

UDK: 616-083.98
COBISS.SR-ID: 190664201

DOI:0.5937/abc2601039G

URGENTNA STANJA U KUĆNOM LEČENJU KAO DEO VANBOLNIČKE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

EMERGENCY CONDITIONS IN HOME CARE AS PART OF AMBULATORY HEALTH CARE

Nikola Gavrilović¹

¹ Dom zdravlja Subotica, Služba kućnog lečenja, Subotica

Sažetak:

Uvod: Kućno lečenje predstavlja značajan segment vanbolničke zdravstvene zaštite i ima sve važniju ulogu u zbrinjavanju pacijenata sa hroničnim oboljenjima, smanjenom funkcionalnom sposobnošću i povećanim rizikom od akutnih pogoršanja zdravstvenog stanja. Pacijenti u kućnom lečenju čine heterogenu i posebno ranjivu populaciju kod koje se urgentna stanja često manifestuju atipično, u uslovima ograničenih dijagnostičkih i terapijskih mogućnosti. Cilj ovog rada je da prikaže najčešća urgentna stanja u kućnom lečenju i naglasi specifičnosti njihovog zbrinjavanja u okviru vanbolničke zdravstvene zaštite. Metode: Rad predstavlja narativni pregled relevantne literature i savremenih kliničkih smernica koje se odnose na urgentna stanja u kućnom lečenju. Analizirani su dostupni podaci o kliničkoj prezentaciji, inicijalnom zbrinjavanju, kao i organizacionim i etičkim aspektima zbrinjavanja urgentnih stanja u kućnim uslovima, sa posebnim osvrtom na ulogu lekara kućnog lečenja. Rezultati: Najčešća urgentna stanja u kućnom lečenju obuhvataju kardiovaskularna, respiratorna, neurološka, infektivna, gastrointestinalna i traumatska stanja. Zajedničke karakteristike ovih stanja su atipična klinička prezentacija, brza progresija i potreba za pravovremenim uključivanjem službe hitne medicinske pomoći. Poseban organizacioni izazov predstavlja odsustvo transportne funkcije u okviru kućnog lečenja, zbog čega racionalno upravljanje vremenom i jasna koordinacija sa službom hitne medicinske pomoći imaju ključni značaj za ishod lečenja. Zaključak: Jasno definisani protokoli, kontinuirana edukacija zdravstvenih radnika i unapređenje saradnje između službe kućnog lečenja i službe hitne medicinske pomoći predstavljaju osnovne preduslove za bezbedno i efikasno zbrinjavanje urgentnih stanja u kućnim uslovima. Uloga lekara kućnog lečenja je prvenstveno u ranom prepoznavanju urgentnih stanja i pravovremenom usmeravanju pacijenata ka odgovarajućem nivou zdravstvene zaštite.

Ključne reči: kućno lečenje, urgentna stanja, vanbolnička zdravstvena zaštita, hitna medicinska pomoć, multimorbiditet.

KORESPONDENCIJA/CORRESPONDENCE

Nikola Gavrilović

Subotica, Matka Vukotića 11

E-pošta: gavrilovicnikola@yahoo.com

UVOD

Kućno lečenje predstavlja važan segment vanbolničke zdravstvene zaštite i obuhvata pružanje kontinuirane medicinske nege pacijentima u njihovom domaćem okruženju, sa ciljem unapređenja kvaliteta života, smanjenja potrebe za hospitalizacijom i rasterećenja bolničkog sistema [1]. Savremeni zdravstveni sistemi, suočeni sa starenjem populacije, porastom hroničnih nezaraznih bolesti i ograničenim bolničkim kapacitetima, sve više prepoznaju značaj kućnog lečenja kao ravnopravnog dela zdravstvene zaštite [2]. U Republici Srbiji, kućno lečenje ima značajnu ulogu u zbrinjavanju pacijenata sa hroničnim oboljenjima, smanjenom pokretljivošću i funkcionalnim ograničenjima, naročito u uslovima ograničenih bolničkih kapaciteta i starenja populacije. U tom kontekstu, adekvatno prepoznavanje i zbrinjavanje urgentnih stanja u kućnim uslovima predstavlja važan element efikasnog funkcionisanja vanbolničke zdravstvene zaštite [1, 2].

Pacijenti uključeni u kućno lečenje čine heterogenu populaciju i često imaju višestruke hronične bolesti (multimorbiditet), smanjenu funkcionalnu sposobnost i kompleksne zdravstvene potrebe koje zahtevaju dugotrajan medicinski nadzor [3]. Upravo zbog kompleksnosti njihovog zdravstvenog stanja, kod ovih pacijenata postoji povećan rizik od razvoja akutnih i urgentnih stanja, koja zahtevaju brzo prepoznavanje i adekvatno zbrinjavanje, često u uslovima ograničenih dijagnostičkih i terapijskih mogućnosti [4].

Urgentna stanja u kućnom lečenju predstavljaju poseban izazov, jer se razlikuju od onih u bolničkom okruženju ne samo po mestu nastanka, već i po načinu kliničke prezentacije, mogućnostima dijagnostike, dostupnosti terapije i organizaciji zdravstvene službe [5]. Zdravstveni radnici u službi kućnog lečenja često su prvi, a ponekad i jedini kontakt pacijenta sa zdravstvenim sistemom u trenutku pogoršanja, što zahteva visok nivo kliničke procene, iskustva i donošenja odluka u kratkom vremenskom roku [6].

Dodatnu složenost predstavlja činjenica da su simptomi urgentnih stanja kod pacijenata u kućnom lečenju često atipični, naročito kod osoba sa kognitivnim oštećenjima, smanjenom pokretljivošću ili hroničnim neurološkim deficitima. Akutna konfuzija, pogoršanje opšteg stanja ili promene ponašanja mogu biti jedini

znaci ozbiljnog urgentnog stanja, što dodatno otežava pravovremenu dijagnozu [3, 6].

