

VISOKA ZDRAVSTVENA ŠOLA V CELJU
COLLEGE OF NURSING IN CELJE

VII. STIKI ZDRAVSTVENE NEGE
7th CONTACTS IN NURSING CARE

Simpozij s področja paliativne oskrbe z mednarodno udeležbo

Symposium on the field of palliative care with international participation

**CELOSTNA PALIATIVNA OSKRBA: PRIMERI DOBRE PRAKSE IN
MOŽNOSTI RAZVOJA**

**HOLISTIC PALLIATIVE CARE: CASES OF GOOD PRATICE AND FUTURE
TRENDS**

Zbornik predavanj z recenzijo /
Proceedings of Lectures with Peer Review

14. april 2016 / 14th April 2016



CELOSTNA PALIATIVNA OSKRBA: PRIMERI DOBRE PRAKSE IN MOŽNOSTI RAZVOJA

HOLISTIC PALLIATIVE CARE: CASES OF GOOD PRACTICE AND FUTURE TRENDS

Urednici / Editors

Alenka Presker Planko

Katja Esih

Recenzenta / Peer Reviewers

dr. Roman Parežnik

Darja Plank

Programski odbor / Scientific Committee

dr. Roman Parežnik, predsednik / president

Darja Plank

dr. Gorazd Voga

Organizacijski odbor / Organising Committee

Alenka Presker Planko, predsednica / president

Katja Esih

Darinka Klinger

Mihaela Pinter Rojc

Izdala in založila / Published by

Visoka zdravstvena šola v Celju / College of Nursing in Celje

3

Oblikovanje besedila / Design by

Alenka Presker Planko

Lektorica za slovenski jezik / Proofreader for Slovene language

mag. Urša Fujs

Lektorica za angleški jezik / Proofreader for English language

mag. Katarina Čander

Naklada / Print run

100 izvodov / 100 copies



Avtor/ji prispevka je/so odgovoren/odgovorni za vse trditve in podatke, ki jih navaja/jo v prispevku.

Authors of the articles are liable for all statements and information provided in the paper.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616-036.8-083(082)

STIKI zdravstvene nege (7 ; 2016 ; Celje)

Celostna paliativna oskrba : primeri dobre prakse in možnosti razvoja : zbornik predavanj z recenzijo = Holistic palliative care : cases of good practice and future trends : proceedings of lectures with peer review / VII. stiki zdravstvene nege, Celje, 14. april 2016 [tudi] Simpozij s področja paliativne zdravstvene nege z mednarodno udeležbo = 7th Contacts in Nursing Care, 14th April 2016 [also] Symposium on the Field of Palliative Nursing with International Participation ; [organizator] Visoka zdravstvena šola v Celju = [organizer] College of Nursing in Celje ; [urednika Alenka Presker Planko, Katja Esih]. - V Celju : Visoka zdravstvena šola = College of Nursing, 2016

ISBN 978-961-6889-18-6

1. Gl. stv. nasl. 2. Vzp. stv. nasl. 3. Presker Planko, Alenka 4. Visoka zdravstvena šola (Celje)
284358400



VSEBINA

Uvodnik	6
Program simpozija	7
Prvi magistrski študij paliativne oskrbe v Sloveniji – temelj za razvoj kakovostne paliativne oskrbe	
<i>Boris Miha Kaučič</i>	9
Praksa paliativne oskrbe v slovenskih bolnišnicah	
<i>Darja Plank</i>	20
Obrazložitev paliativnega bolnika na Onkološkem inštitutu Ljubljana	
<i>Maja Ebert Moltara</i>	21
From diagnosis to death: Experience from caring family members in attendance of a dying relative at a palliative ward	
<i>Irena Schreyer</i>	28
Paliativna oskrba na primarni ravni – Zdravstveni dom Celje	
<i>Lea Romih, Alenka Lončarevič</i>	31
Paliativni tim v Domu starejših Laško	
<i>Damjana Damiš, Damjana Uratarič</i>	40
Paliativna oskrba v Splošni bolnišnici Celje	
<i>Vesna Papuga</i>	49



UVODNI NAGOVOR DEKANA

Kot že tri prejšnja leta je tudi letošnje pomladno strokovno srečanje Visoke zdravstvene šole v Celju namenjeno paliativni oskrbi. Po splošni predstavitvi paliativne oskrbe v prvem letu, smo drugo leto predstavili pomen celovitosti paliativne oskrbe, lani pa potrebo po sodelovanju široke palete strokovnjakov pri njenem izvajanju. Letos želimo predstaviti praktične primere kakovostne, pa tudi morda kje manj kakovostne paliativne oskrbe. Na naši šoli se zavedamo pomena paliativne oskrbe, ki je s krepkimi črkami zapisana v strateško usmeritev, saj v jeseni pričenjamo z drugostopenjskim programom iz paliativne oskrbe.

Kljub temu da paliativna oskrba ne ozdravi bolezni in ne podaljšuje življenja, pa neozdravljivo bolnim lajša telesne, duševne, socialne in duhovne težave in pomaga pacientovi družini pred smrtjo in po njej. Potrebna je povsod: doma, v domovih, pri družinskem zdravniku in v vseh bolnišnicah. Kljub temu, da vsak dan na svetu umre okoli 150.000 ljudi, jih veliko preveč umira in umre brez lajšanja bolečin in psihosocialnih težav, čeprav se vsi zavedamo in strinjamo, da je takšno preživljanje zadnjih mesecev, tednov in ur življenja nesprejemljivo. Glede na dejstvo, da je neustrezno oskrbovanih tudi veliko neozdravljivo bolnih v razvitih in bogatih družbah, lahko sklepamo, da razlog za nezadostno paliativno oskrbo ni samo gmotne narave, ampak je ključnega pomena miselnost medicinske stroke in družbe kot celote. Zato je več kot na dlani, da je nujno potrebno spreminjati in spremeniti naravnost medicinske stroke in družbe do umiranja in smrti. Smrt je naravni konec življenja, in ne poraz medicine, v končnem obdobju neozdravljive bolezni se medicina in druge nujno potrebne stroke ne morejo odmakniti od pacienta. Nasprotno, z aktivnim pristopom moramo takšnim pacientom omogočati človeka dostojno življenje vse do »dobre smrti«.

Upamo, da bo današnji sestanek eden izmed kamenčkov, ki bo tlakoval mozaik boljšega razumevanja paliativne oskrbe v Sloveniji.

Zahvaljujem se Vam za sodelovanje in Vam želim kakovostno delo ter prijetno bivanje v knežjem mestu.

Gorazd Voga,
dekan VZŠCE



PROGRAM SIMPOZIJA / SYMPOSIUM PROGRAMME

VII. STIKI ZDRAVSTVENE NEGE / 7th CONTACTS IN NURSING CARE

CELOSTNA PALIATIVNA OSKRBA: PRIMERI DOBRE PRAKSE IN MOŽNOSTI RAZVOJA / HOLISTIC PALLIATIVE CARE: CASES OF GOOD PRACTICE AND FUTURE TRENDS

14. april 2016 / 14th April 2016

1. del

Moderatorja / moderators: Maja Ebert Moltara in dr. Gorazd Voga

9.00 – 9.10

Otvoritev simpozija in uvodni pozdrav dekana

Opening of the Symposium with Dean's Welcome Address

dr. Gorazd Voga, Visoka zdravstvena šola v Celju

9.10 – 9.40

Prvi magistrski študij paliativne oskrbe v Sloveniji – temelj za razvoj kakovostne paliativne oskrbe

First master's study of palliative care in Slovenia – Foundation of high-quality palliative
care development

mag. Boris Miha Kaučič, Visoka zdravstvena šola v Celju

9.40 – 10.10

Praksa paliativne oskrbe v slovenskih bolnišnicah

The practice of palliative care in Slovenian hospitals (prispevek ni objavljen v zborniku)

Darja Plank, Splošna bolnišnica Celje, Visoka zdravstvena šola v Celju

10.10 – 10.40

Obravnava paliativnega bolnika na Onkološkem inštitutu Ljubljana Palliative care of
terminally ill patient at Institute of Oncology Ljubljana

Maja Ebert Moltara, Onkološki inštitut Ljubljana

10.40 – 11.10

From diagnosis to death: experience from caring family members in attendance of a dying relative at a palliative ward

Od diagnoze do smrti: izkušnje svojcev pri spremljanju umirajočega na oddelku za
paliativno oskrbo

Irena Schreyer, Univerza St. Gallen, Švica

11.10 – 11.40

Odmor / Break



2. del

Moderatorja/moderators: mag. Vesna Papuga in mag. Boris Miha Kaučič

11.40 – 12.10

Paliativna oskrba na primarni zdravstveni ravni – Zdravstveni dom Celje

Palliative care in prehospital environment - Community Health Care Centre Celje

Lea Romih, Alenka Lončarevič, Zdravstveni dom Celje

12.10 – 12.40

Paliativni tim v Domu starejših Laško

Palliative care team in Laško nursing home

Damjana Damiš, Damjana Uratarič, Dom starejših Laško

12.40 – 13.10

Paliativna oskrba v Splošni bolnišnici Celje

Palliative care in Celje General Hospital

mag. **Vesna Papuga**, Splošna bolnišnica Celje

13.10 – 13.40

Izkušnje svojca s paliativno oskrbo (prispevek ni objavljen v zborniku)

Experience from caring family member with palliative care

Damjana Brumec

13.40 – 14.00

Možnosti razvoja paliativne oskrbe v Sloveniji – okrogla miza

Possibilities of development of palliative care in Slovenia – round table

14.00 – 14.10

Evalvacija in zaključek simpozija / Evaluation and Conclusion of the Symposium



**PRVI MAGISTRSKI ŠTUDIJSKI PROGRAM PALIATIVNE OSKRBE V SLOVENIJI – TEMELJ ZA
RAZVOJ KAKOVOSTNE PALIATIVNE OSKRBE**

**FIRST MASTER'S STUDY OF PALLIATIVE CARE IN SLOVENIA –
FOUNDATION OF HIGH-QUALITY PALLIATIVE CARE DEVELOPMENT**

**Mag. Boris Miha Kaučič, Katja Esih, Darja Plank, dr. André Fringer, dr. Gorazd Voga,
mag. Jerneja Meža, Alenka Presker Planko, Darinka Klinger** – delovna skupina za
pripravo študijskega programa druge stopnje Paliativna oskrba
Visoka zdravstvena šola v Celju
info@vzsce.si

IZVLEČEK

V prispevku je predstavljen prvi magistrski študijski program Paliativna oskrba v Sloveniji, ki je bil razvit na Visoki zdravstveni šoli v Celju ob sodelovanju slovenskih in mednarodnih strokovnjakov iz Švice in Finske. Gre za dvoletni podiplomski magistrski študijski program, ki izraža interdisciplinarnost, saj v njem sodelujejo strokovnjaki z različnih strokovnih področjih in je nastal kot odraz potreb okolja po razvoju in uvedbi izobraževalnih programov na področju paliativne oskrbe ob upoštevanju Državnega programa paliativne oskrbe. Bodoči diplomanti bodo opolnomočeni z naprednimi znanji iz paliativne oskrbe, slednjo bodo razumeli kot aktivno celostno pomoč pacientom vseh starosti s kronično neozdravljivo boleznijo in njihovim svojcem/ljudem v socialnem omrežju tako med boleznijo kot v procesu žalovanja. Usposobljeni bodo tudi za aplikativno raziskovalno delo v kliničnem okolju. Študijski program je javno veljaven in ga je akreditirala Nacionalna agencija Republike Slovenije za kakovost v visokem šolstvu (NAKVIS). Izpolnjuje vse kriterije in pogoje Zakona o visokem šolstvu ter Meril za akreditacijo in zunanjo evalvacijo visokošolskih zavodov in študijskih programov. S študijskim programom, ki je mednarodno primerljiv, želimo prispevati k detabuizaciji umiranja in vzpostavitvi kakovostne ter celostne paliativne oskrbe ob koncu življenja.

Ključne besede: podiplomski študijski program, paliativna oskrba, celostna obravnava, interdisciplinarnost, klinično okolje, vertikalno izobraževanje.

ABSTRACT

This paper presents the first master's study of palliative care in Slovenia developed by College of Nursing in Celje, in cooperation with Slovene and international experts from Finland and Switzerland. It is a two-year postgraduate master's study which reflects interdisciplinarity since it integrates cooperation of experts from several professional fields. The programme has been developed on account of certain needs arisen in the environment to develop and introduce educational programmes in the field of palliative care built on the National Palliative Care Programme. Future graduates will be empowered with advanced knowledge in the field of palliative care. They will consider



palliative care as an active holistic approach to helping patients of all ages who are suffering from a chronic incurable disease, and also to their family members and other beloved ones within the social network of the dying patients during their illness and in the phase of mourning. The students will also be qualified for applicative research work in the clinical settings. The study programme is publicly valid and accredited by NAKVIS, the National Agency of the Republic of Slovenia for Quality Assurance in Higher Education. The programme meets all the required criteria and conditions of the act ZVIS (Higher Education Act) and Criteria for the Accreditation and External Evaluation of Higher Education Institutions and Study Programmes. This internationally comparable study programme will contribute to so-called detaboosation of dying and to establishing high-quality and comprehensive end-of-life care.

Key words: postgraduate master's study, palliative care, holistic approach, interdisciplinarity, clinical settings, vertical education

1 UVOD

Visoka zdravstvena šola v Celju gradi svoje delovanje in razvoj na treh temeljnih stebrih – kakovostnem izobraževanju, raziskovanju in mednarodnem sodelovanju. Svoje poslanstvo in vizijo delovanja uspešno uresničujemo skozi navedene razvojne stebre.

10

V zadnjih letih organiziramo stike zdravstvene nege (simpozije), ki so namenjeni paliativni oskrbi: Oskrba in pravice umirajočih (2010), Paliativna zdravstvena nega (2013), Celostna obravnava pacientov kot vodilo za kakovostno paliativno oskrbo (2014), Sodelovanje strokovnjakov v paliativnem timu za celostno obravnavo pacientov in svojcev (2015) ter Celostna paliativna oskrba: Primeri dobre prakse in možnosti razvoja (2016). Ob tem smo v letu 2014 zasnovali raziskovalni projekt z naslovom Razvoj celostne obravnave pacientov v paliativni oskrbi v Splošni bolnišnici Celje, ki se bo končal v letu 2016. Na osnovi predhodno izvedenih aktivnosti in proučitvi stanja v slovenskem prostoru smo se odločili, da v sodelovanju s slovenskimi in mednarodnimi strokovnjaki z Univerze za uporabne znanosti FHS St. Gallen (Švica) in z Univerze v Oulu, Medicinske fakultete, Raziskovalne enote za zdravstveno nego in zdravstveni menedžment (Finska) razvijemo prvi magistrski študijski program Paliativna oskrba. Vključitev tujih strokovnjakov je bila nujna zaradi manjka ustrezno usposobljenih visokošolskih učiteljev s tega področja v slovenskem prostoru. Pri oblikovanju študijskega programa smo posebno pozornost namenili celostni, holistični obravnavi pacientov v paliativni oskrbi.

Študijski program je nastal kot odziv na evropska priporočila glede paliativne oskrbe (Making Palliative Care a Priority Topic on the European Health Agenda and Recommendations for the Development of Palliative care in Europe, EURAG, 2004), na nacionalni program – Državni program paliativne oskrbe (2010), ki ga je pripravilo



Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, ter potrebe na tem področju. Raziskave, opravljene na področju zdravstvene nege in oskrbe (Bandelj & Kaučič, 2014a; Bandelj & Kaučič, 2014b; Saje & Filej, 2014), potrjujejo, da imajo izvajalci zdravstvene nege premalo znanja iz paliativne oskrbe in potrebujejo dodatna znanja.

