

**Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik**

**10 let dela in razvoja negovalnega oddelka**

**Neakutna obravnava**

**Paliativna oskrba**

**Rehabilitacija bolnikov s kroničnimi pljučnimi boleznimi**



**Zbornik, leto 2013**







**Izdajatelj**

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik Golnik

5. december 2013

**Urednici**

Saša Kadivec

Judita Slak

**Oblikovanje**

Majda Pušavec

**Lektoriranje**

Jana Bogdanovski

**Tisk**

Pro Grafika d.o.o.

**Strokovni odbor**

Saša Kadivec

Urška Lunder

Judita Slak

**Naklada**

400 izvodov

---

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

616.24(082)

614.21(497.4Golnik):616.2(082)

DESET

10 let dela in razvoja negovalnega oddelka : zbornik povzetkov, Golnik, 5. december 2013 /  
[urednici zbornika Saša Kadivec, Judita Slak]. - Golnik : Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in  
alergijo, 2013

Vsebina na nasl. str.: Neakutna obravnava ; Paliativna oskrba ; Rehabilitacija bolnikov s kroničnimi  
pljučnimi boleznimi

1. Kadivec, Saša

270401536

## Kazalo

<i>UVODNIK</i>	2
<i>OD IDEJE DO USTANOVITVE NEGOVALNEGA ODDELKA</i>	4
Andreja Peternelj, dipl.m.s., strokovna sodelavka	4
<i>ZAČETKI DELOVANJA NEGOVALNEGA ODDELKA V UNIVERZITETNI KLINIKI ZA PLJUČNE BOLEZNI IN ALERGIJO GOLNIK, pogovor z Ido Hafner</i>	10
Urška Lunder, dr.med., Judita Slak, dipl.m.s.	10
<i>VLOGA IN POMEN NEGOVALNIH ODDELKOV</i>	18
Prof. dr. Mitja Košnik, dr.med.	18
<i>DOKUMENTACIJA IN NJEN POMEN ZA DELOVANJE NEAKUTNE BOLNIŠNIČNE OBRAVNAVE</i>	21
Judita Slak, dipl.m.s.	21
<i>KAZALNIKI KAKOVOSTI NA NEGOVALNEM ODDELKU</i>	29
dr. Saša Kadivec, prof. zdr. vzg.	29
<i>PALIATIVNA OSKRBA V KLINIKI GOLNIK: KLJUČNI RAZVOJNI KORAKI</i>	36
Urška Lunder, dr. med., spec. paliativne oskrbe, vodja paliativnih dejavnosti v Kliniki Golnik	36
<i>IZOBRAŽEVANJE IN RAZISKOVANJE O PALIATIVNI OSKRBI: VPLIV NA RAZVOJ PALIATIVNE OSKRBE NA SLOVENSKEM</i>	48
Urška Lunder, dr. med., spec. paliativne oskrbe, vodja paliativnih dejavnosti v Kliniki Golnik	48
<i>REHABILITACIJA BOLNIKOV S KRONIČNIMI PLJUČNIMI BOLEZNIMI</i>	58
prof. dr. Mitja Lainščak, dr.med., specialist interne medicine, specialist kardiologije z vaskularno medicino, FESC	58
<i>POMEN TIMSKEGA DELA V NEAKUTNI IN PALIATIVNI OBRAVNAVI</i>	61
Petra Mikloša, univ. dipl. soc. delavka	61
<i>KOORDINATOR ODPUSTA NA NEGOVALNEM ODDELKU</i>	68
Tatjana Jakhel, dipl. m. s.	68
<i>PROSTOVOLJSTVO V PALIATIVNI OSKRBI IN NEAKUTNI OBRAVNAVI</i>	73
Antonija Tomc, prostovoljka, Petra Mikloša, univ. dipl. soc. delavka	73
<i>NEGOVALNI ODDELEK Z VIDIKA BOLNIKOV IN SVOJCEV</i>	78
<i>UTRINKI Z NEGOVALNEGA ODDELKA NA FOTOGRAFIJAH</i>	81

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik (Klinika Golnik) je vrhunska ustanova za diagnostiko in zdravljenje bolnikov s pljučnimi, alergijskimi in ostalimi internističnimi boleznimi. Ves čas svojega obstoja stremi k razvoju in sledi potrebam bolnikov in tudi učinkoviti organizaciji dela. Eden od teh rezultatov oz. organizacijskih sprememb je negovalni oddelek.

Z odprtjem negovalnega oddelka v Kliniki Golnik smo prvi v Sloveniji pričeli izvajati program neakutne zdravstvene obravnave, kot je bil predviden po golniškem idejnem projektu, in se pri indikacijah za sprejem bolnikov držali postavljenih meril. S strani plačnika program na začetku ni bil priznan, vendar smo vseeno smatrali, da potrebujemo takšno organizacijsko obliko kot sestavni del celotne zdravstvene obravnave, ki pripomore h kakovosti zdravstvene obravnave.

V letu 2013 praznujemo deseto obletnico dela in razvoja negovalnega oddelka v Kliniki Golnik. V zborniku, ki je pred vami, želimo predstaviti utrinke desetletnega obdobja, od ideje do ustanovitve negovalnega oddelka in začetkov njegovega delovanja, vključno z dokumentacijo, ki je potrebna za vodenje, spremljanje in zagotavljanje kakovostne obravnave bolnikov v neakutni obravnavi. Oskrba bolnikov, ki potrebujejo neakutno obravnavo, je na negovalnem oddelku bistveno bolj učinkovita kot na akutnem oddelku bolnišnice, obenem pa predstavlja občutno manjši strošek obravnave bolnika. Zagotavljanje kakovostnega dela si tudi v neakutni obravnavi ne moremo predstavljati brez spremljanja kazalnikov kakovosti, saj so bistvenega pomena za zagotavljanje sistema vodenja kakovosti in nam dajejo izhodišča za boljše načrtovanje in izvajanje neakutne obravnave.

Ena izmed dejavnosti negovalnega oddelka je tudi paliativna oskrba, ki je v Kliniki Golnik že zelo dobro razvita in prepoznana v širšem slovenskem prostoru, z organizacijo izobraževanj in raziskovalnega dela pa je močno vplivala tudi na razvoj paliativne oskrbe v celotni državi.

Na negovalnem oddelku Klinike Golnik se izvaja tudi rehabilitacija bolnikov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo, katere cilj je celostno ovrednotenje stanja bolnika in izvajanje aktivnosti za trajno izboljšanje bolnikove fizične zmogljivosti ter psihičnega stanja.

V neakutni obravnavi bolnika ima velik pomen obravnava s strani več poklicnega tima, saj posamezni strokovnjaki s svojim strokovnim znanjem, izmenjavo mnenj in medsebojnim zaupanjem prispevajo k bolj učinkoviti, celostni in kakovostni obravnavi bolnika. Za kontinuirano obravnavo tudi po odpustu bolnika z negovalnega oddelka in zagotavljanje večje varnosti bivanja v domačem okolju, je izrednega pomena povezovanje posameznih članov več poklicnega tima s službami na primarni ravni ter spremljanje bolnika na njegovem domu in svetovanje s pomočjo koordiniranega odpusta.

Delo prostovoljcev v neakutni obravnavi je dragoceno in nenadomestljivo medsebojno dejanje, ki bogati in popestri bivanje bolnikov v bolnišnici, razbremeni strokovnjake, obenem pa izpopolnjuje tudi tistega, ki prostovoljstvo opravlja. Pogled in občutki prostovoljke, ki oskrbuje bolnike na negovalnem oddelku, so dragocena izkušnja in priporočilo tistim, ki iščejo v življenju nekaj več, nekaj kar izpolni naše življenje do popolnosti.

In ne nazadnje še pogled tistih, ki so naši najstrožji kritiki in opazovalci, najbolj občutljivi v skrbi za svojega bolnega bližnjega, to so bolnikovi svojci. Njihova pohvala nam je potrdilo in vzpodbuda za nadaljnje, še boljše in z zadovoljstvom opravljeno delo, njihova kritika napotek, da moramo delo izboljšati, popraviti, izpopolniti.

Pa še nekaj utrinkov na fotografijah o tem, kako smo nastali, rasli, se razvijali in postali to, kar smo. Upamo, da boste ob prebiranju zbornika vsaj malo začutili utrip našega dela, našega vsakdana.

Vse najboljše, negovalni oddelek Klinike Golnik, za prvih deset let in iskrene želje za nadaljnjo rast, dobro delo in zadovoljstvo vseh, ki se bodo na kakršen koli način srečevali s teboj.

Dr. Saša Kadivec

Judita Slak



# OD IDEJE DO USTANOVITVE NEGOVALNEGA ODDELKA

**Andreja Peternelj, dipl.m.s., strokovna sodelavka**

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

E – pošta: [peternelj.andreja@gmail.com](mailto:peternelj.andreja@gmail.com)

---

## Izvleček

V prispevku je prikazan razvoj programa neakutne zdravstvene obravnave bolnikov v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik (v nadaljevanju: Klinika Golnik) in dejavniki, ki so narekovali odprtje negovalnega oddelka. Študija *Ugotavljanje potreb po negovalnih posteljah* je bila osnova za izdelavo projekta, ki je omogočil odprtje negovalnega oddelka. Idejni projekt *Organizacijski in ekonomski prikaz negovalnega oddelka v Bolnišnici Golnik* je bil podlaga za razvoj negovalnih oddelkov v slovenskem prostoru in izvajanje programa neakutne bolnišnične obravnave.

**Ključne besede:** negovalni oddelek, zdravstvena nega, starostnik, neakutna obravnava

**Key words:** intermediate care department, nursing health care, non-acute care

## Uvod

Potrebe po zdravstveni in tudi socialni obravnavi prebivalstva se povsod nenehno spreminjajo in so odraz različnih dejavnikov, kot so staranje prebivalstva, naraščanje kroničnih bolezni, skrajševanje ležalnih dob v bolnišnicah, obvladovanje stroškov in še mnogi drugi, ki narekujejo organizacijske spremembe ter druge ukrepe, ki izboljšujejo kakovost in učinkovitost zdravstvenih in socialnih obravnav ali storitev.

V svetu so se zaradi soočanja s problemom neupravičenih hospitalizacij, katerih vzroki so bili medicinski, negovalni, rehabilitacijski ali socialni, razvile različne oblike negovalnih ustanov, ki nudijo celostno pomoč predvsem tistim bolnikom ali starejšim ljudem, ki potrebujejo podaljšano ali dolgotrajno zdravstveno nego in oskrbo, rehabilitacijo ter druge oblike socialne pomoči ali domskega varstva. Med prvimi so bile že leta 1965 ZDA. Država je ustanovila mrežo različnih ravni negovalnih bolnišnic, domske oskrbe in pomoči na bolnikovem domu. Žal so negovalni oddelki v ZDA po nekaj letih zaradi nejasnih kriterijev zamrli. Postali so podaljšana oblika akutnih bolnišničnih oddelkov ali pa hospici (Griffiths,1997). Z razvojem predvsem prehodne zdravstvene oskrbe pa je v 80. letih nadaljevala Anglija (HSRC,1997), tej pa so kmalu sledile še številne druge države (Danska, Nizozemska, Švedska, Italija, Japonska) (Acute medical care of elderly people,1995).

Z vzroki, ki so botrovali razvoju negovalnih oddelkov in bolnišnic v svetu, smo se zelo intenzivno srečevali tudi v našem okolju. Pojem negovalna bolnišnica ali oddelek v našem prostoru že dolgo ni več nov. Velika novost oziroma neznanka pa je bil v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo (Kliniki Golnik), ko smo leta 1997 pričeli s študijo *Ugotavljanje potreb po negovalnih posteljah*. Že nekaj let pred tem so bile v Sloveniji prve ideje za ustanovitev negovalne bolnišnice.

Pokojna dr. Ruža Vreg je v Sloveniji leta 1990 prva sprožila zamisel o "drugačni bolnišnici". Okoli sebe je zbrala skupino strokovnjakov, ki je predstavljala tudi prvi iniciativni odbor za ustanovitev Posebne splošne bolnišnice. Z veliko zavzetostjo je odbor pričel s pripravami za ustanovitev same bolnišnice. Mnenja članov odbora, kakšna naj bi bila bolnišnica, so bila različna. Enotni so si bili le v zahtevi, da obstaja vrzel v zdravstveni oskrbi bolnika po končanem zdravljenju v bolnišnici. Mislili so predvsem na starejše bolnike in hudo bolne, pri katerih je medicinsko terapevtski program zaključen, potrebujejo pa še zdravstveno nego, psihosocialno podporo in druge vrste pomoči. Razmišljanja članov iniciativnega odbora so se nagibala k dejstvu, da bi bila negovalna bolnišnica ustanova, ki bi z večjim posluhom obravnavala bolnika in njegove svojce in kjer bi težko bolni bolniki prebili zadnje dni svojega življenja. Bolnišnica naj bi izvajala visoko specializirano zdravstveno nego in bi bila odprta za vse bolnike in ljudi s tistega področja, na katerem bi bila ustanovljena. Financiranje naj bi bilo podprto iz različnih virov (Karitas, dobrodельne ustanove itd...). Odmev javnosti je bil zelo velik. Bilo pa je tudi kar nekaj nasprotnikov te zamisli, ki so trdili, da se bo takšna bolnišnica v kratkem času spremenila v hiralnico in da Slovenija ne potrebuje novih bolnišničnih kapacitet (Poročilo o delu Inicativnega odbora za ustanovitev Posebne splošne bolnišnice, 1992). Vsekakor je bila ideja za takratne razmere in razmišljanja še nesprejemljiva.

Potreba po organizacijskih spremembah se je poudarjala predvsem zaradi zahteve po zmanjšanju stroškov in prezasedenosti bolnišnic z bolniki, ki niso potrebovali akutne zdravstvene obravnave (Peternej, 1998). Tudi v naši bolnišnici sta bila to glavna argumenta, da smo pričeli s študijo.

Seveda so rezultati študije odprli še številna druga vprašanja, ki so nas spodbudila, da smo pripravili v letu 1998 idejni projekt *Organizacijski in ekonomski prikaz negovalnega oddelka v Bolnišnici Golnik*. Projekt je bil pobuda za nadaljnje raziskovanje na nacionalni ravni in je bil podlaga za *Projekt potreb in organiziranosti negovalnih oddelkov in zavodov v R Slovenji*, katerega nosilka je bila Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Na javnem razpisu Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za sofinanciranje in donatorstvo (Ur.l. R Slovenije št. 51/2000 z dne 9. 6. 2000), je bil med 215 programi in projekti izbran kot najboljši.

### **Kaj je po definicijah neakutna zdravstvena obravnava?**

Raznolikost potreb bolnikov je v svetu narekovala različno poimenovanje tovrstne obravnave: intermediate care, transitional care, sub acute care, respite care, short term care, restoration care, nurse – led inpatient care in posledično tudi oblikovanje različnih definicij (Steiner, Vaughan, 1997).

V osnovnem konceptu vseh prehodnih in časovno omejenih zdravstvenih obravnav je jasno zastavljen cilj t.j. doseči čim višjo možno stopnjo samooskrbe in kakovosti življenja pri bolniku, tudi v sodelovanju z bolnikovimi svojci, prijatelji in okolico. V obravnavi, ki je celostna, sta zdravstveni in socialni faktor vključena v oceno bolnikovih potreb in zmožnosti.

Poudarek v obravnavi bolnika se nanaša na vmesno obdobje med kratkotrajno zdravstveno nego, t.j. zdravstveno nego bolnika na sekundarni in primarni ravni zdravljenja, akutno in kronično zdravstveno nego, kot tudi dražjo in cenejšo oskrbo (Steiner, 1997).

V Sloveniji smoprevzeli za prehodno zdravstveno obravnavo termin »neakutna bolnišnična obravnava«, ki vključuje zdravstveno nego in rehabilitacijo, pogosto pa je zaradi potreb bolnikov vključena tudi socialna obravnava.

### **Ugotavljanje potreb po negovalnih posteljah**

V Kliniki Golnik je bilo ob začetku projekta skoraj 243 postelj. Zdravili pa so se pretežno bolniki s pljučnimi obolenji in v manjši meri bolniki z ostalimi internističnimi obolenji (Peternelj, 1998). Zaradi narave pljučnih bolezni je bilo zdravljenje pogosto dolgotrajnejše. Problem prezasedenosti bolnišnice je bil prisoten tako rekoč dnevno. Soočali smo se z neupravičenimi sprejemi in dolgimi ležalnimi dobami tudi zato, ker bolniki in njihovi svojci niso bili sposobni obvladovati bolezni v domačem okolju. Pred začetkom študije je bilo veliko dilem, predvsem kako jasno opredeliti kriterije za neakutno bolnišnično obravnavo oziroma prehodno zdravstveno oskrbo. Lastnih izkušenj nismo imeli, poznali smo le organizacijske oblike iz tujine, ki pa jih ni bilo mogoče v celoti prevzeti. Pri ugotavljanju potreb po negovalnih posteljah smo zato izhajali izključno iz potreb bolnikov, ki so se zdravili v naši bolnišnici in seveda namena same študije.

V Kliniki Golnik smo v začetku leta 1998 zaključili s poizvedbeno študijo o negovalnih posteljah in možnosti odprtja negovalnega oddelka. Osnovni namen študije je bil kako skrajšati hospitalizacijo v akutni zdravstveni obravnavi, zagotoviti izvajanje neakutne zdravstvene obravnave na samostojni lokaciji – negovalnem oddelku, omogočiti varnejši prehod iz bolnišnice v domačo oskrbo ter s tem izboljšati kakovost življenja bolnikom. Hkrati pa omogočiti sprejem bolnikov, ki ne potrebujejo akutne zdravstvene obravnave na negovalni oddelek, kjer bi jim bile zagotovljene aktivnosti zdravstvene nege, rehabilitacije ali oskrbe v krajšem časovnem obdobju in ki jih ni mogoče izvajati v domačem okolju.

Cilji študije so bili pridobiti podatke o deležu bolnikov, ki bi potrebovali nadaljnjo oskrbo v negovalnem oddelku, določiti časovne okvirje, ki bi omogočali ustrezno reševanje bolnikovih nadaljnjih potreb, ugotoviti, za koliko časa bi lahko skrajšali ležalno dobo v bolnišnici in ali bi za nov program lahko uporabili že obstoječe posteljne kapacitete.

V študiji smo opredelili kriterije za sprejem v negovalni oddelek in medicinske kriterije.

Kriteriji za sprejem v negovalni oddelek (Peternelj, 1999):

1. kronični bolniki, ki po končani hospitalizaciji v aktivnem delu bolnišnice potrebujejo še rehabilitacijski program ali druge programe zdravstvene vzgoje;
2. bolniki, ki po končanem terapevtskem programu v aktivnem delu bolnišnice in pred odhodom v domačo oskrbo ali drugo organizirano obliko varstva potrebujejo še nadaljevanje zdravstvene nege;
3. bolniki pri katerih je potrebno nadaljevati v bolnišnici začeto terapijo in še potrebujejo občasen nadzor;

4. bolniki, ki potrebujejo le zdravstveno nego in v celoti sami krijejo stroške bivanja.

Medicinski kriteriji za premestitev bolnika iz akutne zdravstvene obravnave v neakutno zdravstveno obravnavo:

1. bolnik, ki se je zdravil v bolnišnici vsaj dva do tri dni;
2. hemodinamsko in respiratorno stabilen;
3. elektrolitsko urejen;
4. nima intravenozne terapije samo v primeru, ko je le ta vzrok za nadaljevanje hospitalizacije;
5. psihično urejen bolnik, ki ima v bolnišnici preizkušeno sedativno ali antipsihotično terapijo ter zato ne potrebuje stalnega nadzora.

Rezultati študije so pokazali, da so prisotne potrebe po novi organizacijski obliki, ki bo omogočala predvsem izvajanje programa neakutne zdravstvene obravnave. Pri bolnikih je bila najpogosteje prisotna še potreba po nadaljnji zdravstveni negi (45 %), rehabilitaciji (30 %) in socialni obravnavi (26 %) (Peternelj, 1999). Ugotovljeno je bilo, da s programom vplivamo na skrajševanje ležalne dobe na akutni zdravstveni obravnavi, kar pa ima za posledico tudi pozitivne finančne učinke. V neakutni zdravstveni obravnavi se ne izvaja draga diagnostika in terapija, prihranek pa je tudi v kadrovski strukturi zdravstvenega tima. Prisotnost zdravnika je potrebna v manjši meri.

Z reorganizacijo dela v bolnišnici bi lahko program izvajali na obstoječih posteljnih kapacitetah.

To je bila prva tovrstna študija v Sloveniji, katere rezultati so bili tudi osnova za izdelavo idejnega projekta in nadaljevanje aktivnosti na nacionalni ravni (Peternelj, 1999).

### **Koraki do ustanovitve negovalnega oddelka**

V Sloveniji do leta 2000 nismo imeli imeni negovalnih oddelkov. Organizacijski model negovalnih oddelkov smo pripravili na podlagi tujih izkušenj in naših rezultatov ter ga prilagodili potrebam in zmožnostim našega okolja. V Kliniki Golnik smo pripravili projekt, ki je natančno opredelil organizacijo negovalnega oddelka, ki mora biti samostojna enota, kriterije za obravnavo bolnikov v neakutni obravnavi, programe dela, dokumentacijo, kadrovsko sestavo zdravstvenega tima, kazalnike kakovosti in finančne učinke. V projektu smo predlagali tudi zakonske rešitve, ki bi omogočile umestitev neakutne zdravstvene obravnave v sistem zdravstvenega varstva .

Glede na rezultate študije in ekonomski vidik smo v začetni fazi predvideli negovalni oddelek, ki bi imel v negovalni enoti 24 postelj in 5 do 6 postelj za dnevni center. Predvideno bivanje v negovalnem oddelku je bilo omejeno na tri mesece. Vodenje negovalnega oddelka naj bi zaradi vsebine programa dela prevzela diplomirana medicinska sestra.

Osnovno vodilo negovalnega oddelka je bilo izvajanje kakovostne zdravstvene nege in ostalih zdravstvenih in socialnih storitev s ciljem, da se izboljša oz. stabilizira bolnikovo zdravstveno stanje, glede na možnost samooskrbe ter zagotovitev primernih zdravstvenih in socialnih storitev, ki jih bolnik potrebuje po odpustu. Strokovna raven zdravstvene nege ne sme biti nižja od zdravstvene nege na akutni obravnavi. Negovalni kader ves čas zagotavlja kakovostno izvajanje zdravstvene nege in sledi vsem novostim na tem področju. Bolnika obravnava individualno in celostno. S postopki zdravstvene

nege in zdravstvene vzgoje spodbuja bolnika k čim večji samooskrbi in pri tem v največji možni meri vključuje tudi svojce. Ves čas dela v tesni povezavi z ostalimi člani zdravstvenega tima - fizioterapevtom, socialnim delavcem, delovnim terapevtom in zdravnikom (Peternej, 2000).