U tom kontekstu, kućno lečenje ima značajnu ulogu u ranom prepoznavanju urgentnih stanja, inicijalnom zbrinjavanju i donošenju odluke o daljem toku lečenja, uključujući indikacije za urgentnu hospitalizaciju ili nastavak terapije u kućnim uslovima. Jasno definisani protokoli, edukacija zdravstvenih radnika i multidisciplinarni pristup ključni su faktori za bezbedno i efikasno zbrinjavanje ovih pacijenata [2, 5].

CILJ RADA

Cilj ovog revijalnog rada je da prikaže najčešća urgentna stanja u kućnom lečenju, njihove kliničke specifičnosti, kao i izazove i mogućnosti zbrinjavanja u okviru vanbolničke zdravstvene zaštite, sa posebnim osvrtom na organizacione i praktične aspekte rada službe kućnog lečenja.

METODOLOGIJA

Ovaj rad predstavlja strukturisani narativni pregled relevantne literature i savremenih kliničkih smernica koje se odnose na urgentna stanja u kućnom lečenju u okviru vanbolničke zdravstvene zaštite. Literatura je pretraživana putem elektronskih baza podataka PubMed/MEDLINE, Cochrane Library i Google Scholar, uz korišćenje ključnih reči: „home care“, „emergency conditions“, „multimorbidity“, „outpatient emergency care“, „primary care emergencies“ i srodnih termina. Obuhvaćeni su radovi objavljeni u periodu od 2000. do 2025. godine, sa posebnim fokusom na savremene međunarodne smernice i klinički relevantne publikacije.

PROFIL PACIJENATA U KUĆNOM LEČENJU

Pacijenti obuhvaćeni kućnim lečenjem predstavljaju izrazito heterogenu grupu, kako po uzrastu, tako i po osnovnim dijagnozama, stepenu funkcionalne sposobnosti i potrebama za zdravstvenom negom [7]. Zajednička karakteristika ovih pacijenata je postojanje hroničnih zdravstvenih problema, smanjena rezerva fizioloških sistema i povećana vulnerabilnost na akutna pogoršanja zdravstvenog stanja [8].

U odnosu na pacijente lečene u bolničkim uslovima, populacija u kućnom lečenju češće ima izražen multimorbiditet, polifarmaciju i funkcionalna ograničenja, što značajno utiče na

kliničku prezentaciju bolesti i razvoj urgentnih stanja [9]. Ove karakteristike zahtevaju individualizovan pristup, kontinuirani nadzor i dobru procenu rizika od akutnih komplikacija.

- Funkcionalni i klinički status pacijenata

Veliki broj pacijenata u kućnom lečenju ima delimično ili potpuno smanjenu pokretljivost, bilo kao posledicu neuroloških oboljenja, degenerativnih promena lokomotornog sistema ili opšteg slabljenja organizma [10]. Smanjena mobilnost predstavlja značajan faktor rizika za razvoj brojnih urgentnih komplikacija kod starijih pacijenata, uključujući respiratorne infekcije, tromboembolijske događaje, dekubitalne rane i ubrzano pogoršanje osnovnih oboljenja [11].

Pored toga, kod pacijenata u kućnom lečenju često je prisutna smanjena fiziološka rezerva kardiovaskularnog i respiratornog sistema, što ih čini posebno osetljivim na akutne stresore, poput infekcija ili dehidracije, te dovodi do brže kliničke dekompenzacije i izraženijih manifestacija bolesti. [12].

- Kognitivna oštećenja i komunikacione barijere

Kognitivna oštećenja, uključujući demenciju i različite oblike delirijuma, česta su kod pacijenata u kućnom lečenju, naročito u starijoj populaciji. Ovakva stanja značajno otežavaju pravovremeno prepoznavanje urgentnih stanja, jer pacijenti često nisu u mogućnosti da jasno opišu simptome ili promene u svom zdravstvenom stanju [13, 14].

Akutna konfuzija, promene ponašanja, padovi ili odbijanje hrane i tečnosti mogu biti prvi, a ponekad i jedini znaci ozbiljnog urgentnog stanja, kao što su infekcije, metabolički poremećaji ili akutna kardiovaskularna dekompenzacija [6, 13]. Zbog toga je klinička procena u kućnim uslovima u velikoj meri oslonjena na opservaciju, iskustvo zdravstvenih radnika i informacije dobijene od članova porodice ili negovatelja [15].

- Multimorbiditet i polifarmacija

Multimorbiditet predstavlja jedno od ključnih obeležja pacijenata u kućnom lečenju i značajno povećava rizik od urgentnih stanja [9]. Prisustvo više hroničnih bolesti dovodi do složenih međusobnih interakcija, atipičnih kliničkih slika i povećane učestalosti akutnih pogoršanja [16].

Polifarmacija, definisana kao istovremena primena pet ili više lekova, česta je u ovoj populaciji i predstavlja dodatni rizik za nastanak urgentnih stanja, uključujući neželjene reakcije na lekove, interakcije i pogoršanje osnovnih bolesti [17]. U kućnim uslovima, kontrola terapije i praćenje neželjenih efekata često su otežani, što zahteva poseban oprez i redovnu reevaluaciju terapijskih režima [18].

- Socijalni i organizacioni faktori

Pored kliničkih karakteristika, socijalni faktori igraju značajnu ulogu u zdravstvenom statusu pacijenata u kućnom lečenju. Nedostatak adekvatne porodične podrške, ograničeni resursi i neadekvatni uslovi stanovanja, mogu doprineti kasnom prepoznavanju urgentnih stanja i odlaganju zbrinjavanja [19].

