ga. Ipak, to nije moguće jer je pojam demencija kod nas nezaobilazna medicinska oznaka dijagnoze posljedica Alzheimerove i sličnih bolesti. Zato nam preostaje jedino da se promišljenije koristimo pojmom demencija i izbjegavamo negativan govor o njoj. Primjerice: Kada govorimo o demenciji, stavimo ju u kontekst koji izražava da je ona stanje i definirajmo ju kao skup simptoma (sindrom), a ne kao bolest. I što je jako važno, nemojmo se koristiti pridjevom *dementan*, jer on u najvećem dijelu javnosti ima negativno značenje.

Govorimo li o osobama s Alzheimerovom ili sličnom bolešću, opišimo ih kao osobe koje žive sa simptomima demencije, ili jednostavno, osobama s demencijom (OsD). Izbjegnimo stoga napomene da one boluju od demencije (što je značenjski nemoguće) ili kolokvijalne opise poput: bez pameti, ishlapjeli, patnik, moron, zombi i sl.

Opisujući one koji o njima brinu u njihovom domu, istaknimo ih kao obiteljske njegovatelje i skrbnike. I na kraju, kada govorimo o životu OsD, naglasimo da im pružamo potporu, da je to vrlo izazovno i stresno. A ne da je to stravično, beznadno ili ponižavajuće.

Svoj obol borbi protiv stigmatizacije demencije prije dvije godine dala je i Svjetska zdravstvena organizacija. Ona je medicinski pojam demencija zamijenila preciznijim izrazom: neurokognitivni poremećaj, podijelivši ga u tri cjeline:

1. Delirij
2. Veliki neurokognitivni poremećaj (umjesto demencija)
3. Blagi neurokognitivni poremećaj (umjesto blagi kognitivni poremećaj).

Jasmina Kovačević, dr.med., spec. javnog zdravstva, univ.mag.sanit.publ., Alzheimerova bolest i palijativna skrb u Požeško-slavonskoj županiji

Požeško-slavonska županija (PSŽ) usvojila je dva županijska Strateška plana razvoja palijativne skrbi (PS) i uspostavila sustav PS. Ključnim dionici sustava PS su: koordinacijski centar za PS i mobilni timovi pri Domu zdravlja (DZ) PSŽ, bolnički palijativni tim pri Općoj županijskoj bolnici (OŽB) Požega, posudionice pomagala te volonteri palijativnog tima LiPa. Predviđena je organizacija odjela PS u OŽB i bolnici hrvatskih veterana Pakrac. Uz organizacijske pomake, održane su različite edukacije, a pružatelji PS sudjelovali su na CEPAMET edukacijama što je sustav dodatno osnažilo.

S ciljem procjene stanja sustava PS u PSŽ prikupljena su godišnja izvješća na razini županije te su ista objedinjena i analizirana u Zavodu za javno zdravstvo PSŽ.

Prema učinjenoj procjeni potreba, tijekom 2021. godine 323 osobe trebalo je palijativnu skrb. Analizom izvješća utvrđeno je da je 89,8% (N=290) svih palijativnih pacijenata u potrebi zbrinuto u sustavu PS DZ te im je dodijeljena šifra Z51.5. Palijativni pacijenti prepoznati su i na razini drugih zdravstvenih i socijalnih ustanova, uz značajne razlike među ustanovama. Tako je 2021. godine u bolnicama na području županije zabilježeno 224 palijativna pacijenta od toga 98% na OŽB Požega, 34 osobe bile su smještene u domovima umirovljenika Požega i Velika, 9 osoba zatražilo je skrb pri Zavodu za hitnu medicinu PSŽ, a 39 osoba bilo je u skrbi palijativnog tima LiPa.

Procjena je kako u PSŽ živi najmanje 700 osoba s Alzheimerovom bolesti (AB). Prema podacima prikupljenim putem izvješća, tijekom godine bolnice na području PSŽ skrbile su o 61 osobi s AB, Dom zdravlja o njih 38, a palijativni tim LiPa o 39 osoba.

Razvoj sustava PS značajno je pridonio poboljšavanju uvjeta skrbi za palijativne pacijente, uključujući i oboljele od AB. Potrebno je dodatno unaprijediti sustav prepoznavanja palijativnih i pacijenata s AB. Pravodobna dijagnoza i odgovarajuće skrb od velikog su značaja za kvalitetu života ovih pacijenata.

Marijan Višaticki, dipl.iur., Pravni aspekti pružanja palijativne skrbi u PZZ

Polazišna točka pružanja institucionalne zdravstvene zaštite je formalno pravno definiranje iste i financijsko pravni okvir propisan od zakonodavca. Cilj ovoga rada je pokušati približiti pravne aspekte i mogućnost za ostvarivanje prava na ovu neopravdano zanemarenu zdravstvenu skrb, posebice kroz praksu u Požeško-slavonskoj županiji, ali i na razini Republike Hrvatske. U ovom radu pokušat ću ukazati na probleme na ovom području medicine, ali i na nedovoljnu mogućnost ostvarivanja ljudskog prava na primarnu zdravstvenu zaštitu u vrijeme pandemije koronavirusa - s posebnim osvrtom na palijativnu skrb na području Požeško-slavonske županije, na moguća rješenja istih, kao i na pozitivne pomake koji se već odvijaju. Namjera ovog rada jest pobuditi svijest o palijativnoj skrbi, kao

specijaliziranoj medicinskoj skrbi, potaknuti nositelje projekata o palijativnoj skrbi da, usprkos izvanrednim okolnostima koje je donijela pandemija koronavirusa, podižu razinu i standarde potrebnih usluga.

Prof.dr.sc.prim.Silva Butković Soldo, dr. med., Neurorehabilitacija boli u demenciji

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, Alzheimerova bolest je najčešći uzrok demencije. U svijetu je zahvaćeno približno 24 milijuna ljudi, a očekuje se da će se taj broj udvostručiti svakih 20 godina. Zbog starenja društva, bolest će u godinama koje dolaze sve više opterećivati zdravstvene sustav, te predstavlja važan javnozdravstveni problem.

Demencija je bolest koja, nije samo bolest osobe koja ima, bilo koji oblik demencije kao i Alzheimerova demenciju, nego je bolest koja okupira obitelj, kao i užu i širu društvenu zajednicu.

Inicijalni oblici kognitivnih poremećaja trebaju biti rani signal za dijagnostiku, uključujući sve oblike dijagnostičke obrade, od genetske obrade, neuroradiološke obrade, sa kompletnom somatskom obradom. Sve navedeno je neophodno potrebno glede evaluacija stadija bolesti, te praćenja iste, provođenje medikamentozne terapije kao i neurorehabilitacije kao cijeloživotnog procesa, od postavljanja dijagnoze do konačnog kraja.

Demencija je progresivni kronični sindrom, tj skupina neuroloških poremećaja koja obuhvaća kogniciju, afekte i dovodi do poremećaja ponašanja koji smanjuju sposobnost svakodnevnog samostalnog funkcioniranja.

Izražena je smanjena sposobnost pamćenja, mišljenja, zaključivanja, uz pojavu mentalne konfuzije, unutarnji nemir, sa poremećajem vizualne i perceptivne sposobnosti, koje daju promjenu strukture ličnosti i ponašanja. Poremećaji komunikacije i razumijevanja dovode uz poremećaje govora, do tjelesnog propadanja, sa znacima pothranjenosti-sarkopenije, te komorbiditeta, smanjeno kretanje, nemogućnost samostalnog uzimanja hrane, kao i spoznajom osjećaja gladi, potrebe za hranom i vodom. Napredovanjem bolesti javlja se poremećaj kretanja, često motorički deficit, koji je uzrokovan i medikamentoznom terapijom, a ne provođenjem rehabilitacije koje rezultira raznim komplikacijama, DVT, zakočenja u kralježnici, bolovi u velikim zglobovima sa jakom boli, koja se teško dijagnosticira, ako se oboljeli ne kontrolira, te često kasno terapija. Osnovni i primarni problem je neadekvatna komunikacija, tj poremećena ili nemoguća verbalna komunikacija pacijenta, obitelji / skrbnika i liječnika. U ovim stadijima bolesti, treba pratiti poruke tijela, mimiku, položaj u kretanju, kao i u postelji uz redovne preglede i praćenje somatskog statusa oboljelog. Bol, koja nije prepoznata, jer nam oboljeli ne može i ne zna reći da ga boli, pa zbog toga nema adekvatnu terapiju. Oboljeli se nemiri pa se često povećavaju doze lijekova za smirenje, prikriva se bol, te često pogoršava opće somatsko stanje pacijenta kao i preostala mogućnost komuniciranja.

Bol je česti uzrok nemira svih ljudi koje boli, pa tako i osoba sa demencijom.

U 21 .stoljeću nitko ne bi trebao trpiti bol, zahvaljujući paleti medikamentozne terapije, kao i rehabilitacijskih procedura. Liječenje boli je složen proces doziranja adekvatne terapije za bol, ovisi o vrsti boli, kao i ostaloj terapiji koju oboljeli uzima, uključujući i ritam prehrane.

Cijelim tijekom liječenja i skrbi oko oboljelog od demencije potrebna je timski rad: liječnici raznih specijalnosti (neurolog, psihijatar, obiteljski liječnik i po potrebi liječnici ostalih specijalnosti,) obitelj/ skrbnik kao i ostali članovi društvene zajednice.

Prof .dr.sc. Azra Alajbegović, dr.med., Neuropatska bol

Neuropatska bol nastaje kao rezultat oštećenja ili disfunkcije periferog ili centralnog nervnoga sistema. Slabo je prilagodljiva (maladaptivna), uzrokuje patnju i poremećaj bez poznate biološke koristi. Cilj zbrinjavanja pacijenata sa neuropatskom boli je da se pacijent oslobodi patnje i spriječi razvoj patologije sistema. Neuropatska bol je posljedica ozljede ili nefunkcionisanja u perifernom ili centralnom nervnom sistemu. Posrednik između podražaja i neuropatske boli su mijelinizovana A β nervna vlakna, i pojačani odziv na normalne bolne podražaje je prenešen mijelinizovanim A δ i nemijelinizovanim C vlaknima.

Periferni mehanizmi neuropatske boli uključuju membransku hiperekscitabilnost (koja može voditi do ektopičkih pražnjenja duž nerva) i perifernu senzibilizaciju.

Centralni mehanizmi uključuju centralnu senzibilizaciju, centralnu reorganizaciju A β vlakana i gubitak inhibicijskih mehanizama. "Etiketa" neuropatskog bola je pečenje, žarenje, bol. "Hyperalgesia" i "allodynia" su tipovi neuropatske boli izazvane podražajem (mehaničkim ili termičkim). Mononeuropatije, plexopatije, radikulopatije, mijelopatija, te lezije talamusa, korteksa I moždanog stable su razlog pojavi neuropatske boli. U tretmanu neuropatske boli korištena su različiti agensi od opioida, nesteroidnih antireumatika, steroida, analgetika, tricikličnih antidepresiva. Najbolju terapijsku efikasnost su pokazali antiepileptici **Karbamazepin** je bio vodeći lijek do prije dvadesetak godina kada su lidersku poziciju u kupiranju neuropatske boli preuzeli **Gabapentin** i **Pregabalin**. Etiketa neuropatske boli je stalno pečenje. Izrazi "hyperalgesia" i "allodynia" se koriste za opis tipova neuropatske boli izazvane podražajem. Hyperalgesia se odnosi na povećan odziv na bol koji stvara normalni podražaj bola. Allodynia je posljedica bola kao odziv na podražaj koji nije obično bolan. Oba mogu biti izazvana ili mehaničkim ili termičkim podražajem.

Pregled pacijenta s neuropatskom boli: anamneza, neurološki pregled I dijagnostički testovi kada su potrebni i kada ih je moguće izvesti.

Najčešća neuropatska bol treće životne dobi je postherpetična neuralgija. Postherpetična neuralgija je jedna od najčešćih i najozbiljnijih komplikacija Herpes zostera i o njoj govorimo kada i poslije izlječenja vezikula zaostane bol u zahvaćenim dermatomima. Češće se javlja kod starijih pacijenata (50% veća učestalost kod osoba preko 60 godina), a i dužina trajanja oboljenja je veća. Liječenje treba da ubrza izlječenje, ali i da smanji bol u dermatomima gdje su prije bile herpesne vezikule. Pacijenti se žale na stalne bolove u vidu žarenja, čestih žigova, ponekad dizestezijske, a koža zahvaćene regije može imati smanjenu ili povećanu osjetljivost. Liječenje se započinje antivirusnim lijekovima, a ako je potrebno i simpatičkim blokadama. Od antivirusnih lijekova najčešće se daje **Aciklovir 500 mg pet puta dnevno sedam do pet dana**.

Lokalno se može dati kapsaicin i lidokain. **Simpatičku blokadu** je najbolje početi čim se pojave prvi simptomi mada je njihova primjena uspješna i u kasnijoj fazi bolesti. Simpatička blokada se primjenjuje prve nedelje svaki ili svaki drugi dan, a zatim tri puta nedeljno, sve dok

postoji bol. Od simpatičkih blokada najčešće se koristi blok ganglion stelatuma ukoliko je herpes zahvatio glavu, vrat i gornje ekstremitete ili gornji dio toraksa. Lumbalni simpatički blok se primjenjuje kada je herpes lociran na abdomenu i donjim ekstremitetima. Može da djeluje korisno i potkožna injekcija mješavine lokalnog anestetika koja se daje u zahvaćenoj regiji. Terapija se provodi 2 do 3 puta nedeljno, a sve do izlječenja 1 puta nedeljno.

Za liječenje postherpesne neuralgije se primjenjuje farmakološka terapija, lokalno-regionalna tehnika, hirurške metode i tehnike neuroelektrične stimulacije.

Farmkološka terapija: Triciklični antidepresivi se upotrebljavaju i kod pacijernata koji imaju dugotrajne bolove, pate zbog toga od depresije, a i kod onih kod kojih je ona odsutna. Od ovih lijekova se najčešće koriste amitriptilin, Amizol, (25 mg. i to prije spavanja, a doza se može povećavati do 75 mg). Ovim antidepresivima se često dodaju i fenotiazinski preparati (oprez kod starijih osoba zbog sporednih efekata).

Antikonvulzivi. Kod ove neuralgije najčešće se primjenjuje karbamazepin (Tegretol), lamotrigin, gabapentin (Gabalept). Gabapentin se povećava postepeno od 300 mg. prvi dan, drugi dan 600 mg, treći dan 900 mg, a optimalna doza se postiže drugu sedmicu i može se povećati do 3600 mg/dan.

Kapsaicin je lijek koji se upotrebljava kod mnogih hroničnih bolova perifernog porijekla, kao što su ishemička i dijabetička neuropatija, kontakti neuritis, refleksna simpatička distrofija, a njegova primjena je efikasna i kod postherpesne neuralgije.

On djeluje tako što prvo selektivno stimuliše, a zatim blokira aferentne male nocireceptorne C fibrile tako da troši peptidne neurotransmitere kao što je supstanca P. Ovaj lijek se primjenjuje površinski (Zostrix) i oboljelo mjesto se maže tri puta dnevno. Terapija traje oko 4 nedelje, a ako se bol povрати ona se može ponoviti.

Narkotički analgetici se kod liječenja ove neuralgije upotrebljavaju vrlo obazrivo i što kraće vrijeme, kako ne bi došlo do stvaranja ovisnosti na ove lijekove.

Metode električne stimulacije kao što su TENS, akupunktura, stimulacija zadnjih snopova, intracerebralna stimulacija, su samo djelomično uspješne i od njih se najčešće preporučuju one koje su relativno bezopasne (TENS, akupunktura).

Literatura:

- 1.8.Efficacy, Safety, And tolerability of Pregabalin Treatment for Neuropathic Pain. Sharma U Young J, La Moreaux L. 26 th International Epilepsy Congress Paris, France August 2005.
- 2.Mannion RJ, Woolf CJ. Pain mechanisms and management: a central perspective. *Clin J Pain*. 2000;16:S144-S156.
- 3.Tortora GJ, Grabowski SR. *Principles of Anatomy and Physiology*. 10th ed. New York, NY: John Wiley & Sons; 2003.
- 4.Cole BE. Pain management: classifying, understanding, and treating pain. *Hospital Physician*. 2002;38:23-30.
- 5.Alajbegović A.Kliničkaneuroloja. Magistrat 2016.Sarajevo
- 6.Wright A. Neuropathic pain. In: Strong J, Unruh AM, Wright A, et al, eds: In: *Pain: A Textbook for Therapists*. 1st ed. Edinburgh, UK: Harcourt Publishers Limited, 2002.
- 7.<http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/neurologija/bol/neuropatska-bol>

Vlasta Vučevac, dr. med.,
Alzheimerova bolest i druge demencije u sustavu skrbi - ŠTO I KOGA
BOLI?

Alzheimer demencija je vrlo specifična bolest, a brojnim smetnjama i tegobama, koje se ušuljavaju u život bolesnika i stvaraju brojne probleme koji nisu odmah prepoznatljivi ni bolesniku ni obitelji, a ni obiteljskom liječniku.

Sama bolest zahtjeva kontinuiranu palijativnu skrb od postavljanja dijagnoze, ali nažalost se bolest prepoznaje prekasno i bolesnici ne dobivaju skrb koja im je potrebna.

Osnovni cilj je rana dijagnostika bolesti i kontrola svih simptoma, ponajprije simptoma boli, koji nije uočljiv i prepoznatljiv, iz razloga što ti bolesnici već u ranoj fazi bolesti, a pogotovo u uznapređenoj nisu sposobni iskazati svoje tegobe, zbog apatije, depresije, poremećaja govora, itd. Kod tih bolesnika moramo znati promatrati ih, uočavati izraze lica, pokrete očiju, "mimiku", pokrete ruku, koji ukazuju na njihove tegobe. Simptom boli, kao najčešći i najneugodniji, mora biti prepoznat i ne smijemo dozvoliti patnju bolesnika jer pati i bolesnik i obitelj!