Študenti zdravstvene nege in drugih sorodnih programov se s paliativno oskrbo seznanijo v okviru obveznega/izbirnega predmeta v dodiplomskem študijskem programu, medtem ko formalni izobraževalni programi ne obstajajo. Državni program paliativne oskrbe (2010) kot enega izmed najpomembnejših ciljev organizirane paliativne oskrbe, ki jo bo nujno v prihodnjih letih vzpostaviti, izpostavlja tudi zagotovitev izobraževanja za izvajanje osnovne in specialistične paliativne oskrbe, in sicer tako na dodiplomski kot podiplomski ravni. Na podlagi tega menimo (Kaučič, et. al., 2014), da je študijski program Paliativna oskrba, ki ga je razvila Visoka zdravstvena šola v Celju, odziv na uresničevanje zastavljenih smernic v državnem programu.

Študenti magistrskega študijskega programa druge stopnje Paliativna oskrba bodo poglobili strokovno znanje na ožjem strokovnem področju. Opolnomočeni bodo z znanjem iz paliativne oskrbe in holistične obravnave pacientov ob koncu življenja (Kaučič, et. al., 2014). Paliativna oskrba je pristop, ki izboljša kakovost življenja pacientov z neozdravljivo boleznijo in njihovih svojcev. Z njo želimo izboljšati kakovost življenja pacientov in svojcev s preventivnimi ukrepi in lajšanjem trpljenja tako, da omogočimo zgodnjo identifikacijo, oceno in ustrezno obravnavo bolečine ter drugih telesnih, psiholoških, socialnih in duhovnih problemov (World Health Organization, n. d.). Tudi v domačem okolju se paliativni oskrbi namenja premalo pozornosti, saj sta individualna obravnava in vključevanje družine ter ožjih članov socialnega omrežja izredno pomembna.

Z naraščanjem kroničnih obolenj (npr. rak) in podaljšanjem življenjske dobe so potrebe po paliativni oskrbi vse večje, s tem pa posledično tudi potrebe po ustrezno usposobljenem in izobraženem timu strokovnjakov, s ciljem kakovostne holistične obravnave pacientov, ki potrebujejo paliativno oskrbo.

2 PREDMETNIK MAGISTRSKEGA ŠTUDIJSKEGA PROGRAMA

Študijski program je oblikovan iz devetih obveznih, dveh izbirnih predmetov in tridimenzionalnega magistrskega dela v obliki raziskovalnega aplikativnega projekta v skupnem obsegu 120 ECTS. Študijski program je zasnovan tako, da se lahko vanj vključijo različni strokovnjaki, ki so uspešno končali študijski program prve stopnje s področja zdravstvenih in sorodnih ved ali enovit magistrski študijski program (splošna medicina), so ali bodo člani paliativnega tima in želijo nadgraditi znanje na ožjem strokovnem področju – paliativni oskrbi (Kaučič, et. al., 2014).



Predmetnik 1. letnika

Obvezni predmet	Naslov predmeta
1.	Holistična obravnava neozdravljivo bolnih, osnovana na znanstvenih metodah
2.	Filozofsko podprta paliativna oskrba ob koncu življenja
3.	Uvod v zdravstveno gerontologijo
4.	Starostna krhkost in najpogostejša kronična obolenja
5.	Obvladovanje bolečine v paliativni oskrbi
6.	Terapevtska komunikacija in etične dileme v paliativni oskrbi
7.	Življenjska obdobja izgub in procesi žalovanja

Vir: Kaučič, et. al. (2014)

Predmetnik 2. letnika

Obvezni predmet	Naslov predmeta
8.	Proces umiranja in dostojna smrt
9.	Pravni vidiki varne starosti
10.	Prehrana v starosti
11.	Izbirni predmet 1
12.	Izbirni predmet 2
13.	Magistrsko delo

Vir: Kaučič, et. al. (2014)

Magistrsko delo bo tridimenzionalno oblikovano, kar pomeni, da bo študent izdelal aplikativni projekt pod okriljem mentorja – visokošolskega učitelja in kliničnega strokovnjaka iz okolja. S tem bo razvijal na dokazih podprto prakso paliativne oskrbe in uvajal nenehno izboljševanje v klinično okolje. V študijskem programu druge stopnje bo raziskovalni metodologiji namenjeno veliko pozornosti, predvsem kvalitativni raziskovalni paradigmi, ki je posebej uporabna pri paliativni oskrbi.

Izbirni predmeti

Izbirni predmet	Naslov predmeta
1.	Klinična supervizija
2.	Sociološko razumevanje umiranja in smrti
3.	Medpoklicno sodelovanje v paliativni oskrbi
4.	Duševno zdravje starih ljudi
5.	Uporaba zdravil pri neozdravljivo bolnih
6.	Paliativna oskrba otrok in mladostnikov



Izbirni predmet	Naslov predmeta
7.	Paliativna oskrba pacientov z demenco
8.	Prostovoljstvo in skupine za samopomoč
9.	Smisel življenja v zadnjem obdobju življenja
10.	Skrb za zdravje v vseh obdobjih življenja

Vir: Kaučič, et. al. (2014)

Izbrani nosilci predmetov študijskega programa Paliativna oskrba opravljajo tako izobraževalno kot znanstveno-raziskovalno in strokovno ter razvojno delo, ki je povezano z vsebinami predmeta, katerega nosilci so. Zaradi pomanjkanja ustreznih visokošolskih učiteljev v slovenskem prostoru smo k sodelovanju povabili tuje strokovnjake iz Švice (predmet: Filozofsko podprta paliativna oskrba ob koncu življenja) in Finske (Terapevtska komunikacija in Paliativna oskrba pacientov z demenco).

Študijski program druge stopnje Paliativna oskrba je oblikovan tako, da po koncu študija omogoči diplomantu vstop v doktorski študij (vstopni pogoj je 300 ECTS – 180 ECTS + 120 ECTS). Visoka zdravstvena šola v Celju si bo v skladu z razvojnim programom prizadevala razvijati nove študijske programe, ki bodo odraz potreb družbe in okolja (Strategija razvoja Visoke zdravstvene šole v Celju za obdobje 2014–2018, 2014).

3 KOMPETENCE DIPLOMANTA SKOZI ŠTUDIJSKI PROGRAM

13

Diplomanti bodo usposobljeni tudi za iskanje novih virov znanja na strokovnem področju paliativne oskrbe, za raziskovanje na dokazih podprte prakse paliativne oskrbe prek pridobljenih metodoloških znanj, usposobljeni bodo za prevzemanje odgovornosti, za timsko sodelovanje v paliativnih timih, za kritično presojanje in etično odločanje. Ena izmed ključnih kompetenc diplomanta bodo pridobljene komunikacijske spretnosti s poudarkom na terapevtski komunikaciji, empatiji in klinični superviziji. Predmeti v študijskem programu se vertikalno in horizontalno povezujejo v celoto, kar omogoča pridobitev zastavljenega kompetenčnega okvira diplomanta (Kaučič, et. al., 2014).

Diplomanti študijskega programa druge stopnje Paliativna oskrba bodo pridobili naslednje **splošne kompetence**:

- sposobnost fleksibilne uporabe znanja v praksi paliativne oskrbe;
- sposobnost prepoznavanja in razumevanja potrebe po paliativni oskrbi;
- sposobnost povezovanja temeljnega znanja, pridobljenega pri obveznih predmetih, ter znanje njegove uporabe v klinični praksi;
- poglobljeno in specializirano razumevanje in širšo akademsko perspektivo;



- splošno razgledanost, sposobnost komuniciranja s strokovnjaki z drugih strokovnih in znanstvenih področij, zavedanje o vrednosti »na dokazih temelječega« znanja v paliativni oskrbi;
- sposobnost pravočasnega prepoznavanja in reševanja konkretnih problemov na področju paliativne oskrbe v kliničnem okolju;
- razumevanje koncepta filozofsko podprte paliativne oskrbe ob koncu življenja;
- sposobnost za celostno (holistično) obravnavo pacientov na področju paliativne oskrbe, poznavanje koncepta kulture varnosti in kakovosti ter prizadevanje za kakovostno strokovno delo skozi avtonomnost, (samo)kritičnost, (samo)reflektivnost in (samo)evalviranje;
- sposobnost za razvoj kritične presoje in za reševanje strokovnih in raziskovalnih problemov v kliničnem okolju na področju paliativne oskrbe;
- sposobnost za nenehno izboljševanje paliativne oskrbe pacientov na podlagi dokazov (EBP) in za inovativni prispevek k razvoju in aplikaciji novih idej, povezanih s kliničnim raziskovanjem;
- komunikacijske spretnosti in prevzemanje odgovornosti za etične odločitve;
- zmožnost vzpostavljanja in vzdrževanja kooperativnih odnosov za delo v timu in z uporabniki (pacienti, svojci idr.);
- sposobnost za etično refleksijo in zavezanost profesionalni etiki s spoštovanjem načela avtonomije pacienta in poznavanje najvišjih standardov na področju bioetike;
- sposobnost za medpoklicno (partnersko) sodelovanje v paliativnem (interdisciplinarnem) timu;
- sposobnost za uvajanje in izvajanje klinične supervizije na področju paliativne oskrbe v delovnem okolju in za humanizacijo kulture odnosov v zdravstvu;
- sposobnost mednarodnega povezovanja in sodelovanja s strokovnjaki iz različnih multikulturnih okolij, strpnost za sprejemanje in upoštevanje konstruktivnih kritik in pripomb;
- sposobnost za konkretno reševanje raziskovalnih problemov z uporabo kvantitativne in kvalitativne raziskovalne paradigme;
- sposobnost za kritično presojo raziskovalnega dela in njegove praktične pomembnosti (Kaučič, et. al., 2014).

Predmetno-specifične kompetence, ki jih bodo pridobili diplomanti pri **obveznih predmetih študijskega programa**, so:

- usposobljenost za strokovno utemeljeno prepoznavanje in razumevanje paliativne oskrbe;
- sposobnost za kritično razmišljanje o razvoju paliativne oskrbe pri nas in v evropskem prostoru;
- poznavanje potreb starajočega se prebivalstva, analitične veščine in veščine reševanja večine geriatričnih sindromov v sodelovanju z družino in drugimi člani tima;



- znanje poiskati relevantno literaturo in oblikovati ter izdelati aplikativni raziskovalni projekt s področja paliativne oskrbe in prenesti spoznanja v klinično okolje;
- poznavanje različnih filozofskih pristopov, ki so pomembni za paliativno oskrbo;
- poznavanje pojma ocenjevanja v paliativni oskrbi in njegovo izvajanje v kompleksnih situacijah;
- sposobnost vpeljave ocenjevanja in A-instrumentov v zdravstvene/socialne in druge organizacije, skrb za nadaljnji razvoj ocenjevanja in instrumentov;
- poznavanje instrumentov kakovosti v paliativni oskrbi in sposobnost razpravljanja o njihovi koristi v praksi;
- poznavanje Liverpoolske klinične poti;
- sposobnost vključevanja oskrbe svojcev v paliativno oskrbo;
- sposobnost uporabe hitrih testov funkcionalnosti starejše osebe in ocenjevanja tveganja za nastanek osteoporotičnih zlomov;
- poznavanje najpogostejših kroničnih, neozdravljivih bolezni in sposobnost za prepoznavo simptomov, ki zahtevajo paliativno oskrbo;
- usposobljenost za prepoznavo stadija bolezni, ko se večja potreba po paliativni oskrbi;
- sposobnost ugotavljanja pacientovih telesnih in psihosocialnih potreb;
- sposobnost prepoznavanja motečih simptomov v paliativni oskrbi in pristopa k lajšanju le-teh;
- sposobnost celovitega prepoznavanja in pristopa k lajšanju bolečine v paliativni oskrbi in ostalih simptomov;
- sposobnost holistične obravnave pacientov, komunikacijske veščine za terapevtsko komunikacijo in za vodenje pogovorov v težkih situacijah paliativne oskrbe (npr. družinski sestanek idr.), poznavanje transakcijske analize in znanje vrednotenja komunikacijske kulture v delovnem okolju;
- poznavanje pomena terapevtskega dotika v paliativni oskrbi;
- sposobnost izražanja odnosa do človeka različnih kultur in ver in njegove profesionalne podpore;
- poznavanje etičnih modelov procesa odločanja in sposobnost kritičnega razmišljanja pri preučevanju primerov, izpeljevanja spoznavanja in njegovega uresničevanja pri vsakdanjem delu;
- poznavanje pomena žalovanja in duhovnosti v paliativni oskrbi;
- sposobnost kritičnega spoprijemanja z duhovnostjo z upoštevanjem družbenega okvira;
- sposobnost prepoznavanja smrti kot procesa in začetka procesa umiranja pri pacientu;
- poznavanje pravnih okvirov socialne in pravne varnosti ter temeljnih pravnih aktov (Kaučič, et. al., 2014).

Diplomanti bodo pri **izbirnih predmetih študijskega programa** pridobili naslednje predmetno-specifične kompetence:



- sposobnost kritičnega spoprijemanja z lastno vlogo v paliativnem timu in poznavanja pomena medpoklicnega sodelovanja;
- znanje razpravljanja s sodelavci o tabu tematikah paliativne oskrbe, nudenje pomoči, podpore pri obravnavi in odnosu do teh tematik (pozna različne oblike supervizije);
- sposobnost analiziranja modelov in konceptov timskega dela;
- sposobnost prepoznavanja značilnosti duševnega zdravja starejših ljudi in poznavanje zakonodaje za varovanje pacientovih pravic;
- poznavanje zdravil, ki se uporabljajo pri paliativni oskrbi, indikacije in odmerke, načine aplikacije in stranske učinke;
- znanje razvijanja paliativnega koncepta za dementne paciente, otroke in mladostnike;
- poznavanje pomena prostovoljstva in skupin za samopomoč, poznavanje modelov prostovoljstva, ki so usmerjeni k večji kakovosti življenja kroničnih pacientov in njihovih svojcev;
- sposobnost prepoznavanja čustvenih stisk pacientov in svojcev ob koncu življenja (Kaučič, et. al., 2014).

Študijski program je oblikovan tako, da diplomant pridobi kompetence za kakovostno delovanje na ožjem strokovnem področju – paliativni oskrbi.

16

Strokovni naslov: magister/magistrica paliativne oskrbe (mag. pal. osk.).

4 VPISNI POGOJI ZA ŠTUDIJSKI PROGRAM PALIATIVNA OSKRBA

Visoka zdravstvena šola v Celju letno predvideva 30 vpisnih mest za študijski program, kar je glede na potrebe celotnega slovenskega prostora ustrezno število.

V študijski program druge stopnje Paliativna oskrba se v skladu z 38. a členom in 16. členom prehodnih določb Zakona o visokem šolstvu (ZViS-UPB7, 2012) lahko vpiše, kdor je:

- končal študijski program 1. stopnje v obsegu 180 ECTS s področja zdravstvene nege in drugih zdravstvenih ved (fizioterapija, delovna terapija, socialna gerontologija);
- končal študijski program za pridobitev visoke strokovne izobrazbe, sprejet pred 11. 6. 2004, s področja zdravstvene nege in drugih zdravstvenih ved (fizioterapija, delovna terapija, socialna gerontologija);
- končal enovit magistrski študijski program s področja medicinskih ved (študijski program splošna medicina) v obsegu 360 ECTS oz. univerzitetni študijski program s področja medicinskih ved (študijski program splošna medicina), sprejet pred 11. 6. 2014, v obsegu 240 ECTS;
- končal študijski program za pridobitev univerzitetne izobrazbe s področja zdravstvenih ved – program Zdravstvena vzgoja (ali visokošolski strokovni študijski program Zdravstvena nega v obsegu 180 ECTS z dodatno opravljenim specialističnim



študijskim programom v obsegu 60 ECTS na področju zdravstvenih ved), v obsegu 240 ECTS;

- E. končal študijski program za pridobitev univerzitetne izobrazbe (ali visokošolski študijski program v obsegu 180 ECTS z dodatno opravljenim specialističnim študijskim programom v 60 ECTS) z drugih sorodnih strokovnih področij (drugi zdravstveni programi, socialno delo, psihologija, teologija), sprejet pred 11. 6. 2004, v obsegu 240 ECTS.