Efikasnost kućnog lečenja u velikoj meri zavisi od dobre organizacije službe, dostupnosti zdravstvenih radnika i jasno definisanih procedura za postupanje u urgentnim situacijama [20]. Ovi faktori direktno utiču na ishode lečenja i bezbednost pacijenata u vanbolničkim uslovima.

NAJČEŠĆA URGENTNA STANJA U KUĆNOM LEČENJU

Urgentna stanja u kućnom lečenju predstavljaju čest i značajan klinički problem, s obzirom na složen zdravstveni status pacijenata, ograničene dijagnostičke mogućnosti i potrebu za brzom kliničkom procenom. Najčešća urgentna stanja u ovom okruženju obuhvataju kardiovaskularna, respiratorna, neurološka, infektivna, gastrointestinalna, kao i traumatska stanja, koja često imaju atipičnu prezentaciju i brzu progresiju [21, 5].

- Kardiovaskularna urgentna stanja

Kardiovaskularna urgentna stanja predstavljaju jedan od najčešćih razloga za urgentnu intervenciju u kućnom lečenju i značajan uzrok morbiditeta i mortaliteta [22]. Epidemiološki podaci iz lokalne sredine ukazuju da se značajan deo akutnih koronarnih sindroma javlja u vanbolničkim uslovima, sa izraženim sezonskim varijacijama i dominantnom zastupljenošću starije populacije, što dodatno naglašava značaj ranog prepoznavanja simptoma i pravovremenog uključivanja hitne medicinske pomoći [23]. Ova stanja zahtevaju brzo prepoznavanje i donošenje odluke o daljem

zbrinjavanju, uključujući urgentnu hospitalizaciju.

- Bol u grudima i diferencijalna dijagnostika

Bol u grudima se u kućnim uslovima uvek smatra potencijalno životno ugrožavajućim urgentnim stanjem dok se ne dokaže suprotno [24]. Kod pacijenata u kućnom lečenju, naročito starijih i osoba sa multimorbiditetom, klasični simptomi akutnog koronarnog sindroma često izostaju, a bol može biti slab, atipičan ili se manifestovati kao nelagodnost, dispneja, mučnina ili opšta slabost [25].

Diferencijalna dijagnostika bola u grudima u kućnim uslovima obuhvata širok spektar stanja, uključujući:

- akutni koronarni sindrom,
- disekciju aorte,
- plućnu emboliju,
- akutnu srčanu insuficijenciju,
- pneumoniju i pleuritis,
- muskuloskeletni bol i traumu grudnog koša [26].

Ograničene dijagnostičke mogućnosti u kućnim uslovima nameću potrebu da se svaki novonastali ili neobjašnjivi bol u grudima tretira kao urgentno stanje, sa jasnim indikacijama za urgentni transport u bolničku ustanovu [24, 26].

- Akutna srčana insuficijencija i plućni edem

Akutna dekompenzacija srčane insuficijencije česta je kod pacijenata u kućnom lečenju i često se manifestuje progresivnom dispnejom, ortopnejom, perifernim edemima i pogoršanjem opšteg stanja [27]. U kućnim uslovima, rano prepoznavanje simptoma i započinjanje inicijalnih terapijskih mera od ključnog su značaja za sprečavanje daljeg pogoršanja i smrtnog ishoda [28].

- Aritmije i poremećaji krvnog pritiska

Aritmije, naročito atrijska fibrilacija sa brzim ventrikularnim odgovorom, kao i hipotenzivne ili hipertenzivne krize, predstavljaju česta urgentna stanja kod pacijenata u kućnom lečenju [29]. Simptomi su često nespecifični i uključuju slabost, vrtoglavicu, sinkopu ili konfuziju, što dodatno otežava dijagnostiku u kućnim uslovima [30].

- Respiratorna urgentna stanja

Respiratorna urgentna stanja su čest uzrok akutnog pogoršanja kod pacijenata u kućnom lečenju i često zahtevaju urgentnu procenu i intervenciju [31].

Najčešća respiratorna urgentna stanja uključuju:

- akutnu respiratornu insuficijenciju,
- aspiraciju stranog sadržaja,
- pneumoniju,
- pogoršanje hronične opstruktivne bolesti pluća [32].

Kod nepokretnih pacijenata i osoba sa neurološkim deficitima, aspiracija predstavlja posebno visok rizik i može dovesti do brzog razvoja teške respiratorne insuficijencije [33].

- Neurološka urgentna stanja

Neurološka urgentna stanja u kućnom lečenju često se manifestuju atipično i mogu biti teško prepoznatljiva, naročito kod pacijenata sa već postojećim neurološkim deficitom ili kognitivnim oštećenjima [34].

Najčešća neurološka urgentna stanja uključuju:

- sumnju na akutni cerebrovaskularni insult,
- epileptične napade,
- akutnu konfuziju i delirijum [35].

Svaka nagla promena svesti, govora, motorike ili ponašanja zahteva urgentnu procenu i razmatranje transporta u bolničku ustanovu [36].

- Infektivna urgentna stanja

Infekcije predstavljaju jedan od najčešćih uzroka urgentnih stanja u kućnom lečenju, a njihova prezentacija je često nespecifična [37]. Sepsa u kućnim uslovima često ostaje neprepoznata u ranim fazama, naročito kod starijih pacijenata kod kojih febrilni odgovor može izostati [38].

- Gastrointestinalna i urološka urgentna stanja

Akutna retencija urina, ileus, gastrointestinalna krvarenja i teška opstipacija predstavljaju česta urgentna stanja kod pacijenata u kućnom lečenju [39]. Ova stanja mogu brzo dovesti do ozbiljnih komplikacija ukoliko se ne prepoznaju i adekvatno ne zbrinu [40].