Uz fizičku bol pacijent ima izrazito jaku psihičku bol, on ne razumije što se s njim događa, a zbog promjena na kongnitivnom planu nije sposoban iskazati svoje tegobe i često pati neopaženo. Uz te pacijente je vezana i socijalna problematika, a ni duhovna skrb ne smije biti zaboravljena.

Bolest se razvija u etapama, otkazivanje kongnitivnih funkcija je postepeni proces i za bolesnika se mora napraviti plan dnevne skrbi. Za sada o bolesniku skrbe 24 sata članovi obitelji, "neformalni" njegovatelji, a što direktno utječe na njihovu kvalitetu života. Nemamo sustav koji bi bio potpora obitelji i koji bi u određenom trenu mogao preuzeti bolesnika, pa čak ni u posljednjoj fazi bolesti.

U dosadašnjim programima razvoja palijativne skrbi uspjeli smo u Nacionalnom planu razvoja palijativne skrbi definirati palijativnu skrb Alzheimer bolesnika kao posebnu grupu bolesnika, sa ciljem razvoja Nacionalnog plana za skrb Alzheimer bolesnika i osnivanjem Centra za skrb Alzheimer bolesnika.

Alzheimer bolesnik nije samo problem u sustavu zdravstvene zaštite, već se odnosi i na sustav socijalne skrbi, zapravo taj bolesnik zahtjeva intersektorsku suradnju- osim liječnika i medicinskih sestara morali bi biti uključeni i psiholozi, radni i art terapeuti, fizioterapeuti, kao i pravna služba, a uz obavezno uključivanje dobro educiranih volontera i članova obitelji.

Ali ni to nije dovoljno - državne institucije, civilno društvo, vjerske zajednice, kao i poslovni sektor, osiguravajuća društva, fondacije, farmaceutske tvrtke, svi bi morali biti svjesni stvarnosti, da broj Alzheimer bolesnika raste nevjerojatnom brzinom, da imamo veliki udio starog stanovništva, i da nas čeka epidemija Alzheimer, i da je za njih potreban poseban program skrbi, pa tako gledano skrb Alzheimer bolesnika postaje javno-zdravstveni problem. Taj problem se ne može drugačije riješiti već uključivanjem cijelog društva, s naglaskom na obaveznu aktivnost lokalne zajednice.

Prim. Ana Sruck, dr.med.,

Prevalencija i uzroci boli u bolesnika s demencijom

Podaci iz literature upućuju na širok raspon prevalencije boli u osoba s demencijom. Razlike u rezultatima istraživanja posljedica su heterogenosti istraživanja koja se može objasniti različitim dizajnom i postavkama istraživanja, karakteristikama bolesnika i definicijom boli. Tome mogu doprinijeti i iznimne poteškoće u prepoznavanju i procjeni boli kod osoba s uznapređovalom demencijom, koje predstavljaju veliki i sveobuhvatan izazov. Smatra se da u ustanovama za dugotrajnu skrb, velika većina ljudi s demencijom redovito osjeća bol. Približna procjena prevalencije boli u osoba s demencijom je oko 50% no može se razlikovati između različitih vrsta demencije. Primarno objašnjenje visoke prevalencije boli je da osobe s težim simptomima demencije, uključujući oštećenu verbalnu komunikaciju, imaju ograničenu sposobnost prijavljivanja boli njegovateljima i zdravstvenim djelatnicima. Prema rezultatima preglednog istraživanja iz 2016.g., prevalencija boli u Alzheimerovoj demenciji (AD) je 45,8% , u vaskularnoj demenciji (VaD) 56,4% dok je u miješanoj demenciji (MD) 53.9%. Za ove razlike smatraju se odgovornima neuropatološke promjene koje dovode, osim do smanjene funkcije, i do promjene u percepciji boli. Percepcija boli kod AD može biti promijenjena zbog gubitka sive tvari, što dovodi do povećane tolerancije na bol bez promjene praga boli. U VaD se bolno iskustvo može povećati zbog lezija bijele tvari. Oprečno, u frontotemporalnoj demenciji (FTD), zbog prevladavanja atrofije frontalnog korteksa, bolno se iskustvo može smanjiti, sve do potpunog gubitka svjesnosti o boli. Kod demencije s Lewyjevim tjelešcima (DLB) percepcija boli može biti promijenjena zbog oštećenja mozga uzrokovanoga Lewyjevim tjelešcima i kortikalnom atrofijom. Nociceptivna i visceralna bol u demenciji je obično povezana s patološkim stanjima mišićno-koštanog, gastrointestinalnog i kardiovaskularnog sustava, infekcijama mokraćnog mjehura i bubrega, dekubitusima te poteškoćama sa zubima i ustima. Periferna neuropatska bol je također prilično česta, u sklopu postherpetičke neuralgije i dijabetičke polineuropatije, koje su češće u osoba starije dobi. Centralna neuropatska bol posebno je česta u osoba s VaD. Adekvatno prepoznavanje i liječenje boli od iznimne su važnosti jer neliječena bol može uzrokovati dodatno kognitivno i tjelesno oštećenje te pogoršavati bihevioralne i psihološke simptome demencije. Među njima su: verbalna i neverbalna agitacija, apatija, depresija, poteškoće sa spavanjem, smanjena pokretljivost i funkcionalnost, padovi, halucinacije, pa čak i smrt. S obzirom na veliku učestalost, demografske promjene i starenje svjetske populacije, može se očekivati da će, u bliskoj budućnosti, sve više osoba patiti od oba stanja. Za donošenje čvrstih zaključaka o prevalenciji potrebno je više dobro osmišljenih studija koje bi trebale uzeti u obzir komorbiditete te trebale biti usmjerene na uzroke, tijek i karakteristike boli.

Ključne riječi: demencija; bol; prevalencija; uzroci boli

Literatura:

Achterberg W, Lautenbacher S. Editorial: Pain in Dementia: A Distressing Combination of Several Factors. *Curr Alzheimer Res.* 2017;14(5):468-470. doi: 10.2174/156720501405170403224615.

Atee M, Morris T, Macfarlane S, Cunningham C. Pain in Dementia: Prevalence and Association With Neuropsychiatric Behaviors. *J Pain Symptom Manage*. 2021 Jun;61(6):1215-1226. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.10.011.

Husebo BS, Achterberg W, Flo E. Identifying and Managing Pain in People with Alzheimer's Disease and Other Types of Dementia: A Systematic Review. *CNS Drugs*. 2016 Jun;30(6):481-97. doi: 10.1007/s40263-016-0342-7.

Kumaradev S, Fayosse A, Dugravot A, Dumurgier J, Roux C, Kivimäki M, Singh-Manoux A, Sabia S. Timeline of pain before dementia diagnosis: a 27-year follow-up study. *Pain*. 2021 May 1;162(5):1578-1585. doi: 10.1097/j.pain.0000000000002080.

van Kooten J, Binnekade TT, van der Wouden JC, Stek ML, Scherder EJ, Husebø BS, Smalbrugge M, Hertogh CM. A Review of Pain Prevalence in Alzheimer's, Vascular, Frontotemporal and Lewy Body Dementias. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2016;41(3-4):220-32. doi: 10.1159/000444791.

Doc. dr. sc. Sanju Tomasović, dr. med.,
Procjena boli kod bolesnika u palijativnoj skrbi

Palijativna skrb je bitna komponenta u liječenju svake bolesti. Procjena boli djeluje kao poveznica između živaca, mozga i leđne moždine. Klasifikacija i procjena boli ima veliki značaj u kontroli simptoma povezanih s boli. Bol se općenito dijeli na tri vrste nociceptivne, neuropatske i mješovite ovisno o prouzročenom oštećenju. Nociceptivna bol nastaje zbog stimulacije receptora za bol u tkivima i dalje se dijeli na visceralnu i somatsku ovisno o mjestu boli. Neuropatska bol nastaje kada se živčani sustav ošteti ili počne disfunkcionirati. Procjena boli kod maligne bolesti uključuje nekoliko čimbenika kao što su mjesto, intenzitet, sindrom, vrijeme i vremenska varijacija boli. Edmontonski sustav stadija za prognozu boli kod raka naširoko se koristi za upravljanje boli uključuje emocionalni/psihološki stres, kognitivno oštećenje uzrokovano boli. Sveobuhvatno razumijevanje procjene boli pomoći će u poboljšanju kvalitete života pacijenata. Bol se općenito definira kao neugodni osjećaji u tijelu koji nastaju zbog iskustveno različitih čimbenika poput fizičkih, psiholoških i emocionalnih (1). Bol je subjektivna jer se tolerancija na bol razlikuje od osobe do osobe. Bol se ne može kvantificirati jer je povezana s učinkovitim i senzornim komponentama. Većina pacijenata oboljelih od maligne bolesti navodi bol kao najčešći simptomi prilično ih se plaši, glavni su uzrok tjeskobe (1). Palijativna skrb je bitna komponenta u liječenju bolesti. Dobro liječenje boli važan je korak prema palijativnoj skrbi. Prije svega, vrlo je važno razumjeti uzrok boli, zatim procijeniti i upravljati boli, na kraju ponovno procijeniti i pratiti čimbenike koji uzrokuju bol. Upravljanje i pravilna procjena ovih simptoma važni su za dobrobit osobe kojoj se pruža palijativna skrb. Vrlo je važno napomenuti da je svrha palijativne skrbi omogućiti kvalitetan život kontrolirajući simptome. Da bi se to postiglo, potrebno je klasificirati i procijeniti učinke boli. Bol se klasificira u različite kategorije ovisno o trajanju, mjestu, intenzitetu i etiologiji boli.

Bol može biti akutna ili kronična ovisno o trajanju boli. Akutna bol nije dugotrajna budući da se rješava u kratkom vremenu, dok se bol koja se ne može riješiti unutar šest mjeseci smatra kroničnom boli. Kronična bol se također može podijeliti u tri vrste: nekancerozna,

karcinomska i epizodna. Intenzitet boli varira od blage do jake. Patofiziologija se uglavnom temelji na korištenju i poznavanju oštećenja tkiva (nociceptivno) i živca (neuropatsko) ili bi moglo biti nelokalizirano (visceralno) ili probojno koje je dalo Međunarodno udruženje za Studiju boli (IASP) (2, 3). Važno je napomenuti da bol može biti fizička kao i emocionalna. Provedeno je Europsko udruženje za palijativnu skrb (EAPC).

Predložen je opsežan pregled upravljanja upotrebom alata za procjenu boli u istraživanju palijativne skrbi (3–5). Nova revidirana verzija prognostike boli kod maligne bolesti uključila je emocionalni/psihološki stres, kognitivno oštećenje uzrokovano boli u Edmontonov sustav stadija za bol kod maligne bolesti (4). Ovo poboljšanje u prognostici boli mogla je biti prediktivna od prethodnih metoda koje je koristio IASP (3). Postoje metode za stadije i progresiju maligne bolesti poput TNM klasifikacije malignih tumora (TNM). Nažalost, ne postoji konsenzus o jedinstvenom standardiziranom alatu za procjenu boli (6). Razlog tome je raznolika priroda raka i njegove malignosti te različita percepcija i tolerancija boli kod bolesnika (6, 7). Također, kriva je manja predvidljivost prirode dostupnih alata, jer ponekad mehanizmi nisu dobro poznati. Za rad na ovom problemu trebalo bi se smatrati izvedivim opsežna studija literature o fizičkoj, medicinskoj, psihološkoj pozadini i obrazovanje o samosvijesti/prihvatanju boli.

Bol dijelimo u nociceptivnu (somatsku i visceralnu) i nenociceptivna bol (neurogena bol i psihološki učinak na bol). Intenzitet boli je subjektivan od osobe do osobe, stoga se koriste upitnici za procjenu boli koji u slikovnom obliku komuniciraju između pacijenta i njegovatelja gdje njegovatelj dobiva predodžbu o situaciji i može planirati postupke prije tretmana. Ovi alati za mjerenje intenziteta boli igraju glavnu ulogu u procjeni boli i alata koji se koriste za analizu. Postoji mnogo alata, no malo ih se često koristi, poput McGillova upitnika o boli, Wong-Bakerove ljestvice boli na licu, vizualne analogne i numeričke ljestvice. Mnogi od njih rabe sličnu metodu prezentirajući pacijentu slikovnu ili numeričku ljestvicu s kojom se osoba može poistovjetiti i osoba može točno odrediti na kojem dijelu ljestvice misli da se nalazi pretrpljena bol (7,8,9). Procjena boli ostaje prilično izazovna za njegovatelje. Razlog je prvi što ne postoji konsenzus ili format koji govori zajedničkim jezikom masama. Bol kod pojedinaca djeluje različito i iako dvoje ljudi pati od istih bolesti, na njihovu će toleranciju na bol utjecati mnogi okolišni i genetski čimbenici. Razlike u mjestu, razumijevanju i precizno određivanje boli, različite prirode u intenzitetu i promjene u istom intenzitetu zbog prethodnih/tekućih emocionalnih previranja, što dovodi do upotrebe ista vrsta metode za svaku zastarjelu. Mnogi alati za ocjenjivanje su ili zanemareni ili su još uvijek pod strogim pregledom od strane kolega. Neki, poput IASP alata za procjenu, ne mogu predvidjeti buduće kretanje simptoma boli i njihov iscrpljujući učinak (10). Iako ECS-CP, CPPS i ABPAT mogu do neke mjere predvidjeti, nisu u rangu s osnovnim TNM stadijem maligne bolesti. Intenzitet boli vrlo je subjektivan i razlikuje se od pacijenta do pacijenta. Multidimenzionalne skale su skale koje se koriste kod bolesnika koji imaju kroničnu ne-malignu bol: Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC), Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia-2 Pain Scale (MOBID-2), DOLOPLUS 2 Non-pain scale Pain Assessment for the Dementing Elderly scale (PADE). Communicative Patients' Pain Assessment Instrument (NOPPAIN) (11). CNVI je koristan kod procjene boli kod bolesnika s demencijom i drugih kognitivnih poteškoća ili nemogućnosti verbalizacije boli. PAINAD je koristan kod procjene boli kod bolesnika s

demencijom i drugih kognitivnih poteškoća ili nemogućnosti verbalizacije boli (11,12). Primjena ljestvica i upitnika o procjeni boli u određenoj mjeri može na objektivan način pomoći u procjeni adekvatne primjene vrste i doze lijeka i s time u vezi spriječiti hipodoziranje ili pak prekomjernu uporabu (opioidnih) analgetika kod palijativnih bolesnika te im u konačnici pružiti bolju kontrolu boli.

Literatura:

1. Brescia, F.J., et al., Pain, opioid use, and survival in hospitalized patients with advanced cancer. 1992. 10(1): p. 149-155.
2. Caraceni, A. and M.J.C. Shkoda, Cancer pain assessment and classification. 2019. 11(4): p. 510.
3. Hjermstad, M.J., et al., Assessment and classification of cancer pain. 2009. 3(1): p. 24-30.
4. Bruera, E., et al., The Edmonton staging system for cancer pain: preliminary report. 1989. 37(2): p. 203-209.
5. Hølen, J.C., et al., Pain assessment tools: is the content appropriate for use in palliative care? 2006. 32(6): p. 567-580.
6. Woodard, G.A., K.D. Jones, and D.M. Jablons, Lung cancer staging and prognosis, in Lung Cancer. 2016, Springer. p. 47-75.
7. Kumar, P. and L.J.I.J.o.P. Tripathi, Challenges in pain assessment: Pain intensity scales. 2014. 28(2): p. 61.
8. Cervero, F.J.P.T.o.t.R.S.o.L.B., Biological Sciences, Visceral nociception: peripheral and central aspects of visceral nociceptive systems. 1985. 308(1136): p. 325-337.
9. Woolf, C.J.B.J.o.A., Somatic pain-- pathogenesis and prevention. 1995. 75(2): p. 169-176.
10. Gierthmühlen, J. and R. Baron. Neuropathic pain. in Seminars in Neurology. 2016. Thieme Medical Publishers.
11. Mari:ssa C Galicia-Castillo C.M. and Weiner D.K. Treatment of chronic non-cancer pain in older adults
12. McGuire Guire DB et all. Pain Assessment in Non-Communicative Adult Palliative Care Patients. NursClinNorthAm. 2016 Sep; 51(3):397-431.

Doc. dr. sc.Koraljka Bačić Baronica, dr.med.,

Fabijan Đumbir, dr.med.,

Terapija boli kod bolesnika na palijativnoj skrbi

Liječenje boli kod bolesnika na palijativnoj skrbi posebice dementnih bolesnika je izazovno iz više razloga. Prvi je da se najčešće radi o starijim bolesnicima s drugim komorbiditetima, a drugi da je kod bolesnika s kognitivnim oštećenjima otežana procjena boli kao i učinka lijekova protiv boli. Postoji niz validiranih skala kojima se procjenjuje bol kod bolesnika s kognitivnim oštećenjima i bolesnika na palijativnoj skrbi. Također bolesnik može prijaviti bol no to može biti rezultat perseveracije kod bolesnika s kognitivnim oštećenjima ili kod bolesnika teško narušenog općeg stanja. U tom slučaju liječnik može pokušati s distrakcijom pažnje, odnosno preusmjeravanjem pažnje s boli na neku drugu aktivnost. Vanjski znaci koji ukazuju na postojanje boli kod teško dementnih bolesnika ili bolesnika kojima je onemogućena verbalna komunikacija su prestanak hranjenja i spavanja te grimase odnosno

bolni izraz lica. Nema jasnih smjernica za liječenje boli bolesnika s kognitivnim tegobama obzirom da je teško provesti adekvatna istraživanja o učinkovitosti i sigurnosti analgetika upravo zbog postojanja kognitivnih oštećenja.

Brojna ispitivanja pokazuju da se bol kod bolesnika s kognitivnim oštećenjima ne liječi adekvatno što je rezultiralo promjenom pristupa liječenju boli tako da se danas često u ustanovama za smještaj navedenih bolesnika primjenjuje opcija stalne primjene analgetika odnosno u kontinuiranom doznom režimu dok je ranije češća bila primjena po potrebi odnosno zahtjevu samog bolesnika. Ovim pristupom se nastoji izbjeći subdoziranje i neadekvatna kontrola boli no istovremeno ovaj pristup nosi i rizik prekojernog odnosno i nepotrebnog uzimanja analgetika uz koji onda raste i rizik nuspojava kao i pogoršanja simptoma kognitivnog oštećenja kod primjene nekih lijekova.