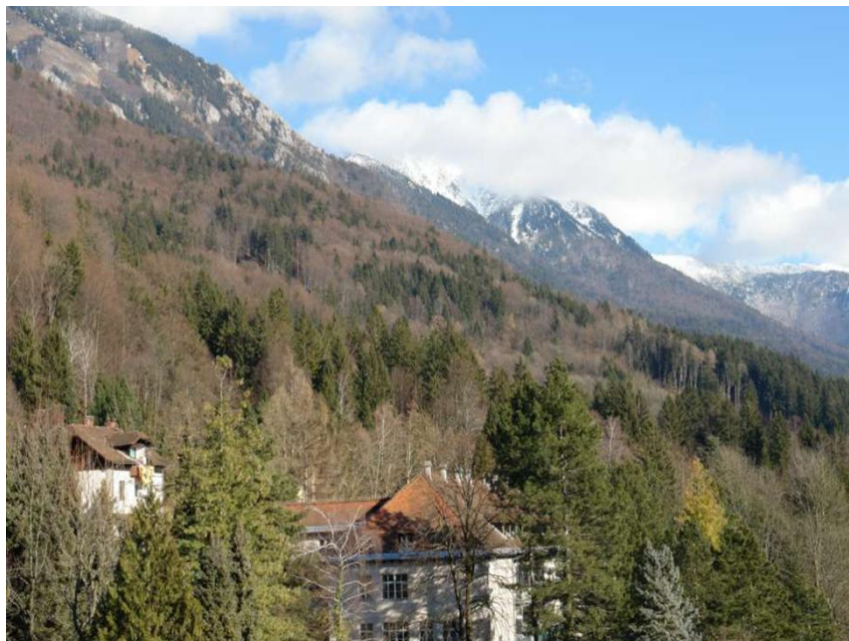
V okviru programov dela smo predvideli načine aktivnega vključevanja bolnika in njegovih bližnjih v neakutno obravnavo kot tudi vključevanje prostovoljcev. Pomemben poudarek dela je bil previden tudi na povezovanju z ostalimi zunanjimi izvajalci obravnave. Neakutna obravnava mora biti most oziroma vmesni člen, ki zagotavlja neprekinjenost obravnave in večjo varnost za bolnika na poti iz bolnišnice v domačo oskrbo ali drugo obliko oskrbe.

V letu 2000 so v Sloveniji izdelali *Projekt potreb in organiziranosti negovalnih oddelkov in zavodov v R Sloveniji*.

Leta 2001 je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije prvič namenili finančna sredstva za zagon tega projekta. Ustanovili so tri oddelke za podaljšano bolnišnično zdravljenje. Čeprav je bila Klinika Golnik nosilec idejnega projekta in postavila temelje za izvedbo nacionalnega projekta, v katerem smo aktivno sodelovali, programa v začetni fazi nismo dobili.

Kriteriji za sprejem so bili nedorečeni, zato je bilo njihovo razumevanje zelo različno. Najpogosteje so za sprejem upoštevali kriterij dvakratne priznane ležalne dobe. Nerazumevanje ali nespoštovanje kriterijev je večalo stroške izvajanja tega programa. Na teh oddelkih so namreč izvajali tudi diagnostiko in zdravljenje (Peternej, Šorli, 2004). Programi dela pa v večini niso sledili osnovnemu namenu negovalnih oddelkov.

V letu 2003 smo v Kliniki Golnik sprejeli odločitev, da ustanovimo negovalni oddelek. Bili smo v procesu prenavljanja statuta, kar nam je omogočilo vključiti novo organizacijsko obliko v dejavnost bolnišnice.



Slika 1: Negovalni oddelek Klinike Golnik (foto: arhiv negovalnega oddelka)

Z odprtjem negovalnega oddelka (6. januar 2003) smo v Kliniki Golnik prvi v Sloveniji pričeli izvajati program neakutne zdravstvene obravnave, ki ga lahko primerjamo z definicijami, ki so v svetu za te programe priznane. Pri postavljanju kriterijev za sprejem bolnikov in organiziranju dela, smo upoštevali že izdelan *Predlog potreb in organiziranosti negovalnih oddelkov v Sloveniji*, ki temelji na izkušnjah tujih ustanov. Program dela neakutne obravnave vključuje aktivnosti za vzpostavitev večje samostojnosti bolnika in odpusta bolnika domov (Peternelj et al, 2000).

## Zaključek

Klinika Golnik je z idejno zasnovo in razvojem negovalnega oddelka postavila temelje neakutni obravnavi in v veliki meri doprinesla k celostni ter kakovostnejši obravnavi bolnikov v slovenskem prostoru. Program neakutne bolnišnične obravnave omogoča bolnikom po zaključeni akutni zdravstveni obravnavi varnejši prehod v domačo oskrbo in povečuje kakovost njihovega življenja. Usmerjena obravnava omogoča hkrati tudi učinkovitejšo in racionalnejšo porabo finančnih sredstev.

## Literatura

1. Acute medical care of elderly people. British Geriatrics Society Compendium Document. Section 15. 1995.
2. Griffiths P. In search of the pioneers of nurse - led care. *Nursing Times* 1997;93:46-8.
3. HSRC. Rebuilding Ontario's Health System: Interim planning guidelines and implementation strategies. Sub - acute care. Ontario: Health Services Restructuring Commission, 1997: 68-138.
4. Peternelj A. Organizacijski in ekonomski prikaz negovalnega oddelka v Bolnišnici Golnik. Kranj: Gea College, 1998.
5. Peternelj A. Idejni projekt negovalnega oddelka v bolnišnici Golnik. V: Kersnič P. (ur.), Filej B (ur.), Pretnar Kunstek V (ur.). Zbornik predavanj in posterjev 2. kongresa zdravstvene nege, Portorož, 17. - 19. november 1999. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 1999, str. 63 - 65.
6. Peternelj A et al. Projekt potreb in organiziranosti negovalnih oddelkov in zavodov v RS. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 2000.
7. Peternelj A, Šorli J. Neakutna obravnava - nepogrešljiv del v celostni zdravstveni oskrbi. *Zdrav Vestn*, 2004, letn. 73, št. 10, str. 743 - 748.
8. Poročilo o delu Iniciativnega odbora za ustanovitev Posebne splošne bolnišnice. Ljubljana, 1992.
9. Steiner A. Intermediate care: a conceptual framework and review of the literature. London: King's Fund, 1997.
10. Steiner A, Vaughan B. Intermediate care: a discussion paper. In : King's Fund intermediate care. A discussion paper arising from the King's Fund seminar held on 30 th October 1996. London: King's Fund, 1997: 1 - 8.

# **ZAČETKI DELOVANJA NEGOVALNEGA ODDELKA V UNIVERZITETNI KLINIKI ZA PLJUČNE BOLEZNI IN ALERGIJO GOLNIK, pogovor z Ido**

**Hafner**

**Urška Lunder, dr.med., Judita Slak, dipl.m.s.**

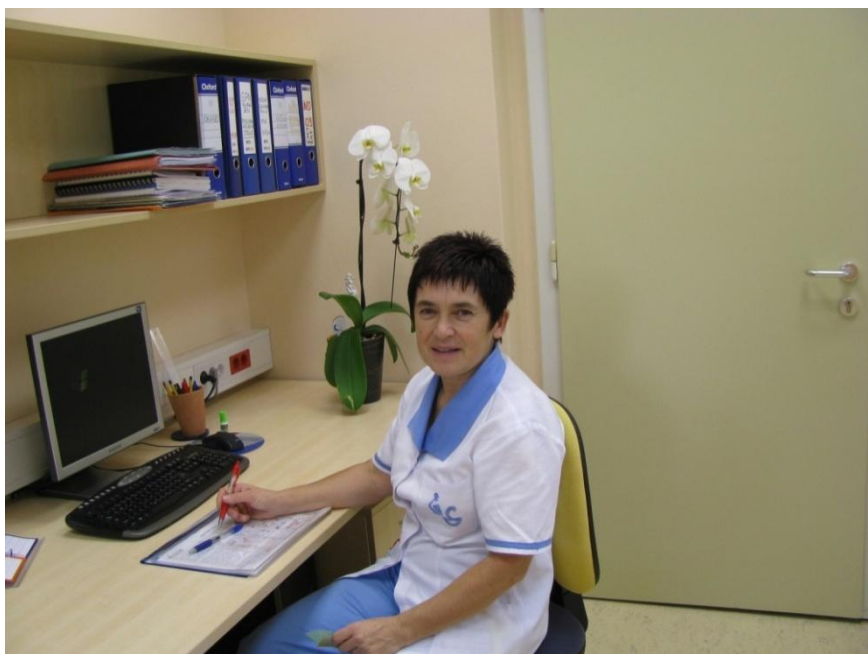
Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

E-pošta: [urska.lunder@klinika-golnik.si](mailto:urska.lunder@klinika-golnik.si); [judita.slak@klinika-golnik.si](mailto:judita.slak@klinika-golnik.si)

---

## **Izvleček**

Ida Hafner, dipl. m. s., prva vodilna medicinska sestra in organizacijski vodja negovalnega oddelka v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik, od ustanovitve negovalnega oddelka januarja leta 2003 do svoje upokojitve oktobra leta 2009. Bila je tista oseba, ki je ob podpori vodstva Klinike Golnik in podpora negovalnega tima orala ledino in bila glavna zaslužna za izvedbo ideje in projekta prof. dr. Jurija Šorlija in Andreje Peternelej, dipl. m. s. V pogovoru nam je razkrila svoje spomine, ovire in priložnosti, s katerimi se je srečala ob ustanovitvi negovalnega oddelka in začetkih izvajanja neakutne obravnave.



Slika 1: Ida Hafner na delovnem mestu (foto A. Delimar)

*Kako se spominjate same ideje za odprtje negovalnega oddelka ter ustanovitve in začetkov delovanja oddelka?*

Vodstvo klinike je podalo obvestilo o ustanovitvi in odprtju negovalnega oddelka, glavna medicinska sestra klinike pa je predstavila načrt dela. Oddelek je bil odprt v prostorih internega oddelka 400. Lepi prostori so bili na 400, oddelek je bil vedno svetel in topel, tudi po barvah, ne samo po občutku. Bilo je od 21 do 24 postelj. Ležalna doba bolnikov je bila tri tedne, na akutnih oddelkih pa od 4 do 5 dni. Pri nas je delo potekalo bolj umirjeno in počasi, brez diagnostike in urgenc. Po ustanovitvi so se postelje hitro zapolnile z bolniki. En zdravnik je bil določen za negovalni oddelek, določil ga je direktor. Najprej je bil odgovorni zdravnik prof. Košnik, nato dr. Zidarn. Zdravniki so se pogosto menjali, niso bili radi razporejeni na negovalnem oddelku, ker tu ni nobene perspektive za zdravnika. Tako so verjetno čutili, ne vem, medicinske sestre smo si tako predstavljale. Imeli smo tudi nekaj postelj za obravnavo sladkornih bolnikov. Vodil jih je dr. Marjan Kristanc, medicinske sestre smo ga bile zelo vesele, ker smo ga bile vajene kot internista in diabetologa. Izvajale smo zdravstveno vzgojo sladkornih bolnikov. Z zdravniki smo medicinske sestre vzpostavile dober odnos, mislim, da so vseeno radi delali pri nas. Zjutraj je bila najprej opravljena negovalna vizita, nato smo poklicali še zdravnika, da je uredil terapijo.

*Ali ste se srečevali s kakšnimi začetnimi ovirami, problemi?*

Pogosto smo klicali zdravnika za ureditev terapije za neozdravljivo bolne. Zdravnikom se je zdelo, da jih preveč pogosto kličemo in mladi zdravniki kar niso upali predpisovati močne analgetične terapije. Povedala sem direktorju, kaj ta oddelek potrebuje, da bi bilo potrebno na negovalnem oddelku imeti stalnega zdravnika, ki bi tem bolnikom določil pravo terapijo, saj ni bilo mogoče umiriti bolečine z navadnimi analgetiki. Bolniki so trpeli zaradi slabosti, hudih bolečin in bruhanja, čemur smo bile medicinske sestre velikokrat priča. Mi smo, s spoštovanjem, medicinske sestre, ampak vendarle *le* medicinske sestre in vemo, katere meje ne smemo preseči.

Nekega dne me je poklical direktor in sem se ustrašila, da je kaj narobe, on pa je rekel: »No, zdaj se boš pa smejala od veselja. Ali veš, kdo bo prišel na Golnik v službo in na negovalni oddelek, tvoja Lundrova, Urška Lunder«. Večkrat sem mu omenila delavnice, ki smo jih imeli v Logarski dolini in jih je vodila dr. Lunder. Tam sem prvič spoznala kaj pomeni paliativna oskrba. Te delavnice so se mi zapisale v spomin, v vsako celico telesa, in v tem sem videla pravo pomoč. Pohitela sem na oddelek in povedala medicinskim sestram, ki so enako čutile, vsaj tiste, ki so bile na delavnicah v Logarski dolini. Ne bo treba več tolikokrat klicati zdravnika in prositi, bolniki bodo dobili stalno terapijo. Takrat se je za nas, ki smo skrbele za umirajoče in kronične bolnike ter neozdravljivo bolne, zgodila velika sprememba.





Slika 2: Srečanje z gostjo Barbaro Miklič Türk 8. oktobra 2009 na negovalnem oddelku (foto S. Papler)

*Vmes pa se je negovalni oddelek tudi že selil?*

Res je, kar naenkrat smo dobili »ukaz«, da se moramo v enem tednu preseliti v stavbo stare infekcije in lahko rečem, da je bila to za mene sreča. Tudi v mladosti sem tukaj delala in bilo mi je lepo. Lokacija je lepa, malo je odmaknjena, stavba sama je sicer precej stara, ampak vse se da s pametjo malo obnoviti. Samo sredstva so vedno problem. Obljubili pa so jih in tako smo se počasi začeli seliti. Sprva na oddelek, ki je bil samo začasno malo opremljen, tako da smo lahko začeli delati. Pomembno je bilo, da je tekla topla in mrzla voda, da so bila stranišča v redu in da je v kopalnicah vse delovalo. Tla so bila obnovljena in stene na novo pobarvane. V začetku smo usposobili samo polovico oddelka, ki je bil včasih oddelek za tuberkulozne bolnike in je bil zares velik, prevelik za negovalni oddelek. Imeli smo premalo zaposlenih, da bi odprli cel oddelek. Bili sva z Vero Benedik in še kakšnih šest medicinskih sester, ki so delale v treh izmenah. Delo je bilo bolj fizično kot psihično stresno. Nekatere medicinske sestre so si želele delati pri nas, na primer Marija Bistan, ki je dolgo časa hrepenela, da bi prišla, pa se je moralo prej sprostiti delovno mesto.

*Kako so na akutnih oddelkih prepoznali potrebo po neakutni obravnavi in bolnike premestili na negovalni oddelek?*

Tako kot ob vsaki uvedbi nove stvari, je bilo na začetku čutiti velik odpor. Vsako sredo sem hodila na obhod in spraševala medicinske sestre, če so na oddelkih prepoznali bolnike za premestitev na negovalni oddelek ali vključitev v paliativno oskrbo. Program in datume sem si zapisovala v poseben zvezek in spraševala, kateri pacienti so bili prepoznani s strani medicinskih sester. A kar ni zaživelo. Tako je pač na začetku. Sčasoma, ko to ni delovalo in ker medicinske sestre niso opravljale tistega, kar smo se na kolegiju medicinskih sester dogovorili, namreč prepoznavale bolnike, primerne za neakutno obravnavo, nisem bila več prav prijazna. Zakaj ne more vsak svojega dela opraviti, če to

prosimo, saj smo se dogovorili na sestrskem kolegiju in je bilo predstavljeno s strani vodilnih na oddelčnih sestankih? Vsaka vodilna medicinska sestra naj bi priskrbela informacije za svoj oddelek, pa niso imele podatkov, ko sem prišla. Najlepše odnose sem vedno imela s koordinatorkami na akutnih oddelkih.

Akutni oddelki so bili zelo zasedeni z nepokretnimi, starejšimi kroničnimi bolniki. Potem ko so jih predstavili timu negovalnega oddelka, so prišli v k nam oskrbo. V začetku, ko osebje bolnišnice še ni v celoti sprejelo negovalnega oddelka, smo morali za premestitev bolnikov kar prositi. Služba zdravstvene nege je dobro delovala, na kolegiju in prek vseh vodilnih medicinskih sester je bilo takoj po ustanovitvi negovalnega oddelka predstavljeno, kaj delamo na negovalnem oddelku, kakšen je namen oskrbe v neakutni obravnavi in koliko časa traja. Že ob sprejemu na akutni oddelek je bilo treba načrtovati premestitev zaradi narave obolenja ali pa oslabelosti in starosti, in seveda če ni bila možna oskrba s strani svojcev. Timska medicinska sestra na akutnem oddelku je morala sodelovati s svojim lečečim zdravnikom in mu predstaviti problem, da sta se skupaj odločila za premestitev. Seveda pa je bilo potrebno najprej vprašati pacienta, če si premestitve želi. Moram povedati, da se nikdar ni zgodilo, da pacient tega ne bi želel. Nasprotno, želeli so si, pa jih včasih ni bilo mogoče prestaviti, ker je bil negovalni oddelek zaseden, pa kadar kakšnega bolnika tudi po preteku roka za bivanje na negovalnem oddelku nismo mogli odpustiti, ker ni bila možna oskrba doma in ni bilo prostora v domovih. V takem primeru smo sodelovali s patronažno službo, pomagala pa je tudi naša socialna delavka, da smo našli kakšen prostor v domu za starejše. Zdaj pa se domovi za ostarele zapirajo. Problem je bil predvsem z bolniki iz mest, s podeželja jih nismo imeli veliko. Zdi se, da so ljudje na deželi še vedno bolj med seboj družinsko povezani in skrbijo za svoje ostarele in oslabele. Mnogim od teh oslabelelih bolnikov niti nismo mogli več veliko pomagati pri izboljšanju samooskrbe. Takim smo poskusili pridobiti prostor v domovih za ostarele, vendar so bili domovi takrat zelo zasedeni, zlasti po Gorenjski ter v Ljubljani in okolici. Manj zasedeni so bili domovi v Prekmurju in na Primorskem. Živo se spomnim pacientke iz Tržiča, ki je bila sprejeta v dom starejših na Primorskem. Kasneje je sicer prišla v dom upokoencev v Tržiču, ko se je postelja sprostila. Takih primerov je bilo kar nekaj.

*Kaj se je takrat za vas spremenilo? Uvesti ste morali veliko sprememb pri svojem delu, nenadoma je bilo veliko komuniciranja, povezovanja in samostojnega odločanja na oddelku, imeli ste novo vlogo?*

Najbolj je bilo pomembno, da sem jaz sama imela obilo široke izobrazbe. To pri nas na Golniku nikoli ni bil problem. Kadar koli smo se želeli izobraziti, smo tudi se. Res, v tistih časih smo se veliko izobraževali. Pogosto sem to povedala kolegicam na srečanjih in seminarjih, ko so me spraševale, kako da gremo medicinske sestre na Golniku lahko na vsa izobraževanja. Verjetno tudi zato, ker smo znale predstaviti in prikazati, zakaj se je treba izobraževati na posameznih predavanjih, seminarjih, delavnicah. Še posebej na temo komuniciranja in paliativne oskrbe. Tu smo imele medicinske sestre zelo malo znanja. Zdravstvena nega seveda ni bila problem, saj je to je naša osnovna izobrazba. Prelomnica je bila na delavnicah v Logarski dolini, ki jih je vodila dr. Lunder, takrat se je začelo v naših glavah novo razmišljanje.

Marsikdaj se je bilo potrebno na hitro odločati, tudi srednje medicinske sestre v popoldanskem in nočnem času, ko so edine ostale ob bolniku. Vsi smo šli z radostjo v usposabljanja in izobraževanja

na temo paliativne oskrbe, prav zato, ker smo želeli ostati skupaj v tem timu. Vsi smo čutili, da pripadamo drug drugemu. Veliko smo skupaj preživeli že na oddelku 400 in smo se tudi skupaj odločali. Verjeli smo, da nas bo to bolj povezal, da bomo lažje enotno razmišljali, delali in oskrbovali naše paciente. Pogosto sem povedala kolegicam in kolegom, da jih cenim in spoštujem, predvsem zaradi odločitev, ki so jih morali popoldne in ponoči sami sprejemati, in zaradi njihovega pridobljenega znanja in izkušenj. Lažje je bilo, ko smo imeli dr. Lunder stalno tu, saj je bolnika preštudirala in določila vso potrebno terapijo. Uvajala je mlade zdravnike – tisti, ki so dežurali, so se veliko naučili od nje in tudi od zdravnice iz Splošne bolnišnice Jesenice, anesteziologinje dr. Mateje Lopuh. Veliko je bilo vredno, da so ti zdravniki poznali področje paliativne medicine. Naše medicinske sestre niso več s strahom klicale zdravnika k bolnikom. Zdravniki so znali predpisati ali spremeniti terapijo, ker so bili tega naučeni. Spomnim se morfijev, preparatov, ki so bili takrat neprecenljiva vrednost. Vedeli so, kakšen odmerek predpisati posameznemu bolniku, kolikokrat in kako ga spreminjati.

*So bili v drugih ustanovah radovedni, kako vam gre?*

To smo bili ponosni, morebiti včasih kar važni! Vodstvo in dr. Lunder so poskrbeli, da so prihajali na ogled. Meni je bilo vedno lepo. Verjamem, da je tudi večina naših medicinskih sester tako čutila. Imeli smo kaj povedati in pokazati, ker je to malo drugačna oskrba. Zdravstvena nega v prvi vrsti, zraven pa še oskrba in skrb za pacienta od takrat, ko smo zvedeli, da bo prišel k nam, pa potem, ko smo stopili v stik s sorodniki in jih povabili na razgovore na negovalni oddelek. Tudi kakšne pohvalne misli in besede smo dobili s strani svojcev, kolikor se spomnim. Nikdar ni bilo nobene pripombe ali pritožbe, sami superlativi.

*Kako je možno, da so bili kljub temu, da se tu pogosto ne dogaja tista slavna medicina, bolj zaključevanje, bolniki in svojci zadovoljni ali celo navdihnjeni, in da je oddelek tako dober, radosten, in se vsi dobro počutijo? Kaj pravite?*

Tiste najhujše težave, ki so jih pacienti imeli na negovalnem oddelku, so s pomočjo paliativne oskrbe izgubile. Niso več imeli bolečin, ni jim bilo slabo, niso bruhal, ni jih bilo strah, lepo so dihali. Stalno so lahko bili v stiku s svojci. Velika prednost je, da so svojci vabljeni, da lahko pridejo kadarkoli, da so lahko ob bolniku tudi popoldne, ponoči ali pa dalj časa. Da so lahko s pacientom v sobi, zraven njega, da lahko zraven umirajočega celo prespijo. Pri teh spremembah smo bili tudi mi v timu na začetku skeptični. Ampak z veliko pogovora in z dobro predstavitvijo, kako je to drugje dobro utečeno, smo hitro videli, da je to samo pozitivno in dobro, da ni nobeno breme, nasprotno, medicinski sestri je celo v oporo.

*Kako pa so to spremljali bolniki, ki so bili na negovalnem oddelku za podaljšanje neakutnega zdravljenja? Kako ste doživljali umiranje skupaj s svojci?*

Ne zdi se mi, da so doživljali kakšne travme. Ljudje so že tako naravnani, da če čutijo, da se nekje življenje poslavlja, ne sprašujejo. To vem iz izkušenj. V začetku nismo imeli enoposteljne sobe za hudo bolne in umirajoče, nato se je dr. Lunder spomnila in razvila to idejo. Imeli smo le dvo-, tri- ali štiri posteljne sobe. V teh sobah so bili skupaj negovalni bolniki, ki se bodo rehabilitirali in odšli domov, in

umirajoči bolniki. Nismo mogli drugače pomagati, kakor da smo namestili špansko steno, ki pa ni mogla zadržati zvokov jokajočih svojcev, skriti njihove žalosti. Pacienti v sobi so vedeli, kaj se dogaja z njimi. Potem pa smo s skupnimi močmi prenovili oddelek in uredili enoposteljene sobe za umirajoče. Problem je bil seveda denar, ampak vodstvo nam je vedno prisluhnilo, če ne takoj, pa čez nekaj časa. Na lokaciji ene od enoposteljnih sob je bila moja pisarna, pa sem rekla, da ne rabim tam svoje sobe, naj bo to soba za pacienta, naj gleda v park, borovce in na njih veverice. Potrudili smo se, da so bile sobe za paciente obrnjene proti jugu in so gledale na park in na sonce, da so bile zračne in svetle. Tudi sestrsko sobo bi prestavili na severno stran, a nekako ni bilo izvedljivo. Ko sem bila že v pokoju in sem nekoč prišla na obisk, sem videla, kako lepo ste obnovili sestrsko sobo! In kako je Ifigenija Simonovič Zagoričnik pobarvala stole. In kakšne lepe slike so se potem znašle na stenah hodnika. Take stvari je treba poudariti. Dobri ljudje so nam, mislim, podarjali stvari tudi zaradi našega delovanja. In verjetno tudi zaradi delovnega vzdušja, ki je bilo tako dobro, da smo praktično vsi tu dočakali pokoj. Ne spominjam se, da bi kdo želel iti na kakšen drug oddelek. Če vsi sodelujejo, so problemi manjši in se jih da rešiti. To vzdušje se potem prenaša tudi na paciente in svojce.