- Traumatska urgentna stanja: padovi i frakture

Traume, naročito padovi, predstavljaju značajan uzrok urgentnih stanja u kućnom lečenju, posebno kod starijih i nepokretnih pacijenata [41]. Padovi često dovode do fraktura, povreda glave i pogoršanja funkcionalnog statusa, sa dugoročnim posledicama po kvalitet života [42]. Frakture kuka, ručnog zgloba i pršljenova su najčešće i često se javljaju i nakon minimalne traume, usled osteoporoze i smanjene stabilnosti [43]. Procena traume u kućnim uslovima mora uključiti razmatranje mehanizma povrede, opšteg stanja pacijenta i mogućnosti bezbednog transporta u bolnicu [44].

Urgentno stanje	Ključni znaci/simptomi	Preporučeni inicijalni tretman u kućnom lečenju
Bol u grudima	Novonastali bol, dispneja, slabost	Urgentno obaveštavanje HMP, ne odlagati transport
Akutna dispneja	Tahipneja, ortopneja, hipoksija	Položaj, O ₂ ako je dostupan, poziv HMP
Sumnja na CVI (moždani udar)	Iznenadna slabost, poremećaj govora	Urgentno uključivanje HMP (vremenski zavisno stanje)
Akutna konfuzija	Nagla promena ponašanja	Procena vitalnih funkcija, razmatranje infekcije, HMP
Sepsa	Pogoršanje opšteg stanja, febrilnost ili hipotermija	Urgentna hospitalizacija putem HMP
Pad sa povredom	Bol, deformitet, nemogućnost oslonca	Imobilizacija, procena, transport preko HMP

Tabela 1. Najčešća urgentna stanja u kućnom lečenju i preporučeni inicijalni tretman

*HMP – hitna medicinska pomoć

Napomena: tabela predstavlja sintezu preporuka iz citirane literature u radu.

SPECIFIČNOSTI URGENTNOG ZBRINJAVANJA U KUĆNIM USLOVIMA

Zbrinjavanje urgentnih stanja u kućnom lečenju značajno se razlikuje od bolničkog i urgentnog prijema, pre svega zbog ograničenih dijagnostičkih i terapijskih mogućnosti, kao i zbog organizacionih specifičnosti vanbolničke

zdravstvene zaštite [45]. U tom kontekstu, osnovni cilj lekara kućnog lečenja nije definitivno lečenje urgentnog stanja, već rano prepoznavanje, inicijalno zbrinjavanje i pravovremeno upućivanje pacijenta odgovarajućoj službi hitne medicinske pomoći [46].

- Ograničenja dijagnostike i terapije u kućnim uslovima

U kućnim uslovima dijagnostičke mogućnosti su ograničene na klinički pregled, merenje vitalnih parametara i osnovnu procenu opšteg stanja pacijenta [47]. Ne postoji mogućnost laboratorijske, radiološke ili napredne kardiološke dijagnostike, što dodatno povećava značaj kliničke procene i iskustva zdravstvenog radnika [48].

Terapijske intervencije u kućnom lečenju moraju biti jednostavne, bezbedne i usmerene na stabilizaciju pacijenta, uz jasno definisane granice nakon kojih je neophodno uključivanje službe hitne medicinske pomoći [49].

- Specifična terapija u kućnim uslovima prema savremenim smernicama

Iako su terapijske mogućnosti ograničene, određene intervencije mogu i treba da budu sprovedene u skladu sa važećim protokolima, isključivo kao inicijalne mere.

Kod sumnje na akutni koronarni sindrom, preporučuje se rano prepoznavanje simptoma i neodložno aktiviranje hitne medicinske pomoći, uz eventualnu primenu acetilsalicilne kiseline ukoliko nema kontraindikacija [25, 50]. Odlaganje transporta radi dodatne procene u kućnim uslovima nije opravdano i može dovesti do pogoršanja ishoda [51].

U slučaju akutne dekompenzacije srčane insuficijencije, inicijalne mere mogu uključiti pozicioniranje pacijenta, primenu kiseonika ukoliko je dostupan i procenu potrebe za urgentnim transportom, naročito kod progresivne dispneje i hipoksije [28, 29].

Kod respiratornih urgentnih stanja, kao što su aspiracija ili teška dispneja, osnovne mere uključuju obezbeđivanje disajnog puta uz primenu kiseonika, položaj pacijenta i urgentno obaveštavanje službe hitne medicinske pomoći [34, 52].

Kod sumnje na sepsu, naročito u starijoj populaciji, važe savremene smernice koje naglašavaju značaj ranog prepoznavanja i urgentnog započinjanja lečenja u bolničkim

uslovima, zbog čega se uloga kućnog lečenja svodi na prepoznavanje, ranu primenu izotoničnih kristaloidnih rastvora i vazopresora ukoliko je potrebno, kao i brzo upućivanje stacionarnu zdravstvenu ustanovu [39, 53].

- Vreme kao ključni faktor i uloga lekara kućnog lečenja

Jedan od najvažnijih aspekata zbrinjavanja urgentnih stanja u kućnom lečenju jeste racionalno upravljanje vremenom. Za razliku od službe hitne medicinske pomoći, kućno lečenje nema organizovanu transportnu funkciju, te svaki pokušaj produženog zadržavanja pacijenta u kućnim uslovima može dovesti do gubitka dragocenog vremena [54].

Lekar kućnog lečenja ima jedinstvenu prednost u odnosu na druge službe, jer poznaje pacijenta, njegovu anamnezu, hronične bolesti i očekivane komplikacije, što omogućava brzu procenu težine stanja i potencijalnih posledica [55]. Primeri iz vanbolničke prakse pokazuju da poznavanje pacijenta i lokalnih uslova omogućavaju rano prepoznavanje retkih, ali potencijalno životno ugrožavajućih stanja i pravovremeno uključivanje službe hitne medicinske pomoći, čak i u uslovima ograničenih dijagnostičkih mogućnosti [56]. Upravo zbog toga, lekar kućnog lečenja treba da ima nizak prag za uključivanje službe hitne medicinske pomoći, posebno kod stanja sa potencijalno brzim pogoršanjem [57].