Osnovna preporuka je da se počinje s malom dozom koja se polako povisuje do učinkovite doze uz pomno praćenje nuspojava. Obzirom da kognitivna oštećenja imaju utjecaja na percepciju boli, ali i farmakodinamiku analgetika uobičajene doze analgetika mogu biti slabije učinkovite. S druge strane kod starijih ljudi veći je broj komorbiditeta, često je prisutna polifarmacija što povećava mogućnost međusobnih interakcija lijekova, a povećana je i mogućnost bubrežnog ili jetrenog oštećenja koje se može dodatno pogoršati primjenom analgetika.

U propisivanju analgetske terapije važno je odrediti opće stanje bolesnika i prisutne komorbiditete, pokušati kvantificirati bol nekom od validiranih skala kao i odrediti vrstu boli kako bi se odabrala odgovarajuća terapija. Nužno je i odrediti cilj terapije, omjer rizika i dobiti za bolesnika, potencijalne interakcije s drugim lijekovima koje bolesnik koristi. Također je važno pažljivo pratiti bolesnika nakon uvođenja analgetske terapije, ne samo radi procjene učinka već i radi eventualnih nuspojava, a obzirom na dob nekad je nužna i prilagodba doze uz praćenje parametara bubrežne i jetrene funkcije. Kao analgetik prvog izbora kod blage do umjerene boli koristi se paracetamol u dozi do 3 grama s dnevno s malim rizikom nuspojava. Preporuča se čim kraće korištenje nesteroidnih protuupalnih lijekova zbog nuspojava koje su izraženije u starijoj dobi poput gastrointestinalnog krvarenja, bubrežnog oštećenja i srčanog popuštanja. U zadnje vrijeme primjetan je porast primjene opioda kod dementnih bolesnika. Česta je primjena buprenorfina u obliku transdermalnog flastera koja kao nuspojavu ima razvoj somnolencije ili pogoršanje kognitivnih i bihevioralnih simptoma. Oksikodon i morfin imaju nešto manje nuspojava, dok kombinacija oksikodona i naloksone ima još bolji profil sigurnosti i podnošljivosti. Kao adjuvantni analgetici spominju se antidepresivi i antiepileptici, no nema kliničkih istraživanja koja bi dokazala sigurnost i učinkovitost kod liječenja boli kod bolesnika s demencijom, a postoji povećan rizik od nuspojava, interakcija s drugim lijekovima i interakcija sa osnovnom bolesti uz pogoršanje simptoma iste. Kao i općenito u liječenju boli preporuča se interdisciplinarni pristup i primjena farmakoloških i nefarmakoloških metoda liječenja boli uz pomno praćenje bolesnika.

Literatura:

Achterberg WP, Pieper MJ, van Dalen-kok AH, et al. Pain management in patients with dementia. Clin Interv Aging. 2013

Defrin R, Amanzio M, de Tommaso M, et al. Experimental pain processing in individuals with cognitive impairment: current state of the science. Pain. 2015

MJ, van Dalen-kok AH, et al. Pain management in patients with dementia. Clin Interv Aging. 2013.

Neumann-Podczaska A, Nowak T, Suwalska A, et al. Analgesic use among nursing homes residents, with and without dementia, in Poland. Clin Interv Aging. 2016

Shen C, Zhao X, Dwibedi N, Wiener RC, Findley PA, Sambamoorthi U. Opioid use and the presence of Alzheimer's disease and related dementias among elderly Medicare beneficiaries diagnosed with chronic pain conditions. Alzheimers Dement. 2018

Mehta HB, Kuo YF, Raji M, Li S, Westra J, Goodwin JS. Time trends in opioid use by dementia severity in long-term care nursing home residents. J Am Med Dir Assoc. 2020.

Jensen-Dahm C, Gasse C, Astrup A, Mortensen PB, Waldemar G. Frequent use of opioids in patients with dementia and nursing home residents: a study of the entire elderly population of Denmark. Alzheimers Dement. 2015

Husebo, B.S., Achterberg, W. & Flo, E. Identifying and Managing Pain in People with Alzheimer's Disease and Other Types of Dementia: A Systematic Review. CNS Drugs 30, 481–497 (2016).

Marissa C Galicia –Castillo Treatment of chronic non-cancer pain in older adults [Internet]. UpToDate. 2022 [last updated May 19, 2022.]. Available from: . Treatment of chronic non-cancer pain in older adults - UpToDate

P A Rochon Drug prescribing for older adults [Internet]. UpToDate. 2022 [last updated May 27, 2022.]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/drug-prescribing-for-older-adults>

Prof. dr. sc.Osman Sinanović, dr.med.

Demencija nakon moždanog udara

Moždani udar (MU) je vodeći uzrok invaliditeta među neurološkim oboljenjima, a istraživanja i intervencije povijesno su bili usmjereni na tjelesne nedostatke (motorne simptome), dok je kognitivno oštećenje (kao i drugi nemotorni simptomi) – važan aspekt za osobe koje su preživjele moždani udar – prilično zanemareno. Demencija nakon MU (post-stroke dementia/PSD) ili kognitivno oštećenje nakon MU (post-stroke cognitive impairment/PSCI) je prisutna kod jedne trećine osoba koje su preživjele MU. Opisane su različite definicije PSD i PSCI (1). Kognitivno oštećenje i demencija nakon MU (PSCID) glavni su izvor morbiditeta i mortaliteta nakon moždanog udara u cijelom svijetu. PSCID se javlja kao posljedica ishemijskog moždanog udara, intracerebralnog krvarenja ili subarahnoidalnog krvarenja. Kognitivno oštećenje i demencija koja se očituje nakon kliničkog MU kategorizirano je kao vaskularno čak i kod osoba s komorbidnom neurodegenerativnom patologijom, koja je česta kod starijih osoba i može pridonijeti kliničkoj ekspresiji PSCID-a. Manifestacije cerebralne bolesti malih krvnih žila, kao što su prikriveni moždani infarkti, lezije bijele tvari, mikrokrvarenja i kortikalni mikroinfarkti, također su česti u bolesnika s moždanim udarom i također doprinose kognitivnim ishodima (2). Starija dob, niži obrazovni status, socioekonomske razlike, premorbidni kognitivni ili funkcionalni pad, izloženost vaskularnim faktorima rizika tokom života i povijest moždanog udara povećavaju rizik od

PSCID-a. Karakteristike moždanog udara, posebno težina moždanog udara, volumen lezije, mjesto lezije, prisustvo smetnji govora i drugih nemotoronih simptoma, višestrukost i recidiv, također utječu na rizik od PSCID-a (2-5). Trenutačni izazovi u ovom području odnose se na nedostatak usklađenosti definicije i klasifikacije, PSD-a, PSCI-a, odnosno PSCID-a, vremena postavljanja dijagnoze, pristupa neurokognitivnoj procjeni i trajanja praćenja nakon moždanog udara (1-2).

Međutim, razvoj znanja o patofiziologiji, neuroimagingu i biomarkerima nudi potencijal za kliničku primjenu i može poslužiti za klinička ispitivanja, a prevencija MU i PSCID-a ostaje kamen temeljac svake strategije za postizanje optimalnog zdravlja oćenito, a posebno zdravlja mozga (2). Važan je kognitivni trening, ali i multidisciplinarni pristup u sveukupnoj rehabilitaciji koji treba uključiti rehabilitaciju govornih smetnji, smetnji čitanja i pisanja, kao i redukciju anksioznosti i depresivnosti (6-7).

Literatura:

1. Mijajlović MD, Pavlović A, Brainin M, Heiss WD, Quinn TJ, Ihle-Hansen HB, Hermann DM, Assayag EB, Richard E, Thiel A, Kliper E, Shin YI, Kim YH, Choi S, Jung S, Lee YB, SINANOVIĆ O, Levine DA, Schlesinger I, Mead G, Milošević V, Leys D, Hagberg G, Ursin MH, Teuschl Y, Prokopenko S, Mozheyko E, Bezdenezhnykh A, Matz K, Aleksić V, Muresanu D, Korczyn AD, Bornstein NM. Post-stroke dementia – a comprehensive review. BMC Med 2017; 15(1):11. doi: 10.1186/s12916-017-0779-7.
2. Rost NS, Brodtmann A, Pase MP, van Veluw SJ, Biffi A, Duering M, Hinman JD, Dichgans M. Post-stroke cognitive impairment and dementia. Cir Res 130 (8): 1252-1271.
3. Sinanović O. Cerebrovascular diseases and language disorders. Acta Clin Croat 2011; 50 (Supl 2): 94-95.
4. Sinanović O, Mrkonjić Z, Zukić S, Vidović M, Imamović K. Post-stroke language disorders. Acta Clin Croat 2011; 50: 77-92.
5. Sinanović O, Mrkonjić Z, Zečić S. Quality of life and post-stroke aphasic syndromes. Period Biol 2012; 114 (3): 435-440.
6. Zukic S, Sinanovic O, Zonic L. Two year outcomes wrting and reading disorders. Appl Neuropsychol Adult 2017; 25 (5): 395-399.
7. Glinac A, Sinanović O, Sinanović S. Multicomponent educational-rehabilitation approach in rehabilitation of patients after stroke. Eurasian J Med 2022 Aug 11. doi: 10.5152/eurasianjmed 2022.20330.

Izv.prof.dr.sc. Siniša Maslovara, dr.med.,

Značaj vestibularne rehabilitacije kod bolesnika sa demencijom

Starenjem se povećava pojavnost demencije i vestibularnih poremećaja. Već dugo je poznato da je pojavnost vrtoglavica u populaciji osoba oboljelih od demencije puno veća nego u ostaloj populaciji, ali isto tako i obrnuto, da je pojavnost demencije puno veća u osoba s bilo kojim oblikom poremećaja ravnoteže, akutnim, povratnim ili kroničnim. Pritom je kod

kroničnih oblika vrtoglavica kao što su perzistentna posturalno-percepcijska vrtoglavica (PPPD) ili bilateralna vestibularna hipofunkcija (BVH) ova pojava posebno naglašena. Poremećaji ravnoteže i demencija kod starijih osoba dovode do straha od kretanja i njegovog izbjegavanja, što može rezultirati pretjeranim mirovanjem i izbjegavanjem izlaska iz kuće. Padovi su općenito puno češći kod starijih osoba (65+), a kognitivna oštećenja kao i poremećaji ravnoteže u pravilu dodatno povećavaju njihovu vjerojatnoću. Poremećaj kognicije rezultira nesposobnošću reguliranja vestibularne funkcije pomoću vizualne percepcije, bez obzira na različitu pretpostavljenu neuropatološku pozadinu. Isto tako, to je povezano i s poremećajem hoda kod pacijenata. Sve ovo nameće potrebu procjene opasnosti od pada u populaciji oboljeloj od demencije pomoću nekog od upitnika (ABC ili Bergova ljestvica) te provođenje mjera vestibularne rehabilitacije, usmjerenih na prevenciju padova popravljanjem narušenog držanja tijela, općim kondicioniranjem i posebice poboljšanjem sposobnosti hoda. Trenutačno nažalost još uvijek nemamo uspostavljen probir starijih, rizičnih skupina na opasnost od pada, što bi u budućnosti svakako trebalo promijeniti.

izv. prof. dr. sc. Zvonimir Užarević, Važnost ranog odgoja i obrazovanja djece za osjetljivost prema osobama s demencijom

Stigmu doživljava preko 75% osoba s demencijom što pridonosi društvenoj izolaciji i kašnjenju u traženju dijagnoze i pomoći. Stoga postoji kritična potreba za poboljšanjem svijesti i pismenosti o demenciji u cijelom društvu s čime treba započeti što ranije i nastaviti u okviru cjeloživotnoga obrazovanja. Mladi ljudi su svakako ključna meta ove potrebe. Poboljšanje dječjeg razumijevanja osoba s demencijom ključno je za rješavanje ove društvene stigme. Rani odgoj i obrazovanje djece za osjetljivost prema osobama s demencijom koje provode odgojitelji i učitelji od ranoga djetinjstva posebno je važno za učinkovito poboljšanje stavova učenika prema osobama s demencijom a da se pri tome koriste metode koje su zanimljive i prihvatljive za učenike i nastavnike. Kvalitativna izvješća različitih programa koji se provode u odgojno-obrazovnom procesu pokazuju da su takvi programi prihvatljivi i privlačni za učenike i nastavnike te potvrđuju poboljšanje u empatiji učenika i njihovim namjerama ponašanja prema osobama s demencijom. Spomenuti nalazi pružaju relevantne dokaze za učinkovitost provedbe različitih programa odgoja i obrazovanja djece za osjetljivost prema osobama s demencijom kao zanimljivih programa odgoja i obrazovanja o demenciji usmjerenog prema dionicima, a usklađenog s propisanim nastavnim kurikulumom. Stereotipna uvjerenja postižu vrhunac fleksibilnosti u dobi od 10 do 14 godina, a adolescenti pokazuju značajno veću osjetljivost na obrazovanje protiv spomenute društvene stigme u odnosu na odrasle. Trenutne procjene su da trećina mladih zna nekog s demencijom. Ovo će se samo povećavati kako će se stopa prevalencije demencije prema procjenama utrostručiti na oko 131,5 milijuna diljem svijeta do 2050 godine. To znači da će sve više mladih ljudi živjeti s bakom ili djedom ili roditeljima s demencijom ili će biti povezivani s osobama s demencijom u njihovoj bližoj ili široj društvenoj zajednici.

Berislav Ruška, dr. med.,

Nefarmakološke metode liječenja boli kod palijativnih bolesnika

Palijativna skrb podrazumijeva aktivnu skrb za one bolesnike kod kojih kurativno liječenje više nema učinka. Glavni je cilj palijativne skrbi ublažavanje patnje bolesnika. Liječenje boli jedan je od osnovnih načina kako spriječiti patnju palijativnih bolesnika. Iako je medikamentozna terapija i dalje glavni i najčešći način liječenja boli kod palijativnih bolesnika, uvijek postoji potreba i za drugim, nefarmakološkim metodama liječenja boli. Iako primjena nefarmakoloških metoda liječenja boli predstavlja komplementarnu skrb za palijativne bolesnike, mali je broj izvještaja njene primjene u svakodnevnoj praksi. Nefarmakološke metode mogu se podijeliti na fizikalne metode, psihološke metode i promjene u prehrani. Primjeri fizikalnih metoda su fizikalna terapija i akupunktura. Različite psihološke metode zasnivaju se ponajprije na kognitivno-bihevioralnoj terapiji te meditaciji. Postoje dokazi i da prehrana putem anti-inflamatornih i anti-oksidativnih učinaka može također modulirati kroničnu bol. S obzirom na relativno velik broj različitih nefarmakoloških metoda kojima se može postići ublažavanje boli, izbor i način primjene pojedine metode treba biti prilagođen svakom pojedinom bolesniku ovisno o njegovom stanju i osnovnoj bolesti. Također postoji stalna potreba za novim istraživanjima koja bi proširila znanje o upotrebi navedenih metoda u liječenju boli kod palijativnih bolesnika.

Ana Čorak, mag.med.techn., Tamara Matijević, bacc.med.techn.,

KADA...GDJE...KAMO...

Uvod:

Filozofija multidisciplinarnog pristupa, s uključivanjem obitelji i zajednice, u svrhu poboljšanja kvalitete života bolesnika suočenim s neizlječivom bolešću je palijativna medicina. Svrha palijativne skrbi je osigurati kvalitetu preostalog života i omogućiti dostojanstvenu smrt.

Postupci:

Pretraživane su baze podataka kao što su Hrčak i PubMed. Većina literature nije starija od 10 godina. Također su u obzir uzete činjenice i osobna iskustva s terena na području Požeško-slavonske županije.

Prikaz teme:

Znatno broj bolesnika treba palijativnu skrb jer su u porastu maligne bolesti i Alzheimerova demencija. Demencija je pojam koji obuhvaća gubitak pamćenja i sposobnost razmišljanja. Osobe koje skrbe o takvim bolesnicima moraju biti educirane, komunikativne i empatične kako bi razumjele sve bolesnikove potrebe. Pitanje smještaja palijativnog pacijenta postavlja se odmah nakon otpusta iz bolnice. Uspostava sustava palijativne skrbi nacionalnim programom razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017.-2020. dovodi do znatnog napretka. U tom periodu ugovaraju se koordinacijski centri i mobilni palijativni timovi po županijama, no još uvijek nije riješeno pitanje skrbi 7/24 što predstavlja velik problem na razini države budući da stanovništvo stari.

Zaključak

Sve veću potrebu za hospicijem dokazuju i činjenice da je 23% ukupne populacije u županiji starije od 65 godina i da koordinacijski centar i mobilni palijativni tim u Požeško-slavonskoj županiji na skrbi trenutno imaju 523 osobe. Budući da se na terenu svakodnevno susrećemo s osobama za koje nema tko skrbiti, s osobama u terminalnoj fazi bolesti koje nemaju uvjete za biti kod kuće i tamo dočekati mirnu smrt, želimo potaknuti sve Vas na razmišljanje i postaviti pitanje je li nedostatak hospicija problem nas koji skrbimo ili je to problem cijele zajednice?

Ključne riječi: palijativna skrb, hospicij, nedostaci, zajednica

Dora Bucić, dr.med. Fizičkom aktivnošću do zdrave starosti

Demencija je kronično i ireverzibilno oštećenje mozga s visokom prevalencijom u svijetu. Alzheimerova bolest neurodegenerativni je poremećaj i procjenjuje se kako će 2050. godine 131,5 milijuna ljudi bolovati od nekog oblika demencije. Amiloidna hipoteza uzroka Alzheimerove bolesti zasniva se na postojanju „ljepljivih“ depozita β -amiloida, abnormalnog netopljivog proteina, na površini neurona. Zbog mutacije APP gena dolazi do nakupljanja toksičnih agregata A β 42 naspram normalnog A β 40 koji dovodi do smrti neurona i razvoja demencije. Depoziti β -amiloida koji uzrokuju lokalni inflamatorni proces i aktivaciju mikroglije dovode do nastajanja slobodnih radikala. Višak slobodnih radikala uzrokuje pretjeranu antioksidantnu obranu što dovodi do smanjenja antioksidativne rezerve.