V primeru omejitve vpisa bodo kandidati izbrani:

- 80 odstotkov glede na povprečno oceno predhodnega študija in 20 odstotkov na doseženo oceno diplomskega oz. projektnega dela v predhodnem izobraževanju;
- 100 odstotkov glede na povprečno oceno študija predhodnega študija, če diplomant predhodnega študijskega programa ni končal s pisnim izdelkom (diplomsko delo, projektna naloga idr.).

Če diplomant glede na točko A zaključi pisni izdelek brez ocene, se pri izbiri upoštevajo kriteriji iz točke B.

5 VSEŽIVLJENJSKO UČENJE – MODULI

Študent lahko konča del programa za vseživljenjsko učenje, ko opravi vse predpisane obveznosti v obsegu, kot je navedeno v predmetniku modula, za kar prejme potrdilo, ki je javna listina. Akreditirani so naslednji moduli (Kaučič, et. al., 2014):

17

MODUL 1: MEDPOKLICNO SODELOVANJE V PALIATIVNI OSKRBI

Predmetnik modula:

- Medpoklicno sodelovanje v paliativni oskrbi (10 ECTS)
- Filozofsko podprta paliativna oskrba ob koncu življenja (10 ECTS)
- Obvladovanje bolečine v paliativni oskrbi (5 ECTS)
- Duhovnost in žalovanje v paliativni oskrbi (5 ECTS)

MODUL 2: TERAPEVTSKA KOMUNIKACIJA IN KLINIČNA SUPERVIZIJA V PALIATIVNI OSKRBI

Predmetnik modula:

- Terapevtska komunikacija in etične dileme v paliativni oskrbi (10 ECTS)
- Klinična supervizija (10 ECTS)
- Filozofsko podprta paliativna oskrba ob koncu življenja (10 ECTS)



MODUL 3: NA DOKAZIH PODPRTA PALIATIVNA OSKRBA

Predmetnik modula:

- Holistična obravnava neozdravljivo bolnih, osnovana na znanstvenih dokazih (10 ECTS)
- Filozofsko podprta paliativna oskrba ob koncu življenja (10 ECTS)
- Paliativna oskrba pacientov z demenco (10 ECTS)

MODUL 4: PALIATIVNA OSKRBA V STAROSTI

Predmetnik modula:

- Filozofsko podprta paliativna oskrba ob koncu življenja (10 ECTS)
- Starostna krhkost in najpogostejša kronična obolenja (10 ECTS)
- Paliativna oskrba pacientov z demenco (10 ECTS)

6 ZAKLJUČEK

Študijski program je oblikovan tako, da diplomant pridobi kompetence za kakovostno delovanje na ožjem strokovnem področju – paliativni oskrbi. Diplomant bo na študijskem programu druge stopnje Paliativna oskrba pridobil dodatna znanja za varno in kakovostno obravnavo pacientov v kliničnem okolju na področju paliativne oskrbe. Predstavljeni študijski program omogoča vertikalno izobraževanje s kasnejšo možnostjo vpisa v doktorski študijski program.

Kljub številnim študijskim programom na področju zdravstvenih ved utemeljujemo razvoj magistrskega študijskega programa Paliativna oskrba glede na dejanske potrebe, Državni program paliativne oskrbe in evropske smernice. Ne nazadnje tudi številčna udeležba na simpozijih s področja paliativne oskrbe, ki jih organizira Visoka zdravstvena šola v Celju, kaže na zainteresiranost strokovne javnosti in pomanjkanje ustreznega znanja na tem področju, ki ga ni mogoče zagotavljati samo z neformalnimi strokovnimi izpopolnjevanji.

Svet Nacionalne agencije Republike Slovenije za kakovost v visokem šolstvu (NAKVIS) je podelil akreditacijo študijskemu programu druge stopnje Paliativna oskrba za sedem let (odločba št.: 6033-163/2014/16 z dne 17. 12. 2015).

LITERATURA IN VIRI

1. Bandelj, A., Kaučič, B. M., 2014a. Najpogostejše težave in stiske izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe v paliativni oskrbi. In: Kaučič, B. M., et. al. eds. *Celostna obravnava pacientov kot vodilo za kakovostno paliativno oskrbo: simpozij s področja paliativne zdravstvene nege z mednarodno udeležbo: zbornik predavanj z recenzijo*, Celje, 3. 4. 2014. Celje: Visoka zdravstvena šola, str. 137–149.



2. Bandelj, A., Kaučič, B. M., 2014b. Strokovno organizacijski model paliativne oskrbe v socialno varstvenem zavodu. In: Filej, B., et al. ed. *Študentski zdravstvenih ved prispevajo k zdravju družbe: zbornik prispevkov z recenzijo*. 6. Študentska konferenca s področja zdravstvenih ved, Murska Sobota, 30. maj 2014. Maribor: Alma Mater Europaea – Evropski center, str. 44–51.
3. EURAG European Federation of older person, 2004. Making Palliative care a Priority Topic on the European Health Agenda and Recommendations for the Development of Palliative care in Europe. [online] Available at: http://www.apcp.com.pt/uploads/Cons.Europa_EURAG_PalliativeCareProject_2004.pdf [15. 6. 2014].
4. Kaučič, B. M., Esih, K., Plank, D., Fringer, A., Voga, G., Meža, J., Presker Planko, A., Klinger, D., 2014. *Magistrski študijski program druge stopnje Paliativna oskrba*. [USB]. Celje: Visoka zdravstvena šola.
5. *Merila za akreditacijo in zunanjo evalvacijo visokošolskih zavodov in študijskih programov*, 2014. Uradni list Republike Slovenije št. 40.
6. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2010. *Državni program paliativne oskrbe*. [online] Available at: www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/zakonodaja/Paliativa/Dr%C5%BEavni_program_paliativne_oskrbe_190410.doc [15. 6. 2014].
7. Saje, M., & Filej, B., 2014. Celostna obravnava paliativnega pacienta v domačem okolju. *Revija za zdravstvene vede*, 1(1), str. 54–70.
8. Visoka zdravstvena šola v Celju, 2014. *Strategija razvoja Visoke zdravstvene šole v Celju 2014-2018*. [online] Available at: www.vzsce.si [20. 3. 2016].
9. World Health Organization, n. d. WHO Definition of Palliative care. [online] Available at: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [20. 3. 2016].
10. *Zakon o visokem šolstvu uradno prečiščeno besedilo (ZViS-UPB7)*, 2012. Uradni list Republike Slovenije št. 32.

Predstavitev avtorja

Mag. Boris Miha Kaučič je zaposlen na Visoki zdravstveni šoli v Celju kot prodekan za izobraževalno dejavnost in visokošolski učitelj. Izvoljen je v naziv višjega predavatelja za predmetni področji Zdravstvena nega ter Organizacija in menedžment v zdravstvu. Je strokovni vodja mednarodnega raziskovalnega in razvojnega projekta Healthy Lifestyle for Aging Well (HLAW). Aktivno deluje v Evropskem združenju direktorjev zdravstvene nege (ENDA) kot član generalnega komiteja. V letu 2014 ga je Nacionalna agencija za kakovost v visokem šolstvu (NAKVIS) imenovala za strokovnjaka (evalvatorja). Za svoje aktivno delo na področju zdravstvene nege je v letu 2010 prejel najvišje priznanje Zbornice – Zveze, zlati znak. Njegova bibliografija šteje preko 375 enot.



PRAKSA PALIATIVNE OSKRBE V SLOVENSKIH BOLNIŠNICAH

THE PRACTICE OF PALLIATIVE CARE IN SLOVENIAN HOSPITALS

Darja Plank, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.

Splošna bolnišnica Celje in Visoka zdravstvena šola v Celju

darja.plank@guest.arnes.si

Ker so izsledki raziskave del še neobjavljenega magistrskega dela, prispevka zaradi pravih Univerze v Ljubljani avtorica ne more objaviti.

Predstavitev avtorice

Darja Plank je višja medicinska sestra, profesorica zdravstvene vzgoje. Zaposlena je v Splošni bolnišnici Celje. Na Visoki zdravstveni šoli v Celju je predstojnica Katedre za zdravstveno nego. Habilitirana je v naziv višje predavateljice za predmetno področje Zdravstvena nega. Je nosilka predmetov Paliativna oskrba, Zdravstvena nega kirurškega pacienta in soizvajalka predmeta Zdravstvena nega in raziskovanje. Opravila je podiplomsko izobraževanje za koordinatorje paliativne oskrbe.



**OBRAVNAVA PALIATIVNEGA BOLNIKA NA ONKOLOŠKEM INŠTITUTU
LJUBLJANA**

**PALLIATIVE CARE OF TERMINALLY ILL PATIENT AT INSTITUTE OF ONCOLOGY
LJUBLJANA**

Maja Ebert Moltara, dr. med.

Oddelek za akutno paliativno oskrbo, Onkološki inštitut Ljubljana
mebert@onko-i.si

IZVLEČEK

Paliativna oskrba je sestavni del celostne oskrbe bolnika z neozdravljivo obliko raka. Paliativna oskrba se izvaja na vseh oddelkih Onkološkega inštituta Ljubljana, leta 2007 pa je bil ustanovljen tudi Oddelek za akutno paliativno oskrbo. Oddelek je namenjen obravnavi najtežjih paliativnih bolnikov s kompleksnimi simptomi (telesni, psihični, socialni in duhovni). Oskrbo zagotavlja tim strokovnjakov z dodatnimi znanji iz paliativne oskrbe. Dejavnosti Oddelka za akutno paliativno oskrbo zajemajo obravnavo bolnikov na Oddelku za akutno paliativno oskrbo, obravnavo bolnikov v Ambulanti za zgodnjo paliativno oskrbo, konziliarno delo na drugih oddelkih Onkološkega inštituta, spremljanje in svetovanje paliativnim bolnikom na domu, raziskovalno delo in izobraževanje.

Za zagotavljanje celostne in neprekinjene paliativne oskrbe je potrebno tesno povezovanje različnih zdravstvenih strok na različnih organizacijskih ravneh.

21

Ključne besede: paliativna oskrba, umiranje, Onkološki inštitut Ljubljana.

ABSTRACT

Palliative care is an integral part of the comprehensive care of a patient suffering from an incurable form of cancer.

Palliative care is performed in all the wards of Institute of Oncology Ljubljana. In 2007, a special unit for acute palliative care was established. The ward is intended to deal with the most challenging palliative patients reflecting the most complex symptoms (physical, mental, social and spiritual ones). Palliative care is provided by palliative care experts who have acquired some additional knowledge in palliative care. The activities of the acute palliative care unit comprise treatment of inpatients within the acute palliative care unit, treatment of outpatients with early palliative care, consultancy work with other wards of the oncology institute, monitoring and counselling to palliative patients in their homecare, research work and training.

In order to provide an integral and continual palliative care it is necessary to establish close integration of various medical specialties at various different organisational levels.

Key words: palliative care, end-of-life care, Institute of Oncology Ljubljana



1 UVOD

Celostna oskrba paliativnega bolnika obsega obravnavo telesnih, psihičnih, socialnih in duhovnih težav. Oskrba mora potekati usklajeno in neprekinjeno ne glede na kraj obravnave – doma skupaj z osnovnim zdravstvenim timom (družinski zdravnik s patronažno sestro), domovi za starostnike (domski zdravnik skupaj z negovalnim kadrom) in bolnišnica (bolnišnični zdravnik z negovalnim kadrom). V oskrbo na vseh ravneh se po potrebi vključujejo tudi psihologi, socialni delavci, duhovni spremljevalci in prostovoljci (Corner, 2013). Paliativna oskrba omogoča ustrezno podporo tudi bližnjim (partnerjem, staršem in otrokom) tako med boleznijo kot tudi v obdobju žalovanja (Državni program paliativne oskrbe, 2010).

Le s tako, celovito in neprekinjeno obravnavo lahko bolniku zagotovimo ustrezno oskrbo in slovo z ohranjenim dostojanstvom.

Obravnava bolnika z neozdravljivim rakom na Onkološkem inštitutu tako predstavlja le kamenček v mozaiku celostne in neprekinjene paliativne oskrbe, ki jo bolnik, skupaj s svojimi bližnjimi, potrebuje.

2 PALIATIVNA OSKRBA NA ONKOLOŠKEM INŠTITUTU

22 Onkološki inštitut Ljubljana je zdravstvena ustanova, ki zagotavlja celostno oskrbo bolnika z rakom: od diagnostike, zdravljenja, rehabilitacije do paliativne oskrbe v primerih neozdravljive bolezni.

Paliativna oskrba je sestavni del onkološke oskrbe vseh bolnikov z neozdravljivim rakom. Pri večini bolnikov paliativno oskrbo zagotavlja osnovni zdravstveni tim (lečeči onkolog z medicinsko sestro in socialno delavko oziroma v nekaterih težjih primerih se lahko v obravnavo vključijo tudi specialisti drugih enot, npr. tim za zdravljenje bolečine ali drugi strokovnjaki, npr. psiholog ali duhovni spremljevalec).

Le manjši del bolnikov, zdravljenih na Onkološkem inštitutu Ljubljana, potrebuje vključitev tima s poglobljenimi znanji iz paliativne oskrbe (paliativni tim Oddelka za akutno paliativno oskrbo). Po ocenah Evropskega združenja za paliativno oskrbo (EAPC) le 20 odstotkov vseh bolnikov z neozdravljivim rakom potrebuje pomoč timov s specialnimi znanji iz paliativne oskrbe (EAPC, 2009).



Slika 1: Umeščenost paliativne oskrbe v celostni obravnavi bolnika z neozdravljivim rakom



Paliativna oskrba bolnika z neozdravljivo obliko raka se mora začeti kmalu po diagnozi neozdravljive bolezni (Boyd & Murray, 2010). To je še toliko pomembneje pri hitro napredujočih oblikah raka, h katerim štejemo: raka trebušne slinavke, pljučnega raka, maligni melanom in druge rake s pričakovanim kratkim preživetjem. V zgodnjem obdobju paliativna oskrba dopolnjuje specifično zdravljenje, katerega glavni cilj je podaljševanje življenja. Eden glavnih ciljev paliativne oskrbe pa je zagotavljanje čim večje kakovosti življenja. Skupaj lahko tako dosežemo daljše, kakovostnejše in človeku dostojno življenje z neozdravljivo boleznijo (Tamel, et al., 2010).

23

Obseg dela tima Oddelka za akutno paliativno oskrbo zajema:

- obravnavo bolnikov na Oddelku za akutno paliativno oskrbo,
- obravnavo bolnikov v Ambulanti za zgodnjo paliativno oskrbo,
- konziliarno delo po drugih oddelkih Onkološkega inštituta,
- spremljanje in podpora bolnika na domu (telefonsko),
- raziskovalno delo,
- izobraževalno delo.

Oddelek za akutno paliativno oskrbo

Na Oddelku za akutno paliativno oskrbo s šestimi posteljami imamo letno od 210 do 240 obravnav paliativnih bolnikov s kompleksnimi simptomi. Pri obravnavi teh bolnikov sodeluje celoten tim, ki vključuje zdravnike, medicinske sestre, socialne delavce in psihologa z dodatnimi znanji iz paliativne oskrbe. Kadar je eden od simptomov huda bolečina, bolnike vsakodnevno obravnava dodatno tudi tim za zdravljenje bolečine.