*Vedno ste bili pripravljeni vpeljevati novosti, tudi rehabilitacijo bolnikov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo?*

Seveda, samo za ta program nimam občutka, da je prav dobro zaživel tu na negovalnem oddelku. Vedno smo imeli težave z zaposlovanjem. Na oddelku smo imeli ideje za stalnega fizioterapevta, želeli smo celo delovnega terapevta, kar bi bilo zelo dobro. Saj vsi vemo, da organi krnijo, če jih ne uporabljamo, in da je treba bolnike razgibavati. Nekaj časa smo imeli fizioterapevta Davida Ravnika, a je odšel. Pa prostovoljci so nujno potrebni. Imeli smo študente ali dijake. Glede na protokole, kako bi morali skrbeti za paliativne bolnike, bi rabili več zaposlenih, a jih nismo dobili. Pa smo vseeno kar dobro zanje skrbeli v isti zasedbi. A poudariti je treba, da smo imeli izkušene zaposlene, ki so veliko obvladali od prej in ki so od mladosti pilili svoj značaj, znanje in veselja do dela. Tako smo z enakim številom zaposlenih vpeljevali novo dejavnost – paliativno oskrbo.

*Kako pa je bilo, ko ste dobili prvo bolnico na invazivni mehanični ventilaciji?*

To je bil za nas na negovalnem, ki nismo imeli tega znanja, kar velik zalogaj. Najprej so nam primer predstavili. Čeprav smo takrat že imeli dr. Lunder in to ni bil več tak problem, mislim, da nas je bilo vse po vrsti zelo strah. Predvsem zato, ker smo daleč stran od intenzivnega oddelka. Na oddelku 400 smo bili navajeni delati zraven intenzivnega oddelka in je bil občutek dober. Karkoli se je dogajalo, smo samo odprli vrata, zavpili, pa smo že leteli in reanimirali. Tukaj smo pa oddaljeni. Najprej smo pripravili sobo, prostor, posteljo, aparature. Nekajkrat smo šli na intenzivni oddelek pogledat, kako ventilacija poteka, kako se bolnica obnaša, kako se odziva na aparat. Potem smo se hodili po planu učiti k medicinskim sestram na intenzivni oddelek. Ko smo spoznali, da delo obvladamo, smo se dogovorili za premestitev. Gospa je pustila v nas globoke spomine, še posebej zaradi svojcev. Svojci so bili prav posebni ljudje, na nas so se zelo navezali, skoraj smo jih sprejeli za svoje domače. Verjetno tudi zato, ker je bila bolnica dokaj mlada in je zelo dolgo živela na aparatu. Bila je zelo dobro oskrbovana, zato so se medsebojne vezi še bolj poglobile. Veliko smo se pogovarjali z njimi, lepo po domače in

preprosto, vse so lahko vprašali, vsako bojazen izrazili, vsak strah povedali. Dr. Lunder jim je vse tako razložila, da so bili vedno potešeni. Dolgo so hodili na obiske, bolnica ni trpela, lepo se jih spominjam. Ravno v tem primeru, ki smo se ga tako bali, smo bili zelo zadovoljni, ker se je vse dobro izteklo.

*Ker ste dobro delali in je šel o tem naokrog tudi glas s strani bolnikov in svojcev, ste dobili kdaj tudi prošnje za sprejem iz drugih ustanov?*

Seveda. Ni bilo dneva, da ni bilo klica s prošnjo, da bi koga premestili. Dober glas gre v deveto vas - ta pregovor je za nas gotovo veljal, a se ga niti nismo zavedali. Včasih smo bile prav jezne, ker so nas klicali iz vse Slovenije in nas motili pri delu, tu pa smo bili tako polno zasedeni, da smo imeli praktično čakalno dobo za postelje na negovalnem oddelku. Vedno so klicali mene - svojci bolnikov in tudi zdravniki s terena. Tem sem svetovala, naj se obrnejo na direktorja, saj je premestitev na negovalni oddelk možna le iz naše bolnišnice, izven nje pa le po dogovoru z direktorjem klinike. Ampak nikoli ni nihče klical direktorja. Včasih sem jim rekla, naj pokličejo dr. Lunder, če je šlo za paliativnega bolnika. Včasih smo sprejeli tudi kašnega svojca naših zaposlenih, če je bil v stiski, a vedno po predhodnem pogovoru z direktorjem.

*Kaj pa dokumentacija, protokoli, navodila, je bila že takoj na začetku prirejena za neakutno obravnavo ali jo je bilo potrebno urediti?*

Na začetku sploh nismo vedeli kaj bomo imeli kot dokumentacijo, poznali smo le terapevtski list in negovalno dokumentacijo. Brez protokolov ni reda, brez navodil težko delaš. In prav hitro so se izkazale potrebe po navodilih, kako naj negovalni oddelk deluje, kako se pacienta sprejme, vodi, kdo za njega skrbi, kdo je odgovoren za terapijo in za spremembe, kdo je odgovoren za odpuste. Vse tisto, kar misliš in potem tudi narediš, je treba imeti nekje zabeleženo. Če ni zabeleženo, se hitro izgubi, izpuhti. Kar je zabeleženo, je tudi edini uradni dokument. Zavedali smo se, da moramo svoje delo dokumentirati in ustrezno evidentirati, da imamo nekje zabeleženo in vedno lahko pogledamo, tudi za nazaj. Velikokrat se je zgodilo, da smo gledali stvari za nazaj, torej smo morali dokumente tudi dobro arhivirati. Moram pa povedati, da na splošno vse to dokumentiranje in beleženje vzame veliko časa. Pri tem nam je dr. Lunder stala ob strani, ker marsikdaj medicinske sestre nismo vedele kako in kaj. Pa je prinela svoj izkušnje in smo potem vpeljali. Verjamem, da smo bile včasih slabe volje, češ, spet bomo nekaj beležili, ampak to je verjetno nekakšen refleks, ko se vpelje nekaj novega ob enakem številu zaposlenih. Ampak je šlo.

*So imeli bolniki ob premestitvi z akutnih oddelkov vedno urejeno vso predpisano dokumentacijo ali ste imeli na tem področju kaj težav?*

Včasih je bilo brežhibno, z nekaterih oddelkov vedno brežhibno, od negovalne dokumentacije do zdravniškega zaključka. Pri nekaterih, vedno pri istih, pa smo morali posredovati in ukrepati. Ena stvar ni bila napisana, druga ne zaključena, tretja ne predpisana, in tako naprej. Seveda se nam je zdelo malo neumno, da moramo razmišljati za druge. Vsak naj dobro naredi svoje delo: na akutnem mora biti speljano do konca, na negovalnem bomo pa potem svoje naprej vodili.

*Na negovalni oddelek so v začetku v nočni službi hodile pomagat medicinske sestre z bolniških oddelkov, nato pa ste uvedli dežurstvo medicinskih sester na negovalnem oddelku, zakaj?*

Dobili smo bolnico na invazivni ventilaciji, zahtevnost dela je postajala večja. Ni bilo več varno, da je na oddelku samo ena medicinska sestra, pomoč druge pa je tako oddaljena. Potem ko smo videli, da je dela več in da je bolj zahtevno, smo želeli več zaposlenih. In tako se je organizirala dežurna medicinska sestra na negovalnem oddelku. Malo je bilo očitkov s strani sodelavcev z drugih oddelkov, ampak so hitro uvideli, da je bila potreba po pomoči realna. Dežurno medicinsko sestro na negovalnem oddelku so poklicali ob vsakem obračanju in previjanju, če je bil na oddelku umirajoči bolnik, pa če so bili bolniki nemirni ali če bi bilo z aparatom za invazivno ventilacijo kaj narobe in bi bilo treba bolnika ročno predihavati.

*Če so morali dežurni ponoči na negovalni oddelek ali pa medicinske sestre v pomoč, jih je bilo kaj strah?*

Seveda. Sploh v začetku, ko smo imeli venozno terapijo, infuzije, tudi kakšna transfuzija je včasih tekla, in dežurne diplomirane medicinske sestre so morale priti na oddelek v vsakem vremenu in času, tudi ponoči. Nekatero je bilo tako strah, tako da smo morali nekajkrat poklicati varnostnika, ker so se po stopniščih kdaj pa kdaj zadrževali narkomani. Pa ne dolgo, ker smo to hitro preprečili z nadzorom. Namestili smo dodatne luči in varnostnik je imel obhode tudi ponoči, nekaj časa po dogodkih z narkomani je dežurno medicinsko sestro spremljal do oddelka. Saj so se malo delali norca iz nas, ampak treba je bilo samo zlesti v kožo te medicinske sestre.

*In potem ste predali delovno mesto in odšli v pokoj, kako vam je bilo? Ste bili utrujeni, je bilo vodilno delovno mesto na negovalnem oddelku naporno?*

Strašno sem si želela upokojitve, takoj ko je bilo mogoče. In to sem tudi speljala. Vesela sem, da sem se tako odločila, niti za trenutek mi ni bilo žal. V življenju sem marsikaj zamudila pri svoji hčerki ravno zaradi narave svojega dela, sedaj bi pa rada malo notri prinesla, vsaj pri vnukih. Prve vnukinje še nisem mogla paziti, ker sem bila še v službi. Dežurala res nisem več, ampak negovalni oddelek pa paliativa skupaj, in vse te selitve ter obnavljanja, problemi z zaposlenimi - to jemlje veliko energije. Z leti začutiš, da manj zmoreš. Čeprav glava še hoče, telo ne uboga več tako. Začnejo se bolezenske težave, a jih ignoriraš in si jih nočeš priznati. Misliš si, samo da v redu pridem v službo, da sem v redu tistih osem ur, pa bo. Nikoli ni bilo osem ur, je bilo tudi več, in nikoli ne gledaš na uro, da bi šel točno domov. Pa ti za to niti ni nikoli žal. A sam sebe moraš znati poslušati. Sama sebi sem začela iti na živce. To je pa grozen občutek. Tega sicer nisem govorila. Kot vodja moraš marsikaj obdržati v sebi. Tako sem vedela, da moram oditi. Sedaj se posvečam tistemu, kar sem v obdobju redne zaposlitve zanemarila – svoji družini.

*Hvala lepa za pogovor.*

## VLOGA IN POMEN NEGOVALNIH ODDELKOV

**Prof. dr. Mitja Košnik, dr.med.**

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

E-pošta: [mitja.kosnik@klinika-golnik.si](mailto:mitja.kosnik@klinika-golnik.si)

---

### Uvod

Stroški zdravstvene oskrbe nezadržno naraščajo zaradi demografskih sprememb in novih tehnologij zdravljenja. Zaradi demografskih sprememb vse večji del predstavljajo stroški dolgotrajne oskrbe.

Leta 2008 je bilo v slovenskih bolnišnicah 300.639 epizod zdravljenja, od tega 269.532 zaradi bolezni, 31.107 pa zaradi poškodb in zastrupitev. Povprečna ležalna doba zaradi bolezni je bila 8,1 dneva. V bolnišnicah je umrlo 9.233 oseb oziroma 50,4% vseh umrlih v letu 2008 v Sloveniji. Starejši od 64 let so predstavljali 35,5% vseh obravnav oziroma 38% obravnav zaradi bolezni. Razlogi za bolnišnično obravnavo se v različnih starostnih skupinah nekoliko razlikujejo. Starejši od 64 let so najpogosteje hospitalizirani zaradi bolezni obtočil, neoplazem, bolezni prebavil, dihal in mišično-skeletnih vzrokov (1).

Leta 2009 so bilo v Sloveniji v domovih za starejše na voljo namestitvene možnosti za 5% populacije, starejše od 64 let (2). Samo 8,3% oskrbovancev DSO je mlajših od 65 let, več kot polovica pa jih je starejših od 80 let. Pri 68% oskrbovancev je ocenjeno, da je ključni vzrok za institucionalizacijo starost, hkrati pa naj bi bilo kar 75% vseh oskrbovancev potrebnih zdravstvene nege III. kategorije, kar pomeni, da so pomembno okrnjeni v osnovnih dnevni aktivnostih (3,4).

Slovensko prebivalstvo se stara hitreje kot rastejo socialnovarstvene kapacitete, kar se odraža v naraščajočem številu oseb, ki čakajo na sprejem v dom za starejše (4).

*Če hočemo v okviru omejenih finančnih virov vzdrževati visoko raven zdravstveno - socialne oskrbe prebivalstva, je ključnega pomena, da se ohrani funkcionalna sposobnost čim večjega števila starih ljudi z namenom zmanjšanja potrebe po umestitvi v socialnovarstveno ustanovo, pri tistih, ki so že institucionalizirani, vendar brez pomembnih nezmožnosti, pa je potrebno preprečiti razvoj novih oziroma poslabšanje obstoječih nezmožnosti.*

### Neakutna obravnava in negovalni oddelki

V 90 letih prejšnjega stoletja se je v slovenskem prostoru pričel uvajati model neakutne obravnave po anglosaksonskem vzoru. Takšen model obravnave se najpogosteje imenuje "intermediate care" ali "subacute care". S tako organizacijo dela se olajša delo akutnim oddelkom, ki se lahko osredotočijo na proces diagnostike in zdravljenja. Bolnike, ki ne potrebujejo več akutnega zdravljenja, hkrati pa jih zaradi nekaterih razlogov ni mogoče odpustiti domov, se premesti na neakutni oddelek.

Če bolnike, ki potrebujejo neakutno obravnavo, združimo na negovalnem oddelku, delo v bolnišnici

poteka bistveno bolj učinkovito, kot če bi ti bolniki ležali na akutnih oddelkih. Na neakutnem oddelku je dovolj negovalnega osebja, ki si je pridobilo ustrezna znanja. Tak oddelek ne potrebuje lastnega tima zdravnikov, pač pa se v delo teh oddelkov v omejenem obsegu vključujejo zdravniki, zaposleni na drugih oddelkih (zdravniki, ki se ukvarjajo s paliativno dejavnostjo; zdravniki ki se ukvarjajo z geriatrično rehabilitacijo; specializanti); delo tako poteka pod posrednim nadzorom zdravnikov. To pomeni, da je za obravnavo akutnih poslabšanj zdravstvenega stanja bolnika, v kolikor ni organizirano drugače, še vedno odgovoren zdravnik z akutnega oddelka, ki je bolnika premestil na negovalni oddelek. Taka organizacija dela olajša delo bolnišnice, kljub temu, da primanjkuje zdravnikov. Poleg tega, da je kadrovska struktura neakutnih oddelkov cenejša, se na neakutnih oddelkih praviloma ne izvaja diagnostičnih postopkov, skrajša pa se tudi ležalna doba na akutnih oddelkih (2).

Bolnišnica Golnik je bila med prvimi ustanovami, ki so uvedle negovalne oddelke. Od oktobra 1997 do januarja 1998 je potekal idejni projekt negovalnega oddelka. Med obravnavanimi bolniki je bilo 75% starejših od 65 let. Večina bolnikov je bila obravnavana zaradi potrebe po podaljšani zdravstveni negi in le manjši delež zaradi rehabilitacije. V 26% je bila prisotna socialna indikacija (5).

Leta 2004 so na negovalni oddelek Bolnišnice Golnik sprejemali bolnike, ki so potrebovali podaljšano oziroma dolgotrajno nego, vključno z dekolonizacijo, s paliativno oskrbo, z zdravstveno edukacijo, rešitvijo socialnega problema ali rehabilitacijo. Povprečna ležalna doba na negovalnem oddelku je bila 12,3 dni. Ob sprejemu je bilo 28,65%, 35,57% in 35,08% bolnika uvrščenih v kategorijo zdravstvene nege I,II oziroma III. Med obravnavo se je odvisnost od pomoči medicinske sestre zmanjšala, tako da je bilo ob odpustu v kategorijo I, II oziroma III razvrščenih 42,78%, 23,20% oziroma 34,02% bolnika. 60% bolnikov je bilo odpuščenih domov, v DSO je bilo odpuščenih 10,6% bolnika, v podaljšano bolnišnično zdravljenje 4%, 3,5% jih je bilo premeščenih drugam, 9,6% jih je bilo ponovno sprejetih v akutno obravnavo, 10,2% jih je umrlo (2).

Področni dogovor za leto 2011 predvideva neakutno obravnavo kot obliko bolnišničnega zdravljenja po končani akutni bolnišnični obravnavi, ko iz zdravstvenih ali socialnih razlogov ni možen odpust zavarovane osebe v domače okolje ali ni več možna nega v domačem okolju. Neakutna bolnišnična obravnava obsega podaljšano bolnišnično zdravljenje, zdravstveno nego in paliativno oskrbo. Do namestitve na oddelek neakutne bolnišnične obravnave so upravičene zavarovane osebe, ki niso sposobne funkcioniranja v domačem okolju, so v terminalni fazi kronične bolezni, imajo obsežne kronične rane, pri katerih je pričakovati celjenje, nimajo ožjih svojcev in jih zaradi zdravstvenega stanja ni možno odpustiti v domače okolje, in osebe, ki jih zaradi različnih zahtevnih zdravstvenih stanj ni možno odpustiti niti v domače okolje niti v socialnovarstveni zavod (6).

## **Zaključek**

V Sloveniji imamo izkušnje z negovalnimi oddelki, ki izhajajo iz koncepta intermediarne oziroma subakutne obravnave, katere prvotni namen je bil sprostitev postelj, namenjenih akutni obravnavi, in optimizaciji stroškov bolnišnične obravnave. Na negovalni oddelek nameščamo bolnike pri katerih obravnava bolezni ne zahteva več akutnega zdravljenja, potrebujejo pa nadaljevanje zdravstvene



nege, zdravstveno vzgojo in rehabilitacijo, da bi se izboljšala sposobnost samooskrbe v domačem okolju. Vendar se na te oddelke namešča tudi bolnike, ki čakajo na prosto mesto v domu starejših občanov ali na rešitev socialnega problema, s čimer bo omogočen odpust domov, in tudi bolnike v zahtevni paliativni obravnavi, vključno bolnike, ki so odvisni od aparata za umetno predihavanje.

V času, ko se uvajajo spremembe in izboljšave v zdravstvenem sistemu, bi veljalo razmisliti o uvedbi specifične geriatrične ocene in rehabilitacije v okviru neakutnih oddelkov, kjer bi bil cilj delovanja multidisciplinarnega tima izboljšanje funkcijskega statusa skrbno izbranega bolnika, z namenom doseči natančno in individualno določene cilje, praviloma povrnitev samostojnosti v osnovnih dnevni aktivnostih in vrnitev v domače okolje.

## Literatura

1. Trdić J, Moravec Berger D, Pribaković Brinovec R, eds. Zdravstveni statistični letopis, Slovenija 2008. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2010. p. 463-522.
2. Peternej A, Šorli J. Neakutna obravnava-nepogrešljiv del v celostni zdravstveni oskrbi. Zdrav Vestn 2004; 73:743-8.
3. 40 let Skupnosti socialnih zavodov Slovenije. Ljubljana: Skupnost socialnih zavodov; 2007.
4. Prevolnik Rupel V, Ogorevc M, Majcen B. Long-term CareSystem in Slovenia. ENEPRI ResearchReport No. 87, 15 June 2010.
5. Peternej A. Idejni projekt negovalnega oddelka v Bolnišnici Golnik. ObzorZdr N 2000; 34: 105-13.
6. Splošni dogovor za pogodbeno leto 2010. Dosegljivo na: <http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/o/9A5C83D33340B453C12576FD00468384>.

# **DOKUMENTACIJA IN NJEN POMEN ZA DELOVANJE NEAKUTNE BOLNIŠNIČNE OBRAVNAVE**

**Judita Slak, dipl.m.s.**

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, Negovalni oddelek

E-pošta: [judita.slak@klinika-golnik.si](mailto:judita.slak@klinika-golnik.si)

---

## **Izvleček**

V prispevku so predstavljena dokumentacija in standardni operativni postopki za izvajanje neakutne obravnave, ki vsebinsko podpirajo organiziranje, izvajanje, evalvacijo in zagotavljanje kakovosti neakutne obravnave na negovalnem oddelku Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik. Brez dokumentacije se danes ne more več zagotavljati dobre komunikacije med člani timov v zdravstvu. Dokumentacija omogoča kontinuirano in kakovostno zdravstveno obravnavo, jasno opredeli vse pomembne informacije o bolniku, pomembna je za doseganje zakonskih in profesionalnih standardov. Pri rokovanju z dokumenti in s podatki o bolniku se je potrebno zavedati zakonske in moralne odgovornosti vsakega posameznega člana multidisciplinarnega tima v zvezi z varovanjem podatkov.

**Ključne besede:** dokumentiranje, dokumentacija, neakutna obravnava, zdravstvena nega

**Key words:** documentation, non acute care, nursing assessment

## **Uvod**

Dokumentacija se v slovenščini razume kot dokument, listina, utemeljitev, dokumentirati pa pomeni utemeljiti (Toporišič, 2001). Zdravstvena dokumentacija so dokumenti, ki se nanašajo na zdravstveno obravnavo bolnikov v posamezni zdravstveni ustanovi (Kališnik et al., 2012). Dokumentacija zdravstvene nege je pomemben del celotne zdravstvene dokumentacije pacienta. Je bistvena za zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege in posledično kvalitetno obravnavo posameznika (Šušteršič, Rajkovič, 2005).

Dokumentiranje v zdravstvu je osnova za komunikacijo med člani zdravstvenega tima in med institucijami ter zagotavlja kontinuirano zdravstveno obravnavo. Dokumentacija naj bi bila kazalec standardnih postopkov v zdravstveni obravnavi in lahko služi kot kazalec kakovosti. Namen dokumentiranja v zdravstvu je uradno beleženje dela multidisciplinarnega tima. Člani tima prevzamejo odgovornost za napake, pravi postopek dela in preverljivost. V primeru odškodninske odgovornosti se v postopku sklicujejo na obstoječo dokumentacijo. Dokumentacija je lahko osnova raziskovanju v zdravstvu, rezultati raziskav pa so posledično lahko osnova razvoju novih pristopov in povečanju strokovnega znanja (Harkreader, Hogan, 2004). Dokumentiranje zagotavlja sledljivost podatkov in

dostopnost informacij vsem članom multidisciplinarnih timov, ki so vključeni v obravnavo bolnika.

Osnovni namen dokumentiranja v zdravstvu je čim bolj prikazati opravljeno obravnavo bolnika, njegovo zdravstveno stanje in potek dogodkov v času obravnave (Naka, 2006). Varnost pacienta je najpomembnejša in dokumentiranje ohranja ta temeljni vidik zdravstvene oskrbe bolnika (Owen, 2005), pri tem pa je treba poudariti, da morajo biti podatki dokumentirani čitljivo in vsem uporabnikom razumljivo.