Fizička aktivnost pokazala se kao protektivni čimbenik za mnoga maligna oboljenja, bolesti kardiorespiratornog sustava, kronične metaboličke poremećaje, neurološke i psihijatrijske bolesti. Središnji i glavni učinak fizičke aktivnosti je neurogeneza i poboljšanje sinaptičke plastičnosti. Vježbanje poboljšava ekspresiju BDNF-a koji ima glavnu ulogu u preživljenju, proliferaciji i sazrijevanju neurona u odraslom mozgu, ali i u mozgu u razvoju. Vježbanjem se također smanjuje količina inflamatornih citokina (IL-1, TNF- α), a povećavaju se anti-inflamatorni citokini (IL-4, IL-10). Redovita umjerena fizička aktivnost aktivira specifične transkripcijske faktore u mozgu uz pomoć kojih se smanjuje oštećenje prouzrokovano oksidativnim stresom.

Barbara Bekavac, dr.med., prim.dr. sc. Marija Bubaš, dr. med., doc. dr. sc. Krunoslav Capak, prim. dr. med., Pavle Jeličić, dr. med. univ. mag. admin. sanit., Alzheimerova bolest u svjetlu pandemije COVID-19

Od kada je proglašena pandemija bolesti COVID-19 11. ožujka 2020. godine uvedene su značajne promjene u gotovo sve aspekte života te funkcioniranja gospodarstva i zdravstvenog sustava. Kao najznačajniji rizični čimbenik za tešku kliničku sliku bolesti te smrtni ishod pokazala se visoka životna dob, ali i komorbiditeti poput šećerne bolesti i krvožilnih bolesti.

Hrvatski podaci o smrtnosti od COVID-19 slažu se s tim spoznajama te je većina osoba preminulih od COVID-19 u Hrvatskoj (77%) starija od 70 godina. Alzheimerova bolest i sama je rizični čimbenik za razvoj teške kliničke slike i smrtnog ishoda COVID-19. Stoga su pacijenti s Alzheimerovom bolešću naročito rizična skupina s obzirom da se radi o bolesti koja uglavnom zahvaća starije stanovništvo. Za deskriptivnu analizu podataka o udjelu osoba preminulih od COVID-19 u Hrvatskoj koji imaju dijagnozu bolesti COVID-19 korišteni su podaci prikupljeni kroz anketu koju ispunjava 55 zdravstvenih ustanova u Hrvatskoj.

COVID-19 utjecao je i na druge aspekte zdravstvene zaštite pacijenata s Alzheimerovom bolešću povećavajući njihovu izoliranost zbog straha da im se dodatno ne naruši zdravlje. Kako pacijenti s Alzheimerovom demencijom ne bi bili zakinuti potrebnu zdravstvenu skrb, zdravstveni radnici diljem svijeta osmislili su različite načine pružanja skrbi na daljinu za svoje pacijente.

Pandemija COVID-19 neće jednoznačno završiti te će i dalje biti nužno kontrolirati rizik od zaraze i komplikacija bolesti COVID-19, naročito za vulnerabilne skupine. S obzirom da je od kraja 2020. godine dostupno i cjepivo koje je najbolja metoda prevencije, važno je pratiti preporuke vezane uz cijepljenje kako bi se pacijentima omogućila optimalna zaštita koju cjepivo pruža. Usto, ovisno o epidemiološkoj situaciji, mogu se koristiti i nefarmakološke mjere koje također imaju svoju vrijednost u smanjenju rizika od zaraze i komplikacija bolesti COVID-19.

**Petra Bekavac, mag. psych., Helena Koren, mag. psih.,
prim.dr. sc. Marija Bubaš, dr. med., doc. dr. sc. Krunoslav Capak, Roberta
Krizmanić, klinički psiholog, prof. Sandra Bušurelo-Erak, psihologinja,
Psihološke posljedice Alzheimerove bolesti**

Neurodegenerativne bolesti, uključujući i Alzheimerovu bolest, uzrokuju oštećenja moždanih struktura koja su između ostalog, zadužena i za kognitivnu obradu, raspoloženje i ličnost što uzrokuje značajne promjene u interpersonalnoj komunikaciji i ponašanju. Kada govorimo o psihološkim posljedicama Alzheimerove bolesti najčešće se spominje gubitak sposobnosti pamćenja. Dugo se smatralo kako je gubitak kratkoročnog pamćenja jedan od prvih simptoma Alzheimerove bolesti. Takvo je gledište odbačeno nakon što je otkriveno da gubitku pamćenja prethode suptilne disfunkcije izvršnih funkcija koje se mogu dogoditi u ranim stadijima razvoja Alzheimerove bolesti, a usko su vezane uz promjene u dnevnim aktivnostima rezultirajući smanjenom samostalnošću. Osim smanjene sposobnosti pamćenja, dolazi i do smanjenja sposobnosti učenja, verbalne produkcije i vizualno-spacijalnih vještina.

U ranom stadiju pacijenti su često depresivni, apatični, bezvoljni, dok s napredovanjem bolesti raspoloženje sve češće oscilira, postaju agresivniji, razdražljivi i emocionalno inkontinentni. Učestali je komorbiditet s depresijom i anksioznošću.

Promjene u ličnosti su gotovo neizbježne kod bilo kakvih oštećenja mozga, a često im se ne pridaje dovoljno značaja. Smatra se kako kod pacijenata s Alzheimerovom bolesti promjene u ličnosti mogu prethoditi ili se pojaviti istovremeno s kliničkom manifestacijom bolesti u vidu

kognitivnih pogoršanja i promjena raspoloženja. Iako je opće prihvaćeno da promjene u ličnosti odražavaju utjecaj progresivnog moždanog oštećenja, postoji nekoliko mogućih mehanizama u podlozi promjena u ličnosti uslijed demencije. Premorbidna ličnost može biti determinirajući čimbenik promjena u ličnosti jer nakon progresa Alzheimerove bolesti dolazi do karikiranja ili pretjerivanja bazične ličnosti. Moguće je i da postoji specifičan profil ličnosti karakterističan za Alzheimerovu bolest, tako da crte ličnosti konvergiraju u jedinstveni profil sa smanjenim interpersonalnim varijabilitetom. Osim toga, postoji mogućnost da promjene u ličnosti pokazuju sličan pad odnosno porast te pritom zadržavaju individualni varijabilitet. Na kraju, moguće je da se promjene u ličnosti događaju bez jasnog obrasca i nisu povezane s bazičnom strukturom ličnosti.

Marija Krip, klinički psiholog,

Mogućnosti tehnike biofeedbacka u suzbijanju trajne boli

Bol je neugodno iskustvo, a razvila se kako bi zaštitila od opasnosti. Teško se nositi s njom kada je intenzivna, a posebno se teško prilagoditi kada je podražaj trajno prisutan. Iskustvo boli može imati velike posljedice na tjelesno, mentalno zdravlje i sposobnost svakodnevnog funkcioniranja osobe. Bol je fizička i emocionalna neugoda, najčešći je simptom zbog kojeg čovjek traži pomoć liječnika. Obzirom da utječe na razinu aktivnosti i svakodnevno funkcioniranje čovjeka, može postati iscrpljujuće za bliske članove obitelji i osobe koje sudjeluju u liječenju i/ili rehabilitaciji. Iako je bol fizički osjećaj, često je praćena negativnim emocionalnim stanjima, nerijetko osjećajem bijesa, tuge, beznađa.

Budući da je riječ o subjektivnoj percepciji na koju utječu karakteristike ličnosti, spol, socioekonomski status i druge socijalne i okolinske varijable, **nemoguće je svakom čovjeku pristupiti na jednak način.** Osobe s kroničnom boli terapijski su izazov i uz farmakološki tretman pokazalo se učinkovito uključiti psihološke intervencije kako bi se smanjila emocionalna patnja. Dio takvog holističkog pristupa je biofeedback tretman.

Biofeedback je proces učenja, neinvanzivna metoda, kontrole nad vlastitim psihofiziološkim funkcijama uz pomoć povratnih informacija o tim funkcijama koje su dostupne pomoću suvremene računalne tehnologije. Ovakva metoda terapije često je korištena za liječenje kronične boli. Efektivnost biofeedback terapije još je veća u kombinaciji sa tehnikama relaksacije i kognitivnim terapijama. Pacijent uči regulirati svoje fiziološke procese poput napetosti mišića, otkucaja srca ili kožne provodljivosti uz pomoć povratnih informacija. Iako je tehnologija vrlo sofisticirana, sam postupak je vrlo jednostavan i bezbolan. To je znanstveno dokazan način kojim se poboljšava način funkcioniranja intenzivnim treningom. Dobrobiti i napredak terapije vidljivi su već nakon desetak susreta, ovisno o ciljevima terapije i problemu s kojim osoba dolazi.

Danas postoje važni dokazi da su terapije koje kombiniraju biofeedback i tehnike relaksacije efektivna pomoć kod brojnih zdravstvenih problema, a područje primjene svakim danom se sve više proširuje.

Ana Ištvanović, dr.med., Danijela Štimac Grbić, dr. med.,

Prim. dr.sc. Ivana Pavić Šimetin,

Alkohol i Alzheimerova bolest

Alzheimerova bolest, zajedno s prekomjernim ispijanjem alkoholnih pića, danas se nalaze među najvažnijim javnozdravstvenim problemima kako u svijetu, tako i u Republici Hrvatskoj. Procjenjuje se da više od 47 milijuna ljudi diljem svijeta boluje od demencije, a s vremenom se očekuje i porast navedenog broja na čak 135 milijuna oboljelih osoba u 2050. Jedan od razloga ovakvih procjena je starenje populacije razvijenih država svijeta, koje povećava vjerojatnost da prevalencija ove bolesti, koja se najčešće javlja nakon 65 godina života, poraste.

Prema dosadašnjim istraživanjima postoje različiti čimbenici koji bi mogli utjecati na tijek i razvoj Alzheimerove bolesti. Brojne studije nastoje objasniti načine povezanosti konzumiranja alkohola i Alzheimerove bolesti. Cilj ovog rada je prikazati pokazatelje iz statističke baze podataka Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo o osobama liječenim zbog mentalnih poremećaja uzrokovanih alkoholom, osobama liječenim zbog demencije u Alzheimerovoj bolesti, te dosadašnja saznanja o utjecaju konzumacije alkohola na tijek ili razvoj Alzheimerove bolesti.

Prepoznavanje problema prekomjernog pijenja, kao i rano prepoznavanje demencije, bitni su aspekti pružanja zdravstvene skrbi te bi trebali biti ojačani na primarnoj razini zdravstvene zaštite. Prema broju hospitalizacija, već više od desetljeća mentalni poremećaji uzrokovani alkoholom nalaze se na prvome mjestu u ukupnom broju hospitalizacija zbog mentalnih poremećaja.

Preporuka Svjetske zdravstvene organizacije je uvesti program ranog otkrivanja rizika za razvoj mentalnih poremećaja uzrokovanih alkoholom pomoću AUDIT upitnika, te za sve osobe sa povećanim rizikom provesti kratku intervenciju u cilju njegovog smanjenja. AUDIT upitnik i kratka intervencija trebali bi se provoditi na primarnoj razini zdravstvene zaštite, od strane medicinskih sestara koje bi trebale biti educirane za provedbu kratke intervencije. S obzirom da je demencija rastući zdravstveni problem cijeloga svijeta, a trenutačno nije dostupno liječenje, već samo simptomatski lijekovi te iako ne postoje specifične mjere prevencije Alzheimerove bolesti, postoje opće preventivne mjere kojima se može unaprijediti kako tjelesno tako i mentalno zdravlje.

Prof.dr.sc.Nataša Klepac,dr.med.,

Dijagnostički i terapijski izazovi Alzheimerove bolesti

Demencija je javnozdravstveni prioritet modernog društava. Istraživanje koje je proveo YouGov 2011. otkrilo je da je demencija najveći strah ljudi u kasnijoj životnoj dobi – ispred onkoloških i kardiovaskularnih bolesti (ARUK 2011). Demencija je opći pojam koji opisuje skupinu simptoma povezanih s padom pamćenja ili drugim kognitivnim domenama dovoljno ozbiljnim da umanje sposobnost osobe da obavlja svakodnevne aktivnosti. Alzheimerova

bolest (AB) odgovorna je za većinu slučajeva demencije; mnogi od preostalih slučajeva demencije uzrokovani su vaskularnom bolešću i bolešću Lewyjevih tjelešaca. Međutim, populacijske studije su utvrdile da ljudi stariji od 80 godina (odnosno, većina onih s demencijom) imaju različite patologije u podlozi. Na kliničke značajke utječu različiti čimbenici. Na kognitivne performanse utječu obrazovanje, stanja kao što su depresija, delirij, a na sposobnost samostalnog života utječu fizički uvjeti kao i društvena očekivanja. Različiti markeri početne demencije, poput atrofije mozga i razine amiloida beta i tau u cerebrospinalnoj tekućini prisutni su u ranom tijeku bolesti, a važni su i rezultati kognitivnih testova. Kako bi se poboljšala sposobnost otkrivanja ljudi u ranoj fazi demencije potreban je pristup koji kombinira kognitivne i ne-kognitivne pretkliničke markere. Otkrivanje demencije što je ranije moguće ključno je za poboljšanje stope uspješnosti različitih zdravstvenih intervencija, povećanje kvalitete života starijih osoba i njihovih srodnika te smanjenje društvenih troškova demencije. Prema ADI-jevom Svjetskom izvješću o Alzheimeru za 2011., postoji nekoliko prednosti ranije dijagnoze; 1. Ranija dijagnoza omogućuje ljudima planiranje unaprijed i donošenje odluka o svojoj budućoj skrbi; 2. Osobe s demencijom moraju imati dijagnozu kako bi mogle liječiti u svrhu poboljšanja svog stanja i kvalitete života. Unatoč svim ovim prednostima, postoji mit „da nema smisla rano dijagnosticirati, jer se ništa ne može učiniti“. Razvojem lijekova koji će imati utjecaj na samu patofiziologiju bolesti rana dijagnoza AB postati će sve važnija.

Prof. dr.sc. Nada Paradiković , **Biljni antioksidansi saveznici protiv demencije**

Znanstvena istraživanja dokazuju da ono što je sadržano u hrani koju jedemo može utjecati na kemijski sastav i funkciju našeg mozga i naše raspoloženje. Prehrana može utjecati na čovjekove mentalne sposobnosti, uključujući i budnost, te na našu sposobnost promjene proizvodnje ili otpuštanja neurotransmitera, kemijskih glasnika koji nose informacije od jedne živčane stanice do druge. Hrana se sastoji od velikog broja nutrijenata, a njihove međusobne interakcije i fiziološke funkcije mogu utjecati na proizvodnju i otpuštanje neurotransmitera. Konzumacija nutrijenata (biološki aktivnih tvari) utječe na cjelokupnu kemiju tijela koja, pak, utječe na kemiju mozga i njegovu funkciju. Živčani impulse uglavnom su rezultat razmjene natrija i kalija, ali i brojne druge tvari kao minerali (kalij i kalcij, željezo, cink, selen), složeni ugljikohidrati, aminokiseline (triptofan, tirozin), masne kiseline (posebice omega - 3 masne kiseline), proteini, vitamini (posebice vitamini B6, B12 i folna kiselina, i kombinacija vitamina A, C, D i E) i antioksidansi poput kvercetina, utječu na propusnost stanične membrane, metabolizam neurotransmitera i glija stanica koje pružaju strukturnu i prehrambenu podršku neuronima. Osjetljiva kemijska ravnoteža u mozgu donekle je zaštićena krvno – moždanom barijerom koja ograničava ulazak određenih kemikalija u mozak putem krvi. Ipak, mozak je vrlo osjetljiv na promjene u kemiji tijela koje proizlaze iz unosa nutrijenata i njihovih koncentracija u pojedinim tkivima. Antioksidansi su skupina različitih prirodnih spojeva koji u organizmu čovjeka igraju važnu ulogu zaštite od štetnog djelovanja slobodnih radikala – reaktivne kisikove jedinice (ROS, engl. Reactive oxygen species) i

reaktivne dušikove jedinice (RNS, engl. Reactive nitrogen species). Antioksidansi mogu biti endogenog (npr. enzimi) i egzogenog porijekla (npr. vitamini i minerali). Dva su izvora antioksidansa, kao prvo, naš vlastiti metabolizam je sposoban proizvesti antioksidanse, uz pomoć vitamina i minerala. Drugi, vanjski izvor antioksidansa je hrana. Ako je organizam optimalno opskrbljen vitaminima i mineralima akako bi mogao proizvoditi vlastite antioksidanse, i ako je hrana koju čovjek jede bogata prirodnim antioksidansima, sposobniji je oduprijeti se šteti koju razni toksini i štetni spojevi mogu izazvati. Antioksidansi se mogu podijeliti u tri osnovne skupine. Jedna skupina antioksidansa onemogućuje samonastajanje slobodnih radikala i to su primarni antioksidansi. Sekundarni antioksidansi su oni koji uništavaju već stvorene slobodne radikale, dok tercijarni ispravljaju već nastala oštećenja stanica. Metabolički antioksidansi (glutathion, koenzim Q, lipoična kiselina) su produkti metaboličkih reakcija u tijelu. S druge strane, antioksidansi iz hrane su spojevi koji se ne proizvode u organizmu pa ih stoga moramo unositi putem raznovrsne prehrane. Tu ubrajamo vitamin A, vitamin C, vitamin E, minerale selen i cink, te resveratrol. Danas je priznata važnost antioksidansa kod mnogih bolesti, demencije, osobito degenerativnih (Alzheimer, Parkinsonova bolest) i za usporavanje procesa starenja i produženje vitalnosti. Dakle, što više antioksidansa unosimo i proizvodimo, to imamo bolju osnovu za zdrav organizam koji je sposoban suočiti se sa slobodnim radikalima u stanju bolesti, zagađenja okoliša te akutnom ili kroničnom unosu toksina iz okoliša.