Oddelek za akutno paliativno oskrbo ni namenjen dolgotrajni negi, temveč akutnemu razreševanju težkih simptomov (kompleksna bolečina, hude oblike dispneje, težke kombinacije telesnih, psihičnih, socialnih in duhovih problemov). Povprečna ležalna doba bolnikov na oddelku je sedem dni.

V celotnem obdobju delovanja je na oddelku umrlo 36 odstotkov hospitaliziranih bolnikov, se pa iz leta v leto kaže trend nižanja (leta 2014: 27 odstotkov). Približno polovica bolnikov je z oddelka odpuščena v domačo oskrbo. Preostali pa so premeščeni v druge ustanove (domovi za starostnike, druge bolnišnice in hiša Hospic). Celostna oskrba bolnika skupaj z bližnjimi potrebuje dejavno sodelovanje in vključevanje bolnikovih najbližjih. S tem namenom redno izvajamo družinske sestanke, na katerih se paliativni tim Onkološkega inštituta sreča in spozna z bolnikovimi bližnjimi. Na družinskem sestanku spregovorimo o zdravstvenem stanju bolnika in predvidenem nadaljnjem poteku. Spregovorimo o bolnikovih željah in dejanskih možnostih ter pripravimo načrt nadaljnje oskrbe.

Ne glede na kraj premestitve je pomembno zagotavljanje neprekinjene paliativne oskrbe, kar od bolnišničnega tima zahteva, da naveže stik s tistimi, ki bodo bolnika oskrbovali zunaj Onkološkega inštituta. Kadar je le mogoče, navežemo stik zdravnika z zdravnikom, bolnišnične medicinske sestre z medicinsko sestro, ki bo oskrbovala bolnika v prihodnje, in socialnega delavca s socialnim delavcem ustanove, v katero je bolnik premeščen. Dobra predaja bolnika je nujna za dobro oskrbo bolnika in njegovih bližnjih.

Ambulanta za zgodnjo paliativno oskrbo

Na Onkološkem inštitutu Ambulanta za zgodnjo paliativno oskrbo deluje od leta 2013. Podobne ambulante imajo tudi številne druge zdravstvene institucije v drugih državah, saj je bila z raziskavo »Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer« (Tamel, et al., 2010) dokazana dobrobit zgodnje paliativne oskrbe. Študija, ki je potekala na skupini bolnikov z neozdravljivim pljučnim rakom, je pokazala, da je zgodnje vključevanje paliativne oskrbe pripomoglo k statistično pomembno višji kakovosti življenja, manj anksioznih in depresivnih stanj in kljub manj agresivnemu zdravljenju k daljšemu preživetju.

V Ambulanti za zgodnjo paliativno oskrbo na Onkološkem inštitutu letno opravimo čez 200 pregledov. Pregled obsega obravnavo telesnih, psiholoških in socialnih problemov. Za zagotavljanje celostne oskrbe bolniki (bližnji) izpolnijo vprašalnik simptomov (ESAS – Edmonton Symptom Assessment Scale), na podlagi katerega lažje opredelimo najpomembnejše simptome.



Slika 2: Vprašalnik simptomov (ESAS)

ONKOLOŠKI INŠTITUT LJUBLJANA
AMBULANTA ZA ZGODNJO PALIATIVNO OSKRBO

EDMONTONOV VPRAŠALNIK SIMPTOMOV

Datum: _____

Prositi, obkrožite število, ki najbolje opisuje vaše **TRENUTNO POČUTJE**.

Brez bolečin	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najhujša možna bolečina
Brez utrujenosti (utrujenost = izguba energije)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najhujša možna utrujenost
Brez zaspanosti	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najhujša možna zaspanost
Brez slabosti	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najhujša možna slabost
Brez izgube spanja	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najhujša možna izguba spanja
Brez občutka dispneje (škarnja = občutek težkega dihanja)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najhujši možen občutek dispneje
Brez depresije (škarnja = občutek tesnobe)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najhujša možna depresija
Brez anksioznosti (anksioznost = občutek vznemirljivosti)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najhujša možna anksioznost
Najboljše blagostanje (blagostanje = vaše običajno počutje)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najboljše možno blagostanje
Brez	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najhujša možna

skala leživa, npr. zadržati

izpolni (obkroži ustrezno)
 pacient
 negovalec (šušljina)
 negovalec (zdravstveni delavec)
 pacient ob pomoči negovalca

VREŠE MESTO BOLEČINE:

DESMO

DESMO

Ob prvem pregledu v Ambulanti za zgodnjo paliativno oskrbo bolnik spozna zdravnika, medicinsko sestro in koordinatorico paliativne oskrbe. Prejme telefonske številke, na katere lahko pokliče za dodatne nasvete ali v primeru, ko je potrebna obravnava v bolnišnici.

25

Indikacija za napotitev v obravnavo v Ambulanto za zgodnjo paliativno oskrbo so že prisotni ali pričakovani kompleksni simptomi (največkrat kombinacija težkih telesnih, psihičnih in socialnih težav). V Ambulanto za zgodnjo paliativno oskrbo napoti bolnika vedno lečeči onkolog, le izjemoma je lahko napotni zdravnik drug.

Konziliarno delo

Tim Oddelka za akutno paliativno oskrbo podpira tudi dejavnost paliativne oskrbe na drugih oddelkih Onkološkega inštituta. V okviru konziliarnega pregleda člani tima preučijo bolnikovo dokumentacijo, se z njim pogovorijo, opravijo pregled, svetujejo osnovnemu lečečemu timu in na željo zadnjega pomagajo tudi pri izvedbi družinskega sestanka.

Letno opravimo okoli 150 konziliarnih pregledov, največ na oddelkih internistične onkologije, nekoliko manj na oddelku radioterapije, najmanj na oddelku za kirurgijo.

Spremljanje in podpora bolnika na domu (telefonsko) – delo koordinatorja paliativne oskrbe

Koordinator paliativne oskrbe predstavlja vez med bolnikom v domači oskrbi in paliativnim timom Oddelka za akutno paliativno oskrbo. Bolniki v obravnavi tima Oddelka za akutno paliativno oskrbo ob prvem srečanju prejmejo kontaktne številke, na katere lahko pokliče bolnik ali njegovi bližnji, kadar se znajdejo v stiski ali imajo vprašanja. Če gre ob klicu za osnovna vprašanja in probleme, jih koordinator napoti do osnovnega tima (družinski zdravnik in patronažna sestra). Kadar gre za večje težave ali kadar je osnovni tim že ocenil stanje bolnika, ki potrebuje obravnavo v bolnišnici, koordinator v najkrajšem možnem času vzpostavi telefonski kontakt z zdravnikom za pogovor in po potrebi za dogovor o sprejemu.

Letno koordinator paliativne oskrbe obravnava okoli 400 bolnikov. Vloga koordinatorja je tudi organizacija družinskih sestankov. Letno povprečno izvedemo 180 družinskih sestankov.

Raziskovalna dejavnost

Trenutni obseg raziskovanj je usmerjen zlasti v analize opravljenega dela tima in njegovega izobraževanja. Rezultate svojih raziskav in analiz predstavljamo na domačih in tujih srečanjih. Zanje smo dobili tudi že nekaj priznanj.

Izobraževalna dejavnost

Izobraževanje je ena izmed temeljnih dejavnosti Oddelka za akutno paliativno oskrbo. Izvajamo jo tako za zaposlene na Onkološkem inštitutu kot tudi drugje. Izobraževanja, pri katerih sodelujemo, potekajo na vseh ravneh: med zdravniki, negovalnim osebjem, psihologi, farmacevti, med študijem in tudi v okviru podiplomskih izobraževanj.

3 MEDNARODNA AKREDITACIJA

Tim Oddelka za akutno paliativno oskrbo deluje v okviru Onkološkega inštituta Ljubljana od februarja 2007. V letu 2009 je Onkološki inštitut Ljubljana na podlagi izvajanja dejavnosti iz paliativne oskrbe od Evropskega združenja za internistično onkologijo prejel priznanje za onkološki center odličnosti z integrirano paliativno oskrbo. Akreditacijo smo od takrat naprej uspešno obnovili na vsaka tri leta.

4 ZAKLJUČEK

Paliativna oskrba na Onkološkem inštitutu se izvaja na vseh oddelkih bolnišnice. Tim z dodatnimi znanji iz paliativne oskrbe deluje v okviru Oddelka za akutno paliativno



oskrbo in pomaga tudi drugim oddelkom. Paliativna oskrba Onkološkega inštituta predstavlja le del celotne mreže paliativne oskrbe. Ta mora biti bolniku zagotovljena povsod, kjer koli je oskrbovan (doma, dom za starejše občane in bolnišnica). Oskrba mora potekati celostno in nepretrgano.

LITERATURA IN VIRI

1. Boyd, K., Murray, SA., 2010. Recognizing and managing key transitions in end of life care. *BMJ*, 341, str. c4863v.
2. Corner, J., 2003. The multidisciplinary team - fact or fiction? *European journal of palliative care*, 10 (Suppl.), str. 10–13.
3. Državni program paliativne oskrbe, 2010, Ministrstvo za zdravje.
4. EAPC, 2009. EAPC: White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. *European journal of palliative care*, 16 (6), str. 278–289.
5. Tamel, JS., et al., 2010. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*, 363(8), str. 733–742.

Predstavitev avtorice

Maja Ebert Moltara, dr. med., je zaposlena na Onkološkem inštitutu Ljubljana kot specialistka za internistično onkologijo, hkrati pa opravlja tudi vlogo vodje Oddelka za akutno paliativno oskrbo. To je oddelek, ki letno oskrbi nad 400 paliativnih bolnikov z rakom s kompleksnimi simptomi. V okviru te dejavnosti je hospitalno obravnavanih samo na Oddelku za akutno paliativno oskrbo čez 200 bolnikov. Ostali so obravnavani v okviru konziliarne službe in Ambulante za zgodnjo paliativno oskrbo.

27

Kot predsednica Slovenskega združenja paliativne medicine se zavzema za razvoj paliativne mreže po Sloveniji, saj bolniki potrebujejo ustrezno paliativno oskrbo ne glede na kraj bivanja in vrsto neozdravljive bolezni.

Je avtorica številnih nacionalnih publikacij o paliativni oskrbi in dejavna predavateljica na področju paliativne oskrbe ter onkologije. Paliativno oskrbo poučuje v okviru izbirnega predmeta paliativne oskrbe na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani in Univerze v Mariboru. Je tudi redna predavateljica na 50-urnem podiplomskem tečaju o paliativni oskrbi – Korak za korakom.

Projekt »Metulj« – www.paliativnaoskrba.si, ki je bil zasnovan kot podpora bolnikom in njihovim svojcem med paliativno oskrbo, je eden izmed zadnjih dosežkov njenega dela. V okviru projekta je več kot štirideset sodelujočih strokovnjakov iz cele Slovenije pripravilo več kot 20 vsebin s področja paliativne oskrbe v slovenskem jeziku in jih objavilo v tiskani ter elektronski obliki.



FROM DIAGNOSIS TO DEATH: EXPERIENCE FROM CARING FAMILY MEMBERS IN ATTENDANCE OF A DYING RELATIVE AT A PALLIATIVE WARD

Irena Schreyer, RN, MscN

Institute of Applied Nursing Sciences (IPW-FHS)
FHS St. Gallen, University of Applied Sciences, Switzerland
irena.schreyer@fhsg.ch

ABSTRACT

Since a family member's terminal disease and its therapy can extend for long periods and require different inpatient and outpatient settings, the caring family member plays an essential role in supporting the ill relative. In response, this qualitative study examined the experiences and roles of caring family members, from the time of diagnosis until the death of their relatives in palliative wards in Switzerland, as based on an analysis of data from 21 interviews. Data also revealed insights into the supply structure of the healthcare system. Analysis was performed according to the principles of grounded theory, and the results turned out different stabilizing mechanisms used by caring relatives. Initially, these relatives used familiar routines to maintain the domestic situation, though those routines gradually incorporated new perspectives on the future until the death of the relative. Since transformative events shifted the supply area from outpatient to inpatient settings, the role of the caring family member changed from that of a responsible, planning, and organizational person to a more attendant role of advocacy. This role change was enabled by way of support received at palliative wards. Though, data also revealed that the interface management in the health care sector is currently not fully used. To sustain supply and enable stays at home during palliative care, supportive health care offerings are required by caring family members, as is the expansion of access to health care providers and continued supervision of caring family members from time of their loved ones' diagnosis through mourning.



OD DIAGNOZE DO SMRTI: IZKUŠNJE SVOJCEV PRI SPREMLJANJU UMIRAJOČEGA NA ODDELKU ZA PALIATIVNO OSKRBO

Irena Schreyer, RN, MscN

Institute of Applied Nursing Sciences (IPW-FHS)
FHS St. Gallen, University of Applied Sciences, Switzerland
irena.schreyer@fhsg.ch

IZVLEČEK

Zdravljenje pacienta, ki je v terminalni fazi bolezni, lahko traja dolgo časa in zahteva različne zdravstvene storitve, tako na primarni kot sekundarni ravni zdravstvenega sistema.

Svojec umirajočega ima tako nepogrešljivo vlogo v oskrbi, podpori in spremstvu bolnika. Študija preučuje izkušnje in vloge svojcev pacientov v času od postavitve diagnoze do smrti bolnika na eni od enot oz. oddelkov paliativne oskrbe. Na podlagi 21 intervjujev s svojci v vlogi skrbnikov paliativnih bolnikov, smo v kvalitativni raziskavi, na podlagi t.i. utemeljene teorije (Grounded Theory), evidentirali izkušnje in tako tudi proučili strukturo oskrbe pacientov v terminalni fazi bolezni.

Svojci uporabljajo t.i. stabilizacijske mehanizme za ohranitev domače situacije oz. vzdušja pri negovanju bolnika, vključujoč vsakdanje navade, ki pa se seveda prilagajajo stopnji bolezni pacienta. Ko pacient preide iz ambulantne v bolnišnično oskrbo, se vloga svojcev pri oskrbi pacienta spremeni. Svojci niso več v vlogi odgovorne osebe, načrtovalca oz. organizatorja paliativne nege, temveč postanejo le še spremljevalci oz. osebe, ki se zavzemajo za bolnega družinskega člana, kar pa jim je na oddelkih paliativne oskrbe tudi omogočeno.

Podatki žal kažejo, da se v zdravstvenem sektorju t.i. upravljanje povezovanja ne izvaja v svojem celotnem obsegu. Za zagotavljanje čim daljše paliativne oskrbe pacientov v domačem okolju manjkajo predvsem podporne storitve za svojce v vlogi negovalcev. Tako je potrebno razširiti dostop do ponudnikov zdravstvenih storitev, kot tudi zagotoviti trajno podporo svojcem, od začetka postavitve diagnoze do faze njihovega žalovanja.

Predstavitev avtorice

Irena Schreyer je strokovnjakinja na področju zdravstvene nege. Magistrski študij zdravstvenih ved je končala na Univerzi Witten-Herdecke v Nemčiji. Je predavateljica na univerzah v Nemčiji in Avstriji, kjer poučuje pedagogiko zdravstvene nege in promocijo zdravja. Je tudi znanstvena sodelavka na FHS St. Gallen, Univerza za



uporabne znanosti, Švica. Glavne tematike njenega znanstvenega dela so povezane s paliativno oskrbo.



Alenka Lončarevič, dipl. m. s.
Lea Romih, dr. med., spec. druž. med.
Zdravstveni dom Celje
alenka.loncarevic1@gmail.com

IZVLEČEK

Paliativna oskrba je pristop, ki izboljša kakovost življenja bolnikov in njihovih družin, ki se srečujejo s težavami, povezanimi z življenje ogrožajočimi boleznimi. Največje breme nege teh bolnikov je na ramenih domačih skrbnikov. Z multidisciplinarnim sodelovanjem strokovnjakov z različnih področij v paliativnem timu lahko skupaj s svojci omogočimo hudo bolnim najboljšo nego doma in jim s tem omogočimo tudi, da umrejo doma, kar si jih večina najbolj želi. Pravica vseh bolnikov v paliativni oskrbi in negi je, da jim zagotovimo strokovno zdravstveno oskrbo, ki jo predvsem izvaja patronažna medicinska sestra, pri tem pa ji pomagajo preostali člani paliativnega tima.