Vsekakor pa je zelo pomemben etični vidik rokovanja z dokumentacijo bolnika v zdravstvu, ker operiramo s podatki o bolniku in ne smemo pozabiti, da nas zavezuje načelo varovanja podatkov in poklicne molčečnosti. Pri elektronskem shranjevanju in obdelovanju podatkov pa je odgovornost tudi na organizacijah, da zagotovijo ustrezno zaščito za dostop do računalniških dokumentov.

### **Neakutna obravnava na negovalnem oddelku Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik**

Načrtovanje odpusta je pomemben del hospitalizacije bolnika. Odpust je potrebno načrtovati že dovolj zgodaj v času hospitalizacije, še posebno za starejše kronične bolnike, saj je načrt zelo obsežen in kompleksen. Obsega zadovoljevanje potreb in možnosti, ki so mu na voljo v njegovem okolju. Misliti je treba na mnogo stvari: psihološko prilagajanje po hospitalizaciji, gibanje, pripravo hrane, potrebe po zdravljenju, osebno higieno, telesno razgibavanje, socialne potrebe, finančno svetovanje in pomoč... Zdravstveni tim že od sprejema bolnika v bolnišnico načrtuje trajanje predvidenega zdravljenja in predvideno najprimernejšo obliko zdravstvene in socialne obravnave, ki jo bo bolnik potreboval po odpustu iz bolnišnice. Mnenje o potrebnosti nadaljnje obravnave po zaključenem akutnem zdravljenju poda glede potreb po zdravstveni oskrbi zdravnik, glede potreb po zdravstveni negi pa medicinska sestra s sodelovanjem drugih članov zdravstvenega tima in pristojne službe bolnišnice. Pred pripravo mnenja se opravi tudi razgovor z upravičencem in po potrebi z njegovimi svojci. V primeru, ko odpust po zaključenem akutnem zdravljenju zaradi zdravstvenih razlogov ni možen, ker bolnik potrebuje še nekatere storitve zdravljenja ali zdravstvene nege v bolnišnici, zdravstveni tim izbere najbolj primerno obliko neakutne obravnave (Zakon o državni upravi, 2004).

Program neakutne bolnišnične obravnave predstavlja prehodno obliko zdravstvene oskrbe in nadaljevanje zaključene akutne diagnostične in terapevtske bolnišnične obravnave, ki je osredotočena predvsem na aktivnosti zdravstvene nege, neakutno rehabilitacijo, programe zdravstvene vzgoje in učenje veščin, ki jih mora bolnik ali svojec osvojiti, če so te potrebne za bivanje v domačem okolju. Vse aktivnosti in znanja so osredotočena na vzpostavitev čim večje samostojnosti in sposobnosti samooskrbe pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti ter učinkovitega vodenja bolezni tudi po odpustu bolnika domov ali v drugo bivalno okolje, in kratkoročno vplivajo na kakovost priprave na odpust ter povečajo varnost odpusta bolnika. Posledično se zmanjšajo nepotrebni obiski bolnika v specialističnih ambulantah, število rehospitalizacij in težnja k hospitalizaciji zaradi socialne problematike (Crouch, 2004; Peternelj, Šorli, 2004).

Negovalni oddelek v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik (Klinika Golnik), ustanovljen v januarju leta 2003, je bil prvi ustanovljeni oddelek v slovenskih bolnišnicah za izvajanje

neakutne obravnave. Namenjen je predvsem neakutni obravnavi bolnikov s kronično pljučno boleznijo, rehabilitaciji bolnikov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo ter paliativni oskrbi bolnikov z namenom zagotavljanja kontinuirane oskrbe, izboljšanja stopnje samooskrbe, izboljšanja kakovosti življenja in varne vrnitve v domače okolje ali institucionalno nastanitev (SOP 104-002, 2009).



Slika 1: Vhod v negovalni oddelek Klinike Golnik (foto J. Slak)

Negovalni oddelek Klinike Golnik je organizacijsko samostojna enota s samostojno lokacijo in samostojnim negovalnim timom, ostali zdravstveni delavci in sodelavci pa so del celotne kadrovske strukture Klinike Golnik. Negovalni oddelek ima 25 postelj od katerih jih je vsaj šest namenjenih bolnikom, ki so vključeni v paliativno oskrbo (Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 2007).



Slika 2: Sestrška soba na negovalnem oddelku (foto J. Slak)

### **Dokumentacija in njen pomen za delovanje neakutne obravnave v Kliniki Golnik**

Dokumentacija, ki ureja in predpisuje organizacijo in izvajanje neakutne bolnišnične obravnave v Kliniki Golnik, je izrednega pomena za enotno razumevanje neakutne obravnave vseh zaposlenih, omogoča dobro komunikacijo vseh članov zdravstvenega tima, zagotavlja kontinuiteto in kakovost ter

individualno obravnavo bolnikov, sistematičnost obravnave ter je osnova za spremljanje kazalnikov kakovosti oskrbe in za raziskovanje, in hkrati tudi pomembno orodje za izvajanje pedagoškega dela.

Dokumenti, ki urejajo izvajanje neakutne bolnišnične obravnave na negovalnem oddelku Klinike Golnik so naslednji:

Organizacija dela na negovalnem oddelku (NO) - dokument definira neakutno bolnišnično obravnavo, cilje obravnave in dolžino bivanja bolnikov na negovalnem oddelku, ki je omejeno na 30 dni (določilo iz področnega dogovora med Ministrstvom za zdravje, ZZZS in izvajalci). Določa organizacijskega vodjo negovalnega oddelka, to je diplomirano medicinsko sestro, ki vodi, organizira in načrtuje delo negovalnega tima, izvaja zdravstveno nego bolnikov, koordinira delo z zdravnikom, s fizioterapijo in socialno službo ter z zunanjimi ustanovami (socialnovarstvenimi ustanovami, patronažno službo,...), razpolaga s posteljami in glede na kriterije skupaj z lečečim zdravnikom načrtuje sprejem in odpust na negovalni oddelek. Dokument predpisuje dokumentacijo v neakutni obravnavi, določa tudi financiranje neakutne obravnave, ki je ločeno od akutne obravnave, saj se obravnavajo bolniško oskrbni dnevi v skladu z objavljenim veljavnim cenikom. Za spremljanje izvajanja neakutne zdravstvene obravnave so v dokumentu predpisani podatki, ki jih je potrebno zbirati, in kazalniki kakovosti neakutne obravnave. Določa kriterije za premestitev v neakutno obravnavo na negovalnem oddelku, ki so: zaključen diagnostičen in terapevtski program, potrebe bolnika po nadaljevanju zdravstvene nege, zdravstveni vzgoji in rehabilitaciji ali čakanje bolnika na rešitev socialnega problema, dekolonizacija z MRSA (Meticilin rezistentni Staphylococcus aureus), paliativna oskrba ali če je odločitev za sprejem sprejeta po posebnem dogovoru z direktorjem bolnišnice in vodjo negovalnega oddelka (SOP 104-002, 2009). Dokument je pomemben za organizacijo, izvajanje in vrednotenje ter spremljanje kakovosti dela neakutne obravnave na negovalnem oddelku Klinike Golnik.

Izvedbeno navodilo Klinične poti za neakutno obravnavo bolnika v negovalnem oddelku (KPNAO) - opredeljuje standardne operativne postopke za izvajanje neakutne obravnave po Klinični poti za neakutno obravnavo bolnika v negovalnem oddelku (KPNAO). Predpisuje, da za zagotavljanje kakovostnega in varnega odpusta že med akutno obravnavo zdravnik in medicinska sestra ocenita potrebo po nadaljevanju obravnave na negovalnem oddelku. Prvo oceno, če to ni bilo ugotovljeno že prej, naredita ločeno sedmi dan hospitalizacije, ki se smatra za povprečno ležalno dobo v Kliniki Golnik, in jo zabeležita. Pobudo za sprejem na negovalni oddelek lahko poda tudi drug zdravstveni sodelavec, bolnik ali svojci neposredno lečečemu zdravniku ali vodji negovalnega tima. Sprejem na negovalni oddelek je vedno načrtovan, s prehodnim dogovorom z vodjo negovalnega oddelka.

Bolnik, ki se premešča na negovalni oddelek, mora izpolnjevati enega od kriterijev, zaključena pa morata biti diagnostika in akutno zdravljenje. Če teh pogojev ne izpolnjuje, pomeni to odstopanje od klinične poti. Razlog zabeleži zdravnik v rubriko Odstopanje od klinične poti v KPNAO(SOP 104-004, 2009).

Pred premestitvijo zdravnik bolniku in svojcem pojasni vzrok premestitve na negovalni oddelek in jim izroči tudi pisno pojasnilo Obvestilo o premestitvi svojca na negovalni oddelek. V tem dokumentu je svojcem obrazloženo, da je bolnikovo zdravstveno stanje takšno, da bi bil lahko odpuščen domov, vendar odpust ovirajo negovalne težave. Bolnik ne potrebuje več vsakodnevnih zdravnikovih kontrole.

Vsakodnevno negovalno vizito pri bolniku opravi medicinska sestra, zdravnik obišče bolnika v primeru težav ali poslabšanja zdravstvenega stanja. Svojci so tudi pozvani, da pri negi in rehabilitaciji bolnika na negovalnem oddelku čimbolj aktivno sodelujejo. Po ustni razlagi svojcem bolnika dokument podpišeta zdravnik in medicinska sestra na akutnem oddelku (OBR 111-057, 2009).

Ob premestitvi ima bolnik zaključeno zdravstveno dokumentacijo akutne obravnave, ki vsebuje podatke o potrebnem nadaljevanju zdravstvene obravnave, opredeljen razlog in predviden čas neakutne obravnave na negovalnem oddelku.

Na negovalnem oddelku člani multidisciplinarnega tima, ki se vključujejo v obravnavo, pri bolniku ocenijo potrebe po celostni obravnavi, načrtujejo in izvajajo aktivnosti v skladu s smernicami in standardi stroke in postavijo cilje obravnave. V oceno in načrtovanje aktivnosti vključijo tudi bolnika in svojce. Vse načrtovane in izvedene aktivnosti zabeležijo v ustrezno dokumentacijo, ki je veljavna v Kliniki Golnik. Skupno vrednotenje člani multidisciplinarnega tima izvajajo enkrat tedensko in ob spremembah. Potrebno je sprotno vrednotenje zastavljenih ciljev in načrtovanje aktivnosti za pripravo bolnika na odpust. Vodilna medicinska sestra negovalnega oddelka z zaključki vrednotenja seznanj tudi bolnika in svojce.

Medicinsko obravnavo, ki je še potrebna pri bolniku na negovalnem oddelku, nadaljuje lečeči ali odgovorni zdravnik iz akutne obravnave do odpusta iz bolnišnice. Lečeči zdravnik v dogovoru s koordinatorjem – vodilno medicinsko sestro, enkrat na teden obišče bolnika na negovalnem oddelku in obisk zabeleži v ustrezno dokumentacijo.

Če je bolnikova ležalna doba daljša od dovoljene (30 dni), je potrebno vzrok jasno opredeliti v rubriki Odstopanje od klinične poti v KPNAO. Podaljšanje zaradi negovalnih, socialnih in rehabilitacijskih potreb opiše vodja negovalnega oddelka, druge pa lečeči zdravnik.

Na podlagi ocene multidisciplinarnega tima negovalnega oddelka se predvidi datum odpusta bolnika. Vodja negovalnega tima na negovalnem oddelku se o datumu odpusta dogovori z lečečim zdravnikom. O datumu odpusta v sodelovanju s koordinatorjem odpusta obvesti bolnika in njegove svojce in/ali vodjo negovalnega tima v instituciji, kamor bo bolnik odpuščen. Vsaj dan pred odpustom se obvesti tudi vse službe, ki se bodo vključile v nadaljnjo oskrbo bolnika (SOP 104-004, 2009; OBR 104-011, 2013).

Ob odpustu bolnika vsak član multidisciplinarnega tima za svoje strokovno področje napiše zaključno poročilo v dokument *Zaključno poročilo izvajalcev neakutne obravnave na negovalnem oddelku*, ki ga vodja negovalnega tima posreduje lečečemu zdravniku. Zdravnik specialist akutnega oddelka na podlagi poročila zaključi odpustno pismo in napiše druge potrebne dokumente (SOP 104-002, 2009).

Vodja negovalnega tima na negovalnem oddelku s pisnim dokumentom *Obvestilo službi zdravstvene nege* obvesti pristojno patronažno službo, če bolnika odpuščamo v domačo oskrbo, sicer pa vodjo negovalnih timov v socialnovarstvenih zavodih in druge potrebne institucije. V dokumentu člani multidisciplinarnega tima opišejo stanje bolnika, prepoznane probleme, aktivnosti, ki jih je še potrebno izvesti in zastavljene cilje, vsak za svoje strokovno področje. Medicinska sestra v dokumentu zabeleži

tudi demografske podatke bolnika, naslov bivališča, podatke o svojcih bolnika, čas bivanja v bolnišnici in kontaktne podatke zdravnika in medicinske sestre. Predno izpolnjeni dokument odpošlje, seznaniti bolnika z vsebino in pridobi njegovo soglasje, da lahko podatke posreduje določeni drugi osebi (OBR 111-092, 2012).

Z opisanimi navodili in obrazci se v neakutni obravnavi zagotavlja sistematično vodenje bolnikov, individualna obravnava, skupno vrednotenje vseh aktivnosti, aktivno načrtovanje odpusta bolnika, obveščanje svojcev o vključitvi bolnika v neakutno obravnavo, večje sodelovanje bolnika in njegovih svojcev, pa tudi kontinuirana oskrba bolnika po odpustu v domače okolje, socialnovarstvene zavode in druge potrebne institucije.

*Delo zdravnika ob premestitvi in bivanju bolnika na negovalnem oddelku – neakutna obravnava* – dokument opisuje standardne operativne postopke oziroma aktivnosti zdravnika – specialista aktivnega oddelka, ki je zdravil bolnika v akutni obravnavi ter zdravnika – svetovalca za neakutno obravnavo in medicinske sestre na negovalnem oddelku. Določa časovni okvir premestitve z aktivnega na negovalni oddelek, ki je ob delavnikih dopoldne in ob petkih do 10. ure. Predvideva prisotnost zdravnika specialista na negovalnem oddelku v primeru težav bolnika ali poslabšanju zdravstvenega stanja, na željo bolnika in vsaj enkrat na teden tudi njegovo prisotnost na viziti. Bolnika in namen obravnave na negovalnem oddelku zdravnik specialist predstavi zdravniku, svetovalcu za neakutno obravnavo. Pripravi terapevtski list, bolniku in svojcem posreduje informacije o zdravljenju na aktivnem oddelku in o načrtu za naprej ter korigira podatke v odpustnici. Dokument določa obseg preiskav, ki se izvajajo na negovalnem oddelku in aktivnosti zdravnika, svetovalca za neakutno obravnavo, katerega naloga je, da po sprejemu na negovalni oddelek bolnika pregleda, prebere odpustnico po zaključku akutne obravnave in preveri terapevtsko listo v neakutni obravnavi. Bolnika obišče vsaj enkrat na teden, pogosteje pa na pobudo medicinske sestre ali na željo bolnika. Svojcem bolnika posreduje informacije glede na pooblastilo bolnika. Dokument opisuje tudi obseg posegov, ki se izvajajo na negovalnem oddelku. Določa kompetence medicinske sestre na negovalnem oddelku v zvezi s prepisovanjem terapije na terapevtskem listu in z organiziranjem sestankov za posredovanje osebnih informacij svojcem s strani zdravnika. V dokumentu so tudi navodila o nadomeščanju zdravnika, svetovalca za neakutno obravnavo in zdravnika specialista (SOP 104-001, 2009).

Dokument je pomembno navodilo za izvajanje aktivnosti zdravnika za potrebe bolnika v neakutni obravnavi, obenem pa je dragocen pripomoček medicinski sestri na negovalnem oddelku za organizacijo obravnave bolnika s strani zdravnika.

*Izvedbeno navodilo za klinično pot ob akutnem poslabšanju zdravstvenega stanja bolnika v neakutni obravnavi v negovalnem oddelku* opredeljuje standardne operativne postopke za izvajanje neakutne obravnave po *Klinični poti ob akutnem poslabšanju zdravstvenega stanja bolnika v neakutni obravnavi na negovalnem oddelku (KPZNAO)*. KPZNAO se izpolni vedno ob akutnem zapletu ne glede na to ali je bolnik premeščen nazaj v akutno obravnavo ali ne. Medicinska sestra obvesti, če je mogoče,

neposredno zdravnika specialista, ki je zdravil bolnika v neakutni obravnavi, popoldne ali ponoči pa dežurnega zdravnika, in to dokumentira tudi v KPZNAO. Dokumentira tudi, kdaj je poslabšanje zdravstvenega stanja bolnika nastalo, v rednem delovnem času ali v času dežurstva. Dokumenta vsebujeta tudi informacije o tem, ali so bili zaradi poslabšanja zdravstvenega stanja izvedeni osnovni ali zahtevnejši diagnostični postopki ali ne, in jih tudi definirata. Bolnik mora biti ob poslabšanju zdravstvenega stanja v roku osmih ur premeščen nazaj na akutni oddelek, če ni, je to odstopanje od klinične poti in zahteva dodatno pojasnilo v rubriki Odstopanje od klinične poti. Vodja negovalnega tima na negovalnem oddelku napiše Zaključno poročilo izvajalcev neakutne obravnave na negovalnem oddelku in ga posreduje vodji negovalnega tima na akutnem oddelku. V primeru poslabšanja zdravstvenega stanja in premestitve bolnika na akutni oddelek izven rednega delovnega časa, se zaključno poročilo napiše v prvem delovnem dnevu po premestitvi. Vsi podatki se dokumentirajo v KPZNAO, v primeru odstopanja od klinične poti, je odstopanje potrebno zabeležiti in obrazložiti v rubriki Odstopanje od klinične poti.

Dokumenta sta pomemben pripomoček in vodilo medicinski sestri in zdravniku za postopanje v primeru poslabšanja zdravstvenega stanja bolnika v neakutni obravnavi. Omogočata dobro komunikacijo med člani zdravstvenega tima negovalnega oddelka in akutnega oddelka ter povečujeta varnost obravnave bolnika ob akutnem poslabšanju zdravstvenega stanja.

## **Zaključek**

V času sodobnih informacijskih sistemov si dela v zdravstvu brez dobre dokumentacije ne moremo več predstavljati. Zaradi vedno novih delovnih procesov in postopkov potrebujemo dobro podporo dokumentov, ki opredeljujejo standardne operativne postopke za zbiranje podatkov o bolniku, načrtovanje, realizacijo, evalvacijo ter spremljanje in zagotavljanje kakovosti obravnave bolnikov, pa tudi sistematizirane dokumente, ki omogočajo preglednost in dobro razumevanje informacij za vse člane timov, ki pri svojem delu z bolnikom posegajo po teh dokumentih. Le tako lahko zagotavljamo dobro komunikacijo med člani timov, sledljivost podatkov ter varno in neprekinjeno obravnavo bolnikov.

## **Literatura**

1. Toporišič J. Slovenski pravopis. Slovenska akademija znanosti in umetnosti, Znanstvenoraziskovalni center, Ljubljana, 2001. Dostopno na: <http://bos.zrc-sazu.si/sp2001.html> (31.10.2013).
2. Kališnik M, Klun B, Legan M, Radšel Medvešček A, Sever Jurca D, Sket D. Slovenski medicinski slovar. Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta. Ljubljana, 2012.
3. Šušteršič O, Rajkovič V. Documentation based quality assurance in nursing care. V: Documenting nursing care – enhancing patient care through nursing documentation: new directions for novices and experts. Bled, ACENDIO 2005.



4. Harkreader H, Hogan MA. Fundamentals of nursing caring and clinical judgment. USA Elsevier Science 2004: 217-29.
5. Naka S. Pomen dokumentacije v zdravstveni negi. In: Rijavec I. Dokumentiranje v procesu zdravstvene nege kirurškega bolnika: zbornik predavanj. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babcin zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji. Ljubljana, 2006.
6. Owen K. Documentation in nursing practice. Nursing Standard 2005; 19 (32): 48-9.
7. Navodilo o zagotavljanju zdravstvene in socialnovarstvene obravnave v primerih odpusta iz bolnišnic ter v primerih, ko upravičenec živi doma. Zakon o državni upravi (ZDU). Uradni list Republike Slovenije št. 52/02, 110/02, 56/03.
8. Crouch D. Intermediate care how nurses fit in. NT 2003; 99: 20-3.
9. Peternej A, Šorli J. Neakutna obravnava – nepogrešljivi del v celostni zdravstveni oskrbi. Zdrav Vest 2004; 73: 743-48.

## Viri

1. Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo. Statistični podatki. Interni vir, 2007.
2. SOP 104-002. Organizacija dela na negovalnem oddelku (NO). Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, Negovalni oddelek, 2009.
3. SOP 104-004. Izvedbeno navodilo KPNAO. Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, Negovalni oddelek, 2009.
4. OBR 111-057. Obvestilo o premestitvi svojca na negovalni oddelek. Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, Negovalni oddelek, 2009.
5. OBR 104-011. Klinična pot za neakutno obravnavo bolnika v negovalnem oddelku. Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, Negovalni oddelek, 2013.
6. OBR 104-013. Zaključno poročilo izvajalcev neakutne obravnave na negovalnem oddelku. Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, Negovalni oddelek, 2009.
7. OBR 111-092. Obvestilo službi zdravstvene nege. Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, 2012.
8. SOP 104-001. Delo zdravnika ob premestitvi in bivanju bolnika na negovalnem oddelku – neakutna obravnava. Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, Negovalni oddelek, 2009.
9. SOP 104-003. Izvedbeno navodilo za klinično pot ob akutnem poslabšanju zdravstvenega stanja bolnika v NAO. Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, Negovalni oddelek, 2009.
10. OBR 104-012. Klinična pot ob akutnem poslabšanju zdravstvenega stanja bolnika v NAO (KPZNAO). Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, Negovalni oddelek, 2009.

# KAZALNIKI KAKOVOSTI NA NEGOVALNEM ODDELKU

*dr. Saša Kadivec, prof. zdr. vzg.*

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

E - pošta: [sasa.kadivec@klinika-golnik.si](mailto:sasa.kadivec@klinika-golnik.si)

---

## Izvleček

**Izhodišča:** Spremljanje kazalnikov kakovosti omogoča spremljanje kakovosti in pomaga razumeti, kako daleč smo od postavljenega standarda. Spremljanje kazalnikov kakovosti na negovalnem oddelku nam daje izhodišča za boljše načrtovanje in izvajanje neakutne obravnave.

**Metode:** Spremljali smo vse bolnike, ki so bili v Kliniki Golnik vključeni na negovalni oddelek od 1. januarja 2010 do avgusta 2013. Spremljali smo kazalnike kakovosti, kot so delež vseh bolnikov na negovalnem oddelku, struktura bolnikov po spolu in starosti, povprečna ležalna doba, lokacija, na katero so bolniki odpuščeni z negovalnega oddelka, stopnja zahtevnosti zdravstvene nege ob sprejemu na negovalni oddelek in ob odpustu ter druge.

**Rezultati:** V letih od 2010 do avgusta 2013 je bilo na negovalni oddelek Klinike Golnik sprejetih 496 bolnikov, kar predstavlja 2% vseh bolnikov, ki so bili v tem času sprejeti v bolnišnico. Povprečna ležalna doba je naraščala od 16 dni (2010) do 21 dni (2012). Večina bolnikov (69%) je bila odpuščena domov ali v institucionalno varstvo, 5,5% jih je bilo odpuščenih na drugo samostojno lokacijo za izvajanje neakutne bolnišnične obravnave, umrljivost je bila 6%. Pri oceni zahtevnosti zdravstvene nege se je od sprejema do odpusta bolnika z negovalnega oddelka delno zmanjšal delež bolnikov v 3. kategoriji.