Prof. dr. sc. Sanjica Faletar,

Demenciji prijateljske narodne knjižnice

U izlaganju se predstavljaju rezultati dvaju recentnih projekata Filozofskog fakulteta Osijek. Nakon uspješno okončanog dvogodišnjeg interdisciplinarnog projekta *Informacijske potrebe osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti i članova njihovih obitelji* (2018.-2020.), koji je pokazao da u gradu Osijeku ne postoji odgovarajući (informacijski) sustav podrške za osobe oboljele od Alzheimerove bolesti i članove njihovih obitelji, osmišljen je aktualni projekt, *Izgradnja demenciji prijateljskih narodnih knjižnica: teorijske i praktične pretpostavke* (2021.-2024.), čiji je cilj istražiti teorijske i praktične pretpostavke za izgradnju demenciji prijateljskih narodnih knjižnica kao kulturnih ustanova u kojima se osobe s Alzheimerovom bolesti osjećaju poštovano, dobrodošlo i uključeno. U okviru tog projekta planirane su znanstveno-istraživačke i stručne aktivnosti usmjerene na educiranje i senzibilizaciju javnosti (prvenstveno knjižničara i budućih knjižničara) o Alzheimerovoj bolesti (AB), te uključivanje oboljelih od AB u društveni život zajednice kroz prilagodbu knjižničnih usluga njihovim potrebama i interesima.

Projekt se bazira na spoznajama najnovijih istraživanja koja pokazuju da kognitivna terapija, koja uključuje intelektualne aktivnosti poput samostalnog ili zajedničkog čitanja te čitanja naglas, može pridonijeti ublažavanju i usporavanju simptoma bolesti. Budući da projekt teži učinkovitom procesu prijenosa znanja kroz uključivanje svih zainteresiranih dionika te primjenu dobivenih znanstvenih spoznaja pri rješavanju prepoznatih društvenih izazova, u projektne će aktivnosti pored znanstvenika biti uključeni i studenti, lokalni kulturni sektor

(narodne knjižnice) i zainteresirane civilne udruge (Memoria, Hrvatska udruga za Alzheimerovu bolest – HUAB, Društvo knjižničara Slavonije, Baranje i Srijema).

Polazeći od činjenice da je Alzheimerova bolest zdravstveni i društveni problem koji ima značajne ekonomske posljedice na suvremeno hrvatsko društvo, očekuje se da će projekt pridonijeti razumijevanju ove složene problematike na teorijskoj i praktičnoj razini, te istovremeno potaknuti donositelje odluka na strateško promišljanje i planiranje mogućih rješenja na lokalnoj razini kako bi se našim sugrađanima koji pripadaju ovoj ranjivoj skupini omogućio dostojanstven i kvalitetan život.

Dunjica Karniš, mag.med.techn, praktičar ekspresivne art terapije,

Kreativne tehnike u palijativnoj skrbi

„Bol je sve što osoba koja je doživljava kaže da jest i postoji kad god ona kaže da postoji.”
(McCaffery 1968.)

Kronična bol jako utječe na kvalitetu života bolesnika, a i veliki je ekonomski teret za društvo. Liječenje kronične boli obuhvaća raspon farmakoloških terapija i u zadnje vrijeme se sve više istražuju i nefarmakološke metode liječenja boli. Uloga umjetnosti i kreativnih tehnika u pomoći u ozdravljenju stara je stoljećima. Kroz zabilježenu povijest ljudi su koristili slike, priče, pjesme i plesove kao rituale iscjeljivanja. Stvaranje je prirodna protuteža – daje nam smisao u teškim trenucima. Umjetnička terapija se smatra važnim faktorom za mentalno zdravlje. Bavljenje kreativnim aktivnostima ima potencijal pridonijeti poboljšanju raspoloženja, smanjenju stresa i tjeskobe, te može poslužiti kao sredstvo za ublažavanje tereta kroničnih bolesti. Sve se to može odraziti i na poboljšanju fizički mjerljivih parametara, npr. snižavanje ubrzanog rada srca, krvnog tlaka, smanjenje ubrzanog disanja.

Kako promatranje i/ili sudjelovanje u kreativnim radionicama može pomoći u smanjenju boli? Monti i suradnici su u jednom istraživanju otkrili da su osobe koje su se bavile stvaranjem umjetnosti pokazali statistički značajno smanjenje simptoma tjelesnog i emocionalnog stresa tijekom liječenja. Samim odvlačenjem pažnje, distrakcijom osoba se već može bolje osjećati. Istraživanja su pokazala da su u skupini ispitanica oboljelih od karcinoma dojke, radionice pružile mogućnost usmjeravanja na pozitivna životna iskustva, povećale su njihovu vlastitu vrijednost, i vrlo važno - zadržale su društveni identitet koji se opirao definiranjem osobe s rakom.

U bolnicama su rađena istraživanja korištenjem muzikoterapije kod oboljelih. Skupine koje su bile izložene muzikoterapiji su imale veću vjerojatnost poboljšanja kliničkih izgleda, bolje vitalne parametre, smanjenu razinu kortizola povezanu sa stresom i potrebu za manje lijekova potrebnih za izazivanje sna. Burns i suradnici istraživali su utjecaj glazbene terapije vezan uz emocije i odgovorima imunološkog sustava. Istraživanja su uključivala slušanje glazbe uživo i snimljene i puštane u opuštenom stanju, te učinke aktivnog bavljenja glazbom. Sudjelovalo je 29 ispitanika i prikupljeni su podatci o razinama kortizola. Rezultati su pokazali da je došlo do povećanja ugođe i opuštenosti te smanjenja napetosti što može djelovati i na smanjenje boli. Učinkovitost slušne stimulacije, s jakom sugestijom da to smanjuje bol, pokazalo se kao strategija za postizanje djelomične kontrole nad boli. Glazba može smiriti neuralnu aktivnost

u mozgu, što opet može smanjiti tjeskobu, a pomaže kod imunološkog sustava djelovanjem preko amigdale i hipotalamusa. Aktivnost neurona u amigdali smanjuje se kao odgovor na umirujuće učinke glazbe, te tako može doći do odgovarajućeg smanjenog signala koji se šalje drugim dijelovima mozga.

U jednom istraživanju kod osoba s akutnim infarktom miokarda, nađeno je da je relaksacija glazbenom terapijom dala učinka u smanjenju stresa. Stres je bio procjenjivan putem otkucaja srca, perifernih temperatura, srčanih komplikacija i procjeni bolesnika. Rezultati su pokazali da su otkucaji srca bili niži, a periferne temperature više u skupinama koje su sudjelovale u relaksaciji i muzikoterapiji nego u kontrolnoj skupini. Isto tako, u jednoj studiji sa 45 ispitanika koji su bili priključeni na Holter monitor, snimljene su početne vrijednosti, i sudionici su trebali ispuniti upitnik o anksioznosti. Nakon slušanja umirujuće glazbe kroz 20-tak minuta, sudionici su pokazali značajno smanjenje otkucaja srca, manju brzinu disanja, manje potrebe miokarda za kisikom i smanjenje anksioznosti, neposredno nakon učinka muzike i jedan sat nakon toga.

Aromaterapija se koristi isto tako kao smirujući faktor kod nekih oboljenja, a uslijed smirivanja, opuštanja napetosti, može doći do smanjenja boli.

U vizualnoj umjetnosti, kroz slike i 3D forme (glina, kolaž, akril, vuna...) osobe su se lakše izrazile u osjećajima prema malignoj dijagnozi. Pojedinci su vizualizirali svoje stanje, lakše prihvatili neke preporuke. Sama vizualizacija bolesti i stanja bolesnika pomogla im je kod boljeg razumijevanja svoje bolesti.

Pojedinci budu zadovoljni stvorenim, osjećaju se korisno, a pojedinci uništavaju stvoreno te tako smanjuju svoj bijes zbog bolesti, tjeskobu i strah. Naglasak je na stvaranju djela, a ne na ocjenjivanju djela. Sam proces rada je bitan.

Ono što je osobito važno u kreativnim radionicama je socijalna komponenta. Ljudsko društvo potrebno je svakome. Samoća može pojačati osjećaj boli, a ljude koji boluju od kroničnih bolesti iz nelagode poznanici i obitelj često izbjegavaju, često zbog neznanja što reći ili napraviti za oboljelog. Samo društvo u radionicama može pomoći boljem osjećaju osobe koja se može osjetiti ponovo kao „osoba“, a ne dijagnoza ili broj. Samim sudjelovanjem i upoznavanjem s drugim osobama na radionicama osoba može saznati važne informacije vezane uz bolest razmjenjujući podatke s drugim sudionicima.

Osobe ispunjene dobrim osjećajem, smanjenjem tjeskobe nakon radionica lakše će „proći kroz dan“. Samim tim kreativne radionice mogu koristiti kao dobra distrakcija od boli.

Problemi vezani uz kreativne radionice:

1. Tko će voditi kreativne radionice?
2. Kojeg tipa profesije trebaju biti osobe koje vode kreativne radionice?
3. Tko će platiti edukaciju osobe koja vodi kreativnu radionicu?
4. Koja škola će se priznati kao „dobra“ za kreativnu radionicu?
5. Gdje će se osigurati sredstva za materijale za kreativnu radionicu?
6. Gdje će se osigurati mjesto za kreativnu radionicu?
7. Koliko često je dobro održavati kreativne radionice?
8. Koliko vremenski trebaju trajati kreativne radionice?
9. Koje parametre uzimati za ocjenu dobrobiti?
10. Treba li imati kontrolnu skupinu?

11. Tko bi bio u kontrolnoj skupini? (osobe istovjetne po dobi, po spolu, lakše oboljele ili zdrave?)

12. Tko će biti korisnici radionica?

13. Kako podijeliti tko od oboljelih treba koju kreativnu radionicu?

Pitanja ima još puno, istraživanja je nedovoljno, ali velik je pomak samim time što se sada prihvaća da kreativne radionice imaju svoje mjesto i u školama, i u zdravstvenim ustanovama, i u palijativi, isto kao i u zajednici.

Gledajući dostupne medicinske literature nema još dovoljno ispitanika koji bi ukazivali na povezanost kreativnih radionica i smanjenja boli.

Bol je teško procijeniti, subjektivan je osjećaj i osim navedenih dokazanih parametara, u smislu mjerenja krvnog tlaka, pulsa, disanja, rada srca i anketa ispitanika, teško je dobiti povratnu informaciju koliko je zapravo smanjena sama bol. Ipak, samim smanjenjem uzimanja farmakoloških sredstava (analgetika, sedativa) kroz prošla istraživanja došlo se do spoznaje da su kreativne radionice dobre za oboljele s kroničnim bolovima. Samim smanjenjem anksioznosti i boli, smanjuje se potrošnja lijekova, broj odlazaka liječniku, smanjen je broj posjeta patronaže, kućne njege, a samim tim dolazi do smanjenja troškova u zdravstvu i u zajednici.

Tim slijedom dolazi se do spoznaje da bi bilo dobro koristiti kreativne radionice, proučavati učinke radionica i smanjenim troškovima liječenja i same njege ići u prilog daljnjem razvoju i upotrebi kreativnih radionica.

Literatura:

Esther –Lee M i suradnici: Creative work of painters with Alzheimers disease-dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19899261/> pristup 12.09.2022.

Goren Bar A.: The Secrets of Expressive Arts Therapy & Coach; 2019.

Hu J. i suradnici: Art Therapy: A Complementary Treatment for Mental Disorders; 2021-dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34456801/> - 12.09.2022.

Muck D.: Put ljubavi-put k sebi; Puni potencijal; 2018.

Ozimec S.: Odgoj kreativnosti, Varaždin; 1987.

Pongan E. i suradnici: Can Musical or Painting Interventions Improve Chronic Pain, Mood, Quality of Life, and Cognition in Patients with Mild Alzheimers Disease? Evidence from a Randomized Control Trial; dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28922159/> - pristup 12.09.2022.

Škrbina D.: Art terapija i kreativnost, Veble commerce; 2013.

Sonja Paprić, univ. spec. prava djece, Obiteljski centar i palijativna skrb

Obiteljski centar Požeško-slavonske županije osnovan je 2008. godine, od 2014. Obiteljski centar postaje podružnica CZSS Požega.

Jedna od usluga Obiteljskog centra, za koje se samoinicijativno mogu javiti korisnici: teškoće u prilagodbi na promijenjene osobne i životne okolnosti (bolest, invaliditet, gubitak).

ZAKON O SOCIJALNOJ SKRBI:

Članak 81.

(1) Savjetovanje je usluga kojom stručna osoba u neposrednom kontaktu potiče korisnika na razvoj novih mogućnosti sagledavanja životne situacije sa svrhom prevladavanja teškoća, stvaranja uvjeta za očuvanje i razvoj osobnih mogućnosti te odgovornog odnosa pojedinca prema samom sebi, obitelji i društvu.

(2) Usluga savjetovanja obuhvaća individualni rad s korisnikom i/ili članovima njegove obitelji radi prevladavanja teškoća koje je moguće riješiti kratkotrajnim intervencijama do tri susreta, a iznimno prema procjeni stručnjaka do pet susreta.

PRAVA DJECE U PEDIJATRIJSKOJ PALIJATIVNOJ SKRBII. Jednakost

II. Dobrobit djeteta

III. Komunikacija i odlučivanje

Komunikacija je najbolji način da se pomogne obiteljima koje se suočavaju s neizvjesnošću (Campbell 2008).

IV. Upravljanje skrbi

VI. Podrška obitelji

- Skrb za braću i sestre, od časa dijagnoze, mora biti sastavni dio pedijatrijske palijativne skrbi.

- Podrška u žalovanju bit će dostupna cijeloj obitelji sve dok to bude potrebno.

VII. Obrazovanje

Katarina Paulić, mag. religijske pedagogije i katehetike,

Ana Matković, dipl. psiholog,

Karitativna skrb o oboljelima od neizlječivih bolesti i ljudima u potrebi

Caritas Požeške biskupije osobitu brigu u svom djelovanju posvećuje oboljelima i ljudima u potrebi. Od svog osnutka 1997. Godine, pa sve do danas, bolesnima i nemoćnima grada Požege i okolice dostavljaju se topli obroci u sklopu Caritasove kuhinje.

Proteklih godina, u sklopu programa „*Caritasov Samaritanac*“, Caritas je pomagao starijim osobama i osobama s invaliditetom posredstvom četiriju *gerontodomaćica*.

Svoju blizinu i pomoć najranjivijima, kao i njihovim članovima obitelji, tijekom godine iskazujemo kroz svoju posudionicu bolničkih kreveta i pomagala.

K tome, njegujući duhovnu dimenziju starijih osoba, Požeška biskupija svake godine 7. lipnja organizira hodočašće starijih, bolesnih i osoba s invaliditetom Gospi Voćinskoj.

Pri Caritasu Požeške biskupije djeluje i Centar „Za život i obitelj“, osnovan u nastojanju da pomogne obiteljima i čovjeku današnjice koji je pritisnut raznim nedaćama života. U svjetlu kršćanske antropologije i vizije osobe te osposobljavanja pojedinaca da žive puninu radosti i svog dostojanstva aktivnostima u Centru nastoji se djelovati na svim razinama čovjeka (biološkoj, psihološkoj, društvenoj i duhovnoj razini) kroz dva smjera – preventivni i savjetodavni.

Preventivni program za cilj ima promicanje vrednota bračnog i obiteljskog života kroz organizaciju i priređivanje raznih duhovnih i edukativnih susreta (radionica, predavanja ili duhovnih programe).

Savjetodavni program ima za cilj brigu o braku i obitelji u poteškoćama kroz individualno ili grupno savjetovanje, a interdisciplinarnim pristupom, koji uključuje duhovnu pomoć, psihološko savjetovanje i duhovno - antropološki vid pružanja pomoći metodom hagioterapije, pruža se pomoć pojedincima ili obiteljima u prevladavanju životnih kriza. Najveći broj osoba koje traže pomoć u Centru u sve većoj mjeri izražavaju potrebu za duhovno–antropološkim radom metodom hagioterapije, a i istraživanja pokazuju kako je duhovna dimenzija čovjeka veoma utjecajna i važna u oslobađanju od svih bolesti.

dr. sc. Daša Poredoš Lavor, dipl. soc. rad., Prim. dr. sc. Senka Slivar, dr. med., Podrška, dostojanstvo, ljudska prava i zaštita oboljelih i članova obitelji

Stanje zdravlja i bolesti usko je povezano s raznim životnim događajima koji zahtijevaju dodatno razumijevanje, podršku i zaštitu obitelji i društva. Oboljele osobe čija oboljenja promatraču nisu jednostavno vidljiva često su praćena manjkom razumijevanja, povećanom stigmatizacijom i gubitkom podrške. Alzheimerova bolest je socijalno-medicinski problem s posljedičnim teškoćama u funkcioniranju obitelji. U obitelji dolazi do preraspodjele uloga, te emotivnog i materijalnog iscrpljenja. Javljaju se problemi u raznim područjima svakodnevnog života: prilagodba uvjeta stanovanja, prehrane, reguliranje oporuke ili nasljedstva, upravljanja motornim vozilom i posjedovanja vozačke dozvole, samostalnog putovanja, zanemarivanja osobne higijene i izgleda, seksualne indiskrecije, razumijevanja zdravstveno utemeljenih odluka i odluka o sigurnim uvjetima stanovanja.