Ključne besede: paliativna oskrba, paliativna nega, paliativni tim.

ABSTRACT

Palliative care is an approach to improving the quality of life of patients and their families when facing problems associated with life-threatening diseases. Family members who look after such patients bear the biggest burden of care, and they need support from other organizations providing medical care of such patients. We can provide the best possible care to the terminally ill patient along with the support of their family members and in cooperation with multidisciplinary palliative care team of experts. So, they can die at home and this is what most of them want. Each patient has the right to the best professional palliative care which is primarily provided by a district nurse who is also assisted by other palliative team members.

Key words: palliative team, palliative care, palliative nursing

1 UVOD

Večina zdravnikov na vseh ravneh ne pozna ukrepov in postopkov, ki blažijo simptome, dostikrat se izkaže, da jim ne uspe ustrezno zaznati potreb in želja bolnikov. Največji problem pri tem je slabo izobraževanje zdravstvenega kadra o specifičnih potrebah umirajočih, poleg tega se ob umiranju srečujemo in bojujemo z lastnimi občutki. Kljub temu, da smo leta 2010 dobili Državni program paliativne oskrbe, je organizacija dela



na tem področju še vedno slaba. Zdravniki družinske medicine in patronažne medicinske sestre smo prepuščeni sami sebi in lastni pobudi po organizaciji, da bi s tem pomagali hudo bolnim pri njihovem boju z boleznijo.

Prav zaradi zgoraj naštetega smo se v Zdravstvenemu domu Celje odločili za ustanovitev Skupine za paliativno oskrbo. V prihodnje si bomo prizadevali še za ustanovitev registra paliativnih bolnikov, da bodo le-ti čim bolj obravnavani.

2 PALIATIVNA ZDRAVSTVENA OSKRBA

Po Svetovni zdravstveni organizaciji je paliativna oskrba pristop, ki izboljša kakovost življenja bolnikov in njihovih družin, ki se srečujejo s težavami, povezanimi z življenje ogrožajočimi boleznimi. To dosežemo s preprečevanjem in lajšanjem trpljenja, z uporabo metode zgodnjega odkrivanja in popolne ocene ter zdravljenja bolečine in ostalih težav – fizičnih, psihosocialnih in duhovnih (WHO, 2016). Osnovni načini delovanja paliativne oskrbe so omilitev simptomov, vzdrževanje neodvisnosti in izdelan načrt zdravljenja ter poteka ves čas neprekinjeno (Shipman, et al., 2000). Po svetu opažajo, da vključevanje takšne oskrbe v zdravstveno in socialno varstvo izboljša zadovoljstvo hudo bolnih in njihovih bližnjih ter ugodno vpliva na lajšanje bolečin in zmanjšuje tesnobo (Petrovič, 2010).

32 Del paliativne oskrbe je paliativna zdravstvena nega, ki je opredeljena kot aktivna in celostna oskrba bolnika: nega, obvladovanje bolečine in drugih spremljajočih simptomov bolezni ter tudi lajšanje psihičnih, socialnih in duhovnih problemov. Z različnimi oblikami pomoči omogoča bolniku dostojno življenje do smrti. Zato s svojimi posegi niti ne podaljšuje časa do smrti niti ga ne skrajšuje. Pomaga bolnikovi družini in njegovim bližnjim med boleznijo in ob žalovanju. Glavni cilj paliativne zdravstvene nege je optimizirati kakovost življenja med boleznijo tako bolniku kot njegovim najdražjim.

Paliativna nega se v optimalnih pogojih začne takoj, ko je postavljena diagnoza. Trenutek smrti je še nepoznan, vendar morajo biti negovalni cilji postavljeni. Glavni cilj paliativne zdravstvene nege je optimizirati kakovost življenja med boleznijo tako bolniku kot njegovim najdražjim. To pomeni dodati življenje bolniku, in ne samo čas življenja bolniku (Vrtovec, 2009).

2.1 Vloga družinskega zdravnika v paliativni obravnavi na domu

Zdravnik družinske medicine mora kot vodja tima imeti smisel za delitev odgovornosti med sodelavce in za nadzorovanje zaupanih nalog (Klemenc-Ketiš, 2009). Pri tem mora upoštevati etična načela in etična ravnanja pri zagotavljanju celostne oskrbe hudo bolnega bolnika, kar je možno le z dobrim medsebojnim odnosom, ki vključuje empatijo, sočutje in iskrenost, ter odprto in tankočutno komunikacijo (Petrovič, 2010).



2.2 Vloga patronažne medicinske sestre v paliativni obravnavi na domu

Patronažna medicinska sestra obravnava paliativnega bolnika in njegovo družino celostno z vsemi njegovimi potrebami in problemi ter je v sodelovanju z osebnim izbranim zdravnikom koordinatorica vseh oblik pomoči na domu.

Paliativna zdravstvena nega in patronažna medicinska sestra se med seboj nenehno prepletata. Patronažna medicinska sestra je pri paliativni zdravstveni negi zelo pomembna, saj vstopa v družino v najrazličnejših življenjskih obdobjih. Družino in bolnika velikokrat obravnava že pred postavljenimi diagnozo o neozdravljivi bolezni. Bolnika spozna in obišče kot kroničnega bolnika v skladu s preventivnim programom. Poslabšanje bolnikovega zdravstvenega stanja vodi v vse pogostejše obravnave patronažne medicinske sestre na njegovem domu in velikokrat ne moremo potegniti meje med tem, kdaj je patronažna obravnava bolnika in njegove družine prešla v paliativno obravnavo (Krajnc, 2013).

Patronažna medicinska sestra veliko pripomore h kakovosti bolnikovega življenja, če pravočasno zazna bolnikove težave in ustrezno načrtuje ter izvaja patronažno zdravstveno nego in se potem z mnogimi pomembnimi podatki vključi v paliativno obravnavo. Patronažna medicinska sestra je pri izvajanju medicinsko-tehničnih posegov odvisna od zdravnikovega naročila –delovnega naloga, samostojna pa je pri ugotavljanju in izvajanju ostalih potreb glede paliativne nege bolnika in njegove družine (Vrtovec, 2010).

33

Paliativna zdravstvena nega omogoča bolnikom v terminalni fazi umiranje doma v krogu najbližjih in v okolju, kjer se počutijo varne in se v miru poslovijo od svojih najdražjih. Paliativna zdravstvena nega zahteva od patronažne medicinske sestre izredno kreativnost, kakovostno pa jo lahko izvajajo le dodatno izobražene patronažne medicinske sestre z bogatimi strokovnimi izkušnjami in pozitivno naravnano osebnostjo ter veliko sposobnostjo empatije.

3 TIM PALIATIVNE OSKRBE NA DOMU

Za kakovostno obravnavo bolnika in njegove družine v paliativni oskrbi sta pomembna celostna obravnava in timski pristop. Sestava tima je prilagojena potrebam bolnika in razpoložljivim sredstvom. Pomembno vlogo ima patronažna medicinska sestra, ki vzpostavlja medsebojno komunikacijo in je koordinator med bolnikom, njegovo družino, zdravnikom in vsemi, ki so vključeni v paliativno oskrbo bolnika.

V ZD Celje se vključujejo v paliativni tim: zdravniki družinske in splošne medicine, patronažna medicinska sestra, reševalci, Hospic in po potrebi tudi socialna služba ter zdravniki iz ambulante za zdravljenje bolečine Splošne bolnišnice Celje.

Sestanki paliativnega tima: za zdaj smo dogovorjeni, da se sestajamo enkrat mesečno,



in sicer vsak drugi torek v mesecu ob 13.30. Na sestanke so vabljeni vsi. Načrtovano je tudi, da če kdo potrebuje nujno obravnavo, skličemo izredni sestanek skupine.

3.1. Ostali člani paliativnega tima

Socialna služba, psiholog, Hospic in specialisti se v paliativno oskrbo bolnika običajno vključujejo glede na potrebe bolnika in njegove želje ter finančno stanje. Socialno delavko vključimo v primeru finančnih težav, težav s svojci ali mladoletnimi osebami, ko se pojavijo težave v preskrbi s prehrano ali nego, psihologa takrat, ko ugotovimo, da nismo več kos bolnikovim ali svojčevim psihičnim stanjem, Hospic za duhovno podporo glede na bolnikove želje ter specialista, ko oskrba doma ni več mogoča oz. ko se zdravstveno stanje toliko spremeni, da so potrebne nadaljnje preiskave oziroma bolnišnično zdravljenje.

4 NAČRTOVANJE IN IZVAJANJE PALIATIVNE OSKRBE NA DOMU

Za kontinuirano obravnavo bolnika na domu je pomembno pravočasno obveščanje patronažne medicinske sestre in izbranega zdravnika o odpustu bolnika iz bolnišnice. V ZD Celje začenjamo izvajanje prakse, da patronažna medicinska sestra in osebni izbrani zdravnik skupaj opravita obisk v družini s paliativnim bolnikom in pripravita načrt paliativne oskrbe na domu. Načrt (glej tabelo 1) ostane na bolnikovem domu, kar omogoča nemoteno kontinuirano paliativno obravnavo bolnika. Načrt po potrebi dopolnjujemo in prilagajamo bolnikovim potrebam. Upamo, da bo v prihodnosti ta načrt tudi na reševalni postaji, da bodo dežurne ekipe poznale vse paliativne bolnike na našem območju in bo tako dežurnim zdravnikom olajšano odločanje v primeru nujnih stanj pri bolniku, ki je v paliativni oskrbi.

Namen tega je tudi, da svojci vedo, kako se odzvati v primeru določenih zapletov bolezni, in skušajo najprej bolniku pomagati sami, šele nato, ko vidijo, da se stanje ne izboljšuje, kličejo dežurno službo.

Poleg osebnega zdravnika, ki mora bolniku in svojcem razložiti uporabo zdravil in možne stranske učinke, ima patronažna medicinska sestra veliko vlogo, saj jih seznanja, kateri medicinsko-tehnični pripomočki bodo olajšali bolnikovo bivanje v domačem okolju. Seznanja jih, kje in na kakšen način bodo te pripomočke dobili, in demonstrira njihovo uporabo. Bolnik in svojci so nemalokrat v težkem položaju glede koordinacije, zato je patronažna medicinska sestra tisti povezovalni člen, ki jim prisluhne, svetuje in ustrezno načrtuje vse aktivnosti v zvezi z bolnikovim življenjem v domačem okolju.

V zgodnejši fazi bolezni so naloge patronažne medicinske sestre usmerjene predvsem v svetovanje in poučevanje o bolnikovem režimu življenja in primerni prehrani. Spremlja potek paliativne oskrbe in načrt prilagaja potrebam bolnika in družine ter o novih znakih in simptomih poroča osebnemu zdravniku. Ko se pojavi potreba po opravljanju medicinsko-tehničnih posegov, so možnosti delovanja patronažne



medicinske sestre široke. Po izdanem zdravnikovem naročilu z delovnim nalogom izvajajo medicinsko-tehnične posege: aplikacije injekcij, odvzem vzorcev za laboratorijske preiskave, preveze, vbrizgavanje zdravil v epiduralni kateter, menjavo elastomerske črpalke, nego stom, nego ran zaradi pritiska, pomoč in menjavo stalnih urinskih katetrov, klizme, pomoč pri inhalacijah, aspiracije, nastavitve infuzij, pomoč pri oskrbi s kisikom in še druga naročila (Vrtovec, 2009).

Čim bolj je bolnik vezan na posteljo, tem pogostejše postaja obposteljno negovanje. Spreminjanje bolnikovih potreb ugotavlja patronažna medicinska sestra z bolnikom na osnovi poglobljanja anamnestičnih podatkov, pri čemer upošteva predhodno ugotovljena bolnikova funkcionalna stanja. Opira se na štirinajst življenjskih aktivnosti po Virginii Henderson.

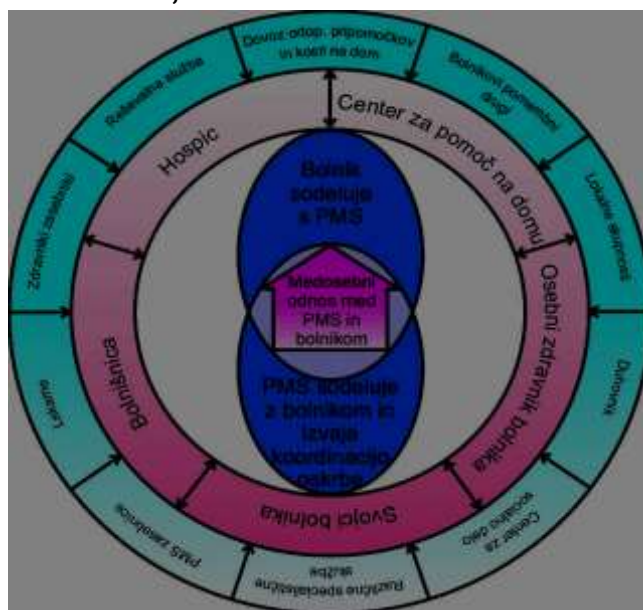
Pri napredovanju bolezni bolnik potrebuje pomoč pri osnovnih življenjskih aktivnostih, ki jih v nekaterih primerih svojci težko izvajajo. Patronažna medicinska sestra svetuje, načrtuje, izvaja in koordinira delo negovalnega tima. V Celju imamo organizirano negovalno službo prek Centra za pomoč na domu. Pri bolniku v terminalnem stanju se poleg diplomirane medicinske sestre vključi v negovalni tim tehnik zdravstvene nege, ki izvaja osnovno zdravstveno nego in ostale aktivnosti, za katere je pristojen.

4.1 Predlagani model koordiniranja zdravstvene nege in oskrbe na domu

Predlagani model medsebojnega vplivanja ali interakcije spada v sodobni model zdravstvene nege. Poudarja samostojno vlogo patronažne medicinske sestre pri oskrbi bolnika v terminalni fazi v domačem okolju. Predlagani model je razdeljen na ožji in širši model koordiniranja zdravstvene nege in oskrbe v domačem okolju. Ker je patronažna medicinska sestra družinska medicinska sestra, je edino sprejemljivo, da ona koordinira vse aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe v domačem okolju. Če bi bilo drugače in bi vsaka služba posebej izvajala svoje aktivnosti in oskrbo pri bolniku v terminalni fazi v domačem okolju, bi to privedlo do prave zmešnjave, kar ne bi bilo dobro za bolnika in njegovo družino (Vrtovec, 2009).



Slika 1: Službe, s katerimi patronažna medicinska sestra koordinira oskrbo bolnika v terminalni fazi in v domačem okolju



Vir: Vrtovec, 2009

5 KOMUNIKACIJA V PALIATIVNI ZDRAVSTVENI OSKRBI

36

Patronažna medicinska sestra je običajno prva, ki obiše hudo bolnega – umirajočega v domačem okolju. Ob tem se patronažna medicinska sestra spopada s stisko v komunikaciji z bolnikom in njegovimi svojci, ki pričakujejo od nje odgovore na mnoga vprašanja, posebno na simptome, ki spremljajo bolezen. Ob dajanju odgovorov mora upoštevati etična načela, bolnika mora spodbujati, obenem pa mu ne sme dajati lažnih obljub. Do bolnikov in svojcev mora biti strpna in odprta za drugačnost, pripravljena mora biti tudi na morebiten konflikt, ki ga rešuje s pozitivnim odnosom, ki mora biti usmerjen k ustvarjalnemu reševanju težav (Hlade, 2010). Ob vsem tem ji ob strani stojijo drugi člani paliativnega tima, ki se vključujejo v obravnavo glede na potrebe bolnika, če je potrebno, morebitne konflikte rešujejo skupaj.