Organizacija vanbolničke urgentne medicine i dostupnost osnovnih mera ranog zbrinjavanja imaju presudan značaj za ishod akutnih, životno ugrožavajućih stanja, naročito u situacijama kada je vreme ključni faktor. Iskustva iz lokalne vanbolničke prakse ukazuju da dostupnost AED-a, jasno definisane procedure i spremnost zdravstvenih radnika i laika da brzo aktiviraju službu hitne medicinske pomoći mogu doprineti ranijem započinjanju resuscitacije i boljim ishodima kod iznenadnog srčanog zastoja u vanbolničkim uslovima [58].

Umesto izlaska na teren i produženog inicijalnog zbrinjavanja, u jasno urgentnim situacijama preporučuje se direktno upućivanje i koordinacija sa službom hitne medicinske pomoći, čime se omogućava dolazak lekara specijaliste urgentne medicine i brži transport pacijenta u odgovarajuću zdravstvenu ustanovu [59].

Efikasno funkcionisanje sistema zahteva jasno razgraničenje nadležnosti između službe kućnog lečenja i hitne medicinske pomoći, kako bi se

izbeglo nepotrebno odlaganje i dupliranje intervencija u urgentnim situacijama [58]. Istraživanja sprovedena u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ukazuju da jasno definisani okviri odlučivanja, organizaciona klima i kvalitet međuljudskih odnosa značajno utiču na efikasnost reagovanja u kompleksnim i urgentnim situacijama, što dodatno potvrđuje potrebu za sistemskim unapređenjem rada službe kućnog lečenja [60,61]. U savremenim zdravstvenim sistemima, telemedicina i mogućnost daljinske konsultacije sa specijalistima predstavljaju dodatni alat za unapređenje procene i trijaže urgentnih stanja u kućnim uslovima, posebno u sredinama sa ograničenim resursima [62].

- Donošenje odluke: kućno zbrinjavanje ili urgentna hospitalizacija

Donošenje odluke o daljem toku lečenja predstavlja jedan od najodgovornijih zadataka u kućnom lečenju. Indikacije za urgentnu hospitalizaciju uključuju:

1. sumnju na životno ugrožavajuće stanje,
2. nestabilne vitalne parametre,
3. brzu progresiju simptoma,
4. nemogućnost adekvatnog zbrinjavanja u kućnim uslovima [63].

Jasno definisani protokoli i dobra saradnja sa službom hitne medicinske pomoći ključni su za bezbedno i efikasno zbrinjavanje urgentnih stanja u vanbolničkim uslovima [64].

ETIČKI I KOMUNIKACIONI ASPEKTI U KUĆNOM LEČENJU

Etika i komunikacija predstavljaju neodvojivi deo zbrinjavanja urgentnih stanja u kućnom lečenju, posebno imajući u vidu ranjivost populacije koja se leči u kućnim uslovima, čestu prisutnost kognitivnih oštećenja i kompleksne porodične odnose [65]. U vanbolničkom okruženju, odluke se često donose u realnom vremenu, bez mogućnosti dodatnih konsultacija, što dodatno naglašava značaj etičkih principa i jasne komunikacije [66].

- Autonomija pacijenta i donošenje odluka

Poštovanje autonomije pacijenta predstavlja osnovni etički princip u zdravstvenoj zaštiti. Međutim, u kućnom lečenju ovaj princip je često otežan usled kognitivnih oštećenja, smanjene sposobnosti rasuđivanja ili akutnih stanja koja

onemogućavaju pacijenta da učestvuje u donošenju odluka [67].

U urgentnim situacijama, lekar kućnog lečenja mora proceniti sposobnost pacijenta da razume informacije i donese odluku, uz istovremeno uključivanje zakonskih zastupnika ili članova porodice kada je to neophodno [68]. U slučajevima kada pacijent nije sposoban za odlučivanje, odluke se donose u najboljem interesu pacijenta, u skladu sa važećim etičkim i zakonskim okvirima [69].

- Demencija i kognitivna oštećenja

Pacijenti sa demencijom čine značajan deo populacije u kućnom lečenju i predstavljaju poseban etički i klinički izazov [13]. Kod ovih pacijenata, urgentna stanja se često manifestuju atipično, kroz promene ponašanja, agitaciju ili povlačenje, što može dovesti do kasnog prepoznavanja ozbiljnih stanja [70].

Komunikacija sa pacijentima sa demencijom zahteva strpljenje, prilagođavanje jezika i oslanjanje na informacije dobijene od negovatelja i porodice [71]. U urgentnim situacijama, lekar kućnog lečenja mora balansirati između potrebe za urgentnim delovanjem i poštovanja dostojanstva pacijenta [72].

- Paliativni pacijenti i granice terapije

Značajan broj pacijenata u kućnom lečenju nalazi se u uznapredovalim stadijumima hroničnih ili malignih bolesti, gde je fokus zdravstvene zaštite usmeren ka ublažavanju simptoma i očuvanju kvaliteta života [73]. U ovom kontekstu, urgentna stanja često predstavljaju terminalne događaje ili očekivane komplikacije osnovne bolesti [74].

U kliničkoj praksi neophodno je uskladiti intenzitet terapijskih intervencija i odluku o urgentnoj hospitalizaciji sa prethodno izraženim željama pacijenta, ciljevima lečenja i principima palijativne nege, kako bi se obezbedila terapija koja je u skladu sa najboljim interesom i vrednostima pacijenta [75]. Postojanje prethodno definisanih planova lečenja, uključujući odluke o ograničenju terapije, značajno olakšava donošenje odluka u urgentnim situacijama [76].