U ovom radu prikazana su iskustva rada neposrednog pružanja sveobuhvatne skrbi i psihosocijalne podrške osobama starije životne dobi i članovima njihovih obitelji u situacijskim uvjetima na terenu u vrijeme pandemije COVID-19 i na područjima stradalima u katastrofalnom potresu 2020. godine. Iskustva su prikazana putem pojedinačnih crtica iz života. Uočeno je da se kod osoba starije životne dobi s raznim emocionalnim teškoćama javljaju pojačani strahovi razne uzročnosti, intenzivna ponovna proživljavanja ranijih stresnih i traumatskih iskustava koja su potaknuta sadašnjim kriznim stanjem, kao i dosjećanja raznih životnih iskustava iz ranijih životnih faza koje sada postaju preokupirajuće misli i aktualni ponavljajući verbalni sadržaji. Sve to opterećuje pojedinca i funkcioniranje članova obitelji, te otežava prilagodbu na novo-normalnu situaciju. Stoga su pružanje dodatne podrške i razumijevanje od iznimnog značenja da bi se maksimalno moguće očuvali, osnažili i bolje prilagodili psiho-somatsko-socijalni resursi oboljeloga, a osobito članova obitelji, ali i drugih osoba iz najbliže okoline koje aktivno ili pasivno sudjeluju u navedenim procesima prilagodbe i mogu olakšati ili narušiti ionako opterećene okolnosti uslijed bolesti i nemoći, materijalnih gubitaka i trenutno potpuno uništenih mogućnosti zadovoljenja elementarnih potreba i zdravog čovjeka.

Ključne riječi: osobe starije životne dobi, obitelj, psihosocijalna podrška, dostojanstvo, životna prilagodba.

Karolina Omašić, bacc. med. techn., Ahnetka Stjepanović, mag. med. techn., Specifičnosti palijativne skrbi kod osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti kod kuće

Uvod: Danas se Alzheimerova bolest smatra velikim izazovom u liječenju, pristupu i skrbi za oboljele. Često ostaje neprepoznata, a simptomi i znakovi se nerijetko vežu uz fiziološko starenje. Nemogućnost postavljanja pravovremene dijagnoze otežava adekvatno zbrinjavanje oboljelog. Incidencija ove bolesti je u porastu, i s toga je neophodno žurno uspostaviti sustav koji će pomoći u prikupljanju, uspoređivanju i procjeni podataka vezanih uz ovu bolest. Do 2030. godine očekuje se da će biti više od 65 milijuna oboljelih od ove bolesti i da će se svake godine bilježiti veći rast.

Cilj: Cilj ovog rada je prikazati specifičnosti palijativne skrbi kod osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti kod kuće. Zadaća medicinske sestre usmjerena je na edukaciju i podršku obitelji i/ili skrbnika oboljele osobe i na prepoznavanje i ublažavanje simptoma bolesti, s ciljem osiguravanja maksimalne udobnosti pacijenta. Istraživanja su potvrdila da je kvaliteta života oboljelih kod kuće, ako imaju kvalitetnu skrb, znatno veća od onih koji borave u stacionarnim zdravstvenim ustanovama. Kroz rad, na primjeru pacijenta, bit će prikazane najčešće sestrinske dijagnoze u palijativnoj skrbi osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti.

Zaključak: Ključan preduvjet za uspostavljanje kvalitetne skrbi je medicinska sestra koja je predana, savjesna i etična. To su ujedno i preduvjeti za uspostavljanje temeljne vrijednosti profesionalne sestrinske skrbi – zastupanje interesa pacijenata. Skrb za osobe oboljele od Alzheimerove bolesti zahtjeva specifična znanja, s toga je edukacija ključna za napredak skrbi.

Anamaria Tomić, mag. logoped., univ. spec. rehab. educ., Marijana Prevendar, prof. sociologije, Projekt „SVI ZA PAMĆENJE – SPAM“: što smo postigli i naučili?

Posljednje dvije godine Grad Zagreb je u suradnji s pet partnerskih organizacija provodio EU projekt po nazivom „Svi za pamćenje – SPAM“ (UP.02.2.2.06.0064) u ukupnoj vrijednosti od 1.421.954,69 kn, a u potpunosti ga je sufinancirala Europska unija. Taj projekt je svojim aktivnostima pokrio 7 županija Republike Hrvatske: Grad Zagreb, Sisačko-moslavačku, Karlovačku, Koprivničko-križevačku, Brodsko-posavsku, Osječko-baranjsku i Ličko-senjsku županiju. Svrha projekta bila je širenje socijalnih usluga u zajednici za pomoć osobama s Alzheimerovom demencijom i drugim demencijama, a to se postiglo uspostavljanjem popodnevnog i subotnjeg boravka za oboljele, mobilnog tima za prijevoz do boravka i podršku u svakodnevnim aktivnostima te provođenjem edukacija za formalne i neformalne

njevodatelje. Kao što biva u svakome projektu, izazova u provedbi bilo je mnogo, a pandemija bolesti COVID-19 bila je samo jedan od njih. Ovim će se izlaganjem prikazati najvažnija postignuća projekta, ali i izazovi s kojima smo se susretali u provedbi te njihova rješenja. Dat ćemo nekoliko smjernica za buduće prijavitelje projekata ovoga tipa.

Cvjeta Mitić, bacc. med. techn., NLP Master practitioner, Bol kroz projekt "Aktivni i nakon 65-e

Za potrebe socijalne ukljuživosti i širenja mreže socijalnih usluga u općini Radoboj, provedena je kontinuirana edukacija, prema predloženom, planiranom i odobrenom projektu.

Teme edukativnih radionica za djelatnike, volontere i stanovništvo su bile:

Rješenja za bol, Liječenje komunikacijom, Vježbe mišića dna zdjelice, Potrebe starijih i osoba sa demencijom, Volonteri u potrebi bolesnim, Prehrana bolesnika i Rehidracija bolesnika.

Sudionici radionice upoznali su se kako riješavati bol, pronaći olakšanja, kako pomoći drugima. Podijelili smo informacije za prepoznavanje i razumijevanje ograničenja koja bol uzrokuje, koje su posljedice izolacije koje nastaju ako se ne rješava kronična bol, što donosi smanjenje kontakata s prijateljima i rodbinom zbog straha, beznađa i očaja, kako nastaje sklonost depresivnim raspoloženjima. Za terapiju boli važno je pronaći uzrok i postaviti dijagnozu, pokazati razumijevanje prema osobi koja se žali na bol, promatrati je kroz komunikacijske kanale (vizualne, slušne, taktilne), tražiti opis boli (probadanje, pritisak, oštrina, nepodnošljivost), kada se pojavljuje (danju, noću) i koliko traje (stalna ili povremena), koje je mjesto boli, kako se širi. Bol uzrokuje fizička ograničenja, onemogućava svakodnevne aktivnosti, smanjuje radnu sposobnost, poremećuje obiteljske odnose. Rješavanje boli postiže se timskom sinergijom stručnjaka, empatijom u otvorenoj komunikaciji. Korisni su lijekovi protiv boli, uz konzultaciju s liječnikom. Kod kronične boli koristi se kombinacija lijekova i postupaka. Fizičke tehnike (masaža, vježbe i fizička terapija) daju korisne rezultate. Akupunktura se uspješno može liječiti bol kod osoba koje su alergične na lijekove. Psihološki pristup (tehnike opuštanja i psihoterapijske metode) umanjuje stres, napetost i osjećaj bespomoćnosti. Hipnoza uspješno otklanja problem straha, depresije i boli. Za učinkovito liječenje boli potrebna je kombinacija lijekova i metoda prilagođena potrebama, posebno kod osobe sa demencijom i palijativnog bolesnika kod kojeg je bol vodeći simptom.

Irena Kalan, Dobrobiti timskog stvaralaštva i učinak na bol

Radionice „Štrikeraja“ provodile su se u Požegi u okviru projekta PT LiPa „Tu sam - ne zaboravi me“, a uključivanjem u projekt udruge Ozana „Isprepletimo ruke“. Oba projekta vezana su na Alzheimerovu bolest. Pleteni rukavići prepoznati su kao jedna od uspješnih nefarmakoloških metoda ublažavanja simptoma bolesti. Radionice su organizirane u suradnji sa Klubom braniteljica pri Udruzi 63.A.samostalna GB ZNG Požega u Domu hrvatskih

branitelja u Požegi, a pridružile su se i osobe izvan okvira članstva prepoznajući humani značaj, a kasnije i osobne dobrobiti koje zajednička druženja pružaju (u Slunju Udruga hrvatskih branitelja Domovinskog rata Slunja, Cetingrada i Rakovice). Za naglasiti je da su braniteljice skupina koja zaslužuje posebnu pozornost te prihvatanje „Štrikeraja“ kao činitelja dobroga daje mu dodatni značaj. Radionice su rezultirale slanjem 32 rukavića na Natječaj za Europski NAJ rukavić i postavljanjem pletene instalacije „Zlatna dolina“ 31.8.2022. u prostor Kavane Boba u Požegi. Posebnost ove inicijative je što je pozitivno djelovala i na sudionice koje su unatoč brojem vlastitim tegobama (o kojima teško pričaju neovisno o naravi bola), na radionicama bile pune poleta, novo pronađene energije, smisla, korisnosti. Samo po sebi stvaralaštvo je odmak fokusa sa prisutnih tegoba, kada mu se doda element zajedništva, tada doseže puno višu dimenziju i dobiva znatno jači terapijski učinak. Tamo gdje se osoba osjeća prihvaćena, korisna, vrijedna, gdje može slobodno i nekritički izraziti svoju kreativnost i/ili vještinu, fizički bol pada u drugi plan.

Dunjica Karniš, mag.med.techn.,praktičar ekspresivne art terapije, Vratiti dobar osjećaj

„Zdrav čovjek ima tisuću želja, a bolestan samo jednu - da ozdravi.“ Narodna poslovice. Dobro zdravlje često se veže uz „dobar osjećaj“.

Ako se želimo dobro osjećati trebali bismo:

- više se kretati, redovito vježbati
- uzimati preporučenu količinu vode
- smanjiti stres
- družiti se, ostvarivati socijalni kontakt, prisustvovati kreativnim radionicama

Toplice Lipik godinama rade na svim parametrima „dobrog osjećaja“.

Još 1777. godine visoki službenik bečkog dvora F.W.Taube opisuje dobrobiti Toplica u Lipiku riječima: „one naročito djeluju kod živčanih bolesti, uzetosti zglobova i stezanja i grčenja živaca, a na čudan način jačaju i zdravo tijelo...“

Kretanje i redovito vježbanje – kretanje iscjeljuje psihi, može pomoći u smanjenju osjećaja tjeskobe, depresije, poboljšava pamćenje, reducira rizik od demencije kod starijih osoba.

Uzimanje preporučene količine tekućine – voda je osnovni sastojak ljudskog organizma i čini 60-70% ukupne mase odrasle osobe. Više se ne primjenjuje izreka „8 čaša vode na dan“ jer ne označava količinu (čaša može biti od 1 dcl, 2 dcl...). Preporuka glasi: masu tijela pomnožite sa 0,3 dl. Osoba teška 50 kg trebala bi unijeti 1,5 litru tekućine u danu. Čaša mlake vode ujutro potiče probavu. U našim toplicama možete konzumirati termomineralnu vodu na Antunovom vrelu smještenom u perivoju Toplica. U jednom periodu sokovi su bili zastupljeni kao pića dok se sada ponovno osvještava važnost vode bez dodataka i sve se više naglašavaju dobrobiti konzumiranja čiste vode.

Smanjivanje stresa kao faktor boljeg osjećaja – vraća nas na šetnje i boravak u prirodi. Toplice Lipik su u Budimpešti dobile nagradu kao najbolje uređeni lječilišni perivoj u Austro-ugarskoj monarhiji, a sada smo svjedoci obnove parka i nadamo se vraćanju starog sjaja. Isto tako preporuča se uživati u glazbi - nekada su u Toplicama bile glazbene večeri,

plesne večeri... Druženje s dragim ljudima pomaže u smanjenju stresa i poboljšanju dobrog osjećaja.

Kreativne aktivnosti – likovne i glazbene radionice, ples i biblioterapija su poznati i priznati načini postizanja boljeg osjećaja. U toplicama su se kroz povijest održavale ove aktivnosti, a nastavljaju se i dalje.

Veljko Mijić, dr.sc., socioekonomist u miru, Predstavljanje Pan-europske koalicije za mentalno zdravlje

Cilj prezentacije je prakseološko priopćenje o nastojanjima netom formirane "Pan-europske koalicije za mentalno zdravlje", posebno o učenju koje konotira, te o inicijativama koje zagovara.

Struktura prezentacije:

Iskorištavanje raznolikosti europskog znanja za izgradnju boljih sustava mentalnog zdravlja za sve;

Informacije o kontaktima;

Članovi, simpatizeri i promatrači;

Dijeljenje znanja, podataka, alata i vizije, gdje bi naglasak bio na Radnom paketu No 3 jer govori o mentalnom zdravlju i dobrobiti starijih osoba, te uključuje jačanje inicijative za zdravo starenje i prevenciju i skrb o demenciji kroz angažman resursa zajednice;

Kolektivni odgovor na kolektivni problem u europskoj regiji;

Nekus za mentalno zdravlje u europskoj regiji.

Igor Matek, Organizacija skrbi za bolesnike oboljele od Alzheimerove bolesti , drugih demencija, starijih i nemoćnih osoba te palijativnih bolesnika u Austriji *Izveštaj o provedbi projektne aktivnosti*

ELEMENT PROJEKTA: 1. Edukacija članova „Palijativnog tima LiPa“ – volontera, partnera i dionika

PROJEKTNNA AKTIVNOST: Studijsko putovanje u Austriju (Hohenems)

CILJ AKTIVNOST: 50 članova upravnih tijela, volonteri te projektni partneri upoznati sa sustavom skrbi o starijim osobama u Austriji tijekom četverodnevno putovanja

Studijsko putovanje započelo je **u nedjelju 26.06.2022.** godine polaskom autobusa sa autobusnog kolodvora u Požegi. Uslijedio je ukrcaj putnika u Pakracu, Lipiku, Kutini i Zagrebu.

Popis putnika nalazi se u prilogu ovog Izveštaja.

Potpisne liste u privitku.

Prelazak u Sloveniju na graničnom prijelazu Bregani u 09:00 sati.

Prelazak u Austriju na graničnom prijelazu Karavanke u 11:15 sati.

Prelazak u Njemačku na graničnom prijelazu Salzburg u 14:00 sati.

Prelazak u Austriju na graničnom prijelazu Bregenz u 18:45 sati.

Dolazak u Hotel „Weißes Kreuz“, Königshofstrasse 2 u 6800 Feldkirch-Altenstadt u večernjim satima.

Zbog kasnog dolaska nije predviđen poseban program. Večera u hotelu.

Ponedjeljak 27.06.2022. godine

Podjela sudionika u dvije grupe po 25 osoba.

- Grupa 1 boravi dopodne od 09:30 – 12:00 sati u Bregenzu gdje posjećuje stacionar „Hospiz am See“. Adresa: Hospiz am See, Mehrerauerstrasse 72, 6900 Bregenz, Grupe dočekuje Dr. phil. Karl W. Bitschnau, administrativni voditelj, Dr. Klaus Gasser, voditelj medicinskog tima te Maria Claessens, voditeljica njege.

"Hospiz am See" je posljednji dom pun ljubavi za pacijente koji su teško bolesni i čija je bolest neizlječiva i već uznapredovala.

Većina ljudi želi da može umrijeti kod kuće. Njega do smrti nije uvijek moguća kod kuće.

Stoga "Hospiz am See" ima za cilj stvoriti atmosferu koja je što sličnija vlastitom domu.

Bolnička njega često nije potrebna. Skrb u domu za starije osobe ponekad nije moguća zbog velike složenosti njege i psihosocijalnih problema ili su pacijenti mlađe dobi. Za ove žene i

muškarce trenutno je na raspolaganju deset soba u hospiciju na obali jezera u Bregenzu. O

gostima se brinu holistički: interprofesionalni tim fokusiran je na potrebe i želje pacijenata - u hospiciju zvanih "gosti" - i njihovih obitelji. Članovi tima za skrb su obučeni i imaju iskustva

u palijativnoj skrbi, njegovanju, socijalnom radu, pastoralnoj skrbi i održavanju kućanstva.

Tim podržavaju kvalificirani volonteri. Ponuda usluga također uključuje aromanjegu,

respiratornu terapiju, muzikoterapiju, fizioterapiju, terapiju psima i psihoterapiju. Radi se o

unosu što je više moguće kvalitete i blagostanja u ove posljednje dane, tjedne ili mjesece života.



Dr. phil. Karl W. Bitschnau, administrativni voditelj upoznao je sudionike putovanja o organizaciji Hospicija na jezeru te organizaciji palijativne skrbi u regiji Vorarlberg. Snimke prezentacije i fotografije u privitku datoteka: FOTOGRAFIJE 27.06.2022. BREGENZ HOSPIZ AM SEE 1. grupa, FOTOGRAFIJE 27.06.2022. BREGENZ HOSPIZ AM SEE 2. grupa

Grupa 2 boravi dopodne od 09:30 – 12:00 u Hohenemsu u posjeti Palliativstation und das Mobile Palliativteam in 6845 Hohenems, Kaiserin Elisabeth Strasse 2.

Doček i prezentaciju Palijativne stanice i mobilnih palijativnih timova u sklopu Bolnice Hohenems obavili dr. Otto Gehmacher, Gerhard Häfele i Sibylle Hauser.



Udruga kroz nebirokratsku potporu omogućuje nabave na odjelu palijativne skrbi koje nemaju mjesta u normalnom bolničkom proračunu, ali značajno pridonose dobrobiti i poboljšanju kvalitete života i skrbi pacijenata. Primjeri se odnose na dizajn cjelokupne atmosfere, muzikoterapijske projekte i komemoracije.

Palijativni odjel u LKH Hohenems nastoji prenijeti domaću atmosferu

čije uređenje odražava tijek godišnjih doba. Zbog toga se jedinica za palijativnu skrb razlikuje od ostalih odjela u državnim bolnicama. Ovo posebno okruženje posebno cijene i cijene teški bolesnici i njihova rodbina.

Ostali projekti odnose se na odnose s javnošću. Bolest i smrt se sve više potiskuju na rub društva, a palijativna skrb se vrlo često doživljava kao čista skrb za umiranje. Stoga je od velikog interesa srušiti prag inhibicije za palijativnu skrb specijalističkim predavanjima, izletima na odjel i kulturnim događanjima.