6 SKLEP

V Sloveniji nas čaka še veliko dela in izobraževanja na tem področju. Še vedno je smrt tabu. O smrti se ne pogovarja, mlajše ščitimo pred tem, saj mislimo, da jim to pomaga, kljub temu da raziskave kažejo drugače. Umiranje doma je postala izjema, kljub želji bolnika o nasprotnem. Vsi, ki se ukvarjamo s paliativno nego želimo, da so v zadnjih trenutkih svojega življenja bolniki tam, kjer si želijo biti, da jim je čim udobneje in predvsem, da ni bolečine, saj imajo vsi pravico do dostojne smrti. Svojce želimo opolnomočiti, da jim lahko pomagajo sami, da jih izobrazimo, kaj pričakovati. Vsi si namreč predstavljajo, da bo bolniku bolje v bolnišnici, da bo imel tam najboljšo oskrbo, a vsi vemo, da običajno to ne drži. Če svojce dobro poučimo o oskrbi in o tem, kaj



pričakovati, je lažje tako njim kot bolniku, bolnik lahko ostane doma, kaj je najpogosteje njihova želja. Omogočiti jim moramo vso potrebno pomoč pri izvajanju kontinuirane zdravstvene nege, ki jo v terminalnem obdobju potrebujejo. Bolnik in njegovi najbližji morajo imeti zaupanje in 24 ur na dan možnost, da navežejo stik s strokovnjakom, ki jim bo prisluhnil in jim bo v najtežjih trenutkih pravilno svetoval ter ustrezno pomagal. Če nam bo v prihodnosti uspelo zagotoviti vso potrebno paliativno oskrbo, se bodo bolniki in svojci počutili varne ter se ne bodo bali umiranja v domačem okolju.

Zaradi vse večjih potreb po izobraževanju in zagotavljanja pomoči tem bolnikom smo v Zdravstvenemu domu Celje ustanovili Paliativno skupino, ki naj bi delovala po načelu svetovanja in vzajemne pomoči vseh zdravstvenih delavcev med sabo. Na ta način skušamo vsem bolnikom omogočiti čim boljše paliativno oskrbo in nego. Čaka nas še dolga pot, a upamo, da nam bo uspelo, saj je paliativna oskrba pravica vsakega človeka.

LITERATURA IN VIRI

1. Hlade, S., 2010. *Paliativna zdravstvena nega kronično bolnih v domačem okolju: diplomsko delo univerzitetnega študija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, str. 17–22.
2. Klemenc-Ketiš, Z.; 2009. *Praktikum družinske medicine*; Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru.
3. Krajnc, A., 2013. Paliativna obravnava pacienta in njegove družine v patronažni zdravstveni negi. In: Presker, A., & Esih, K. eds. *IV. Stiki zdravstvene nege. Paliativna zdravstvena nega*, Celje, 18. april 2016. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju, str. 28–32.
4. Ministrstvo za zdravje, 2010; *Državni program paliativne oskrbe*.
5. Mahmood-Yousuf, K., Munday, D., King, N., Dale, J.; 2008, Interprofessional relationships and communication in primary palliative care: impact of the Gold Standards Framework; *British Journal of General Practice*; str. 256–263.
6. Lunder, U., 2003. Paliativna oskrba – njena vloga v zdravstvenih sistemih; *Zdravniški vestnik*; 2: str. 643–647.
7. Petrovič, E., 2010. *Timski pristop v obravnavi težko bolnega pacienta na domu, diplomsko delo*. Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
8. Shipman, C., Addington-Hall, J., Barclay, S., Briggs, J., Cox, I., Daniels, L., Millar, D., 2000. Cross-sectorial cooperation and supportive care in general practice: cancer patients experiences; *British Journal of General Practice*, str. 477–478.
9. Svetovna zdravstvena organizacija WHO. *Definition of Palliative Care*; dosegljivo na url: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>[15.03.2016].
10. Vrtovec, A., 2009. *Model koordiniranja zdravstvene nege in oskrbe v domačem okolju pri bolniku v terminalni fazi življenja: specialistično delo*. Maribor. Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.



Predstavitev avtoric

Lea Romih, dr. med., spec. druž. med.

Med specializacijo se je začela ukvarjati s paliativno medicino in se dodatno izobraževati na tem področju. Decembra 2014 je opravila specialistični izpit in od takrat je zaposlena v ambulanti splošne medicine v Zdravstvenem domu Celje. Septembra 2015 je postala vodja paliativne skupine v ZD Celje.

Alenka Lončarevič, dipl. m. s.

Zaposlena je v Zdravstvenem domu Celje, Zdravstvena postaja Vojnik, kjer že 34. leto opravlja delo patronažne medicinske sestre. Pri svojem delu na terenu se vseskozi srečuje z bolniki v paliativni negi, zato svoje strokovno znanje dopolnjuje in se udeležuje seminarjev tudi na področju paliativne oskrbe. Aktivno deluje v paliativni skupini ZD Celje.



PALIATIVNI TIM V DOMU STAREJŠIH LAŠKO

PALLIATIVE CARE TEAM IN LAŠKO NURSING HOME

Damjana Damiš, dipl. m. s.

Damjana Uratarič, dipl. m. s.

Dom starejših Laško

damjana.damis@thermana.si

IZVLEČEK

V prispevku je predstavljeno delovanje paliativnega tima v socialnovarstvenem zavodu Dom starejših Laško (DSL). Navedeni so vzroki za ustanovitev paliativnega tima, sestava in delovanje. Prikazana je pot od začetka do danes. V prispevku so predstavljeni tudi najpogostejši razlogi za sprejem v dom, spremljanje stanja in odločanje za paliativno oskrbo, povezovanje in sodelovanje med medicinsko sestro v splošni ambulanti in oddelčno medicinsko sestro. Velik poudarek je namenjen komunikaciji v paliativni obravnavi, sodelovanju s svojci hudo bolnih, izobraževanju kadra in sodelovanju v vseh smereh: od čistilke, bolniške strežnice in seveda bolničarjev ter zdravstvenih tehnikov, ki so največ prisotni ob stanovalcu/bolniku. Pomemben delež v obravnavi prispevajo splošna zdravnica, ki je v domu prisotna pet dni v tednu po štiri ure, diplomirane medicinske sestre, delovna terapevtka, fizioterapevtka in socialna delavka doma, ki je obenem tudi koordinatorka paliativnega tima.

Sodelovanje zunaj ustanove pa temelji na povezovanju z lokalnimi ustanovami: Zdravstveni dom Laško, Splošna bolnišnica Celje, Društvo Hospic Celje s svojimi strokovnimi sodelavkami in prostovoljkami in centri za socialno delo ter povezovanju zunaj regije: Splošna bolnišnica Jesenice, Onkološki inštitut, Psihiatrična bolnišnica Begunje ... Vse to je pripomoglo k dvigu kakovosti bivanja v DSL za hudo bolne stanovalce/bolnike in njihove najožje člane družine.

Ključne besede: paliativni tim, paliativna medicina in oskrba, sodelovanje, koordinacija, komunikacija, strokovni sodelavci, družinska konferenca, kakovost bivanja, svojci.

ABSTRACT

Laško Nursing home (Dom starejših Laško, abbr. DSL), a social security institution, is presented in this paper which focuses on reasons/grounds for establishing a palliative team (PT), its composition and operation within the nursing home. It depicts the path of its beginnings up to the present stage of its development. The following part of the article focuses on the most common reasons for admission of patients to the nursing home, monitoring their health status and making decisions on palliative care, integration and cooperation between a nurse in the outpatient clinic and a ward nurse. A great emphasis is placed on communication in palliative care, cooperation with family members of terminally ill patients, staff training and cooperation in all directions; from the cleaning



staff, hospital attendants to health care professionals, especially nurses who most of their time look after patients/residents of the nursing home and monitor their health status. A major contribution to palliative care in Laško nursing home represents the following health care staff: a general practitioner, who works in the nursing home five days a week for 4 hours, registered nurses, an occupational therapist, a physiotherapist, and a social worker working also as a PT coordinator in the nursing home.

Our external cooperation is based on integration with local institutions, such as Laško Health Centre, Celje General Hospital, the Slovenian Hospice Association from Celje with its professional employees and volunteers, Centres for Social Work, etc.. The nursing home also integrates with institutions beyond the local region; Jesenice General Hospital, UKC Ljubljana - University Medical Centre of Ljubljana – Oncology ward, Psychiatric Hospital of Begunje, and some others. All this has contributed to a higher level of residence quality for seriously ill patients of DSL and for their closest family members.

Key words: palliative team, palliative medicine and care, cooperation, coordination, communication, professional staff, family conference, quality of living, family members

1 UVOD

V DSL je nameščenih 165 stanovalcev, 12 stanovalcev je v oskrbovanih stanovanjih. Popolno oskrbo potrebuje 69 stanovalcev. Tako kot v drugih socialnovarstvenih zavodih smo se v preteklosti tudi mi srečevali z velikimi stiskami v zvezi z obravnavo bolnikov v terminalnem stadiju bolezni in tudi z obravnavo njihovih svojcev. Spomladi leta 2009 smo sprejeli stanovalca, ki so ga že pred sprejemom v dom obravnavale strokovne sodelavke in prostovoljke društva Hospic Celje. Dogajanje ob tem bolniku štejemo za začetek paliativne oskrbe v DSL. Kljub izdatnemu sodelovanju z društvom Hospic Celje, njihovimi strokovnimi sodelavkami in prostovoljkami je do uradne ustanovitve paliativnega tima minilo štiri leta, le-ta je bil ustanovljen 18. 9. 2013.

Na ustanovnem srečanju smo predstavili sestavo paliativnega tima in smernice za nadaljnje delo. V ožjem paliativnem timu delujejo: specialistka splošne medicine (v domu prisotna štiri ure na dan), štiri diplomirane medicinske sestre, univerzitetna diplomirana socialna delavka, delovna terapevtka, fizioterapevtka, prostovoljke in strokovni sodelavki društva Hospic Celje. Paliativni tim v Domu starejših Laško deluje vse delovne dni v letu v dopoldanskem času, po potrebi tudi zunaj njega. V omenjenem času je zagotovljena stalna dosegljivost diplomirane medicinske sestre in zdravnice. Paliativni tim se sestaja redno, enkrat mesečno, oz. večkrat, če je to potrebno.

Na srečanjih obravnavamo tekočo problematiko ter si zastavimo poti in cilje za naprej. Socialna delavka, ki je hkrati koordinatorica paliativnega tima, skrbi za zapise naših srečanj, obveščanje članov tima, obveščanje svojcev naših stanovalcev in sklicevanje



družinskih konferenc glede na tekočo problematiko. Vsebinsko se paliativni tim ukvarja z:

- vključevanjem bolnikovih svojcev v proces paliativne oskrbe, sprotim seznanjanjem le-teh o stanju njihovih bližnjih, zelo poudarjamo primerno komunikacijo ob sporočanju in sposobnost poslušanja,
- lajšanjem telesnih simptomov (bolečina, slabost, dispneja, zmedenost in drugo),
- lajšanjem psihosocialnega trpljenja,
- lajšanjem duhovnega trpljenja,
- oskrbo bolnika v procesu umiranja.

Domska zdravnica se v sodelovanju z medicinsko sestro odloči o vključitvi stanovalca v obravnavo po načelih paliativne oskrbe glede na funkcijski status. Prizadevamo si za zgodnjo vpeljavo paliativne oskrbe pri obravnavi stanovalca z:

- napredovalo obliko raka,
- napredovalo demenco,
- odpovedjo organa (srčno popuščanje, stanje po obsežnem ICV, odpovedi jeter, ledvic, stanje po hudi poškodbi ipd.).

Sledi postopek pisnega soglasja stanovalca ali zakonitega zastopnika za izvajanje paliativne oskrbe, zapiše se klinična pot paliativne oskrbe, nadzorujemo bolečino – dokumentiramo jo najmanj trikrat dnevno, izvajamo družinske konference, ko nastanejo razlogi zanje, itd.

2 POSEBNOSTI OBRAVNAVE STAROSTNIKOV

SPREJEM STANOVALCA V DOM

Stanovalci so lahko sprejeti iz:

- bolnišnice,
- psihiatrične bolnišnice,
- domačega okolja iz neurejenih razmer,
- urejenega domačega okolja,
- zdravilišča
- ali so stanovalci za začasni sprejem.

Pred sprejemom v naš dom se komisija za sprejem, premestitve in odpust na podlagi zdravniškega spričevala odloči o sprejemu stanovalca.

Diplomirana medicinska sestra je v domu odgovorna za sprejem stanovalca in skupaj z njim ter s svojci izpolni sprejemno-negovalno dokumentacijo. Informacije diplomirana medicinska sestra pridobi iz odpustne dokumentacije, od socialne delavke v domu, svojcev in samega stanovalca. Včasih ne dobimo pravih informacij od svojcev oziroma nam ti prikrivajo podatke o zdravstvenem stanju stanovalca (demenca, neurejene družinske razmere ...). Že med samim sprejemom največkrat prepoznamo posebnosti



obravnave stanovalca (paliativna oskrba). Pri stanovalcih iz bolnišnice je lahko že iz odpustnega pisma jasno, da gre za paliativno oskrbo, lahko pa šele ob sprejemu prepoznamo potrebo po njej. Pri stanovalcih iz psihiatričnih bolnišnic sta največkrat vzrok hospitalizacije poslabšanje demence in neredno jemanje terapije. Vzroki za sprejem stanovalcev z neurejenimi razmerami so: finančna stiska, alkohol, nasilje, ogrožanje okolice, so brez svojcev, neredno jemanje terapije ...

Stanovalci za začasni sprejem so največkrat sprejeti v dom po kakšnem operativnem posegu, da se pri nas ponovno naučijo samostojnosti v izvajanju dnevnih aktivnosti in se lahko vrnejo v domače okolje ali ostanejo pri nas. Začasni sprejem je mogoč tudi, če gre njihov skrbnik na kakšen poseg ali potovanje.

Stanovalci iz zdravilišča se po rehabilitaciji nastanijo pri nas, da se naučijo dokončno samostojno uporabljati ortopedske pripomočke in samostojnosti pri izvajanju dnevnih aktivnosti.

Stanovalci iz urejenega domačega okolja pa so že lahko vključeni v paliativno oskrbo, mi v domu uredimo terapijo in izpeljemo družinsko konferenco. Vzrok sprejema je največkrat ta, da svojci ne zmorejo več skrbeti za stanovalca zaradi različnih vzrokov (služba, bolezen, arhitektonske ovire, poslabšanje demence ...). Imamo pa tudi nekaj primerov, ko stanovalci sami izrazijo željo priti v dom, da ne bodo doma v breme.

43

PRIMER IZ PRAKSE

Starejša gospa je bila k nam sprejeta iz psihiatrične bolnišnice, kjer je bila hospitalizirana zaradi poslabšanja demence. Ob sprejemu je bila skoraj nepomična, nemirna in zmedena. Imela je dve hčeri, ki sta bili med seboj sprti. Ena od hčera je skrbela za mamo (mama je stanovala pri njej), druga hči pa je mamo občasno obiskovala. Takoj smo prepoznali problem, organizirali smo družinsko konferenco in vključili Hospic. Na družinski konferenci sta se hčeri prepirali in si očitali zadeve iz preteklosti, zato smo ju večkrat spomnili, da je na prvem mestu mama in njeno zdravje, saj je bila gospa v slabem zdravstvenem stanju, zato je bila napotena v bolnišnico. Po našem posredovanju in v sodelovanju s Hospicem sta se hčeri srečali skupaj pri mami v bolnišnici. Gospa je nato še isti dan umrla.