- Komunikacija sa porodicom i negovateljima

Porodica i neformalni negovatelji imaju ključnu ulogu u kućnom lečenju i često su prvi koji primećuju promene u zdravstvenom stanju pacijenta [77]. U urgentnim i klinički nestabilnim situacijama, strukturisana, empatična i pravovremena komunikacija sa članovima porodice predstavlja ključni element porodično orijentisane nege, omogućavajući bolje razumevanje kliničke situacije, usaglašavanje ciljeva lečenja i prihvatanje donetih odluka [78].

Lekar kućnog lečenja ima odgovornost da objasni prirodu urgentnog stanja, moguće ishode i razloge za uključivanje službe hitne medicinske pomoći ili hospitalizaciju, uz uvažavanje emocionalnog stanja porodice [79].

ZAKLJUČAK

Urgentna stanja u kućnom lečenju predstavljaju kompleksan klinički i organizacioni izazov u okviru vanbolničke zdravstvene zaštite, posebno imajući u vidu heterogenost populacije pacijenata, prisustvo multimorbiditeta i čestu atipičnu kliničku prezentaciju. Uloga službe kućnog lečenja ogleda se u ranom prepoznavanju urgentnih stanja, inicijalnom zbrinjavanju i pravovremenom uključivanju službe hitne medicinske pomoći, uz jasno razgraničenje nadležnosti i efikasnu koordinaciju.

Unapređenje bezbednosti i kvaliteta zbrinjavanja u kućnim uslovima zahteva jasno definisane protokole, kontinuiranu edukaciju zdravstvenih radnika i unapređenje saradnje između službe kućnog lečenja i hitne medicinske pomoći, sa ciljem skraćenja vremena do adekvatnog zbrinjavanja i poboljšanja ishoda lečenja.

LITERATURA:

1. Genet N, Boerma W, Kroneman M, Hutchinson A, Saltman RB, editors. Home care across Europe: current structure and future challenges. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012.
2. European Commission. Long-term care in ageing societies – Challenges and policy options. Commission Staff Working Document SWD(2013) 41 final. Brussels: European Commission; 2013 Feb 20. Available from: EUR-Lex. (Accessed 28 Feb 2026).
3. da Silveira EA, Rezendes ATD O, Rodrigues LP, Nunes B, Batista SR, de Oliveira C. Variations in multimorbidity measurement in studies evaluating hospitalisation in older adults: a systematic review. *BMC Geriatrics*. 2025; 25(1): 857.
4. Shepperd S, Iliffe S, Doll HA, Itzstein B, Tibaldi V, Goodwin L, et al. Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;9: CD007491.