Otvaranje odjela za palijativnu skrb u LKH Hohenems 2003. godine bila je prekretnica u razvoju palijativne skrbi u pokrajini Vorarlberg. Cilj je pružiti podršku teško bolesnim pacijentima, ublažiti njihovu bol i druge simptome i pružiti im najbolju moguću kvalitetu života.

Iako većina pacijenata boluje od neizlječivog raka, liječe se i osobe s uznapredovalim bolestima srca, pluća, jetre i bubrega te neurološkim dijagnozama (ALS, MS, Parkinsonova bolest i dr.).

2003: otvaranje odjela palijativne skrbi u Lkh Hohenems (u početku 6 kreveta, povećano na planiranih 10 kreveta tijekom godine),

2008.: Mobilni palijativni tim Vorarlberg (suradnja Hospicij Vorarlberg i Palijativna skrb Hohenems,

2018: sveobuhvatna obnova i povećanje na 16 kreveta (8 jednokrevetnih soba, 4 dvokrevetne sobe),

medicinska skrb 24 sata (u sklopu internog odjela, 24-satna specijalistička dostupnost), godišnje se zbrine oko 350 pacijenata, prosječno trajanje boravka: 15 dana. Od svog početka, palijativna medicina na mjestu Hohenems razvila se u fokus i specijalnost gdje se teško bolesni ljudi i njihova rodbina iz cijele zemlje podržavaju i prate. Dobar ugled odjela i iznimno visoka razina zadovoljstva pacijenata mogu se pratiti unatrag do holističkog koncepta skrbi: fokus je na ljudima s njihovim fizičkim, mentalnim, društvenim i duhovnim potrebama. Interprofesionalni tim sastavljen od medicinskih sestara i liječnika s posebnom obukom za palijativnu skrb, pastoralnu skrb, socijalni rad, psihoterapiju, fizioterapiju, dijetetiku i muzikoterapiju nudi visokostručnu, a u isto vrijeme i humanu podršku. Volonteri hospicijskog pokreta podržavaju tim u jedinici za palijativnu njegu u LKH Hohenems. Stanica za palijativnu skrb često se naziva čistom "stanicom smrti", ali se zanemaruju važna područja odgovornosti:

1. Rehabilitacija: Pacijenti se mogu ponovno uključiti u svakodnevni život kod kuće kroz holističku skrb. Spekter liječenja kreće se od infuzijskih terapija i pumpi protiv bolova, do savjeta o prehrani, fizioterapije, psihoterapijske podrške i glazbene terapije.
2. Kontrola simptoma: Poboljšava se kvaliteta života kroz dobru kontrolu boli, ublažavanje kratkoće daha i drugih tegoba. I ovdje se često može otići kući.
3. Terminalna podrška: Ovo znači podrška u posljednjoj fazi života. Bezbolna smrt, sigurnost i očuvanje dostojanstva do kraja bitne su točke ovdje.

Palijativni odjel želi prenijeti neku domaću udobnost i sigurnost, a svojom atmosferom bitno se razlikuje od akutnih odjela. Zasebna terasa omogućuje i izlazak teških bolesnika van. Pacijenti organiziraju svoj svakodnevni život prema svojim individualnim potrebama. To znači da nema fiksnog vremena obroka, pacijenti sami određuju svoju dnevnu rutinu, a posjete se mogu primati 24 sata dnevno. Srodnici mogu i prenoćiti na odjelu.

Liječenje uključuje klasičan medicinski repertoar (infuzije, punkcije, po potrebi pumpice protiv bolova itd.), ali je uvijek usmjereno na osobu kao cjelinu, zbog čega su socijalne, duhovne i psihičke potrebe jednako važne kao i čisto tjelesne tegobe. Razgovori, "biti tamo", "slušati" i "pratiti" ili glazbena terapija stoga igraju ključnu ulogu. O pacijentima na odjelu palijativne skrbi skrbi multiprofesionalni tim.

Bolesnici borave u jedinici palijative u prosjeku 2-4 tjedna. Glavni cilj je dobra kontrola simptoma, za što postoji 24-satna medicinska skrb. Pacijenti ne dolaze na odjel "ne samo umrijeti", mnogima zbrinutima teku terapije tumora pa ih se opet otpušta. Palijativno liječenje stoga treba započeti puno ranije u tijeku bolesti (ponekad čak i s dijagnozom neizlječive bolesti) nego hospicijsko liječenje. U hospiciju liječenje je u drugom planu. Ovdje pacijenti nalaze svoje posljednje boravište, stoga je otpust izuzetak.

Dok boravak na odjelu palijativne skrbi ne uključuje nikakve troškove za pacijenta (kao i svaki bolnički krevet), u hospiciju se naplaćuje dnevnicu od 55 eura. Međutim, duljina boravka u jedinici za palijativnu skrb je ograničena, dok osobe u hospiciju mogu ostati do 6 mjeseci.

U prilogu datoteke: FOTOGRAFIJE 27.06.2022. HOHENEMS Palliativ Station 1. grupa, FOTOGRAFIJE 27.06.2022. HOHENEMS Palliativ Station 2. grupa.

U 13:30 Grupa 1 i 2 zamjenjuju mjesto posjeta te nastavljaju program od 13:30 do 16:00 sati.

Utorak 28.06.2022. godine

U 09:30 posjeta Hauskrankenpflege und Mobiler Hilfsdienst Außermontafon, Stützpunkt, adresa: Batloggstraße 36, 6780 Schruns.



Sudionici posjećuju lokalnu udrugu za kućnu njegu i mobilne timove. Dočekuje Angela Jager, voditeljica zdravstvene njege u regiji Vorarlberg, Mag. Jakob Netzer, voditelj lokalne udruge, te Johannes Kohlroß, voditelj njege.

Kućna njega podržava želju bolesnih, starijih i osoba kojima je potrebna njega da do kraja života ostanu u svom poznatom okruženju. Obuhvaća asortiman usluga kao kontaktna točka za pitanja njege i podrške i omogućuju holističku medicinsku njegu i podršku kod kuće putem visokokvalificiranog stručnog osoblja. Udruga medicinskih sestara svojim članicama nudi: profesionalna njega, individualno savjetovanje rodbine, holističku njega tijela, brigu o rani, terminalnu njegu, pružanje i organiziranje predmeta za njegu.

Mobilna služba pomoći podržava samce, starije osobe, potrebite, invalide i bolesne osobe kako bi im omogućila ili olakšala život u poznatom okruženju. Time se rasterećuju članovi obitelji i rodbina te njegovatelji 24 sata dnevno. Pomoć u svakodnevnim aktivnostima: pomoć u kućanstvu, kuhanje, pranje rublja, peglanje, razgovor, slušanje, čitanje, šetnje, igranje, dogovaranje posjeta liječniku i kontakt s vlastima, zajednička kupovina namirnica i poslovi, čišćenje i pospremanje korištenog stambenog prostora.

Dnevni boravak omogućuje rođacima osoba kojima je potrebna njega da se odmore od tereta i odgovornosti brige za rođaka, dok u isto vrijeme osobi kojoj je potrebna njega omogućuje promjenu okruženja. Dobro obučeni tim pomagača ulaže sve napore kako bi stvorio ugodnu atmosferu. Ponuda se proteže od društvenih druženja, izleta, društvenih igara (društvene igre,...), rukotvorina, rukotvorina, pjevanja, muziciranja do gimnastike i sjedećeg plesa. Nadalje, može se koristiti taxi usluga koja goste vozi u vrtić i vraća kući. Slobodni ili usamljeni ljudi također su dobrodošli.

Djelatnici "izvanbolničke gerontopsihijatrijske skrbi" pružaju specijalizirani oblik skrbi i podrške osobama koje pokazuju promjene u naravi i ponašanju uzrokovane bolešću. To često dovodi do teških i stresnih situacija za dotičnu osobu i za ljude koji žive u blizini.

Fotografije u datoteci: FOTOGRAFIJE 28.06.2022. SCHRUNS Montafon.

U 11:00 sati posjeta Seniorenheim der Stiftung Liebenau in Bartholomäberg, Dom sv. Ane.



Dom sv. Anna, koji je otvoren 2019., nalazi se u središtu Bartholomäberga nasuprot crkve s prekrasnim pogledom na okolni planinski krajolik. Starački dom nudi prostor za 33 štićenika svih razina skrbi za dugotrajnu, kratkotrajnu i dnevnu skrb. Na raspolaganju je osam apartmana u kući za starije osobe kojima je potrebno malo njege, a žele samostalno živjeti u vlastitom stanu ili se jednostavno žele osjećati sigurnije i zbrinuto u starosti. Moderna zgrada je svijetla i udobno namještena te odgovara svim zahtjevima suvremene njege i njege. Pri projektiranju zajedničkih prostorija posebnu važnost pridaju ugodnoj atmosferi. Tepisi i tekstil u toplim, čistim bojama trebaju naglasiti domaći karakter, biljke osiguravaju zdravu unutarnju klimu. Svijetla nova zgrada podijeljena je na dvije

stambene zajednice, svaka s kuhinjom i dnevnim boravkom u središtu. Ovdje živi 16 do 17 seniora. Miris kave miriše u prostranoj kuhinji za jelo. Ovdje se čisti povrće, miješa se tijesto za kolače, kuha i jede. O obrocima se brinu naši svakodnevni voditelji, dok starije osobe vide, čuju i mirišu što se događa te mogu sudjelovati prema svojim željama i mogućnostima. Kao i obično, kvalificirano medicinsko osoblje spremno je pružiti njegu.

Fotografije u datoteci: FOTOGRAFIJE 28.06.2022. Bartholomaberg Dom sv. Ane

U 15:00 do 17:00 sati posjeta Pfarrzentrum Altenstadt, Adresse: Klosterstrasse 6, 6800 Feldkirch-Altenstadt



Predavanje je održao Mag. Martin Hebenstreit iz udruge Connexia o temi Kampanja o demenciji u Vorarlbergu. Cilj Kampanje za demenciju je da osobe s demencijom sudjeluju u javnom i društvenom životu u Vorarlbergu. Kampanja za demenciju doprinosi dostojanstvenoj skrbi i integraciji osoba s promjenama izazvanim demencijom te podršci njihovim bližnjima. Središnji zadatak je poboljšanje životnih uvjeta za osobe s demencijom. Rad na odnosima s javnošću podiže svijest o temi.

Srijeda 29.06.2022. godine

Od 09:00 do 12:00 sati Pfarrzentrum Altstadt, Klosterstrasse 6, 6800 Feldkirch-Altenstadt,
Vorstellung regionale Hospizteams Vorarlberg sowie Hoki (Hospizbegleitung für Kinder,
Jugendliche und Familien)

Fotografije u datoteci: FOTOGRAFIJE 29.06.2022. FELDKIRCH Hospiz team Vorarlberg

Održane su 4 prezentacije:

1. „Wie werde ich ehrenamtliche Hospiz Mitarbeiterin?“ – Kako mogu postati volonter u hospiciju?
2. „HOKI – Hospizbegleitung für Kinder“ – HOKI – Hospicijska podrška djeci





3. Regionale Hospizteams – Regionalni hospicijski timovi



4. „Trauer Gruppen“ - Grupe za žalovanje



Sudionici su se podijelili u 4 grupe kojima su istovremeno prezentirane sve 4 teme, da bi se po završetku grupe zamijenile sve dok ne bi završile sve 4 prezentacije.

Program prezentacija završen zajedničkom fotografijom u 12:00 sati.



u 12:09 sati Feldkirch Austrija polazak nazad u Hrvatsku

12:40 sati Bregenz prelazak granice Austrija – Njemačka

16:50 Salzburg prelazak granice Njemačka – Austrija

19:50 tunel Karavanke prelazak granice Austrija – Slovenija

22:20 Bregana prelazak granice Slovenija – Hrvatska

Prezentacija:

Hospiz am See

DGKP MARIA CLAESSENS, ZAMJENICA VODITELJA HOSPICIJA
DR. KARL BITSCHNAU, ADMINISTRATIVNI VODITELJ HOSPICIJA
DR. DR. KLAUS GASSER, MEDICINSKI VODITELJ HOSPICIJA

„Palijativna skrb je cjelovit pristup poboljšanju životne kvalitete pacijenata i njihovih obitelji koji se susreću s problemima, koji se bore s bolešću opasnom po život, kroz prevenciju i ublažavanje patnje, kroz rano otkrivanje, kroz besprijekornu procjenu i terapiju protiv bolova kao i drugih, otežavajućih tegoba tjelesne, psihosocijalne i duhovne vrste.“

Palijativna skrb

Kontrola simptoma

Psihosocijalna, duhovna podrška

Dalekovidno planiranje skrbi

Podrška članovima obitelji

Održavanje autonomije i dostojanstva pacijenata

Otvoren i istinit pristup kao temelj povjerenja među svim uključenim osobama

Pozitivno stajalište prema životu

Prihvatanje umiranja i smrti kao dijela života

Smrt se niti ubrzava niti odgađa, eutanazija se striktno odbacuje

Uvažavanje fizičkih, psihičkih, socijalnih i duhovnih potreba pacijenata, članova obitelji i tima za liječenje

„High person low technology“: u prvom planu je ono što je medicinsko i etički opravdano, ne ono što je medicinski tehnički izvedivo

Individualno liječenje pacijenata od strane multidisciplinarnog tima

Životna kvaliteta umjesto životne kvantitete

Palijativna skrb – za koga?

Onkološki pacijenti (80%)

Kardiološki pacijenti (srčane bolesti)

Pulmološki pacijenti (COPD)

Nefrološki pacijenti (terminalno oboljenje jetre)

Neurološki pacijenti (ALS)

Gerijatrijski pacijenti (velik obujam skrbi)

Ideja hospicija

„Ne davati životu više dana, nego danima više života.“

Cicely Saunders

Stacionar hospicij „Hospiz am See“ od 2018.

„Stacionar hospicij je ustanova s vlastitom organizacijskom strukturom koja je specijalizirana na dugoročnu brigu palijativnih pacijenata do njihove smrti.“

= specijalizirana ustanova za kronično bolesne pacijente

Cilj skrbi

Poboljšanje životne kvalitete pacijenata i njihovih članova obitelji

Najbolja moguća kontrola simptoma

Skrb se daje kroz interprofesionalni tim

- Medicina
- Skrb
- Socijalni rad
- Dušobrižništvo
- Terapeuti
- Hospicijski pratitelji volonteri

Klasični pacijent hospicija

„Paliyativni pacijent u zadnjoj životnoj fazi s kompletnom skrbničkom, psihosocijalnom ili medicinskom simptomatikom i visokim obujmom skrbi kod kojih liječenje u bolnici nije potrebno, a skrb kod kuće ili u domu nije moguća.“

Načelo

Živjeti do zadnjega & Umrijeti dostojanstveno

Kriteriji pristupa

- Pacijent odn. njegovi članovi obitelji/njegove osobe od povjerenja pristaju na primanje.
- Pacijent odn. njegovi članovi obitelji/njegove osobe od povjerenja su velikim dijelom svjesni neizlječive bolesti.
- Pacijent odn. njegovi članovi obitelji/njegove osobe od povjerenja dobili su informacije o mogućnostima i ciljevima stacionarnog hospicija.

Hospiz am See 2018.-2021.

Zaprimljeni pacijenti 2018.-2020.

Podjela po spolu

2018.-2020.: 52% žena, 48% muškaraca

Najmlađi / najstariji pacijent:

2018.: 43,6 godina / 95,1 godina

2019.: 52,3 godine / 97,0 godina

2020.: 48,5 godina / 96,1 godina

2021.: 31,1 godina / 96,1 godina

Prosječna duljina boravka (dani)

44,7% pacijenata umru unutar prvih 10 dana

10,5% pacijenata bili su duže od 60 dana u stacionaru

Prezentacija:

HOSPICIJ I PALIJATIVNA SKRB U VORARLBERGU

Palijativna skrb u pokrajini Voralerberg

Hospicij „Hospiz am See“ (Bregenz)
Stacionar za palijativnu skrb (Hohenems)
Kućna njega pacijenata (Montafon)
Mobilni tim (Montafon)
Starački dom (Montafon)
Akcija demencija (Feldkirch)
Regionalni hospicijski timovi (Feldkirch)
Hospicijski timovi za djecu (Feldkirch)

Mjesta na kojima ljudi umiru u Vorarlbergu 2020

Odrasli, sve dijagnoze, vrijednosti u %
Bolnice 39,4%
Kod kuće 31,8%
Domovi 22,0%
Drugo 6,7%

Razine hospicijske i palijativne skrbi za odrasle

OSNOVNA SKRB

Akutno područje

Bolnice

Dugoročno područje

Domovi za starije i nemoćne osobe

Kod kuće

Obiteljski liječnici, mobilni timovi, terapeuti

Sveukupno: 80-90%

PRATEĆE SAVJETODABNE SLUŽBE

Hospicijski timovi
Palijativne savjetodavne službe
Mobilni palijativni timovi

SLUŽBE PODRŠKE

Palijativni stacionari
Hospicijski stacionari
Dnevni hospicij
Sveukupno 10-20%

Razine skrbi za djecu, mladež i mlade odrasle

Osnovna skrb	Stručna hospicijska i palijativna skrb			Rasterećenje
Ustanova/slужba	Mobilna ponuda		Stacionarna ponuda	Mobilna ponuda, (djelomična) stacionarna ponuda
Dječja bolnica, (Dječje) Bolnice	Dječji hospicijski timovi	Mobilni dječji hospicijski timovi	Pedijatrijski palijativni kreveti	Dnevna skrb
Prateće ustanove				Skrb rasterećenja
Obiteljski liječnici (specijalisti)			Dječji hospicijski stacionari	Kratkoročna, dugoročna skrb
Mobilna (dječja) bolnička skrb				Odmor
Terapeuti				Podrška pri žalovanju

Copyright:Hospicij Austrija 2017.

Prijedlog Zakona o hospicijskom i palijativnom fondu („HosPalFG) predviđa uređenje namjenskih potpora pokrajinama kao financijsku podršku hospicijskoj i palijativnoj skrbi u području dugoročne skrbi i njege od 2022. godine. Cilj tog zakona je osiguravanje namjenske opskrbe pacijenata kojima je potrebna skrb i njihovim obiteljima uz pristupačne usluge skrbi i njege. Sadržaj zakona su namjenske potpore za pokrajine za modularne razine ponude hospicijske i palijativne skrbi.