»Nobena stvar ne naredi človeka srečnejšega kot lastno prepričanje, da je naredil najboljše, kar je mogoče.« M. Pupin

3 DELO MEDICINSKIH SESTER V AMBULANTI PO NAČELIH PALIATIVNE OSKRBE

PRIMER DOBRE PRAKSE

Stanovalka doma je postala neodzivna, strmela je v prazno, izkazani so bili vsi znaki ICV-ja. Po pregledu se je domska zdravnica odločila za napotitev stanovalke v bolnišnico. O stanju in odločitvi je bila obveščena hči. Do prihoda reševalcev se je stanje



tako poslabšalo, da se je zdravnica odločila, da stanovalke ne pošlje nikamor. O tej odločitvi je bila zopet obveščena hči, ki se je v dopoldnevu še osebno oglasila pri zdravnici. Dogovorili sta se, da gospo pustimo v miru, da se telo samo odloči, kako naprej. Zdravnica je ukinila vso p. o. terapijo, naročila nastavitev infuzije (500 ml fiziološke raztopine), s. c., meritve vitalnih funkcij, spremljanje in beleženje stanja. Vse naročeno je medicinska sestra sporočila zdravstvenemu tehniku na oddelek.

Svojci so ostali pri stanovalki tudi zunaj časa obiskov, povabili smo jih, da lahko pokličejo kadar koli, saj smo dosegljivi 24 ur. Ob vsaki spremembi zdravstvenega stanja smo jih o tem tudi takoj obvestili. Stanje je bilo vseh 24 ur stabilno, enako. Naslednje jutro je zdravnica gospo pregledala, ji na željo svojcev uvedla nazogastrično sondo, uredila terapijo, opravila pregled ter obvestila svojce in jih seznanila s stanjem.

Sedaj je gospa stabilna že nekaj časa, težav ni, hrano prek sonde dobro prenaša. Sodelovanje s svojci je dobro, samo hči še občasno prizna, da težko sprejeme to stanje, vendar ve, da smo za njeno mater naredili, kar je zanjo najbolje.

Vedeti je treba, da so za takšno delovanje potrebni veliko časa in dnevna prisotnost stalnega zdravnika v domu ter njegova dosegljivost za svojce, saj jim le-ta daje občutek varnosti in razumevanja. V Domu starejših Laško imamo srečo, saj imamo v domu zdravnico štiri ure dnevno pet dni v tednu, prav tako je dosegljiva na telefon tudi popoldne in ob koncih tedna za posvet glede neurgentnih stanj, ki kljub temu zahtevajo mnenje zdravnika.

Zdravnica in dve diplomirani medicinski sestri smo opravile tudi izobraževanje iz dodatnih znanj iz paliativne oskrbe. Kadar informacije in pogovori z zdravnico svojcem ne zadostujejo, jim medicinska sestra svetuje, da se obrnejo na Hospic; če želijo, jim posredujemo tudi telefonsko številko, naša naloga pri tem pa je, da delavke Hospica seznanimo o morebitnem klicu.

Za dobro delo domske zdravnice je ključen dober pretok informacij z oddelka do zdravnice, za kar je odgovorna medicinska sestra v ambulanti. Tako lahko rečemo, da je medicinska sestra »podaljšana roka« zdravnika.

Med preostale naloge medicinske sestre v ambulanti za paliativno oskrbo spada še:

- triaža med naročenimi in nenaročenimi stanovalci glede na stanje nujnosti,
- obveščanje svojcev o poslabšanju stanja stanovalca ali o spremembi terapije,
- seznanjanje svojcev z možnimi neželenimi učinki zdravil (ključno je, da medicinska sestra dobro pozna zdravila in neželene učinke; po uvedbi morfinskega preparata namreč stanovalci prve dni dosti več spijo kot prej, a ne smejo samo spati),
- načrtovanje tedenskih pregledov,
- skrb za redno pisanje receptov narkotikov, za morfinske kapljice in balonske črpalke ter naročilnice za medicinsko-tehnične pripomočke (v DSL zdravnica piše recepturo



za črpalke, kar omogoča sprotno prilagajanje količine analgetika, pri tem ji je v veliko pomoč list bolečine, ki ga izpolnjujejo zdravstveni tehniki na oddelku vsaj enkrat v izmeni; ocenjujejo stopnjo bolečine ter prisotnost bolečine – ali ob mirovanju ali pri negi in obračanju),

- urejanje dokumentacije:
 - pisno soglasje stanovalca za izvajanje paliativne oskrbe,
 - pisno soglasje po zakonitem zastopniku ali drugih osebah,
 - obrazec Klinična pot paliativne oskrbe stanovalcev v domu starejših,
 - list vodenja bolečine,
- podajanje navodil s strani zdravnice na oddelek,
- načrtovanje osebnih pregledov stanovalcev, ki so v fazi umiranja oz. v fazi paliativne oskrbe v ožjem smislu, enkrat tedensko oz. po potrebi pogosteje. V domu bi lahko za vse stanovalce rekli, da so »paliativni«, saj že sama starost prinaša diagnozo sindrom krhkosti.

Vse naštetu dela medicinska sestra tudi v ostalih ambulantah. In v čem je razlika? Razlika je ta, da je pri nas v ospredju skrb, da stanovalec nima bolečin, ter skrb za svojce in za to, da vse odločitve glede stanovalca sprejemamo skupaj s svojci, saj lahko le z dobro »urejeno bolečino« ter pomirjenimi sodelujočimi svojci stanovalcu omogočimo najboljšo kakovost življenja (umiranja). Za nas same je pomembno vedenje, da se trudimo po svojih najboljših močeh, vendar stoodstotni nismo in tudi ne moremo biti, saj smo samo ljudje. In še vedno iščemo pot, postopoma, z majhnimi koraki.

4 KOMUNICIRANJE V PALIATIVNI OSKRBI

Paliativna oskrba je celostna oskrba, ki omogoča celostno pomoč bolniku (nega in obvladovanje telesnih simptomov bolezni ter lajšanje psihičnih, socialnih in duhovnih težav) ter tudi podporo svojcem in bližnjim. Za kakovostno obravnavo in komunikacijo v Domu starejših Laško skrbi paliativni tim strokovnjakov, ki deluje vse delovne dni v letu v dopoldanskem času od 7. do 15. ure. Ker je komunikacija s stanovalcem in svojci najpomembnejša, se člani tima trudimo, da smo ves čas aktivni in da soustvarjamo ukrepe ter možne rešitve ob morebitnih zapletih ob bolezni. V ta namen tim skliče tudi družinsko konferenco, na kateri se s stanovalci in svojci pogovarjamo o željah in ciljih paliativne oskrbe ter o skrbeh in lajšanju simptomov bolezni. Pomembno je, da zagotovimo primeren in odprt prostor za pogovor – pogovarjamo se o zdravstvenem stanju stanovalca in raziskujemo, kaj o bolezni in stanju stanovalca že vedo oz. kaj bi si še želeli izvedeti; povprašamo jih o njihovih pričakovanjih in česa si želijo. Vedno pustimo prostor za morebitna vprašanja. Nikoli ne vzbujamo lažnega upanja, temveč skupaj soustvarjamo vrednote, cilje in prednostne naloge, hkrati pa ostanemo na realnih tleh (pomembno je, da jih seznanimo z realnim stanjem ljubljene osebe in



nikdar ne dajemo napačnih informacij ali prikrivamo zdravstvenega stanja oz. ga »olepšujemo«).

Delujemo empatično in po načelu opolnomočenja. Zagotavljamo, da so stanovalec in njegovi bližnji enakopravni člani tima, poudarjamo stvari, ki so za stanovalce edinstvene in pomembne. Veliko jim pomeni zagotovilo, da se bomo za ljubljeno osebo kar najbolj potrudili, da si bomo prizadevali za individualni pristop in da bomo poskrbeli za lajšanje bolečin, predvsem pa, da bomo ohranili dostojanstvo vse do dneva smrti.

Pogovor o paliativni oskrbi je mogoč že ob zgodnjem odkrivanju kronične bolezni. Znano je, da se vsaka oseba na svoj način spopade z boleznijo, pogosto išče informacije o bolezni, načinu lajšanja bolečine, a večina jih želi ohraniti običajno življenje (udeleževanje prireditvev v domu, pogovor s strokovnjaki, dnevne aktivnosti ...). Veliko je tudi stanovalcev, ki se z boleznijo težko soočijo. V tem obdobju moramo biti še posebej pozorni na morebitne znake depresije, sovražnosti, zanikanja ... Pri tem sta zelo pomembni podpora in vzajemna komunikacija s svojci (družino), saj so negativna čustva v tem obdobju običajna.

Tim se trudi ohraniti družinske vezi, kot so bile pred boleznijo stanovalca, spodbuja odprto komunikacijo in spodbuja člane družine, da si vzamejo tudi čas zase. Najpomembnejše je, da se ravna po željah, pričakovanjih in sposobnosti stanovalca. Zato se svojci med seboj pogosto dogovorijo, da bodo ljubljeno osebo obiskovali izmenično. V domu spodbujamo vsakodnevne obiske, ob dogovoru s strokovnimi službami jim omogočimo podporo hudo bolnega umirajočega tudi v nočnem času. Sicer pa svojci, ki so vključeni v paliativno oskrbo, umirajočim omogočajo obujati in ohranjati lepe spomine, večina se jih odprto pogovarja tudi o procesu umiranja in smrti ... S svojci se pogovarjamo tudi o življenju po smrti stanovalca in načrtih za tisti čas ter o tem, kako pomembno je, da si vzamejo čas za žalovanje, predvsem pa da si vzamejo čas zase.

5 PRIMER DOBRE PRAKSE KOMUNICIRANJA S SVOJCI

V Dom starejših Laško je bila iz bolnišnice sprejeta gospa X. Gospa ni vedela, da ima raka na dojki, svojci ji tega niso želeli povedati. V pisarni socialne delavke so svojci povedali, da so imeli izkušnjo z očetom, ki je umrl za rakom, in da je umiranje spremljala tudi mama ter da želijo, da mame ni strah bolezni in umiranja, saj je povedala, da si ne želi takega trpljenja, kot ga je občutil oče (oče je umrl v domačem okolju).

Sklicali smo paliativni tim in povabili svojce na razgovor glede resnosti stanja mame ter njihovih pričakovanj in želja. Hči gospe je zdravnico in ostale člane tima prosila, naj mami ne povedo, kako hudo je bolna, in želela, da njeno željo spoštujemo. Seznanili smo jo s tem, da bomo mami o zdravstvenem stanju povedali, če bo to sama vprašala ali če bo želela podatke o zdravstvenem stanju, drugače pa tega ne bomo poudarjali.



Gospa se je redno udeleževala aktivnosti in prireditve v domu, bila je pozitivna in nasmejana, rada je obujala spomine na otroštvo. Nikdar nas ni povprašala o svoji bolezni, v domu se je dobro počutila. Svojci so prihajali redno na obiske, večkrat so se oglasili na razgovor ter spodbujali mamo, da je čim bolj aktivna.

Ko se je zdravstveno stanje gospe začelo spreminjati, smo poskrbeli za protibolečinsko terapijo in svojce redno obveščali o spremembah. Povedali so, da jih je strah, da bo mamo bolelo in da si tega ne želijo – potolažili so se po razgovoru z zdravnico, prav tako pa so se odločili sodelovati s Hospicem (gospe smo lajšali bolečine z zdravili in protibolečinsko črpalko, imela je tudi redne obiske prostovoljcev). Ko se je gospa poslovila, so se svojci zahvalili za vse, kar smo mami omogočili, predvsem pa za to, da je imela mama kljub bolezni kakovostno bivanje v našem domu in da smo ves čas ohranili njeno dostojanstvo.

6 ZAKLJUČEK

Za zaključek navajamo še nekaj statističnih podatkov, ki kažejo na to, da smo na pravi poti.

Dnevi hospitalizacij stanovalcev Doma starejših Laško za obdobje januar–junij od leta 2010 do 2014:

I-VI 2010	I-VI 2011	I-VI 2012	I-VI 2013	I-VI 2014
430 dni	510 dni	324 dni	243 dni	233 dni

47

Umrli stanovalci v Domu starejših Laško za obdobje od 2010 do 2012:

Umrli 2010	Umrli 2011	Umrli 2012
85 stanovalcev	60 stanovalcev	88 stanovalcev
V DOMU 52 ali 61 %	V DOMU 49 ali 82 %	V DOMU 75 ali 85 %
V BOLNIŠNICI 33 ali 39 %	V BOLNIŠNICI 11 ali 18 %	V BOLNIŠNICI 13 ali 15 %

Mesto paliativne oskrbe je povsod tam, kjer umirajo bolniki. Žal skoraj 60 odstotkov ljudi od okoli 20.000, ki jih na leto umre pri nas, umre v ustanovah, čeprav si večina bolnikov želi umreti v domačem okolju. Paliativna oskrba naj bi se torej izvajala v bolnišnicah, domovih za starejše in tudi na domu (Lunder, 2008).

LITERATURA IN VIRI

1. Lunder, U., 2008. Umiranje je eden najbolj človeških trenutkov v življenju. *Naša lekarna* 28, str. 16–21.



Predstavitev avtoric

Damjana Uratarič, dipl. m. s.

Svoje prve delovne izkušnje je nabirala na Intenzivnem oddelku Onkološkega inštituta Ljubljana, nato je poklicno pot nadaljevala na travmatološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje. Ob odprtju Doma starejših Laško pa se je pridružila takratnemu timu. Dodatno se izobražuje predvsem na področju demence in cepljenja, največ pa na področju paliativne oskrbe. Leta 2014 je opravila neprekinjeno podiplomsko izobraževanje iz paliativne oskrbe. V Domu starejših Laško sodeluje kot članica tima paliativne oskrbe. Kot članica Slovenskega združenja paliativne medicine pa skupaj z domsko zdravnico predava na podiplomskem izobraževanju iz paliativne oskrbe.

Damjana Damiš, dipl. m. s.

Po končani srednji šoli se je zaposlila v Splošni bolnišnici Celje na oddelku za kirurgijo notranjih organov in nadaljevala na enoti za anesteziologijo in intenzivno terapijo. Na Univerzi v Mariboru je pridobila pedagoško-andragoško izobrazbo. Leta 2007 je diplomirala na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Mariboru. Obenem jo je poklicna pot zanesla na področje socialnega varstva v Thermano, d. d., Dom starejših Laško. Zaradi potreb pri obravnavi bolnih starostnikov in njihovih svojcev je začela sodelovati z območnim društvom Hospic Celje in se izobraževati na področju paliativne oskrbe hudo bolnih.



PALIATIVNA OSKRBA V SPLOŠNI BOLNIŠNICI CELJE

PALLIATIVE CARE IN CELJE GENERAL HOSPITAL

Mag. Vesna Papuga, dr. med., spec.

Splošna bolnišnica Celje

vesna.papuga@sb-celje.si

IZVLEČEK

Teoretična izhodišča: Paliativna oskrba je zdravstvena oskrba, usmerjena v lajšanje simptomov trpljenja, in podpora kakovosti življenja bolnika v katerem koli obdobju bolezni. Bolnišnični programi paliativne oskrbe zagotavljajo visokokakovostno oskrbo resno bolnim in njihovim družinam.

Metoda: Iz informacijske podatkovne zbirke za obdobje od 1. januarja do 31. decembra 2015 smo naredili retrospektivno analizo osnovnih podatkov in vrste obravnave pacientov, pri katerih je bilo na obravnavi označena paliativna oskrba.

Rezultati: Opravljenih je bilo 696 paliativnih oskrb pri 181 pacientih. Od 108 rakavih pacientov, ki so bili obravnavani zaradi simptoma bolečine, jih je bilo samo šest vodenih kot paliativnih.