5. Nikmanesh P, Arabloo J, Abolghasem Gorji H. Dimensions and components of hospital-at-home care: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2024 Nov 25;24(1):1458.
6. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet.* 2014;383(9920):911-922.
7. Genet N, Boerma WG, Kringos DS, Bouman A, Francke AL, Fagerström C, et al. Home care in Europe: a systematic literature review. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:207.
8. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev.* 2011;10(4):430-9.
9. Fortin M, Soubhi H, Hudon C, Bayliss EA, van den Akker M. Multimorbidity's many challenges. *BMJ.* 2007;334(7602):1016-7.
10. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet.* 2013;381(9868):752-62.
11. Berger B, Steinmann K, Müller M, Schulz C, Fischer T, Hoffmann J, et al. The phenomenon of bedriddenness in older adults: Prevention, complications, and care strategies — a narrative review. *Arch Gerontol Geriatr.* 2025;120:104839.
12. Wilkinson C, Todd O, Clegg A, Gale CP, Hall M. Management of acute illness in older people with frailty. *BMJ.* 2021;374:n1591.
13. Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri CP. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimers Dement.* 2013;9(1):63-75.e2. ž
14. Fick DM, Agostini JV, Inouye SK. Delirium superimposed on dementia: a systematic review. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50(10):1723-32.
15. Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, Langhorne P, Burke O, Harwood RH, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;9(9):CD006211.
16. Tinetti ME, Fried TR, Boyd CM. Designing health care for the most common hazard: multimorbidity. *JAMA.* 2012;308(23):2493-4.
17. Maher RL, Hanlon J, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opin Drug Saf.* 2014;13(1):57-65.
18. Rankin A, Cadogan CA, Patterson SM, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC, et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;9(9):CD008165.
19. Reinhard SC, Levine C, Samis S. Home alone: family caregivers providing complex chronic care. Washington (DC): AARP Public Policy Institute; 2012.
20. World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: World Health Organization; 2017.
21. Gruneir A, Silver MJ, Rochon PA. Emergency department use by older adults: a literature review on trends, appropriateness, and consequences of unmet health care needs. *Med Care Res Rev.* 2011;68(2):131-55.
22. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, et al. Heart disease and stroke statistics—2016 update: a report from the American Heart Association. *Circulation.* 2016;133(4):e38-e360.
23. Gavrilović N, Budimski Soldat M, Momirović Stojković M, Lajko N. Učestalost i karakteristike pacijenata sa infarktom miokarda sa ST elevacijom u Subotici. *ABC časopis urgentne medicine.* 2025;25(3):32-5.
24. Amsterdam EA, Wenger NK, Brindis RG, Casey DE Jr, Ganiats TG, Holmes DR Jr, et al. 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients with Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes. *Circulation.* 2014;130(25):e344-426.
25. Canto JG, Rogers WJ, Goldberg RJ, Peterson ED, Wenger NK, Vaccarino V, et al. Association of age and sex with myocardial infarction symptom presentation and in-hospital mortality. *JAMA.* 2012 Feb 22;307(8):813-822.
26. Swap CJ, Nagurney JT. Value and limitations of chest pain history in the evaluation of patients with suspected acute coronary syndromes. *JAMA.* 2005;294(20):2623-2629.
27. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA guideline for the management of heart failure. *Circulation.* 2022;145(18):e895-e1032.
28. Gheorghide M, Zannad F, Sopko G, Klein L, Piña IL, Konstam MA, et al. Acute heart failure syndromes: current state and future directions. *J Am Coll Cardiol.* 2005;46(4):577-584.
29. January CT, Wann LS, Alpert JS, Calkins H, Cleveland JC Jr, Cigarroa JE, et al. 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation. *Circulation.* 2014;130(23):e199-267.
30. Brignole M, Moya A, de Lange FJ, Deharo JC, Elliott PM, Fanciulli A, et al. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. *Eur Heart J.* 2018;39(21):1883-1948.
31. Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, Barnes PJ, Buist SA, Calverley P, et al. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD - GOLD Executive Summary. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007;176(6):532-55.
32. Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, Bartlett JG, Campbell GD, Dean NC, et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. *Clin Infect Dis.* 2007;44(Suppl 2):S27-72.
33. Marik PE. Aspiration pneumonitis and aspiration pneumonia. *N Engl J Med.* 2001;344 (9):665-71.
34. Saver JL. Time is brain—quantified. *Stroke.* 2006;37(1):263-6.
35. Beghi E, Carpio A, Forsgren L, Hesdorffer DC, Malmgren K, Sander JW, et al. Recommendation for a definition of acute symptomatic seizure. *Epilepsia.* 2010;51(4):671-5.
36. Easton JD, Saver JL, Albers GW, Alberts MJ, Chaturvedi S, Feldmann E, et al. Definition and evaluation of transient ischemic attack: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council. *Stroke.* 2009;40(6):2276-2293.
37. High KP, Bradley SF, Gravenstein S, Mehr DR, Quagliarello VJ, Richards C, et al. Clinical practice guideline for the evaluation of fever and infection in older adult residents of long-term care facilities: 2008 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2009;48(2):149-71.
38. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA.* 2016;315(8):801-10.
39. Forootan M, Bagheri N, Darvishi M. Chronic constipation: A review of literature. *Medicine (Baltimore).* 2018;97(20):e10631.
40. Fitzpatrick JM. The natural history of benign prostatic hyperplasia. *BJU Int.* 2006;97 Suppl 2:3-6.
41. Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age Ageing.* 2006;35(Suppl 2):ii37-41.
42. Tinetti ME, Kumar C. The patient who falls: "It's always a trade-off". *JAMA.* 2010;303(3): 258-66.
43. Johnell O, Kanis JA. Epidemiology of osteoporotic fractures. *Osteoporos Int.* 2005;16(Suppl 2):S3-7.
44. Ganz DA, Latham NK. Preventing Falls in Older Adults: A Medicare Policy Perspective. *J Am Geriatr Soc.* 2023;71(2):331-7.
45. Roland M, Abel G. Reducing emergency admissions: are we on the right track? *BMJ.* 2012;345:e6017.
46. Ramanayake RP, Ranasingha S, Lakmini S. Management of emergencies in general practice: Role of general practitioners. *J Family Med Prim Care.* 2014;3(4):305-308.