6 regionalnih hospicijskih timova

Cca. 200 kvalificiranih hospicijskih volontera

Podrška kod kuće, u bolnici i u domovima

Podrška pri žalovanju

Savjetovanje

Usluge su besplatne

Financiranje iz donacija, poticaja i iz Socijalnog fonda Vorarlberga

Mobilni palijativni tim Vorarlberg (Mjesto: Hohenems)

„HOKI“

Hospicijska podrška za djecu, mladež i mlade odrasle

Tugujućoj djeci dati oslonac

... u osnovnoj skrbi

Obiteljski liječnik

Kućna njega

Domovi

Bolnice

Članak „Palijativna njega kod kuće“

66 Udruga kućne skrbi s 48 baza trenutno postoje u cijeloj zemlji

8311 pacijenata dobiva skrb od 311 suradnika, od kojih 262 s diplomom

310.452 sati skrbi pruženo je u prošloj godini

Palijativni stacionar Hohenems – 16 kreveta

Hospicijski stacionar

„Hospiz am See“

10 jednokrevetnih soba

Palijativna stručna kompetencija

- Palijativni tečajevi u obrazovnoj ustanovi Batschuns
- Palijativni simpoziji u obrazovnoj ustanovi Batschuns
- Godišnji dani hospicijske i palijativne skrbi
- Usavršavanje, „refresh“ tečajevi

Prikaz hospicijskih timova i službi u pokrajini Vorarlberg

Hospicijske i palijativne ustanove za odrasle u Austriji 2020.

Broj hospicijskih i palijativnih ustanova za odrasle u Austriji

U 2020. godini u Austriji je djelovalo 357 specijaliziranih hospicijskih i palijativnih ustanova za odrasle. Osnovana su dva nova hospicijska tima, a jedan je ukinut. Nadalje 2020.

Registriran je jedan novi dnevni hospicij (Salzburg) i jedan novi hospicijski stacionar (Beč).

172 hospicijska tima

60 mobilnih palijativnih timova

6 dnevnih hospicija

61 palijativna konzilijarna služba

14 hospicija stacionara

43 palijativnih stacionara

Broj hospicijskih i palijativnih kreveta

U Austriji je krajem 2020. godine za teško bolesne i umiruće pacijente bilo na raspolaganju 492 hospicijska i palijativna kreveta, od toga 368 kreveta u palijativnim stacionarima i 124 kreveta u hospicijskim stacionarima.

Grafikon prikazuje žutom bojom palijativne krevete i sivom bojom hospicijske krevete po pokrajinama – Vorarlberg 16 palijativnih i 10 hospicijskih kreveta. (Stanje od 31.12.2020.)

Razvoj hospicijskih i palijativnih ustanova u Austriji 1989. – 2020.

Usporedba godina 1989-2020 pokazuje značajan porast nakon 1997 u četiri područja: kod hospicijskih timova volontera, kod mobilnih palijativnih timova, kod palijativnih stacionara i kod palijativno-konzilijarnih službi. Povećanje se povezuju skoro isključivo s osiguranim financiranjem.

Prezentacija:

Hospicij Vorarlberg - Naša misao vodilja - Zadaća Caritasa

Važan si jednostavno zato što jesi.

Do zadnjeg trenutka tvog života si važan. I mi ćemo učiniti sve ne samo da možeš u miru umrijeti nego i da može do zadnjeg živjeti.

Cicely Saunders, osnivačica modernog hospicijskog pokreta

Misija

Mi od hospicija Vorarlberg svoju misao vodilju vidimo u principima međunarodne ideje hospicija i aktivno radimo kao dio austrijske hospicijske i palijativne mreže pod pokroviteljstvom hospicija Austrije.

Ideja hospicija i palijative stoji za cjelovitu podršku, skrb i liječenje teško bolesnih, umirućih i tugujućih osoba. Prema tome mi nudimo konkretne usluge tim osobama i njihovim obiteljima i osnažujemo društvo da se ovisno o vlastitim mogućnostima brine i preuzme odgovornost za te ljude.

Mi smo dio hospicijske i palijativne mreže u Vorarlbergu i razvijamo istu dalje zajedno s našim mrežnim partnerima i pokrajinom Vorarlberg.

Bregenz, ožujak 2022.

Načela hospicija

Tjelesna, psihička, socijalna u duhovna dimenzija ljudskog života pripadaju zajedno i utječu jedna na drugu.

U međunarodne principe hospicija ubrajaju se:

Srce i razum

Stručna kompetencija povezana s ljudskošću

Etički odgovorno ponašanje

Najbolje moguća kvaliteta života do zadnje kao cilj skrbi

Podrška pri samoodlučivanju pacijenata: autonomija što više je moguće

Integracija članova obitelji u koncept skrbi

Volonterske usluge kao važan dio hospicijske i palijativne skrbi

Interprofesionalnost u liječenju i skrbi: liječnici, njegovatelji, socijalni radnici, dušobrižnici i volonteri zajedno čine tim, rade zajedno i upotpunjuju se međusobno. Po potrebi se pozivaju psiholozi, psihoterapeuti, fizioterapeuti i druge stručne skupine.

Tko smo mi

Nositelj hospicija Vorarlberg je Caritas Vorarlberg

Naša ponuda namijenjena je svim ljudima u Vorarlbergu kojima je potrebna. Imamo korijene u svim regijama Vorarlberga i zbog toga smo blizu ljudima, koji žele koristiti našu ponudu. Hospicij Vorarlberg pokriva svojom ponudom usluga kroz regionalne hospicijske timove, hospicijski tim za djecu (HOKI), mobilni palijativni tim (MPT – u suradnji s palijativnim stacionarom Hohenems) i hospicijem stacionarom značajan dio hospicijske i palijativne skrbi i povrh toga aktivno kreira mrežu integrirane hospicijske i palijativne skrbi u Vorarlbergu.

Za koga smo tu

Za ljude svake dobi koji boluju od neizlječive bolesti i njihove članove obitelji, za ljude koji žaluju i za ljude kojima umiranje predstavlja temu.

Nudimo i stručno savjetovanje za sve osobe kojima smrtonosna bolest predstavlja egzistencijalni izazov ili koji prolaze krizu. Naša podrška može biti kod kuće, u domu ili u bolnici. Teško bolesnim osobama nudimo u hospiciju „Hospiz am See“ zadnji dom u kojem se ljudski brinemo o njima i u kojem dobivaju stručnu skrb.

Za stručno osoblje iz medicinske struke, njege, socijalnog rada, dušobrižništva. Stojimo na raspolaganju posebice u obliku mobilnog tima drugim ustanovama zdravstvenog i socijalnog sustava kao partneri i savjetnici i dajemo im podršku kod skrbi o teško oboljelim i umirućim pacijentima.

Za javnost

Informiramo, obrazujemo i savjetujemo osobe koji su konfrontirani s vlastitom smrću, koji se žele pripremiti na ulogu potpore pri umiranju ili koji su jednostavno zainteresirani. Naše iskustvo s umiranjem prenosimo u društvo i potičemo da se ljudi bave s temom umiranja, smrt i tugovanje. Za medije smo partner za razgovor o svim temama hospicijske i palijativne skrbi.

Naš stav o vrijednostima

Mi poštujemo sve ljude – neovisno o dijagnozi, spolu, rasi, vjeri, kulturi, političkom uvjerenju, državljanstvu, nacionalnosti – i prema njima se ponašamo s uvažavanjem.

Mi poštujemo sve ljude kao individue s tjelesnim, duševnim, socijalnim i duhovnim potrebama. One čine individualnu kvalitetu života svake osobe. Samoodlučivanje ljudi za nas ima visok prioritet.

Poštujemo granice svake osobe – tako i naše vlastite. Kod etičkih konflikata jasno iskazujemo svoj stav, a da pri tom osobi kojoj pružamo skrb ne namećemo naše vrijednosti. Poštujemo da pojmovi kao zdravlje, bolest, bol i kvaliteta života predstavljaju subjektivne kategorije i zbog toga se orijentiramo prema osjećajima pacijenata i njihovih članova obitelji. Blagostanje naših „klijenata“ za nas igra važnu ulogu.

Tko radi kod nas

U okviru hospicija „Hospiz am See“ rade na puno radno vrijeme stručnjaci iz zdravstva i socijalnog koji ruku pod ruku rade s angažiranim volonterima. Mi držimo puno do interprofesionalnog timskog rada i njegujemo tu vrstu suradnje. Orijentiramo se prema nacionalnim i međunarodnim standardima.

Koordinatori hospicija školovali su se u zdravstvu, socijalnom radu i posjeduju stručne i socijalne kompetencije. Oni su položili palijativni tečaj (160 sati).

Suradnici iz mobilnog palijativnog tima i hospicija „Hospiz am See“ školovani su i iskusni liječnici, njegovatelji i socijalni radnici s izraženim palijativnim kompetencijama (min. su položili palijativni tečaj). Tim za podršku hospicija „Hospiz am See“ upotpunjuju stručni suradnici iz područja dušobrižništva, domaćinstva i administracije kroz volonterski tim kao i kroz vanjske terapeute.

Pratitelji volonteri unose visoku osobnu kompetenciju u ovaj posao. Oni se kroz tečaj kvalifikacije, koji se temelji na kurikulumu hospicija Austrije, pripremaju na svoju ulogu i uče kroz vlastitu refleksiju svojih iskustava, kroz razmjenu iskustava, superviziju i daljnje usavršavanje.

Voditelji hospicija Vorarlberg raspolažu o završenom školovanju u području zdravstva ili socijalne skrbi i posjeduju stručnu kompetenciju na području palijativne skrbi. Položili su osnovni palijativni tečaj (160h).

Kako radimo

Prema našim klijentima, gostima i suradnicima ponašamo se s velikim poštovanjem, tolerancijom i otvorenosću.

Kad god je moguće radimo u timu, upotpunjujemo se i dajemo si podršku i brinemo se o dobrom protoku informacija.

Pazimo na vlastitu psihološku higijenu kroz kolegijalne razgovore, interviziju i superviziju.

Što znači volonterizam za nas

Suradnici volonteri od velikog su značaja u hospiciju Vorarlberg

Volonterizam u hospicijskoj i palijativnoj skrbi je vrlo kompetentan i profesionalan.

Volonterizam kako ga mi shvaćamo ima svoju kompetenciju na području psihosocijalne podrške i s toga ne zamjenjuje usluge koje obavljaju suradnici zaposleni na puno radno vrijeme. Ono što volonteri pružaju svojom ljudskošću, svojim angažmanom, svojim iskustvom i znanjem, svojom kompetencijom i svojim radom je nemjerljivo. Volonterski suradnici u hospiciju svjedoče o skrbi društva za ljude koji se nalaze na rubu svog života i vraćaju svoje iskustvo iz tog područja životu društva. Naše veliko poštovanje prema volonterima pokazujemo kroz osobnu podršku, dobre uvjete rada, kroz dobru organizacijsku strukturu koja pruža sigurnost. Volonteri se uključuju u razvojne procese koji se i njih tiču.

Kako surađujemo s drugima

Unutar zdravstvenog i socijalnog sustava Vorarlberga vidimo se kao partner svim ustanovama i uslužnim djelatnostima koje služe angažmanu za teško oboljele, umiruće i tugujuće osobe.

Unutar zdravstvenog i socijalnog sustava hospicij Vorarlberg je dio mreže „specijalizirane hospicijske i palijativne skrbi“ i dobro surađujemo sa svim ostalim nositeljima te mreže.

Tamo gdje kooperacije čine dodatnu vrijednost ih po mogućnosti i koristimo. Zainteresiranim klijentima nudimo našu konstruktivnu i stručno-kompetentnu suradnju punu poštovanja i aktivno pridonosimo istoj. Daljnji razvoj hospicijske i palijativne skrbi zahtjeva stalan dijalog

između svih onih koji su uključeni. Umrežavanje za nas ima prednost u odnosu na pojedinačna rješenja.

Zašto prenosimo znanje

Mi od hospicija Vorarlberg angažiramo se na području prenošenja znanja gdje možemo ostvariti koristan učinak našim doprinosom. Mi dajemo impulse za održavanje manifestacija i projekata na temu hospicijske i palijativne skrbi. K tome surađujemo s obrazovnim ustanovama i po potrebi i sami nastupamo kao organizatori takvih događanja. Prenosimo naša znanja i iskustva i surađujemo s kompetentnim kolegama iz tuzemstva i inozemstva.

Kroz naš informacijski i obrazovni rad za pacijente i zainteresirane pridonosimo da se ljudi rješavaju straha i osnažuju vlastitu sposobnost biti podrška članovima obitelji.

Što dajemo društvu

Mi smo uvjereni da su umiranje, smrt i žalovanje teme koje se tiču cjelokupnog društva. Stoga svoje iskustvo unosimo u društvo i javnost i na taj način kroz dodir s potrebama i iskustvima smrtno bolesnih pacijenata i tugujućim osobama ih dodirujemo. Mi ih ohrabujemo da budu solidarni s pogođenim osobama i pridonosimo smanjenju straha pri susretu s oboljelima. Mi zastupamo interese teško oboljelih i umirućih pacijenata kao i njihovih članova obitelji prema politički odgovornima. Mi tražimo dijalog, otvaramo aktualne teme i zauzimamo stajalište. Mi stvaramo svijest da je smrt dio života i da pažnja prema kvaliteti života na kraju života igra veliku ulogu.

Što je naš financijski temelj

Hospicijska skrb je na kraju ponuda našeg društva za sugrađane kojima je u vrlo teškoj životnoj fazi potrebna podrška.

Hospicij Vorarlberg financira se iz različitih izvora: dobrovoljne donacije su znak da se stanovništvo solidarizira s oboljelim osobama i podržava ideju hospicija. Iz javne ruke dolaze iznosi kroz socijalni fond i zdravstveni fond Vorarlberga tako da skrb o bolesnim, umirućim i tugujućim osobama igra centralnu ulogu i za općine, pokrajinu Vorarlberg i socijalno osiguranje. Katolička crkva Vorarlberg, bolničko operativno poduzeće, razne firme, zaklade i udruge također pridonose financiranju hospicija. Sve to zajedno stvara učinkovitu mrežu koja nas nosi i omogućuje naše djelovanje da smo na raspolaganju svima koji nas trebaju.

Hospicijske i palijativne ustanove za djecu, mladež i mlade odrasle u Austriji 2020.

Broj pedijatrijskih hospicijskih i palijativnih ustanova u Austriji

U Austriji je 2020. bilo ukupno 32 specijalizirane pedijatrijske hospicijske i palijativne ustanove.

U području stacionara obiteljima su 2020. bila na raspolaganju 4 hospicijska mjesta i 8 pedijatrijskih palijativnih kreveta.

12 dječjih hospicijskih timova

15 mobilnih dječjih palijativnih timova

4 jedinice pedijatrijskih palijativnih kreveta

1 hospicijski stacionar za djecu

Prezentacija:

Hospicij Vorarlberg Zadaća Caritasa

Regionalni hospicijski timovi, Margaritha Matt

Pionirka hospicija

Cicely Saunders (1918-2005)

Važan si jednostavno zato što jesi.

Važan si do zadnjeg trenutka tvog života.

Sve ćemo učiniti ne samo da možeš u miru umrijeti, nego i da možeš do kraja živjeti.

Hospicij Vorarlberg -Zadaća Caritasa, Hospicij & Caritas

Početak s prvim tečajem „Podrška pacijentima pri umiranju“ 1984. godine.

Usljed toga nastali su timovi u bolnicama Bregenz i Bludenz, kao od 1991. godine u svim bolnicama.

Od 1993. osnivanje hospicijske udruge (inicijativa dušobrižnika Caritasa, gosp. Elmar Simma); iz toga se razvio hospicijski pokret Caritasa.

Od 1994. godine Caritas Vorarlberg postaje nositelj hospicijskog pokreta.

Malo pomalo, poslije toga nastaju hospicijski timovi u čitavom Vorarlbergu i posljedično i u domovima.

2006. godine osnovana je posebno za potrebe pogođene djece, mladih i njihovih obitelji tzv. „HOKI“ – hospicijska podrška djeci.

Regionalni hospicijski timovi

Bludenz / Feldkirch / Götzis /

Dornbirn / Bregenz

Bregenzerwald inkl. Kleinwalsertal

HOKI u svim regijama

Hospicij „Hospiz am See“

Palijativna skrb Vorarlberg

6 regionalnih hospicijskih timova

1 tim hospicijske skrbi za djecu (HOKI)

1 stacionar hospicij

1 palijativni stacionar

Palijativna skrb u domovima

Razvoj palijativne kulture:

Palijativni tečajevi, Dan hospicija i palijative

Za koga smo tu

Neovisno o vjeri, nacionalnosti ili starosti

Za osobe svake dobi koji boluju od smrtonosne bolesti i njihove članove obitelji – ambulantno, u bolnicama, u domovima

Za osobe u njihovoj žalosti – kafići za žalovanje, grupe za žalovanje, individualna podrška u žalovanju

Za osobe koje se susreću s temom „umiranje“

Za stručno osoblje iz područja medicine, njege, socijalnog rada, dušobrižništva

Kako nastaje hospicijska intervencija

Upit prema koordinatoru u određenoj regiji ili HOKI-ju od strane

Doma

Bolnice

Kućne njege

Obitelji

Tzv. „casemanagement“

Socijalnih ustanova

Kontakt ustanove za žalovanje

Samih pacijenata

Što nama znači volontiranje

Volonteri igraju značajnu ulogu za hospicij u Vorarlbergu

Ono što volonteri u svojoj službi daju u obliku ljudskosti, angažmana, iskustva i znanja, kompetencije je od nemjerljivog značaja

223 volontera djeluju u hospicijskim timovima i odradili su 2020. godine više od 800 intervencija s preko 20.000 sati angažmana

„Važan si zato što jesi.“

Cicely Saunders, osnivačica hospicijskog pokreta