**Diskusija in zaključek:** Spremljanje kazalnikov kakovosti je bistvenega pomena za zagotavljanje kakovosti neakutne obravnave in večanja sposobnosti pacientove samooskrbe po zaključeni akutni zdravstveni obravnavi.

**Ključne besede:** negovalni oddelek, zdravstvena nega, kazalniki kakovosti

**Key words:** intermediate care department, nursing care, quality indicators

## 1. Uvod

Kakovost zdravstvene obravnave je temelj uspešnega zdravljenja. Merjenje kakovosti v zdravstvu s pomočjo kazalnikov je namenjeno široki skupini uporabnikov. Izvajalec zdravstvenih storitev rezultate uporabi za spremljanje in izboljševanje kakovosti storitev, plačnik potrebuje informacije o učinkoviti porabi sredstev, pacienti želijo podatke, ki jim lahko pomagajo pri izbiri izvajalca, prebivalstvo zahteva

zagotovilo o primernosti zdravstvenega sistema (Pribakovič Brinovec, Masten Cuznar, Ivanuša, Leskovšek, Pajntar, Poldrugovac, Simčič et al, 2010).

Kazalnik kakovosti je merljiva lastnost, ki kaže stopnjo kakovosti zdravstvene oskrbe in se uporablja kot vodilo ter ocena za izboljševanje zdravstvene oskrbe pacientov, zdravstvenih in podpornih storitev in delovanja zdravstvene organizacije (Canadian Council on Health Services accreditation, 1996; povz. po Robida, 2009). Kazalnik nam pomaga razumeti, kje smo, kam gremo in kako daleč smo od standarda ali najboljše prakse ali ciljne vrednosti. Kaže na nekaj, kar se spreminja (Robida, 2009).

Danes se starostna meja preživetja ljudi, predvsem v razvitem svetu, vsako leto zvišuje. Po ocenah Svetovne zdravstvene organizacije se bo zaradi staranja prebivalstva in podaljševanja pričakovane življenjske dobe, breme kroničnih bolezni v prihodnjih letih še povečalo, kar bo za družbo predstavljalo posebne izzive na področju medgeneracijskih odnosov ter socialne, ekonomske, zaposlitvene in zdravstvene politike (WHO Global report, 2005). Zaradi pritiskov h krajšanju ležalne dobe v bolnišnicah so pacienti, odpuščeni iz bolnišnične obravnave »še vedno bolni« (Kadivec, Peternelj, 2008). Povečuje se zahtevnost zdravstvene nege in ključni elementi za obravnavo postajajo aktivno vključevanje pacienta, zahteven način zdravljenja kroničnih pacientov, pomoč pri samoobvladovanju bolezni in skrb za povezanost oskrbe. Pomembna postaja zdravstveno vzgojna priprava na odpust (Hainsworth, 2005; Preen, Bailey, Wright, Kendall, Phillips, Hung, Hendriks, Mather, Williams, 2005; Abad Corpa, et al, 2010; Sindhu, Pholpet, Puttapitukpol, 2010).

Veliko držav pripravlja nacionalne programe za urejanje in zagotavljanje zdravstvenih storitev starostnika in razvija različne oblike negovalnih oddelkov in ustanov, ki so namenjene neakutni obravnavi bolnika, pri katerem obravnava bolezni ne zahteva več diagnostičnih in terapevtskih postopkov ali posegov, potrebuje pa nadaljevanje zdravstvene nege, zdravstveno vzgojo in rehabilitacijo, da bi se izboljšala bolnikova sposobnost za samooskrbo (Peternelj, Šorli, 2004). Vendar se na te oddelke namešča tudi bolnike, ki čakajo na prosto mesto v domu starejših občanov ali na rešitev socialnega problema, pa tudi bolnike v zahtevni paliativni obravnavi (Veninšek, Kadivec, Košnik, 2011).

Leta 2001 so v Sloveniji v Projektu potreb in organiziranosti negovalnih oddelkov in zavodov v RS ugotovili, da za izvedbo programa negovalnih oddelkov potrebujemo 4,4 od vseh obstoječih postelj v bolnišnicah (Peternelj, 2000). Negovalni oddelki naj bi omogočili celostno in bolj kakovostno obravnavo bolnikov.

Izkušnje iz anglosaksonskega sveta kažejo, da model negovalnih bolnišnic, ki se danes udejanja v Sloveniji, ne prinaša rešitev za vse prihajajoče izzive. Ležalna doba na negovalnem oddelku je pomembno daljša, brez pomembne razlike v izidu obravnave, veliko bolnikov je brez pravega rehabilitacijskega potenciala, bolnišnice vidijo ključno vlogo v sprostivni akutnih postelj (Steiner, 2001; povz. po Veninšek, Kadivec, Košnik, 2011). Na drugi strani bolniki na neakutnih oddelkih navajajo boljše počutje, in jih je v treh mesecih po odpustu manj institucionaliziranih (Griffiths, Edwards, Forbes, Harris, Ritchie, 2007; povz. po Veninšek, Kadivec, Košnik, 2011).

Namen prispevka je prikazati nekatere kazalnike kakovosti, ki jih v okviru zdravstvene obravnave vodimo v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik (Klinika Golnik).

## 2. Metode

Podatki so bili pridobljeni na negovalnem oddelku Klinike Golnik. V vzorec so bili vključeni vsi bolniki, sprejeti na negovalni oddelek od 1. januarja 2010 do vključno 31. avgusta 2013, in niso bili vključeni v paliativno oskrbo ali na rehabilitacijo bolnikov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo (KOPB).

Na podlagi obdelave pridobljenih podatkov smo izmerili kazalnike kakovosti izvajanja neakutne bolnišnične obravnave: delež pacientov odpuščenih domov ali v institucionalno varstvo, izboljšanje sposobnosti samooskrbe, delež premestitev v akutno obravnavo, delež vključenih v paliativno oskrbo, delež vključenih v neakutno bolnišnično obravnavo izven negovalnega oddelka Klinike Golnik in delež umrlih bolnikov (Slak, 2013).

## 3. Rezultati

### 3.1. Število vključenih bolnikov

V letih od 2010 do avgusta 2013 je bilo na negovalni oddelek Klinike Golnik sprejetih 496 bolnikov, kar predstavlja 2% vseh bolnikov, ki so bili v tem času sprejeti v bolnišnico (tabela 2). Delež starih nad 65 let se je do avgusta 2013 znižal z 80% na 46%. Najnižja starost bolnika je bila 28 let in najvišja 106 let (tabela 2). Povprečna izračunana starost moških sprejetih na negovalni oddelek je med 73 in 74 leti, pri ženskah med 73 in 75 leti. V letu 2010 je bila povprečna ležalna doba 16 dni in narašča, leta 2012 je bila 21 dni, do avgusta leta 2013 pa spet 16 dni.

**Tabela 1: Delež vseh bolnikov na negovalnem oddelku**

leto	št. vseh sprejetih bolnikov	št. boln na NO	delež boln na NO
2010	5940	149	2,51%
2011	8186	125	1,53%
2012	6479	131	2,02%
2013	4641	91	1,96%
skupaj	25246	496	1,96%

**Tabela 2: Povprečna starost bolnikov na negovalnem oddelku**

	povprečna starost		nad 65 let	min	max.
	moški	ženske			
leto					
2010	73,7	73,7	80%	28	97
2011	73	74	76%	32	98
2012	73,8	74	75,5%	39	93
2013	74	75	46%	33	106

**Tabela 3: Povprečna ležalna doba**

leto	povprečna ležalna doba
2010	16
2011	18,9
2012	21
2013	16

**3.2. Kam so bolniki odpuščeni iz negovalnega oddelka**

Bolniki sprejeti na negovalni oddelek so bili odpuščeni v domače okolje ali v ustanovo, na drugo samostojno lokacijo za izvajanje NBO, vključeni nazaj v akutno obravnavo ali pa so umrli (tabela 4).

**Tabela 4: Bolniki sprejeti na negovalni oddelek in odpuščeni na različne lokacije**

Leto	sprejeti na NO	odpuščeni domov ali v institucionalno varstvo	odpuščeni na drugo lokacijo za izvajanje NBO	vključeni nazaj v akutno obravnavo	vključeni v paliativno oskrbo	umrli
2010	148	104 (70%)	13 (9%)	20 (13,5%)	/	11 (7,5%)
2011	125	88 (70,5%)	9 (7%)	18 (14,5%)	/	10 (8%)
2012	132	92 (70%)	2(1,5%)	19 (14,5%)	15 (11%)	4 (3%)
2013	91	59 (65%)	3 (3,5%)	13 (14%)	8 (9%)	5 (5,5%)
(do 31.8.)						
Skupaj	496*	343 (69%)	27 (5,5%)	70 (14%)	23 (10%)	30 (6%)

\*3 bolniki, sprejeti v letu 2013 na negovalni oddelek, do konca avgusta 2013 še niso bili odpuščeni.

Večina bolnikov (69%) je bila odpuščena domov ali v institucionalno varstvo, 5,5% jih je bilo odpuščenih na drugo samostojno lokacijo za izvajanje neakutne bolnišnične obravnave. Ponovno obravnavo v akutnem oddelku je potrebovalo 14% bolnikov, umrljivost je bila 6%. V paliativno oskrbo je bilo vključenih 10% bolnikov, ki so bili sprejeti na negovalni oddelek.

Pri bolnikih, sprejetih na negovalni oddelek Klinike Golnik, smo spremljali tudi stopnjo zahtevnosti zdravstvene nege bolnikov ob sprejemu in ob odpustu z oddelka (domov, v institucionalno varstvo in na drugo samostojno lokacijo za izvajanje NBO) (Tabela 4).

### 3.3. Stopnja zahtevnosti zdravstvene nege bolnikov od sprejema do odpusta

**Tabela 5: Stopnja zahtevnosti zdravstvene nege bolnikov ob sprejemu in ob odpustu domov, v institucionalno varstvo in na drugo samostojno lokacijo za izvajanje NBO**

	Kategorija zahtevnosti zdravstvene nege					
	Ob sprejemu			Ob odpustu		
	I.	II.	III.	I.	II.	III.
2010	27 (23,0%)	38 (32,5%)	52 (44,5%)	36 (31%)	34 (29%)	47 (40%)
2011	18 (18,5%)	29 (30%)	50 (51,5%)	20 (21%)	37 (38%)	40 (41%)
2012	11 (12%)	31 (33%)	52 (55%)	17 (18%)	30 (32%)	47 (50%)
2013*	6 (10%)	25 (40%)	31 (50%)	11 (18%)	21 (34%)	30 (48%)
Skupaj	62 (17%)	123 (33%)	185 (50%)	84 (23%)	122 (33%)	164 (44%)

\*Podatki veljajo do vključno 31.8.2013

Rezultati pokažejo, da je bila polovica bolnikov, sprejetih na negovalni oddelek, pri opravljanju življenjskih aktivnosti popolnoma odvisnih od medicinske sestre, dobra tretjina je delno odvisna in 17% samostojnih (tabela 5).

Pri oceni zahtevnosti zdravstvene nege se je od sprejema do odpusta bolnika z negovalnega oddelka delno zmanjšal delež bolnikov v 3. kategoriji (popolnoma odvisni od pomoči medicinske sestre pri izvajanju življenjskih aktivnosti) in sicer s polovice na 44%, delež bolnikov v 2. kategoriji (delna odvisnost od pomoči medicinske sestre pri izvajanju življenjskih aktivnosti) je ostal enak, delež samostojnih bolnikov pa se je zvečal na 23%.

## 4. Razprava

Z odprtjem negovalnega oddelka v Kliniki Golnik smo prvi v Sloveniji pričeli izvajati program neakutne zdravstvene obravnave, kot je bil predviden po našem projektu in se pri indikacijah za sprejem držali postavljenih kriterijev. Na negovalni oddelek smo v letih od 2010 do avgusta 2013 sprejeli okrog 2% bolnikov. V letih od 2003 do 2004 smo sprejeli 4,4% bolnikov (Peternej, Šorli, 2004). Razlog za zmanjšanje je v uvrstitvi deleža bolnikov v paliativno oskrbo, kar smo v preteklosti uvrščali med negovalne bolnike. Tako smo prispevali k sproščanju postelj in omogočili hitrejši pretok bolnikov.

Ležalna doba se je od leta 2010 do avgusta 2013 višala in je precej višja kot v letih od 2003 do 2004, ko je bila 11,1 oz. 12,3 dni (Peternej, Šorli, 2004). Povprečna ležalna doba na negovalnem oddelku v Splošni bolnišnici Jesenice (SBJ) je bila leta 2007 22,9 dni (Valjavec, Sivec, Noč, 2009). Razlog za to je v sprostivni omejitvi bivanja na negovalnem oddelku s strani plačnika. Verjetno pa vplivajo na daljšo ležalno dobo tudi kratke hospitalizacije in hitrejši pričetek neakutne obravnave. Neakutna obravnava je namenjena predvsem starejšim bolnikom. V našem primeru je povprečna starost bolnikov med 73 in 74 leti, enako za moške in ženske. Delež starejših od 65 let je med 75 in 80%. V primerjavi z leti od 2003 do 2004 se je povprečna starost malenkost zvišala (z 71, 4 v 2003 na 72, 9 v 2004), delež starejših nad 65 let je bil 2003 79,1% in 2004 74%.

Umrljivost v letih od 2010 do 2013 je bila 6%, kar je manj, kot je bila v letih od 2003 do 2004, ko je bila 10,2% (Peternej, Šorli, 2004). V SBJ je leta 2007 na oddelku za zdravstveno nego umrlo 11,24% bolnikov, 16% se je vrnilo na akutni oddelek (Valjavec, Sivec, Noč, 2009). Zmanjšana delež umrljivosti gre na račun sistematičnega uvajanja programa paliativne oskrbe. S pravočasnim prepoznavanjem paliativnih bolnikov in z vključevanjem v paliativno oskrbo, se manjša umrljivost negovalnih bolnikov. S pravočasnim prepoznavanjem bolnikov, ki sodijo v paliativno oskrbo, pa bomo umrljivost lahko še zmanjšali. V letih od 2010 do 2013 se je 14% bolnikov vrnilo na akutni oddelek, kar je več kot v letih od 2003 do 2004, ko je bilo takih 9,5% bolnikov (Peternej, Šorli, 2004). Kazalnik vrnitve v akutno obravnavo je pomemben, saj vpliva na kazalnik večje stopnje samostojnosti in kaže na to, da bolniki verjetno niso v celoti izpolnjevali kriterijev za sprejem. Eno od meril za to je tudi upoštevanje vseh elementov klinične poti za premestitev bolnika v neakutno obravnavo.

Kazalniki kakovosti, merjeni na negovalnem oddelku Klinike Golnik pokažejo, da je največ bolnikov, sprejetih na negovalni oddelek, odpuščenih domov ali v ustanovo (70%), na akutne oddelke se je vrnilo 14% bolnikov, umrlo jih je 6% in 10% jih je bilo vključenih v paliativno oskrbo. Avtorja Peternej in Šorli (2004) navajata podobno in sicer se je 60% bolnikov vrnilo domov, 10,6 % pa v socialnovarstvene ustanove. Število bolnikov, ki so potrebovali paliativno oskrbo, se je od obdobja med 2003 in 2004 do danes zvečalo s 6,1% na 10%. Podobno ugotavljajo v SBJ. Leta 2007 je odšlo 72,7% bolnikov domov in v dom upokojencev 9% (Valjavec, Sivec, Noč, 2009). Razlog za večjo potrebo po paliativni obravnavi je v večji prepoznavnosti teh bolnikov in poznavanju kriterijev za začetek te obravnave. Razlog za visok delež bolnikov, ki odidejo domov, pa je boljša koordinacija in priprava na odpust ter boljša priprava bolnika in svojcev (poznavanje bolezni, veščin ipd.).

Kar polovica bolnikov, sprejetih na negovalni oddelek, je pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnosti popolnoma odvisnih od medicinske sestre, tretjina je delno odvisnih, ostali so samostojni. Ob odpustu se je zmanjšal delež popolnoma odvisnih bolnikov, delež delno odvisnih pa je ostal enak, kar je tudi namen delovanja programa zdravstvene nege, zdravstvene vzgoje in rehabilitacije v neakutni obravnavi. V letih od 2003 do 2004 je bilo ob sprejemu 28,65%, 35,57% in 35,08% bolnikov uvrščenih v kategorijo zdravstvene nege I, II oziroma III. Med obravnavo se je odvisnost od pomoči medicinske sestre zmanjšala, tako da je bilo ob odpustu v kategorijo I, II in III razvrščenih 42,78%, 23,02% oziroma 34,02% bolnikov (Peternej, Šorli, 2004; Veninšek, Kadivec, Košnik, 2011).

Vsebina dela na negovalnem oddelku zahteva spremljanje zahtevnosti zdravstvene nege ob sprejemu in odpustu. V našem primeru je bil največji delež popolnoma odvisnih bolnikov, ki pa je ob odpustu za nekaj odstotkov padel v korist samostojnih bolnikov. Delež delno odvisnih se ob odpustu ni spremenil. S programom zdravstvene nege, zdravstvene vzgoje in rehabilitacije smo pri manjšem deležu bolnikov dosegli večjo stopnjo samooskrbe. Večja sposobnost samooskrbe bolnika je pomemben kazalnik kakovosti oskrbe v neakutni obravnavi, saj pomembno vpliva na nadaljnjo oskrbo bolnika po odpustu. Delno otežuje porast tega kazalnika kakovosti narava bolnikov v neakutni obravnavi, saj pri kroničnih bolnikih po vsakem akutnem poslabšanju bolezni sposobnost samooskrbe nekoliko upade. Za rast tega kazalnika kakovosti je treba vrsti in potrebam bolnikov še bolj prilagoditi vsebino in organizacijo dela na negovalnem oddelku, potrebno je bolj intenzivno vključevanje fizioterapevta, večje

vključevanje prostovoljcev in svojcev bolnika, vključitev delovnega terapevta in zdravstvena vzgoja bolnika in svojcev. S povečanjem deleža bolnikov, sposobnih samooskrbe, se bo povečal delež bolnikov odpuščenih v domače okolje, saj ima bivanje v domačem okolju prednost pred ostalimi organiziranimi oblikami oskrbe (Slak, 2013).

## 5. Zaključek

Spremljanje kazalnikov kakovosti je bistvenega pomena za zagotavljanje sistema vodenja kakovosti in kakovosti življenja bolnikov s kronično boleznijo.

## 6. Literatura

1. Abad-Corpa E, Carillo-Alcaras A, Royo-Morales T, Perez-Garcia M, Rodriguez Mondejar JJ, Saez-Soto AR, Iniesta-Sanchez J. Effectiveness of planning hospital discharge and follow up in primary care for patients with chronic obstructive pulmonary diseases: research protocol. *J Adv Nurs* 2010; 66 (6): 1365-70.
2. Hainsworth T. The national service framework for long-term conditions. *Nurs Times* 2005; 101: 24-5.
3. Kadivec S, Peternejl A. Koordinator odpusta. *Utrip* 2008; 16 (7-8): 13.
4. Peternejl A, Šorli J. Neakutna obravnava – nepogrešljiv del v celostni zdravstveni oskrbi. *Zdrav Vestn* 2004;73:743-8.
5. Peternejl A. Idejni projekt negovalnega oddelka v Bolnišnici Golnik. *Obzor. zdrav. neg.*, 2000, letn. 34, št. 3-4, str. 105-113.
6. Preen D, Bailey B, Wright A, Kendall P, Phillips M, Hung J, Hendriks R, Mather A, Williams E. Effects of a multidisciplinary, post-discharge continuance of care intervention on quality of life, discharge satisfaction, and hospital length of stay: a randomized controlled trial. *Int J Qual Health Care* 2005; 17(1):43-51.
7. Pribakovič Brinovec R, Masten Cuznar O, Ivanuša M, Leskošek B, Pajntar M, Poldrugovac M, Simčič B, Tušar S. Priročnik o kazalnikih kakovosti. Ur. Pldrugovac, Simčič-različica 1,0.Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2010.
8. Robida A. Pot do odlične zdravstvene prakse: vodnik za izboljševanje kakovosti in presojo lastne zdravstvene prakse. Ljubljana, GV, 2009.
9. Sindhu S, Pholpet C, Puttapitukpol S. Meeting the challenges of chronic illness: a nurse-led collaborative community care program in Thailand. *Collegian* 2010;17: 93-9.
10. Slak, J. Kazalniki kakovosti neakutne obravnave poročilo in obravnava 2010-2013. V: Kadive (ur.)10.golniški sipozij, [Bled, 18. in 19. oktober 2013]. Zdravstvena oskrba bolnika z boleznijo pljuč : zbornik predavanj : program za medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, 2013, str. 26-31.
11. Valjavec M, Sivec G, Noč D. Kakovostna priprava bolnika na odpust z oddelka za zdravstveno nego v Splošni bolnišnici Jesenice. In: Žagar M, ed. Kakovostna skrb za družino. Kranj: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Gorenjske; 2008.
12. Veninšek G, Kadivec S, Košnik M. Vloga in pomen negovalnih bolnišnic v Sloveniji. V: Fras (ur.), Poredoš (ur.). 53. Tavčarjevi dnevi, Portorož, 3.-5. november 2011. Zbornik prispevkov. V Ljubljani: Medicinska fakulteta, Katedra za interno medicino, 2011, str. 371-377.
13. World Health Organization Global Report.Preventing chronic disease: a vital investment. Geneva: World Health Organization; 2005. Dosegljivona: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/en/](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/) (dostop 27.9.2010).



# ***PALIATIVNA OSKRBA V KLINIKI GOLNIK: KLJUČNI RAZVOJNI KORAKI***

***Urška Lunder, dr. med., spec. paliativne oskrbe, vodja paliativnih dejavnosti v Kliniki Golnik***

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

E-pošta: [urska.lunder@klinika-golnik.si](mailto:urska.lunder@klinika-golnik.si)

---

## **Uvod**

Paliativna oskrba se osredotoča na preprečevanje in lajšanje trpljenja motečih telesnih simptomov, psihosocialnih in duhovnih problemov tako bolnikov z napredovalo neozdravljivo boleznijo kot tudi njihovih bližnjih v času obravnave bolnika in po njegovi smrti v času žalovanja (1). S paliativno oskrbo želimo omogočiti najboljšo možno kakovost življenja bolnikom in njihovim bližnjim, tako da zgodaj ugotovimo in obravnavamo telesne, psiho-socialne in praktične probleme ob napredovali bolezni. Osnovne dejavnosti v paliativni oskrbi so: ocena in obravnava bolečine in drugih motečih simptomov (težke sape, delirija, utrujenosti, slabosti, črevesne zapore, depresije in drugih), ugotavljanje in obravnava stranskih učinkov zdravljenja, nato občutljivo komuniciranje z bolnimi in njihovimi bližnjimi ter podpora v odločanju o nadaljnjih medicinskih ukrepih (2). Ugotavljanje bolnikovih ciljev in njihovo uravnavanje z realnimi možnostmi so zahtevne veščine, ko je potrebno v prvi vrsti upoštevati bolnikove vrednote in izbiro. Paliativna oskrba je lahko uvedena že zgodaj - sočasno s procesi zdravljenja napredovale neozdravljive bolezni, na primer s kemoterapijo, z obsevanjem ali biološkim zdravljenjem.

Paliativna oskrba se v sodobnem času hitro razvija tudi v Sloveniji. Potreba po organizirani paliativni obravnavi je postala očitna s porastom števila bolnikov s kroničnimi obolenji v poznem stadiju bolezni, predvsem pri naraščajoči populaciji starejših (3), in se je vedno bolj zavedajo tudi slovenski zdravstveni delavci (4).