47. Song J, Zolnoori M, McDonald MV, Barrón Y, Cato K, Sockolow P, et al. Factors Associated with Timing of the Start-of-Care Nursing Visits in Home Health Care. *J Am Med Dir Assoc.* 2021;22(10):2111-2115.
48. Carlson LC, Pu CT, Mark E, Gao Y, Nussbaum L, Vogeli C. Applying embedded program evaluation for care delivery transformation: An analysis of a home-based urgent care program. *Health Sci Rep.* 2022;5(5):e643.
49. National Institute for Health and Care Excellence. Emergency and acute medical care in over 16s: service delivery and organisation. NICE Guideline NG94. London: NICE; 2018.
50. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J.* 2018;39(2):119-77.
51. De Luca G, Suryapranata H, Ottervanger JP, Antman EM. Time delay to treatment and mortality in primary angioplasty for acute myocardial infarction: every minute of delay counts. *Circulation.* 2004;109(10):1223-5.
52. O'Driscoll BR, Howard LS, Earis J, Mak V. British Thoracic Society Guideline for oxygen use in adults in healthcare and emergency settings. *Thorax.* 2017;72(Suppl 1):ii1-90.
53. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Med.* 2017;43(3):304-77.
54. Sriskandarajah S, Ritchie B, Eaton V, Sluggett JK, Hobbs JG, Daniel S, et al. Safety and clinical outcomes of hospital in the home. *J Patient Saf.* 2020;16(2):123-129.
55. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract.* 2022;72(715):e84-e90.
56. Gavrilović N, Momirović Stojković M, Budimski Soldat M. Slučaj angioedema hereditarnog porekla u seoskoj ambulanti nadomak Subotice. *ABC časopis urgentne medicine.* 2023;23(2):7-11.
57. Scott J, Pakpahan E, Marlow B, Daxner N. Defining a threshold above which an adult can be considered to frequently use ambulance services: a retrospective cross-sectional study of emergency calls to an ambulance service in England. *Br Paramed J.* 2023;7(4):35-45.
58. Gavrilović N, Budimski M, Jakšić-Horvat K. Upotreba AED-a na teritoriji opštine Subotica. *ABC časopis urgentne medicine.* 2014;14(2-3):56-63.
59. Cone DC, Brice JH, Delbridge TR, Myers JB. *Emergency Medical Services: Clinical Practice and Systems Oversight.* 2nd ed. Wiley-Blackwell; 2015.
60. Gavrilović N, Momirović Stojković M, Basara N, Lajko N. Organizaciona klima i međuljudski odnosi u zdravstvu: istraživanje stavova i percepcija. *ABC časopis urgentne medicine.* 2024;24(3):16-22.
61. Gavrilović N, Momirović Stojković M, Basara N, Lajko N. Perspektive zaposlenih o procesima odlučivanja u zdravstvenoj organizaciji – pogled iznutra. *ABC časopis urgentne medicine.* 2025;25(1):19-26.
62. Greenhalgh T, Rosen R, Shaw SE, Byng R, Faulkner S, Wood GW, et al. Planning and evaluating remote consultation services: a new conceptual framework incorporating complexity and practical ethics. *Br J Gen Pract.* 2022;72(719):e387-95.
63. Hoot NR, Aronsky D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. *Ann Emerg Med.* 2008;52(2):126-36.
64. World Health Organization. Emergency care systems for universal health coverage: ensuring timely care for the acutely ill and injured. Geneva: WHO; 2019.
65. Watson J, Darlington-Pollock F, Green MA, Giebel C. The impact of demographic, socio-economic and geographic factors on mortality risk among people living with dementia in England (2002-2016). *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(24):13405.
66. Pellegrino ED. Professionalism, profession and the virtues of the good physician. *Mt Sinai J Med.* 2002;69(6):378-84.
67. Appelbaum PS. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *N Engl J Med.* 2007;357(18):1834-40.
68. Palmer BW, Harmell AL. Assessment of healthcare decision-making capacity. *Arch Clin Neuropsychol.* 2016;31(6):530-540.
69. British Medical Association. The Mental Capacity Act toolkit for doctors and healthcare professionals. London: BMA; 2025. Available from: <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/ethics/mental-capacity-act-toolkit/> mental-capacity-act-toolkit-for-doctors-and-healthcare-professionals. (Accessed 09 Jan 2026).
70. Sampson EL, Blanchard MR, Jones L, Tookman A, King M. Dementia in the acute hospital: prospective cohort study of prevalence and mortality. *Br J Psychiatry.* 2009;195(1):61-6.
71. Small JA, Gutman G, Makela S, Hillhouse B. Effectiveness of communication strategies used by caregivers of persons with Alzheimer's disease during activities of daily living. *J Speech Lang Hear Res.* 2003;46(2):353-67.
72. Fazio S, Pace D, Flinner J, Kallmyer B. The Fundamentals of Person-Centered Care for Individuals With Dementia. *Gerontologist.* 2018;58(Suppl 1):S10-19.
73. World Health Organization. Palliative care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 Aug 5 [cited 09 Jan 2026]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
74. Kavalieratos D, Corbelli J, Zhang D, Dionne-Odom JN, Ernecoff NC, Hanmer J, et al. Association between palliative care and patient and caregiver outcomes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2016;316(20):2104-2114.
75. Kesecioglu J, Rusinova K, Alampi D, Arabi YM, Benbenishty J, Benoit D, et al. European Society of Intensive Care Medicine guidelines on end of life and palliative care in the intensive care unit. *Intensive Care Med.* 2024;50(11):1740-1766.
76. Sudore RL, Lum HD, You JJ, Hanson LC, Meier DE, Pantilat SZ, et al. Defining advance care planning for adults: a consensus definition from a multidisciplinary Delphi panel. *J Pain Symptom Manage.* 2017;53(5):821-832.e1.
77. Reinhard SC, Given B, Petlick NH, Bemis A. Family Caregivers of Older Adults: A Critical Link in the Care System. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses.* Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008.
78. Hwang DY, Oczkowski SJW, Lewis K, Birriel B, Downar J, Farrier CE, et al. Society of Critical Care Medicine guidelines on family-centered care for adult ICUs: 2024. *Crit Care Med.* 2025;53(2):e465-e482.
79. Curtis JR, Patrick DL, Shannon SE, Treece PD, Engelberg RA, Nielsen EL. The family conference as a focus to improve communication about end-of-life care in the intensive care unit: opportunities for improvement. *Crit Care Med.* 2001;29(2):26-33.

EMERGENCY CONDITIONS IN HOME CARE AS PART OF AMBULATORY HEALTH CARE

Summary:

Introduction: Home care represents an important segment of outpatient healthcare and plays an increasingly significant role in managing patients with chronic diseases, reduced functional capacity, and an increased risk of acute exacerbations. Patients receiving home care form a heterogeneous and particularly vulnerable population in whom urgent conditions often present atypically, in settings with limited diagnostic and therapeutic capabilities. The objective of this paper is to present the most common urgent conditions in home care and to highlight the specific aspects of their management within the framework of outpatient healthcare. **Methods:** This paper presents a narrative review of relevant literature and contemporary clinical guidelines related to urgent conditions in home care. Available data on clinical presentation, initial management, as well as organizational and ethical aspects of managing urgent conditions in home settings were analyzed, with a particular focus on the role of home care physicians. **Results:** The most common urgent conditions in home care include cardiovascular, respiratory, neurological, infectious, gastrointestinal, and traumatic conditions. Shared features of these conditions include atypical clinical presentation, rapid progression, and the need for timely involvement of emergency medical services. A specific organizational challenge is the absence of transport functions within home care services, making rational time management and clear coordination with emergency medical services crucial for treatment outcomes. **Conclusion:** Well-defined protocols, continuous education of healthcare professionals, and improved collaboration between home care services and emergency medical services are essential prerequisites for the safe and efficient management of urgent conditions in home settings. The role of the home care physician is primarily in the early recognition of urgent conditions and the timely referral of patients to the appropriate level of healthcare.

Keywords: home care, urgent conditions, outpatient healthcare, emergency medical services, multimorbidity.