Razprava: To so prvi podatki o paliativni oskrbi v naši bolnišnici. Slabi učinki nadzora simptomov, odziva na pacientove potrebe in klinične zahteve za učinkovite pristope pri obravnavi pacientov s kronično življenjsko ogrožajočo boleznijo so področje novih izboljšav dokumentacije in razvoja paliativne obravnave v bolnišnicah. Izboljšanje izobraževalnih programov in vzpostavitve službe za paliativno obravnavo bi izboljšala obravnavo, dokumentacijo in število posegov, ki jih določi zdravnik.

Ključne besede: bolnišnica, paliativna nega, paliativna medicina.

ABSTRACT

Background: Palliative care is medical care focused on relief of symptoms of suffering, and support for the quality of patient life at any stage of their illness. Hospital palliative care programmes provide high quality care for seriously ill patients and their families.

Method: Retrospective analysis of the underlying data acquired from the electronic hospital database for the period between January 1 and December 31 2015 was made for the following: baseline patient characteristics, treatment provided for palliative patients.

Results: A total of 696 medical treatments were performed for 181 patients treated as palliative. A total of 108 cancer patients needed pain therapy and only 6 of them were considered palliative.

Conclusion: These results provide the first data for our hospital. The poor effect of symptom control, response to patient needs and clinical needs foreffective approaches to management of chronic life-threatening illnesses propose a new area for further innovation, documentation and development of hospital palliative care. Improvements of



education programmes and establishment of palliative care service could lead to an improvement in treatment, documentation and an increased number of physician's interventions.

Keywords: hospital, palliative care, palliative medicine

1 UVOD

Obravnava pacientov z napredovalo neozdravljivo boleznijo je v bolnišnicah usmerjena v agresivne postopke zdravljenja, tudi ko so možnosti zdravljenja izčrpane in povzročajo dodatno trpljenje.

Kljub visoko specifičnemu znanju zdravstvenih delavcev pri reševanju akutnih problemov sta vodenje in obravnava pacientov s kronično neozdravljivo boleznijo ob koncu življenja pomanjkljiva in neučinkovita, kar je posledica nezadostnega poznavanja načinov delovanja paliativne obravnave.

V svetu narašča število paliativnih timov s ciljem prepoznavanja simptomov in učinkovitega pristopa k obravnavi neozdravljive kronične bolezni. Zdravniki naj bi se zavedali, da paliativna oskrba v bolnišnicah vključuje zagotavljanje udobja, emocionalne in psihološke podpore, sodelovanje pacienta in njegovih svojcev pri odločanju med zdravljenjem, ohranjanje dostojanstva ter spoštovanje kulturoloških in duhovnih potreb vsakega posameznika.

2 TEORETIČNA IZHODIŠČA

Paliativna oskrba je interdisciplinarni pristop, usmerjen v izboljšanje kakovosti življenja pacientov z znaki napredovale bolezni in njihove družine. Zagotavlja lajšanje bolečine in vseh spremljajočih simptomov težke bolezni, komunikacijo, psihično, psihološko, socialno in duhovno podporo (Meier, 2006). Paliativna oskrba ni omejena samo na zadnje mesece življenja, lahko se izvaja istočasno z zdravljenjem kronične neozdravljive bolezni, kar ponuja zdravnikom, pacientom in njihovim družinam največ možnosti za individualno prilagajanje.

Ob koncu življenja so v ospredju napredovale kronične bolezni telesne težave, kot so: bolečina, utrujenost, slabost, dispneja, nemir in nespečnost. Na trpljenje pacienta vplivajo duševna stiska, psihosocialna varnost, ekonomske in eksistencialne težave. Odziv zdravstvenih delavcev v bolnišnicah na te težave se kaže v nesposobnosti odkritega pogovora o poteku bolezni, načrtovanju zdravljenja in možnostih celostne obravnave. Ob odpustu iz bolnišnice so pacient in njegovi svojci prepuščeni domnevi, da so zadovoljivo obveščeni o vseh možnostih zdravljenja, pričakovanem poteku bolezni in učinkih zdravljenja. Pogovor o paliativni oskrbi se prepušča naključju, saj še



vedno velja zmotno prepričanje, da je paliativna oskrba namenjena obravnavi ob koncu življenja, ko so vse možnosti zdravljenja že izčrpane. Tako se zamuja možnost priprave pacienta in njegovih svojcev na spremljajoče simptome bolezni, progresivno slabšanje zdravstvenega stanja in nepotrebne agresivne invazivne diagnostične postopke ter metode zdravljenja. Prav tako se ne upošteva možnosti samoodločanja o načinih zdravljenja. Pacienti in njihovi svojci so velikokrat v negotovosti, v zanikanju bolezni, nezaupljivi in depresivni. Študije so pokazale, da zgodnje vključevanje pacienta v paliativno obravnavo omogoča boljše kakovost življenja, manj obiskov urgentnega zdravnika in manj hospitalizacij (Higginson, 2010).

Prav tako so študije pokazale da od 13 do 36 odstotkov hospitaliziranih pacientov potrebuje paliativno oskrbo (Gott, et al., 2013). Velika večina bolnikov v razvitih državah je v zadnjem letu življenja hospitaliziranih (Rosenwax, et al., 2011; Dixon, et al., 2004).

Podatki kažejo, da je dve tretjini umirajočih pacientov v bolnišnicah neustrezno obravnavanih (Cohen, et al., 2008; Beccaro, et al., 2006; Costantini, et al., 2014), izpostavljenih fizičnemu trpljenju, čustveni, duhovni in socialni stiski (Costantini, et al., 2014; Ferrand, et al., 2008).

Paliativni pristop pri obravnavi je omogočil znižanje cene zdravljenja v bolnišnicah tako za preživele kot tudi za umrle paciente (Morrison, et al., 2008). Kalifornijska raziskava obravnave pacientov v zadnjih treh dneh življenja iz leta 2008 je pokazala prihranek več kot 2000 \$ za pacienta, pri katerem se je izvajala paliativna oskrba (California Healthcare Foundation, SNAPSHOT, 2008).

Narejeni so tudi modeli paliativne obravnave na oddelkih intenzivnega zdravljenja, kot sta model konzultacije, ki je usmerjen v večje vključevanje strokovnjakov s področja paliativne oskrbe v obravnavo pacientov, ter integrativni model, v katerem se pri zdravljenju v intenzivnih enotah upošteva paliativni pristop pri obravnavi pacienta in družine prizadetega pacienta (Nelson, et al., 2010).

Paliativni timi v bolnišnicah povezujejo različne pristope zdravljenja, pacientove potrebe in pričakovanja ter pričakovanja njegove družine, pomagajo pri finančnih in socialnih težavah, usklajujejo premestitev pacienta iz bolnišnice v domače okolje, načrtujejo in zagotavljajo nadaljevanje ustrezne oskrbe.

V Sloveniji so že uveljavljeni modeli organizirane standardne paliativne oskrbe v ljubljanski, gorenjski in pomurski regiji, oblikovana je skupna dokumentacija ter organizirani edukativni programi za širjenje znanja in razumevanja pomena paliativne oskrbe (Lunder, 2011).



3 METODE

Iz informacijske podatkovne zbirke smo pridobili podatke o pacientih, pri katerih je na obravnavi označena paliativna oskrba v skladu z navodili, ki so bila poslana administraciji in predstojnikom SB Celje 9. 1. 2015. Zanimalo nas je naslednje: koliko paliativnih pacientov smo obravnavali v letu 2015, vrsta obravnave (akutna, neakutna in paliativna), koliko pacientov je bilo reanimiranih, prejelo antibiotično terapijo in transfuzijo. Prav tako nas je zanimala cena zdravljenja tako preživelih kot tudi umrlih pacientov.

4 REZULTATI

V letu 2015 je bilo označenih/obravnavanih 696 paliativnih oskrb in pri 181 pacientih (v povprečju 3,84 obravnave/pacienta). V bolnišnici je umrlo 22 pacientov (12,15 odstotka). V zadnjem obdobju življenja umrlih je v bolnišnici opravljenih v povprečju 5,36 obravnave/pacienta (1-37).

V ambulantno za diagnostiko in zdravljenje bolečin je bilo napotenih 108 pacientov z diagnozo raka zaradi ureditve simptoma bolečin. Ambulantno je bilo obravnavanih 17 pacientov. Ostali pacienti so bili obravnavani konziliarno na oddelkih. V dokumentaciji ambulante je bilo 20 pacientov označenih kot paliativnih, vendar je bilo na oddelkih le šest vodenih kot paliativnih, en pacient kot neakutna obravnava in 84 pacientov kot akutna obravnava.

Poskušali smo pridobiti podatke o vrsti obravnave, ki je bila opravljena pri pacientih, označenih kot paliativnih, uporabljenih diagnostičnih metodah, antibiotični terapiji, transfuziji in oživljanju, vendar so podatki o teh postopkih zapisani v kartonih pacientov in nam niso bili dostopni.

Podatkov o ceni zdravljenja tako za preživele kot tudi za umrle nismo dobili.

5 RAZPRAVA

Pridobili smo prve podatke o številu pacientov, označenih kot paliativna obravnava. Pridobljeni podatki so nezanesljivi. Iz njih ni mogoče ugotoviti, na podlagi katerih kriterijev so bili pacienti označeni kot paliativni. Pri obravnavi pacientov imamo številne pomanjkljivosti:

- nimamo izdelanih kriterijev za prepoznavo pacientov, ki potrebujejo paliativno oskrbo,
- nimamo izdelanega sistematičnega pristopa k organiziranemu ocenjevanju potreb pacientov in njihovih svojcev ob sprejemu v bolnišnico ter med obravnavo v bolnišnici,



- nimamo ustrezne dokumentacije,
- ne beležimo načrta zdravljenja,
- nimamo mobilnega paliativnega tima, ki bi sodeloval v obravnavi pacientov, ki potrebujejo paliativni pristop,
- nimamo paliativnega oddelka,
- nimamo prostora za družinski posvet,
- nimamo zagotovljene psihološke, psihosocialne in duhovne podpore,
- nimamo multidisciplinarnega pristopa pri obravnavi in koordiniranega odpusta v domače okolje,
- imamo malo zdravnikov in medicinskih sester z dodatnimi znanji na podiplomski ravni, ki delajo na področju paliativne oskrbe. Prav tako nimamo zdravnikov in medicinskih sester s specialističnim znanjem na podiplomski ravni, ki bi bili odgovorni za paliativne oddelke.

6 SKLEP

Ugotavljamo pomanjkljivosti v prepoznavanju paliativnega pacienta, ustrezni obravnavi v bolnišnici in veliko akutnih obravnav. Potreba po izboljšanju paliativne oskrbe v bolnišničnem okolju zahteva boljšo organizacijo in izobraževanje zdravstvenih delavcev. Izdelati je treba in upoštevati kriterije za prepoznavo pacientov, ki potrebujejo paliativno oskrbo, paciente spremljati od sprejema v bolnišnico skozi celoten proces obravnave v njej ter zagotoviti oskrbo pacienta po odpustu iz bolnišnice. Razen bolečine sta potrebna beleženje in obravnava tudi drugih spremljajočih simptomov bolezni (slabost, bruhanje, nemir, nespečnost, dezorientacija, delirij ...). Pacientu je treba zagotoviti mirno okolje, dostojanstvo in prisotnost svojcev ob procesu umiranja. Organizirati je treba konzultacijski tim za pomoč pri obravnavi kompleksnih potreb pacienta in njihovih svojcev. Ob odpustu iz bolnišnice naj bi pacient prejel izdelan paliativni načrt obravnave na domu ter ustrezna in jasna navodila za obravnavo na domu. Vzpostaviti je treba sistem komunikacije z osebnim zdravnikom, patronažo medicinsko sestro, paliativnim timom na terenu ter na željo pacienta in svojcev s Hospicem.

LITERATURA IN VIRI

1. Beccaro, M., Constantini, M., Giorgi Rossi, P., Miccinesi, G., Grimaldi, M., Bruzzi, P., ISDOC Study Group., 2006. Actual and preferred place of death of cancer patients. Results from the Italian Survey of the Dying of Cancer. *J Epidemiol Community Health*, 60(5), str. 412–416.
2. California Healthcare Foundation, SNAPSHOT, 2008. When Compassion Is the Cure: The Case for Hospital-Based Palliative Care, str. 31.



3. Cohen, J, Bilsen, J., Addington-Hall, J., Löfmark, R., Miccinesi, G., Kaasa, S., et al., 2008. Population-based study of dying in hospital in six European countries. *Palliat Med*, 22(6), str. 702–710.
4. Costantini, M., Pellegrini, F., Di Leo, S., Beccaro, M., Rossi, C., Flego, G., et. al., 2014. The Liverpool Care Pathway for cancer patients dying in hospital medical wards: A before-after cluster phase II trial of outcomes reported by family members. *Palliative Med*, 28(1), str. 10–17.
5. Dixon, T., Shaw, M., Frankel, S., Ebrahim, S., 2004. Hospital admissions age, and death: retrospective cohort study. *BMJ*, 328(7451), str. 1288-10.1136/bmj.38072.481933.EE.
6. Ferrand, E., Jabre, P., Vincent-Genod, C., Aubry, R., Badia, P., Cariou, A., et al., for the French Mort-a-l'Hospital Group., 2008. Circumstances of death in hospitalized patients and nurses' perceptions. *Arch Intern Med*, 168(8), str. 867–875.
7. Gott, M., Frey, R., Raphael, D., O'Callaghan, A., Robinson, J., Boyd, M., 2013. Palliative care need and management in the acute hospital setting: a census of one New Zealand Hospital. *BMC Palliat Care*, str. 12:15. DOI: 10.1186/1472-684X-12-15.
8. Higginson, IJ., Evans, JE., 2010. What is the Evidence That Palliative Care Teams Improve Outcomes for Cancer Patients and their Families? *Cancer J*, 16, str. 423–35.
9. Lunder, U., 2011. Paliativna oskrba v bolnišnici – organizacijske značilnosti, strokovne usmeritve. In: Lunder, U., ed. Zbornik srečanja: Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS, Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo v okviru EU projekta OPCARE9, str. 6–10.
10. Meier, DE., 2006. Palliative Care in Hospitals. *Journal of Hospital Medicine*, 1(1), str. 21–27.
11. Morrison, RS., Penrod, J., Cassel, B., Caust-Ellenbogen, M., Like, A., Spragens, L., et. al., for the Palliative Care Leadership Centers' Outcomes Group., 2008. Cost Saving Associated With US Hospital Palliative Care Consultation Programs. *Arch Intern Med*, 168(16), str. 1783–1790.
12. Nelson, JE., Bassett, R., Boss, RD., Brasel, KJ., Campbell, ML., Cortez, TB., et. al., Improve Palliative Care in the Intensive Care Unit Project, 2010. Models for structuring a clinical initiative to enhance palliative care in the intensive care unit: A report from the IPAL-ICU Project (Improving Palliative Care in the ICU). *Crit Care Med*, 38(9), str. 1765–1772. Doi: 10.1097/CCM.0bo13e3181e8ad23.
13. Rosenwax, L., McNamara, B., Murray, K., McCabe, R., Aoun, S., Currow, D., 2011. Hospital and emergency department use in the last year of life: a baseline for future modifications to end-of-life care. *Med J Australia*, 194 (11), str. 570–573.

Predstavitev avtorice

Vesna Papuga je diplomirala na Medicinski fakulteti v Novem Sadu v Srbiji. Opravila je specialistični izpit iz anesteziologije in reanimatologije, podiplomski študij iz nujne in intenzivne medicine ter magisterij. Ima priznano specializacijo iz intenzivne medicine.



Od leta 1985 je zaposlena v SB Celje na Oddelku za anesteziologijo, intenzivno medicino operativnih strok in terapijo bolečin. Deset let je bila strokovni vodja Enote intenzivne medicine operativnih strok. Sedaj vodi Ambulanto za diagnostiko in terapijo bolečin.