Razvoj paliativne obravnave v bolnišnici vključuje odločitev za vključevanje v organizirano paliativno obravnavo in nato klinični proces oskrbe s pripravo na odpust domov, kadar je to mogoče, ali paliativno obravnavo do konca življenja v bolnišnici, kadar so težave prezahtevne za domačo oskrbo. Poleg tega vključuje tudi izobraževanje sodelavcev v bolnišnici in sodelovanje z zdravstvenim osebjem na primarni ravni.

V prispevku je ob kratkem prikazu dokazov učinkovitosti paliativne oskrbe opisana pot razvoja organizirane paliativne oskrbe v Kliniki Golnik, ki ima svojo enoto z 10 posteljami v okviru negovalnega oddelka. Kot ena prvih takšnih oblik specialistične paliativne obravnave v bolnišnicah je imel specialistični paliativni tim tudi vlogo razvijanja novih postopkov, izobraževanja in raziskovanja. Prikaz lahko služi razvoju podobnih oblik v drugih zdravstvenih institucijah.

## **Dokazi o učinkovitosti paliativne oskrbe**

Hiter razvoj medicine in posledično znatno povišana pričakovana življenjska doba z daljšim potekom napredovalih kroničnih bolezni v zadnjih desetletjih je odprla nove potrebe v zdravstvu: razvoj paliativne oskrbe na vseh ravneh in tako tudi v bolnišnicah. Kljub še vedno močno prisotnemu splošnemu mnenju, da je paliativna oskrba zadostna že v posameznih lajšanjih telesnih simptomov (ki, da jo počnemo že dolga desetletja vsi v zdravstvu), se je izkazalo, da brez usmerjene obravnave s poglobljenim znanjem in z organizacijsko strukturo ni mogoče učinkovito nasloviti bolnikovih celostnih potreb in visoko prevalenco bolečine ter drugih motečih simptomov med bolniki v bolnišnicah, ki se zdravijo za kronično napredovalo boleznijo ob koncu življenja (5, 6, 7). Učinkovitost paliativne obravnave presojamo glede na bolnikovo kakovost življenja v času napredovale neozdravljive bolezni, med umiranjem («dobra smrt») in glede na vpliv na kakovost življenja bolnikovih bližnjih (8). Že leta 1998 sta angleški raziskovalki v sistematičnem pregledu literature (9) dokazali, da specialistični timi paliativne oskrbe v bolnišnicah izboljšajo zadovoljstvo ter ugotovijo in obravnavajo več potreb bolnikov in njihovih bližnjih. Ob tem sta ugotovili, da več poklicni tim zmanjša stroške oskrbe z različnih vidikov, predvsem s skrajšanjem bivanja v bolnišnični akutni obravnavi za bolnike, ki so imeli specialistično paliativno obravnavo.

Kako pomembno je natančno in občutljivo komuniciranje ob koncu življenja, so dokazali že zgodaj v razvoju paliativne oskrbe (10, 11). Dokazali so, da slabo komuniciranje povzroča slabše zadovoljstvo in pogostejša dodatna obolenja tako pri bolnikih kot tudi pri njihovih bližnjih. Povzročajo tudi hitrejša in pogostejša vračanja v bolnišnice. Svetovna zdravstvena organizacija je na podlagi dokazov izdelala priporočila o potrebnosti organizirane paliativne oskrbe ne le za bolnike z napredovalim rakom, temveč tudi za bolnike z drugimi napredovalimi neozdravljivimi kroničnimi boleznimi (1, 2).

## **Začetki paliativne obravnave na negovalnem oddelku Klinike Golnik**

Vse od ustanovitve leta 2003 so bile na negovalnem oddelku štiri postelje namenjene paliativni obravnavi, kjer so v začetku takšno obravnavo prejeli predvsem bolniki, ki so zaključili onkološko zdravljenje, oz. tisti bolniki, ki so imeli izčrpano internistično terapijo kroničnih bolezni dihal oz. srčnega popuščanja.

Sočasno je bila prepoznana potreba po uveljavljanju zgodnejšega pristopa paliativne obravnave. Za bolnike s pljučnim rakom še v času systemskega onkološkega zdravljenja se je razvijalo spoznanje, da je treba to skupino bolnikov nasloviti v njihovih potrebah že ob sočasnem specifičnem onkološkem zdravljenju.



Slika 1: Paliativni tim negovalnega oddelka (foto: arhiv negovalnega oddelka)

V Kliniki Golnik je bil leta 2004 pod vodstvom prof. Andreja Debeljaka in prim. dr. Nadje Triller ustanovljen tim paliativne oskrbe, ki je deloval v okviru onkološke obravnave na oddelku 200. Med dejavnostmi lajšanja telesnih simptomov in socialne oskrbe je imelo pomembno mesto v začetkih organizirane paliativne oskrbe tudi tedensko informativno srečanje celotnega paliativnega tima za bolnike, ki ga je prav za takšna srečanja in pogovore v novo urejenem prostoru vodila psihologinja dr. Anja Simonič.



Slika 2: Paliativni tim na oddelku 200 (foto: arhiv Klinike Golnik)

Informativni sestanki so bolnikom, ki so se v Kliniki Golnik zdravili za razsejanim pljučnim rakom, omogočali natančno informiranje poleg psihologinje še s strani zdravnika, medicinske sestre, fizioterapevta, dietetičarke in duhovnega svetovalca. Dejavnost tedenskih timskih sestankov je osebu zagotovo prinesla nova znanja o tem, katere informacije bolniki najbolj potrebujejo, kakšne so njihove skrbi in stiske, pa tudi, kako v prihodnosti razviti organiziran pristop v času, ko nastopi potreba po lajšanju telesnih simptomov in se funkcijska sposobnost bolnikov zmanjšuje.

**Cilji informativnih srečanj s paliativnim timom za bolnike s pljučnim rakom in njihove svojce:**

1. aktivnejša vloga bolnikov in njihovih svojcev v komunikaciji z zdravstvenim osebjem;
2. večja informiranost bolnikov in njihovih svojcev o bolezni, zdravljenju in oblikah spoprijemanja z boleznijo z vidika različnih članov tima;
3. seznanitev s celotnim timom;
4. višja kakovost bivanja bolnikov v naši bolnišnici;
5. dobro timsko delo.

V naslednjem koraku razvoja organiziranosti v paliativni oskrbi so tedenska informacijska srečanja nadomestili strukturirani družinski sestanki paliativnega tima za posameznega bolnika z njegovimi bližnjimi.

## Enota paliativne obravnave na negovalnem oddelku

Z zaposlitvijo zdravnice leta 2007, ki je opravila triletno sub-specializacijo paliativne medicine v tujini, so specialistična znanja in prakse pomenili preobrat v razvoju paliativne oskrbe v Kliniki Golnik. Nova znanja o strukturiranem in sistematičnem ocenjevanju potreb bolnikov in njihovih bližnjih so vodila v oblikovanje novih specifičnih kliničnih ukrepov, dokumentiranje in v sodelovanju z lekarno Klinike, tudi v nove oblike farmakološkega zdravljenja. Uvedeno je bilo zdravljenje s paleto morfinskih preparatov za vse kronične bolezni ob koncu življenja, ne le za rakave bolnike. S sistematično organiziranimi izobraževanji za osebje na oddelku in tudi širše v Kliniki Golnik so bili uvedeni principi lajšanja motečih telesnih simptomov s predpisom zdravil kot osnovnih 24-urnih odmerkov in dodatnih rešilnih odmerkov za prebijajoči simptom po potrebi – tako za kronično bolečino, kot za težko sapo, slabost, nemir in delirij. Uvedeni so bili postopki predpisovanja morfinskih preparatov v raztopini, dovajanje mešanice zdravil prek elastomerne balonske črpalke v podkožni infuziji, podkožne infuzije tekočin ter novi pristopi in lokalno zdravljenje pri ranah zaradi pritiska.

Tudi specifične komunikacijske veščine so sestavni del paliativne obravnave, ko je potrebno začeti pogovore o neozdravljivi bolezni, njenem pričakovanem poteku in načrtu za nadaljevanje obravnave. Kdaj, kako, kaj in kdo naj se pogovarja o, v bolnikovem življenju verjetno najpomembnejših, informacijah, smo sistematično razvijali tudi z izobraževanji in razvijanjem poučevanja z igranjem vlog. Med najpomembnejšimi novostmi pa sta bila v specialistični paliativni obravnavi predvsem družinski sestanek in koordiniran odpust za pripravo domače oskrbe.



Slika 3: Družinski sestanek bolnice in njenih bližnjih s paliativnim timom (foto J. Suhadolnik)

Redni timski sestanki, ki se jih udeležijo poleg zdravnika specialista in zdravnika specializanta tudi oddelčne medicinske sestre, socialna delavka, psihologinja, po potrebi pa tudi fizioterapevti in dietetičarka, prispevajo k poenotenju spoznanj o bolniku, ciljih obravnave in skupnem reševanju neprestano prisotnih etičnih dilem. Na timskih sestankih se vsak teden posvetimo tudi dogodkom preteklega tedna s poudarkom na pregledu poteka obravnave umrlih in podpore njihovim bližnjim. Usmerimo se na strokovna vprašanja, pa tudi na komunikacijske značilnosti pri posameznih bolnikih in njihovih bližnjih ter naša lastna doživljanja ob tem.



Slika 4: Sestanek paliativnega tima na negovalnem oddelku (foto: arhiv negovalnega oddelka)

Od leta 2007 je bila paliativna enota z 10 posteljami po postopni prenovi negovalnega oddelka Klinike Golnik oblikovana z dvema sobama s po eno posteljo in z ostalimi s po dvema ali več posteljami. Urejena je bila soba za pogovore in preurejen dnevni prostor za bolnike in njihove bližnje. Kadar bolnikovi bližnji želijo spremljati in negovati svojega bolnega tudi ponoči, lahko v enoposteljnih sobah ob svojem bolnem tudi prenočujejo na zložljivem ležišču.



Slika 5: Soba za pogovore (foto J. Slak)

## Pilotni projekt pod okriljem Ministrstva za zdravje

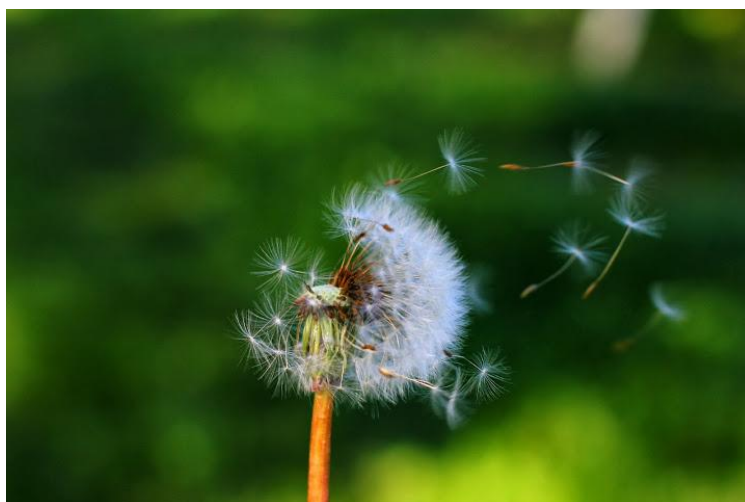
Pod okriljem Ministrstva za zdravje je v okviru izvrševanja Državnega programa PO potekal v letih 2009 in 2010 pilotni projekt vpeljave PO v gorenjski, ljubljanski in pomurski regiji s sodelujočimi bolnišnicami v teh regijah (12). Projekt je vodila strokovna skupina iz Klinike Golnik, kjer smo znanja in izkušnje razvijanja paliativne oskrbe v Enoti paliativne oskrbe negovalnega oddelka prenesli skupaj s sodelujočimi drugimi zdravstvenimi ustanovami z namenom preveriti prenosljivost modela na druge regije. Namen projekta je bil vzpostaviti standarde organizirane PO na vseh ravneh na bolnikovi poti z vpeljavo enotnih osnovnih standardov in enotnega dokumentiranja. Pri tem smo poleg kakovostne PO zasledovali storitve, jih beležili in opredeljevali, opredelili in spremljali kazalnike kakovosti, procesne kazalnike in izide za bolnike in njihove bližnje ter tudi za udeležene strokovne delavce. Projekt je ponujal veliko novih informacij, izstopali so novi podatki o različnosti potreb v mestnih in podeželskih regijah: po sistematičnem izobraževanju tako na primarni kot na sekundarni ravni, po kadrih za koordinirano in nepretrgano oskrbo, po sistematičnih organizacijskih, kadrovskih in finančnih rešitvah. Projekt je omogočal udeležencem iz treh regij, zdravstvenim delavcem in koordinatorjem pospešeno spoznavati ter si izmenjavati izkušnje vsakodnevnih kliničnih praks in svoja specialistična znanja. Iz projekta so izšli, poleg bogatih podatkov o tem, kako poteka umiranje v Sloveniji, tudi enotni modeli ocenjevanj potreb bolnikov in svojcev, enotna dokumentacija vodenja osnovne PO, program osnovnega izobraževanja PO in nabor predavateljev za izobraževanja. Ministrstvu za zdravje so bili predlagani številni ukrepi, med njimi tudi oblikovanje pogojev za enakomerno regijsko razvijanje paliativnih timov in regijskih koordinatorjev PO.

Kmalu po izvedbi pilotnega projekta vpeljevanja organizirane PO v treh regijah so začele, tudi zaradi intenzivnega sodelovanja med številnimi zdravstvenimi delavci in izredno velikega števila izobraževanj, nastajati nove iniciative in organizirani pristopi PO na še nekaterih kliničnih oddelkih slovenskih bolnišnic (13).

V okviru projekta je paliativni tim Klinike Golnik poleg knjižnega poročila projekta oblikoval tudi zloženki z informacijami o paliativni oskrbi in o žalovanju, ki so ju na Ministrstvu za zdravje izdali in razdelili v vse zdravstvene institucije v Sloveniji.



Slika 6: Zloženska informacij o paliativni oskrbi.



Slika 7: Zloženska informacij o žalovanju.

### **Razvoj paliativne dejavnosti na oddelkih akutne obravnave in koordinirano odpuščanje v domačo paliativno obravnavo**

Paliativni tim izvaja konzultacije za bolnike vseh diagnoz v paliativni obravnavi, tako raka kot tudi odpovedi organa (srčno popuščanje, kronična obstruktivna pljučna bolezen, napredovala nevrološka obolenja, kot so demenca, ALS, Parkinsonova bolezen in druge) na ostalih oddelkih klinike: za specialistično zdravljenje telesnih simptomov, psiho-socialno oporo, zaplete pri komuniciranju in izvajanje družinskih sestankov za pripravo načrta obravnave s koordinacijo ob odpustu. Nato bolnike podpiramo s spremljanjem po telefonu in jih po potrebi povabimo na ambulantni obisk v zgodnji paliativni oskrbi, bolnike v gorenjski in ljubljanski regiji pa lahko obiščemo tudi na domu.



## Ambulanta zgodnje paliativne obravnave

Osebe paliativnega tima izvaja tudi program zgodnje paliativne oskrbe, ko bolnike s pljučnim rakom z zasevki sočasno s specifičnim onkološkim zdravljenjem vključimo v zgodnjo ambulantno paliativno obravnavo.

Po obisku paliativnega tima in raziskovalne skupine v Bostonu pod okriljem dr. Jennifer Temel, ki je zasnovala delovanje ambulant zgodnje paliativne obravnave (14), deluje ambulanta zgodnje paliativne oskrbe v Kliniki Golnik od novembra 2010.

V začetnem stadiju bolezni je bolnik deležen natančne celostne ocene lajšanja vseh potreb, seznanjen je z možnostmi podpore v prihodnosti in ima večjo možnost soodločanja v onkološki obravnavi. Svojci so podprti v njihovih praktičnih in psihičnih naporih, skrbah in potrebah. Prejmejo informacije o možni pomoči in pripomočkih na domu. Pomembno dejstvo v zgodnji obravnavi je tudi spoznavanje bolnikovega psihičnega odziva na neozdravljivo bolezen, da lahko predvidevamo možen potek in preprečimo nepotrebno trpljenje. Za bolnike v napredovalnem času bolezni skrbimo tudi z nasveti po telefonu in omogočamo družinskemu zdravniku in patronažni medicinski sestri podporo za vodenje vse do smrti bolnika.

Na leto vodimo od 35 do 40 novih bolnikov, z do sedaj največ 10 ambulantnimi pregledi za posameznega bolnika in z najdaljšim spremljanjem bolnika, ki je trajalo 2 leti in tri mesece. Najprej so zdravniki napotili bolnike v zgodnjem času specifičnega onkološkega zdravljenja skupaj z njihovimi svojci sočasno tudi v ambulanto zgodnje paliativne obravnave, v zadnjih dveh letih pa so v ambulanto zgodnje paliativne obravnave napoteni tudi bolniki z drugimi internističnimi in nevrološkimi napredovalimi neozdravljivimi obolenji.

Bolniki po diagnozah:

69% z rakavim obolenjem (57% rakavih bolnikov ima sočasno tudi boleznimi odpovedi organa)

31% bolnikov z nerakavo boleznijo:

- kronična obstruktivna pljučna bolezen,
- srčno popuščanje,
- napredovala Alzheimerjeva demenca, napredovala vaskularna demenca,
- Parkinsonova bolezen,
- možganska kap
- amiotropna lateralna skleroza,
- stanje po transplantaciji srca z zapleti.

Tabela 1: Bolniki po regijah

<b>BOLNIKI PO REGIJAH</b>	<b>%</b>
Gorenjska regija	42
Ljubljanska regija	34
Ostale regije	24

Ambulanta zgodnje paliativne obravnave omogoča boljšo podporo bolnikom z neozdravljivo napreduvalo boleznijo tako pri napreduvalnem raku kot pri vseh drugih boleznih v paliativni oskrbi, zgodaj v poteku neozdravljive bolezni in vse do bolnikove smrti. Pogosto z našim pristopom ne dosežemo le boljšega informiranja, natančnejšega lajšanja telesnih simptomov in izboljšanega psihičnega stanja, temveč v dobro podprti domači oskrbi bolniki pogosteje ostanejo doma vse do svoje smrti.

### Akreditacije in imenovanja

Klinika Golnik je leta 2010 v Milanu prvič prejela akreditacijo Evropskega združenja za internistično onkologijo »ESMO Designated Center of Integrated Oncology and Palliative Care«. Program ESMO akreditacije za odličnost v celovitosti specifične onkološke in paliativne oskrbe je bil ustanovljen leta 2003 kot priznanje uspešnega vključevanja principa celostne obravnave onkoloških bolnikov do konca življenja. Do letos je certifikat prejelo 161 centrov z vsega sveta. Akreditacijo podeljujejo za obdobje treh let in s spodbudo k rednim re-akreditacijam smo zavezani k nadaljevanju izpolnjevanja predpisanih standardov in kriterijev s trinajstih področij. Za ohranitev naziva je potrebno izpolnjevati tako strokovne kot kadrovske zahteve. V septembru 2013 smo v Amsterdamu prejeli certifikat re-akreditacije za naslednja tri leta.

Klinika Golnik pa je s svojimi aktivnostmi organiziranja paliativne oskrbe tudi zunaj ustanove v drugih slovenskih zdravstvenih institucijah, z rednim izobraževanjem in s sodelovanjem v programu The International Palliative Care Leadership Development Initiative pri Inštitutu paliativne medicine v San Diegu prejela tudi imenovanje: »A Leading Palliative Care Organization«.

Ob tem je Urška Lunder po končani sub-specializaciji v dodatnem dveletnem izobraževanju v omenjenem mednarodnem programu razvoja strategij za vpeljevanje paliativne oskrbe v San Diegu januarja 2012 prejela naziv »International Palliative Care Leader«.



Slika 8: Imenovanje Klinike Golnik s strani Mednarodne iniciative za razvoj vodenja organizirane paliativne oskrbe (foto: arhiv negovalnega oddelka)

## Zaključek

Organizirana paliativna oskrba je v zadnjih desetih letih v Kliniki Golnik razvila kompleksne dejavnosti na različnih ravneh. Iz zametkov paliativne obravnave v na novo ustanovljenem negovalnem oddelku pred desetimi leti, so zrasle aktivnosti, ki so iz vedno bolj razvitega in strukturiranega dela na enoti paliativne obravnave v okviru negovalnega oddelka vplivale ne le na način obravnave bolnih z napredovalo kronično boleznijo v kliniki, temveč tudi širše, v drugih zdravstvenih organizacijah po Sloveniji. Cilj bolnišnične paliativne obravnave je omogočiti bolnikom ob koncu življenja pripravo na paliativno obravnavo doma, kadar je to le mogoče. Zato je izjemnega pomena tako razvijanje dejavnosti koordiniranega odpusta iz bolnišnice in tesno sodelovanje s primarnim timom na terenu s 24-urno dostopnostjo z nasveti, kot tudi razvoj zgodnje ambulantne paliativne obravnave. Takšna obravnava obeta bistveno izboljšanje doživljanja bolezni ne le za bolnike z napredovalim rakom, temveč tudi za bolnike z drugimi napredovalimi neozdravljivimi kroničnimi boleznimi.

V paliativnem timu smo razvili nove specifične pristope in prenesli dokazane farmakološke ukrepe v prakso, uveljavili uspešnejše komunikacijske in organizacijske modele družinskih sestankov in koordinacije odpusta ter organizirali redna izobraževanja ne le v Kliniki Golnik temveč v celotnem slovenskem prostoru. Razvili smo tudi vezi mednarodnega sodelovanja v vodenju razvoja paliativne oskrbe in v raziskovanju.

*»We can not take away the whole hard thing that is happening, but we can help to bring the burden into a manageable proportions. And this is our responsibility.« (15)*



Slika 9: Paliativni tim (foto: arhiv negovalnega oddelka)

## Literatura

1. Davies E, Higginson I. (eds.) *Palliative Care: The solid facts*. Copenhagen: World Health Organization, 2004.
2. Davies E, Higginson I. (eds.) *Better Palliative Care for Older People*. Copenhagen: World Health Organization, 2004.
3. Lunder U, Logar V. *Palliative care and its role in health care systems*. Zdravniški vestnik, 2003; 72: 639-42.
4. Peternelj, A., Simonič, A. Izkušnje, znanje in predstave zdravstvenih delavcev in sodelavcev o paliativni oskrbi. V: Majcen Dvoršak, Suzana (ur.), Kvas, Andreja (ur.), Kaučič, Boris Miha (ur.), Železnik, Danica (ur.), Klemenc, Darinka (ur.). *Medicinske sestre in babice - znanje je naša moč*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2009, str. 232B (1-7).
5. Whelan C, Jin L, Meltzer D. Pain and satisfaction with pain control in hospitalized medical patients. *Arch Intern Med*. 2004;164:175-80.
6. Morrison RS, Ahronheim JC, et al. Pain and discomfort associated with common hospital procedures and experiences. *J Pain Symptom Manage*. 1998;15:91-101.
7. Desbiens NA, Mueller-Rizner N, Connors Af Jr., et al. The symptom burden of seriously ill hospitalized patients. *J Pain Symptom Manage*. 1999;17:248-55.
8. Higginson IJ. Health care needs assessment: palliative and terminal care. In: Stevens A, Raftery J (eds.) *Health care needs assessment*. Oxford: Radcliffe Medical Press, 1997:183-60.
9. Hearn J, Higginson I. Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review. *Palliative Medicine* 1998;12:317-32.
10. Fallowfield LJ, Hall A, Maguire P, Baum M. Psychological outcomes of different policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *BMJ* 1990;301:575-80.
11. Meredith P, Symonds P, Webster L, Lamont D, Pyper E, Gillis CR, Fallowfield L. Information needs of cancer patients in west Scotland: cross-sectional survey of patients' views. *BMJ* 1996;313:724-26.
12. Peternelj A., Lunder U. (ur.) *Izvajanje celostne paliativne oskrbe v ljubljanski, gorenjski in pomurski regiji*. Pilotni projekt, Ministrstvo za zdravje RS. Ljubljana, oktober 2010.
13. Lunder U. Stanje paliativne oskrbe v Sloveniji. V: Lunder U (ur.) *Paliativna oskrba*. Golniški simpozij 2011, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik. Ljubljana, 3. oktober 2011.
14. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010 19;363(8):733-42.
15. Saunders, C. The treatment of intractable pain in terminal cancer. *Proc R Soc Med* 1963; 56:195-7.

# **IZOBRAŽEVANJE IN RAZISKOVANJE O PALIATIVNI OSKRBI: VPLIV NA RAZVOJ PALIATIVNE OSKRBE NA SLOVENSKEM**

**Urška Lunder, dr. med., spec. paliativne oskrbe, vodja paliativnih dejavnosti v Kliniki Golnik**

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

E-pošta: [urska.lunder@klinika-golnik.si](mailto:urska.lunder@klinika-golnik.si)

---

## **Uvod**

Izobraževanje in raziskovanje sta temeljni dejavnosti v razvijanju specialistične paliativne oskrbe. V Kliniki Golnik smo še posebej po letu 2008 opravili veliko najrazličnejših izobraževanj tako za osebje Klinike Golnik kot za vse zdravstvene poklice in sodelavce v zdravstvu po vsej Sloveniji. Številnih enodnevnih dogodkov skoraj ni mogoče naštetih (v času pilotnega projekta organizirane vpeljave paliativne oskrbe v tri slovenske regije je bilo na leto opravljenih več kot 60 izobraževalnih dogodkov), prav tako ne vabil na predavanja in delavnice v vseh strokovnih vejah medicinske obravnave kronično bolnih. V prispevku so navedene pomembnejše izobraževalne in raziskovalne dejavnosti s področja paliativne oskrbe, ki jih je organiziralo in izvedlo osebje Klinike Golnik, da bi poudarilo pomembno vlogo paliativne dejavnosti v Kliniki Golnik, prenos v druge zdravstvene institucije v Sloveniji ter mednarodno sodelovanje.

## **Izobraževanja v paliativni enoti negovalnega oddelka**

Specializanti pulmologije iz vse Slovenije v okviru svoje specializacije na našem oddelku pridobivajo znanja paliativne oskrbe po programu, ki predvideva dvomesečno delo za osvojitev kliničnih znanj in veščin paliativne oskrbe. Od leta 2008 pa do leta 2013 je v programu sodelovalo 21 specializantov iz vse Slovenije. Po opravljenem kroženju so opravili kolokvij in nekateri tudi zapisali svoje razmišljanje o tem, kako je njihovo sliko o medicini dopolnilo tudi delo v paliativni oskrbi. Poleg dela pod mentorstvom so nekateri opisali spremembo v odnosu do bolnikov in njihovih bližnjih, ki vpliva tudi na delo v akutni obravnavi, ker gre za celosten pogled tudi v prihodnost, v verjetno prognozo in nadaljevanje bolezni oziroma najverjetnejše zaplete in poslabšanja. Tako so postali pozorni na širšo sliko in na to, s čimer bi bilo potrebno bolnika še seznaniti ali kako mu predlagati načrt zdravljenja. Nek drug specializant je v svojem zapisu omenil pomembnost znanj in veščin pri reševanju etičnih dilem v paliativni oskrbi, kar ga je po njegovem mnenju naredilo bolj občutljivega tudi za tiste v akutni obravnavi. Izpostavljena je bila tudi podpora svojcem ter načini soodločanja in iskanja konsenza med njimi in bolnikom. Med temami kliničnega dela zdravnika pa so se kot pomembne najbolj izkazale pridobitve lajšanja kroničnih bolečin in predvsem obravnava težke sape in obvladovanje predpisovanja morfinov tudi pri kronični obstruktivni bolezni.



Slika 1: Specializantka zdravnica Katja Mohorčič pri vodenju družinskega sestanka leta 2010 (foto J. Slak)



Slika 2: Specializantka Katja Adamič skupaj z bolnikom in medicinsko sestro z negovalnega oddelka leta 2011 (foto P. Mikloša)

Poleg specializantov pulmologije so v naši enoti paliativne obravnave pridobivali znanja tudi trije specializanti onkologije ter več specializantov urgentne medicine in družinske medicine.

Od leta 2008 smo vsako drugo sredo (od januarja do junija in od septembra do decembra) izvedli predavanja za vse zdravnike Klinike Golnik o vseh najpomembnejših kliničnih temah paliativne oskrbe. Predavanja smo ponovili še v dveh krogih.

Za komunikacijske veščine smo za osebje vseh oddelkov v letih od 2008 do 2009 organizirali enodnevne delavnice na Bledu (1), izven kliničnega okolja, kjer so se v skupinah od 10 do 12 udeležencev udeležili interaktivne oblike izobraževanja z igranjem vlog in diskusijo na sledeče teme:

sporočanje slabe novice, pogovor o vpeljavi paliativne oskrbe in pogovor o možnih odločitvah glede vnosa hrane in tekočin ob koncu življenja. Skupno se je delavnic udeležilo 68 zdravnikov in medicinskih sester ter socialni delavki z vseh oddelkov akutne obravnave Klinike Golnik in z intenzivnega oddelka.

Diplomski študij medicine vključuje tudi vsebine paliativne oskrbe. Študenti na vajah pri predmetih interne medicine in onkologije sodelujejo tudi v paliativni enoti negovalnega oddelka, kjer se seznanijo s principi paliativne obravnave in se spoznajo z bolniki ter s timskim pristopom. V okviru predavanj Interne medicine študenti 5. letnika pripravijo seminar iz paliativne oskrbe.

### **Izobraževanja za strokovno javnost**

Leta 2008 smo v okviru predsedovanja Slovenije v Svetu Evrope sodelovali v tridnevni konferenci na Brdu »Increasing burden of cancer in Europe. How can it be reduced?«. Konferenca so se udeležili ministri iz evropskih držav, visoki uradniki – odločevalci v evropski zdravstveni politiki in strokovnjaki iz vse Evrope. Med drugimi smo predstavili možnosti in potenciale paliativne oskrbe, predvsem pa s stališča enakosti zdravstvene oskrbe v Evropi opozorili na potrebno sodelovanje in izmenjavo dobrih praks. Predstavili smo projekt Evropske unije iz 7. okvirnega programa OPCARE9, ki je za raziskovalce 9 držav pomenil iskanje sodobnejših načinov sodelovanja in raziskovanja na področju oskrbe rakavih bolnikov ob koncu življenja.



Slika 3: Dvodnevni simpozij z nizozemskima pionirjema paliativne oskrbe, zdravnikoma Fransom Baarom iz Erasmus klinike in Keesom Goedhartom, vodjo mobilnega centra paliativne oskrbe v Rotterdamu (foto: arhiv negovalnega oddelka)

Od leta 2008 smo za slovensko strokovno javnost vsako leto organizirali eno ali več strokovnih srečanj na temo paliativne oskrbe, kamor smo večkrat povabili tudi tuje strokovnjake (Tabela 1).

**Tabela 1: 1. strokovna srečanja iz tem paliativne oskrbe**

Datum	Vabljeni tuji predavatelji	Komentar
11.-12. apr. 2008	Frans Baar, dr. med., Rotterdam, NL Kees Goedhart, dr. med., Rotterdam, NL	Prvič izvedena ocena znanj pred seminarjem in po njem
27. feb. 2009	Prof. dr. John Ellershaw, Liverpool, UK in domači predavatelji	Seminar pod pokroviteljstvom Ministrstva za zdravje, nagovor dr. Remškarja
11.-17. maj 2009	Frank Ferris, dr. med., San Diego, USA Dr. Charles van Gunten, dr. med., San Diego, USA Dr. Mary Wheeler, dipl. med.ses., New York, USA Dr. Staffan Lungstroem, Stockholm, Švedska Prof. dr. Birgit Rasmussen, Umea, Švedska	Enotedensko izobraževanje s pridobivanjem veščin prvič v slovenskem prostoru tudi ob postelji bolnikov.
17.-18. jun. 2009	Domači predavatelji	Simpozij o komunikacijskih veščinah
8. okt. 2009	Domači predavatelji	Golniški simpozij, pokroviteljica in gostja Barbara Miklič Turk
6. okt. 2010	Domači predavatelji	Golniški simpozij, seminar v soorganizaciji Ministrstva za zdravje ob zaključku pilotnega projekta PO
3.febr. 2011	Domači predavatelji	Nagovor predstavnika Ministrstva za zdravje
3. okt. 2011	Prof. dr. Lukas Radbruch, dr. med., Bonn, Nemčija in domači predavatelji	25. oktobra je sledila ustanovitev Slovenskega združenja paliativne medicine.
5. okt. 2012	Prof. dr. Friedemann Nauck, dr. med., Goetingen, Nemčija in domači predavatelji	Predsednik nemške zveze paliativne oskrbe si je ogledal negovalni oddelek in svetoval glede nekaterih strateških ukrepov v prihodnosti.
4. okt. 2013	Carina Faelling Fransson, dipl. med. ses., psihoterap., Stockholm, Švedska in domači predavatelji	Seminar o podpori v žalovanju v paliativni oskrbi.

Za navedena strokovna srečanja smo izdali zbornike povzetkov predavanj, ki so dosegljivi v knjižnici Klinike Golnik.





Slika 4: Maja 2009 je bil velik dogodek paliativne oskrbe v Sloveniji: 60-urni intenzivni program učenja paliativne oskrbe je izvedlo pet vabljenih strokovnjakov iz tujine (foto: arhiv negovalnega oddelka)



Slika 5: Udeleženci so se po napornih predavanjih podali še v bolniške sobe in s principi pridobljenih znanj paliativne oskrbe spoznavali potrebe bolnikov ter predlagali načrt obravnave (foto: arhiv negovalnega oddelka)



Slika 6: Pokroviteljica in gostja 8. oktobra 2009 je bila Barbara Miklič Türk: ogledala si je tudi naš oddelek (foto S. Papler)



Slika 7: 3. Februarja 2011 smo simpozij v okviru golniških dni organizirali v hotelu Mons v Ljubljani in imeli izredno velik obisk (foto M. Furlan)



Slika 8: Carina Faelling Fransson nas je prevzela s svojim znanjem in z izkušnjami ob svojem pristopu k bolnikom na domu in ob podpori žalovanja otrok (foto P. Mikloša)



Slika 9: Ifigenija Simonovič s timom negovalnega oddelka (foto: arhiv negovalnega oddelka)

### Študijski obiski zdravstvenih delavcev

Iz različnih ustanov so nas obiskali posamezniki ali celotni timi zdravstvenih delavcev, ki so si želeli ogledati delo v paliativni enoti z namenom prenesti znanja in ideje o organiziranosti tudi v svoje okolje. Prišli so iz bolnišnic, zdravstvenih domov ali domov starejših občanov. Nekateri timi so se pripeljali iz najbolj oddaljenih krajev Slovenije in ostali na izpopolnjevanju od 7 do 10 dni - iz Murske Sobote,

Ljutomera, Nove Gorice, Slovenj Gradca, Brežic, Slovenskih Konjic, ali pa iz naše bližine, Kranja in Ljubljane. Obiskali so nas tudi zdravstveni timi iz bivših jugoslovanskih republik, Bosne in Hercegovine (Tuzla, Banja Luka) in Makedonije (Skopje).

### **Raziskovanje in mednarodno sodelovanje**

Predstavniki Slovenije smo uspešno sodelovali kot partnerji angleške raziskovalne skupine v triletnem projektu v 7. okviru raziskav Evropske unije OPCARE9. Glavni namen projekta je bil sistematično raziskati klinične prakse v različnih evropskih okoljih in kulturah. Pri tem smo se povezali vidni strokovnjaki klinike in raziskovalci ter sistematično zbrali dosedanje dokaze in klinične prakse, pri tem pa organizirali soočanja strokovnih mnenj po metodi Delphi. S konsenzom med vsemi partnerji smo izdelali evropska priporočila za oskrbo bolnikov z rakom ob koncu življenja. Naši sodelavci so se izkazali s svojimi idejami, kreativnostjo in strokovnim znanjem v ugotavljanju oskrbe v zadnjih dneh življenja pri rakavih bolnikih v evropskem prostoru. Razdeljeni v sedem delovnih paketov smo slovenski predstavniki iskali dokaze v pregledih literature ter iz kliničnih praks z vprašalniki po metodi Delphi iskali konsenz med strokovnjaki po posameznih državah in kulturah na kritičnih področjih paliativne oskrbe v zadnjih dneh življenja. Ker je to obdobje izredno težko raziskovati, je najmanj dokazov prav za učinkovite klinične pristope v zadnjih dneh življenja in za načine izboljšanja izkušnje bolnikov in njihovih bližnjih. S projektom smo doprinesli k večjemu znanju o zadnjih dneh življenja rakavih bolnikov v različnih delih Evrope, predlagali ukrepe in izdelali raziskovalne protokole za naslednje projekte. Izkušnja sodelovanja z vidnimi evropskimi strokovnjaki iz Evrope in sveta je pripomogla tako k novim dokazom in predlogom odločevalcev v evropskem prostoru kot tudi k našemu medsebojnemu spoznavanju, povezovanju in izmenjavi izkušenj o izzivu, ki ga predstavlja sodelovanje klinikov, akademikov in strategov. Najpomembnejši zaključki projekta so bili naslednji (2).

1. Oskrbi zadnjih dni življenja bolnikov je v zdravstvenih sistemih namenjeno malo pozornosti, ne le v klinični praksi, temveč tudi na področju izobraževanja, raziskovanja in javnega dialoga.
2. Prikazano je bilo pomanjkanje znanj, spretnosti in stališč glede teme umiranja in smrti in obenem njena vedno večja pomembnost. Spreminjanje demografskih kazalcev kaže, da je obravnava ob koncu življenja že danes, še bolj pa bo v prihodnosti, ključna za klinike, politike in družbo.
3. Ugotovili smo, da v kliniki slabo prepoznavajo končno stanje napredovale neozdravljive bolezni in proces umiranja. Izdelali smo priporočilo – orodje, ki naj bo v pomoč pri ugotavljanju zadnjih dni življenja pri bolnikih z rakom.
4. Za medicinsko podprto hranjenje in hidracijo ob koncu življenja so v literaturi na voljo omejeno znanje in dokazi. Komuniciranje in soodločanje med kliniki in bolnikovimi svojci, kadar bolnik sam ne more sodelovati v odločanju, je v evropskem prostoru šibko.
5. Glede enotne farmakološke obravnave motečih telesnih simptomov je med specialisti paliativne oskrbe v Evropi visoka raven soglasja.
6. Raznoterost ne-farmakoloških ukrepov v zadnjih dneh življenja (negovalni ukrepi, socialni pristopi, komuniciranje, navade in potrebe bližnjih) je v različnih evropskih kulturah in državah zelo različna.

7. Psihološki vidik obravnave je ob koncu življenja izredno pomemben, a kljub temu ni enotnih smernic ali temeljev za konsistentno oceno in obravnavo psihičnih potreb ob koncu življenja. Potrebne so raziskave o specifičnih intervencijah.
8. Zelo malo je dokazov o potrebah bolnih v zadnjih dneh življenja na duhovnem področju. Evidentno je tudi pomanjkanje jasnih konceptov duhovnosti v strokovni literaturi. Iz tega sledi, da tudi ni opredeljenih temeljnih znanj in spretnosti klinikov, ter postopkov ocene eksistencialnih problemov bolnikov in njihovih bližnjih ob koncu življenja.
9. Izobraževanje in kvalifikacije prostovoljcev so različne in ni mogoče oblikovati osnov za skupen konsenz glede izobraževanj in supervizije v prostovoljstvu ob koncu življenja.
10. OPCARE9 skupina raziskovalcev je oblikovala skupino specifičnih kazalnikov kakovosti oskrbe ob koncu življenja, potrebno pa je dodatno raziskovanje glede zanesljivosti, veljavnosti in učinkovitosti v predlaganih strategijah izboljšanja kakovosti in potem prenos znanja med institucijami in državami.



Slika 10: OPCARE9 je bil uspešno zaključen tri - letni evropski projekt, ki nas je povezal s strokovnjaki v evropskem prostoru. Dr. Anja Simonič predstavlja projekt in rezultate (foto M. Furlan)



Slika 11: Slovenska raziskovalna skupina pred slovensko predstavitevno mizo in Zdenka Tičar, predstavnica Ministrstva za zdravje, ki se je v Liverpoolu udeležila strateškega sestanka za izboljšanje in poenotenje paliativne oskrbe v zadnjih dneh življenja v evropskem prostoru (foto T. Jerič)

Naslednja priložnost raziskovanja z evropskimi partnerji se je začela 1. decembra 2013, saj smo bili pred dvema letoma povabljeni k snovanju protokola za razpis novega petletnega raziskovalnega projekta s področja onkologije. Tokrat se bomo pod okriljem rotterdamske skupine v Erasmus University Medical Center partnerji šestih evropskih držav soočili z novim izzivom: raziskovali bomo učinek procesa »vnaprejšnjega načrtovanja oskrbe« (advance care planning) pri bolnikih z rakom in pri tem ocenjevali vpliv glede njihovih telesnih simptomov, kakovosti življenja ter glede etičnega vidika in ekonomskega učinka intervencije.

Sodelovanje z manjšimi raziskavami, ki jih predstavimo na mednarodnih konferencah, je prav tako stalnica našega tima.

## Literatura

1. Lunder U, Furlan M. Communication in palliative care: challenge for health care providers. In: Kern I, Bidovec Stojkovič U (eds.). Golnik Symposium 2011, Bled, October 7-8, 2011. Book of abstracts. University Clinic of Respiratory and Allergic Diseases Golnik, 2011.
2. A European Collaboration to optimise research for health care of cancer patients in the last days of life. OPCARE9, Executive Report. European Commission, Community Research, The Seventh Framework Programme, 2012.

## REHABILITACIJA BOLNIKOV S KRONIČNIMI PLJUČNIMI BOLEZNIMI

**prof. dr. Mitja Lainščak, dr.med., specialist interne medicine, specialist kardiologije z vaskularno medicino, FESC**

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

E – pošta: [mitja.lainscak@klinika-golnik.si](mailto:mitja.lainscak@klinika-golnik.si)

---

Rehabilitacija bolnikov s kroničnimi boleznimi je en od temeljnih načinov obravnave teh bolnikov. Nove smernice rehabilitacije pri bolnikih s kronično obstruktivno pljučno boleznijo (KOPB) definirajo rehabilitacijo kot proces, v katerem celostno ovrednotimo stanje bolnika ter izvedemo aktivnosti s ciljem trajnega izboljšanja bolnikovega fizičnega in psihičnega stanja (1). Ključni del rehabilitacije je telesni trening, ki ima številne koristne učinke in dokazano izboljša telesno zmogljivost ter kakovost življenja bolnikov s KOPB, do neke mere pa vpliva tudi na umrljivost (2). Vključitev v program rehabilitacije je indicirana pri vseh bolnikih, ki imajo ob hoji po ravnem v lastnem tempu občutek težke sape, kar izpolnjuje večina bolnikov s KOPB. Ob pogostosti KOPB v Sloveniji bi v program rehabilitacije lahko vključili nekaj 10.000 bolnikov, izvajamo pa ga le v dveh ustanovah.

Začetki rehabilitacije v Kliniki Golnik segajo nekaj desetletij v preteklost, ko je bila rehabilitacija usmerjena v bolnike s srčnim infarktom. Z leti je ta dejavnost ugasnila in pred desetimi leti je dr. Jurij Šorli začel z rehabilitacijo bolnikov s kroničnimi pljučnimi obolenji. Leta 2012 je koordinacijo te dejavnosti prevzel prof. Mitja Lainščak, v tem času pa sta bila z rehabilitacijo tesneje povezana še dr. Tomaž Hafner in dr. Tjaša Šubic.



Slika 1: Udeleženci rehabilitacije bolnikov s kroničnimi pljučnimi boleznimi s timom (foto: arhiv negovalnega oddelka)

Trenutno izvajamo program stacionarne rehabilitacije pri šestih bolnikih, ki skupaj z oceno pred rehabilitacijo in po njej traja pet tednov (Tabela 1). V letu dni lahko tako rehabilitiramo 60 bolnikov. Poizkusili smo tudi z ambulantno rehabilitacijo, vendar Klinika Golnik za tako obliko rehabilitacije nima zanimive lokacije. V celostno obravnavo bolnikov so vključeni zdravniki, fizioterapevtke, medicinske sestre, dietetičarka, socialna delavka, psihologinja, in drugi sodelavci glede na bolnikove potrebe.



Slika 2: Udeleženci rehabilitacije bolnikov s kroničnimi pljučnimi boleznimi (foto J. Slak)

Tabela 1: Program rehabilitacije bolnikov s kroničnimi pljučnimi boleznimi

Ponedeljek	Torek	Sreda	Četrtek	Petek	Sobota	Nedelja
		Prihod 9.00 Predstavitev 13.00 Pregled&IC BIA EKG Testiranja Vprašalniki	Testiranja Preiskave UZ DEXA CEM pljuf	Biopsija M&M	Izhod	Izhod
FTH Vizita 11.30	FTH	FTH	FTH	FTH Ocena reha	Izhod	Izhod
FTH Vizita 11.30	FTH	FTH	FTH	FTH Ocena reha	Izhod	Izhod
FTH Vizita 11.30	FTH	FTH	FTH	FTH Ocena reha	Izhod	Izhod
FTH Vizita 11.30	FTH	FTH	FTH	FTH Ocena reha	Izhod	Izhod
Testiranja CEM	Testiranja Odpustnica	Biopsija M&M Odhod 15.00				

Zaradi potreb po rehabilitaciji bi radi povečali število bolnikov, ki jih vključimo v program rehabilitacije in začeli z ambulantno rehabilitacijo. Rehabilitacija bolnikov s srčnim popuščanjem je naslednji cilj. Hkrati bo potrebno ustrezno okrepiti medicinsko in nemedicinsko ekipo, ki skrbi za izvajanje programa rehabilitacije.



## Literatura

1. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, et al. An Official American Thoracic Society / European Respiratory Society Statement: Key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med* 2013;188:e13-e64.
2. Gloeckl R, Marinov B, Pitta F. Practical recommendations for exercise training in patients with COPD. *Eur Respir Rev* 2013;22:178-86.

# **POMEN TIMSKEGA DELA V NEAKUTNI IN PALIATIVNI OBRAVNAVI**

**Petra Mikloša, univ. dipl. soc. delavka**

Univerzitetna Klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

E - pošta: [petra.miklosa@klinika-golnik.si](mailto:petra.miklosa@klinika-golnik.si)

---

## **Izvleček**

V prispevku je prikazana vloga timskega delovanja v neakutni in paliativni obravnavi. V tovrstni obravnavi sodelujejo zdravstveni delavci več poklicev, ki za čim bolj učinkovito obravnavo bolnikov sodelujejo med seboj s svojim znanjem, strokovnostjo, izmenjavo mnenj, predvsem pa z medsebojnim spoštovanjem in zaupanjem. Pri obravnavi bolnikov večkrat prihaja do raznih dilem, vprašanj, težav, ki se izpostavijo, razrešujejo in ovrednotijo na timskih sestankih. V veliko pomoč pri načrtovanju nadaljnje obravnave in oskrbe je družinski sestanek, ki se izvaja pri večini bolnikov na negovalnem oddelku Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik po vzoru obravnave v paliativni oskrbi. Prikazan je praktičen primer obravnave bolnika, ki prikazuje pomen neakutne obravnave in timskega delovanja.

**Ključne besede:** zdravstvo, tim, timski sestanek, neakutna obravnava

**Key words:** health service, team, team meeting, non - acute care

## **Neakutna obravnava**

V neakutno obravnavo so napoteni bolniki, hospitalizirani na oddelkih akutne obravnave, ko je zaključeno akutno zdravljenje, vendar zdravstveni tim ugotovi, da odpust zaradi različnih razlogov ni možen. V neakutno obravnavo bolnika napoti zdravnik spacialist. Po Pravilniku o zagotavljanju zdravstvene in socialnovarstvene obravnave v primerih odpusta iz bolnišnic so upravičeni do neakutne obravnave naslednji bolniki:

- bolniki, ki so popolnoma ali delno odvisni od pomoči drugih pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti in živijo sami in niso sposobni funkcioniranja v domačem okolju
- bolniki v napredovali fazi bolezni
- bolniki s kroničnimi ranami, pri katerih se pričakuje perspektivno celjenje
- bolniki, ki imajo trajno zdravljenje s kisikom na domu
- bolniki, ki nimajo ožjih svojcev in jih zaradi zdravstvenega stanja ni možno odpustiti v domače okolje
- bolniki, ki niso bili uspešno dekolonizirani v akutni bolnišnični obravnavi

- bolniki, ki jih zaradi zahtevnih zdravstvenih stanj ni mogoče odpustiti niti v domače okolje, niti v socialno varstveni zavod.

Ležalne dobe na akutnih oddelkih se krajšajo, bolniki, še zlasti starejši, pa mnogokrat potrebujejo več časa, da si opomorejo po bolezni. Neakutna obravnava nudi možnost, kjer se lahko bolniki ob strokovni pomoči prilagajajo na nove razmere in se aktivno vključujejo v procese nadaljnje obravnave. V več poklicnem timu skupaj z bolniki in njihovimi svojci raziskujemo njihove potrebe in cilje, ter iščemo sprejemljive rešitve.

### **Timsko delo in interdisciplinarni tim**

(Clements, Daultin, Priest, 2005) poudarjajo pomen timskega dela v zdravstvu. Timsko delo izboljšuje kvaliteto dela, zagotavlja večjo varnost bolnikom in zmanjšuje izgorevanje članov tima. Člani učinkovitih timov zaupajo v svoje sposobnosti za reševanje problemov, so pozitivno naravnani do svojega dela in si zaupajo med seboj.

### **Člani tima v neakutni obravnavi so:**

- zdravnik
- medicinske sestre
- socialna delavka
- fizioterapevtke
- dietetičarka
- psihologinja
- farmacevt
- prostovoljka



Slika 1: Člani tima negovalnega oddelka leta 2010 (foto: arhiv negovalnega oddelka)

## Sodelovanje članov tima

Zdravnik - specialist, ki je obravnaval bolnika na akutnem oddelku, vodi njegovo obravnavo še naprej na negovalnem oddelku. Bolnike, vključene v paliativno oskrbo, vodi zdravnica, specialistka paliativne medicine. Diplomirana medicinska sestra koordinira obravnavo bolnika v neakutni obravnavi. Vzpostavi kontakt z bolnikom, prepozna njegove potrebe. Ugotavlja možnosti za varen odpust, v obravnavo vključuje ostale člane tima. S socialno delavko se dogovarja o izvedbi socialnih aktivnosti pri bolniku. Sodeluje pri družinskem sestanku, izvaja edukacijo bolnikov in svojcev, prepozna, ocenjuje in lajša moteče simptome ter seznanjanja bolnika in svojce z dokumentacijo ob odpustu. Vzpostavi kontakt s primarnim zdravstvom, koordinira odpust bolnika in ga spremlja po odpustu. Medicinske sestre izvajajo vse aktivnosti v zvezi z zdravstveno nego.

Socialna delavka obravnava vse bolnike v neakutni obravnavi. Skupaj z bolnikom in njihovimi svojci pripravi načrt in cilje obravnave ter jih spremlja ves čas hospitalizacije. Dogovori se za izvedbo družinskega sestanka in se povezuje z izvajalci socialno varstvenih storitev (domovi za starejše, izvajalci storitev za pomoč na domu, centri za socialno delo). Informira bolnika in svojce o možnostih nadaljnje oskrbe v domačem okolju, v domskem varstvu ter o vrstah socialnovarstvenih dodatkov, pomaga pri aktivnostih, potrebnih za izvedbo teh storitev.

Fizioterapevtke opravljajo lokomotorno in respiratorno fizioterapijo glede na potrebe, cilje in zmožnosti bolnika. Sodelujejo tudi pri izbiri primernih pripomočkov za oskrbo v domačem okolju.

Predlog za vključitev dietetičarke poda zdravnik ali medicinska sestra glede na potrebe bolnika z namenom svetovanja pri prehranjevanju bolnika in individualno prilagojeni prehrani, razlaga dietne in zdrave prehrane. Izguba apetita, sprememba okusa, težave z zvečenjem in slabost povzročijo, da ti bolniki odklanjajo običajno hrano. Poskuša se jim individualno približati in jim ponuditi možnost individualno prilagojenega jedilnika, ki ga sestavi dietetik skupaj s pacientom.

Psihologinjo vključi v obravnavo bolnika zdravnik ali medicinska sestra, lahko pa prične z obravnavo tudi na izraženo želja bolnika ali svojcev. Bolnike obravnava glede na njihove potrebe in stiske in je lahko v veliko pomoč tudi timu pri reševanju dilem ob obravnavi bolnikov in osebnih stiskah zaposlenih.

Farmacevti sodelujejo pri pripravi zdravil (črpalke za podkožno dajanje zdravil, individualno prilagojena mazila za bolnike), sodelujejo z zdravnikom pri predpisovanju medikamentoznega zdravljenja, svetujejo medicinskim sestram v zvezi z aplikacijo zdravil.

Prostovoljci s svojim delom prispevajo k celostni obravnavi bolnikov in jim omogočajo stik izven bolnišničnih okvirov. Komunicirajo z bolniki in njihovimi svojci, skrbijo za razvedrilo in prosti čas bolnikov.

## Timski sestanek

Na negovalnem oddelku v sestrski sobi potekajo timski sestanki 2 krat tedensko. Udeležijo se jih medicinske sestre, zdravnik – svetovalec za neakutno obravnavo občasno, pogosto pa zdravnica, specialistka za paliativno medicino pri bolnikih vključenih v paliativno oskrbo. Prisotna je še socialna delavka, ter po svojih časovnih zmožnostih fizioterapevtka, dietetičarka, psihologinja, po potrebi tudi farmacevt. Prostovoljka se v timski sestanek vključuje pri bolnikih, pri katerih izvaja aktivnosti prostovoljke. Sestanki potekajo za paliativne bolnike 2 krat tedensko, za ostale bolnike v neakutni obravnavi pa 1 krat tedensko. V timu se spomnimo vseh bolnikov, umrlih v preteklem tednu in se pogovorimo o tem, kako je potekala njihova obravnava, kako so vse skupaj doživljali njihovi svojci in kako člani tima. Tako lahko vsak član tima izrazi svoje mnenje, skrbi in stiske ob podpori celotnega tima. Skupaj ovrednotimo potek celotne obravnave in izpostavimo možne izboljšave.



Slika 2: Timski sestanek leta 2010 (foto: arhiv negovalnega oddelka)

Nato obravnavamo hospitalizirane bolnike. Pogovorimo se o aktualnih problemih pri obravnavi, postavljamo cilje obravnave in skupaj iščemo možne rešitve ter se pogovarjamo o etičnih dilemah, ki nastajajo pri obravnavi bolnika. Posamezni člani tima sodelujemo med seboj vsakodnevno in s tem omogočamo pretok informacij ter kakovostno in učinkovito obravnavo bolnikov in njihovih svojcev.

Bolnik in njihovi svojci naj imajo pri obravnavi aktivno vlogo, naj bodo enakopravni partner pri odločanju. V pomoč pri odločitvah, ki jih sprejemamo skupaj z bolnikom in njegovimi bližnjimi, nam je družinski sestanek.

## Družinski sestanek

Pri vseh bolnikih, vključenih v paliativno obravnavo, organiziramo družinski sestanek. Namen razgovora je, da raziščemo potrebe, želje, pričakovanja in cilje bolnika in njegovih bližnjih pri obravnavi, postopkih zdravljenja ter drugih odločitvah, pomembnih pri oskrbi bolnika. Pogovorimo se o zdravstveni situaciji, možnem poteku bolezni in negovalnih ter socialnih problemih. Pripravimo načrt nadaljnje obravnave in oskrbe. Skupaj postavimo uresničljive cilje in se pogovorimo o vsaki konkretni situaciji, ki zahteva pogovor, odločitve in seznanjanje s posledicami odločitev. Tako naredimo vnaprejšnji načrt, ki vključuje tudi bolnikove želje. Na družinskem sestanku so poleg bolnika in vseh njegovih pomembnih bližnjih prisotni zdravnik specialista, medicinska sestra, socialna delavka in po potrebi drugi člani tima. V več poklicnem timu lažje sprejemamo odločitve, imamo boljše razumevanje bolnikovega celostnega življenjskega konteksta in mu s tem nudimo širši pogled na situacijo. Ker se zdravstvena situacija bolnika in s tem tudi cilji oskrbe spreminjajo, lahko pri enem bolniku naredimo več družinskih sestankov. Družinski sestanek vse več uporabljamo tudi pri ostalih bolnikih, vključenih v neakutno obravnavo, saj se je izkazal za zelo dobrodošlega za koordiniranje odpusta in za boljši in varnejši prehod v domačo oskrbo. V paliativni obravnavi skušamo družinske sestanke organizirati za vse bolnike najprej na začetku obravnave in nato ob odpustu.



Slika 3: Družinski sestanek (foto: arhiv negovalnega oddelka)

Ko se osebno srečamo tudi z bolnikovimi bližnjimi, vzpostavimo zaupanje in varnost, ki sta potrebna za kvalitetno obravnavo bolnika in doseganje skupnih sprejemljivih rešitev.

## Prikaz primera timske obravnave bolnika

Bolnik je bil sprejet na oddelek akutne obravnave Klinike Golnik zaradi zapletov ob pljučnici. Imel je tudi kronično obstruktivno pljučno bolezen (KOPB). Na oddelku akutne obravnave je bil rehabilitiran do posedanja v postelji. V obravnavo je bila vključena socialna delavka, ki je preverila želje bolnika o nadaljnji oskrbi in zmožnosti oskrbe pri svojcih. Glede na to, da je bil gospod doma pomičen in relativno samostojen, v bolnišnici pa povsem odvisen od pomoči drugih, se svojci niso zmogli odločiti o tem, ali bodo za gospoda lahko skrbeli v domačem okolju. Bolnik je prepuščal odločitev o nadaljnji oskrbi svojcem. Sklicali smo družinski sestanek z namenom seznanjanja bolnika in svojcev z zdravstvenim stanjem in podporo svojcem pri odločitvah o nadaljnji oskrbi. Prisotni so bili bolnik, njegova žena in sin, zdravnik, medicinska sestra in socialna delavka. Zdravnik je razložil zdravstveno situacijo gospoda. Gospod je bil večinoma nepomičen in odvisen od pomoči drugih. Živel je skupaj z slabovidno in ostarelo ženo. Oskrba bi bila doma težko izvedljiva, zato smo se dogovorili, da gospoda premestimo na negovalni oddelek, kjer se bo izkazalo, kakšne vrste oskrba bo potrebna po odpustu in do kakšne mere se bo gospod rehabilitiral.

Na tiskem oddelčnem sestanku, kjer obravnavamo vse bolnike v neakutni obravnavi, smo se odločili, da ponovno organiziramo družinski sestanek, ker še vedno ni bilo razvidno, kakšno vrste oskrbo bo bolnik potreboval po odpustu. V razgovor smo vključili tudi fizioterapevte, saj je bil v tem primeru velik poudarek na rehabilitaciji bolnika. Pri razgovoru so bili prisotni: bolnik, sin in žena bolnika, zdravnica, medicinska sestra, socialna delavka, fizioterapevtka. Zdravnica je razložila zdravstveno situacijo in potek obravnave na negovalnem oddelku. V vseh dneh hospitalizacije na negovalnem oddelku je bil bolnik klinično stabilen. Fizioterapevtka je svojce bolnika seznanila s potekom rehabilitacije in gospodovimi gibalnimi sposobnostmi. Izvajali so metode lokomotorne fizioterapije s poudarkom na aktivaciji in samostojnosti. Bolnik je hodil z asistenco dveh fizioterapevtk in hoduljo. Prehodil je krajše razdalje, prisotna je bila vrtoglavica med hojo. Bolniku je med hojo zmanjkalo moči v mišicah nog, vzrok je nevrolški. Še vedno pa je bil praktično povsem odvisen od tuje pomoči. Medicinska sestra je razložila negovalno situacijo bolnika. Ves čas bivanja na negovalnem oddelku je bil gospod popolnoma odvisen pri izvajanju osebne higiene, odvajanju, oblačenju. Delno pomoč je potreboval pri posedanju in spodbujanju pri obračanju v postelji. Hranil se je sede v postelji z dvignjenim vzglavjem, pod nadzorom tudi sede z nogami čez rob postelje. Padec so člani negovalnega tima preprečevali z večkratnim pogovorom o varnosti bolnika in namestitvijo posteljnih ograjic. Socialna delavka je seznanila bolnika in svojce z možnostmi oskrbe v domačem okolju in v domski oskrbi. Svojci so pred sestankom pričakovali, da bo gospod ob odpustu veliko bolj sposoben in bo zmožen samostojnejšega funkcioniranja in bo lahko bival v domačem okolju z vključitvijo pomoči na domu in s pomočjo medicinsko ortopedskih pripomočkov. Vendar so spoznali, da bi bila tovrstna oskrba prezahtevna, posebno zato, ker je bila žena bolnika tudi sama bolna in ostarela. Tako so se odločili za urejanje domske oskrbe. Pripravili smo jim ustrezno dokumentacijo in svetovali o možnostih domske namestitve.

## Zaključek obravnave

Primer prikazuje koristnost neakutne obravnave, saj bolnik in svojci potrebujejo čas, da se prilagodijo na novo nastalo situacijo, ki je nastala ob vse slabši fizični zmogljivosti in slabšem splošnem stanju bolnika zaradi bolezni.

V času bivanja na negovalnem oddelku se je sprostilo mesto v domu za starejše, kamor je bil bolnik nameščen. V času hospitalizacije sta bila izvedena dva družinska sestanka, s čimer smo omogočili bolniku in njegovim bližnjim izbrati optimalno možnost oskrbe. Bolnik je bil timsko obravnavan, člani tima so aktivno sodelovali in bili seznanjeni z dogajanjem pri bolniku. Svoja opažanja, zaključke in priporočila smo posredovali kot zaključno poročilo izvajalcev neakutne obravnave na negovalnem oddelku v dom starejših, kamor je bil bolnik odpuščen.

## Zaključek

Bolnik in njegovi bližnji potrebujejo čim več informacij, ki zajemajo več poklicni pristop, da dobijo čim širši pogled na celotno situacijo in se nato lažje odločajo.

Za timsko odločanje je velikega pomena dobra komunikacija v timu, izmenjava mnenj in zaupanje. Tako vsak član tima lahko sodeluje pri obravnavi bolnika in s specifičnim znanjem svojega poklica bolje razume in sprejema posamezne odločitve drugih članov. Šele na tak način se pridobi celostna slika bolnikovega stanja in možne usmeritve za prihodnost. S timskim delom se zagotavlja medsebojna povezanost in spoštovanje med člani tima, kar omogoča večjo varnost za bolnika in njihove bližnje ter bolj kvalitetno obravnavo.

Namen timske obravnave je tudi prepoznati potencial za možnost oskrbe doma in za posredovanja znanj in informacij svojcem iz vseh poklicnih skupin. Zaradi povezanosti tima in informiranosti vseh sodelujočih poklicnih skupin je možna kontinuirana obravnava tudi po odpustu bolnika iz bolnišnice.

## Literatura

1. Clements D., Dault, M., Priest A.: Effective Teamwork in Canadian Healthcare: Research and Reality: Healthcare Papers Vol. 7 Special Issue, 2005.
2. Praper P. Timsko delo in skupinski proces. In: Mayer J., Bečaj J., Knežević A., Košir M. Skrivnost ustavarjalnega tima. Ljubljana: Dedalus – Center za razvoj vodlinih osebnosti in skupin; 2001: 28-39.
3. Pravilnik o zagotavljanju zdravstvene in socialnovarstvene obravnave v primerih odpusta iz bolnišnic ter v primerih, ko upravičenec živi doma. Uradni list RS, št. 36/04, 69/05- odl. US RS, 21/06- odl. US RS, 21/06- odl. US RS in 105/ 06/2007.

## Viri

1. OBR 104-013, Zaključno poročilo izvajalcev neakutne obravnave na negovalnem oddelku. Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, 2009.
2. Popis bolezni bolnika. Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, 2013.



# KOORDINATOR ODPUSTA NA NEGOVALNEM ODDELKU

*Tatjana Jakhel, dipl. m. s.*

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

E – pošta: [tatjana.jakhel@klinika-golnik.si](mailto:tatjana.jakhel@klinika-golnik.si)

---

## Izvleček

Odpust bolnika je sestavni del celostne obravnave bolnika. Sistematično in kontinuirano spremljanje bolnika po odpustu, zagotavljanje večje varnosti in učinkovito obvladovanje motečih simptomov prispevajo k boljši kakovosti življenja kroničnega bolnika. Koordinator odpusta je član tima specialistične paliativne oskrbe in je pomemben člen med terciarno in primarno obravnavo. Povezuje se z bolnikovimi bližnjimi, s patronažno službo, družinskim zdravnikom in socialno službo.

**Ključne besede:** kronični bolnik, odpust bolnika, koordinator odpusta, koordinacija

**Key words:** patient with cronic disease, discharge of the patient, discharge coordinator, coordination

## Uvod

Kronična bolezen ima močan vpliv na življenje bolnika in njihovih bližnjih. Kakovost življenja bolnika je odvisna od napredovanja bolezni, sposobnosti samooskrbe, pripravljenosti za sodelovanje pri zdravljenju in dostopnosti služb, ki nudijo podporo bolniku in bližnjim. Pomembna je tudi kontinuirana in učinkovita koordinacija obravnave (Perälä in Rissanen v Peternelj, 2010).

Del celostne obravnave bolnika je njegov odpust. Priprave na varen odpust se pričnejo že ob bolnikovem sprejemu, načrtovane aktivnosti pa se nadaljujejo tudi po odpustu. Pomembna področja v načrtovanju odpusta so komunikacija, zgodnja ocena potreb bolnika, koordinacija, izobraževanje, sodelovanje bolnika in multidisciplinaren pristop.

Sistematično prepoznavanje celotnih bolnikovih potreb, načrtovanje odpusta in aktivnostih vezanih na odpust ter spremljanja bolnika po odpustu povečajo zavzetost bolnika in svojcev za sodelovanje pri obravnavi bolezni, varnost in zadovoljstvo. Tudi rezultati pilotnega projekta Izvajanje celostne paliativne oskrbe v ljubljanski, gorenjski in pomurski regiji 2009/2010 so potrdili, da je priprava na odpust potrebna (Peternelj, 2011).

Koordinator odpusta se na negovalnem oddelku (NO) v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik (Klinika Golnik) vključuje v obravnavo bolnikov, ki imajo kronična obolenja (kronično

obstruktivno ključno bolezen (KOPB), srčna obolenja, neoplazme) ali pri katerih je ugotovljena 2. ali 3. stopnja zahtevnosti zdravstvene nege.

### **Koordinator odpusta**

Koordinator odpusta je izkušena medicinska sestra, ki dobro pozna organiziranost bolnišnice in tudi zdravstvenega sistema. Pozna specifičnosti obravnave bolnikov s kroničnimi stanji. Imeti mora večšine učinkovitega komuniciranja ter organizacijske sposobnosti. Koordinator odpusta je vezni člen obravnave bolnikov s potrebami po nadaljnji obravnavi v domačem okolju ali institucionalnem varstvu in omogoča kontinuiteto obravnave, predvsem pa boljšo informiranost bolnika, njegove družine in izvajalcev zdravstvene in socialne oskrbe na vseh ravneh obravnave (Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, 2013).

### **Namen in vloga koordinatorja odpusta**

Namen koordinatorja odpusta za bolnike v paliativni oskrbi (PO) je sistematično in kontinuirano spremljanje bolnika po odpustu in zagotavljanje večje varnosti ter učinkovitega obvladovanja težav, ki jih ima bolnik zaradi napredovale bolezni (Peternelj, 2011).

Vloga koordinatorja odpusta v PO je kontinuirana obravnava bolnika in povezava med sekundarno in terciarno ter primarno obravnavo. Koordinator odpusta je član tima specialistične paliativne oskrbe (TSPO) na paliativni enoti. Povezuje zdravniško oskrbo, zdravstveno nego in psiho-socialno oskrbo v prehodu iz bolnišnice domov ali v dom starejših občanov. Povezuje se z bolnikovimi bližnjimi, s patronažno službo in po potrebi z družinskim zdravnikom. Koordinator bolniku sledi vse do njegove smrti preko telefonskih klicev patronažni službi, svojcem ali bolniku, kadar je le-ta za to sposoben. Je pomemben člen za povezavo s timom osnovne paliativne oskrbe (TOPO) s koordinatorjem paliativne oskrbe na akutnih bolniških oddelkih (Jakhel, 2011).

Peterneljeva (2001, 46) predstavi štiri vloge koordinatorja odpusta, in sicer: svetovalno, organizacijsko, zagovorniško do bolnika in svojcev ter povezovalno, da se zagotovi kontinuiteta obravnave.

### **Naloge in kompetence koordinatorja odpusta**

- koordinacija dela z vodjo negovalnega tima in ostalimi službami vključenimi v oskrbo bolnika, ki se nanaša na pripravo bolnika na odpust (vsakodnevni obhod koordinatorja odpusta po vseh oddelkih),
- spremljanje, predlaganje in preverjanje izvedbe potrebnih zdravstveno vzgojnih programov in učenja veščin bolnika in svojcev,
- spremljanje aktivnega vključevanja bolnikov v načrtovanje odpusta;
- komunikacija z bolnikom po odpustu,
- informiranje bolnika o aktivnostih, ki so vezane na odpust (pisne in ustne informacije),
- svetovanje bolniku oz posredovanje potrebnih informacij (zdravniku, vodji negovalnega tima, drugim službam),

- posredovanje Obvestila službi zdravstvene nege patronažnem varstvu in zbiranje povratnih informacij,
- komunikacija z bolnikovim osebnim izbranim zdravnikom,
- komunikacija s patronažno medicinsko sestro v bolnikovem lokalnem okolju in drugimi službami, ki bodo izvajale potrebno oskrbo,
- vodenje odpustne dokumentacije zdravstvene nege in statistično spremljanje odpustov (Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, 2013) in
- vodi statistiko demografskih podatkov.

Za kakovostno spremljanje in vodenje bolnika doma je pomembna vzpostavitev dobre komunikacije z bolnikom in njihovimi svojci (družinski sestane) ter stike z izvajalci PO v domačem okolju: patronažno medicinsko sestro, osebnim zdravnikom, socialno službo in službo za oskrbo na domu. Svojci s pomočjo različnih služb poskrbijo, da imajo njihovi bližnji pravočasno zagotovljene vse pripomočke in druge oblike pomoči, ki jih bo potreboval po odpustu. Koordinacija odpusta je ključen proces uspešnega vodenja PO na domu (Peternelj, 2011).

Družinski sestanki so pomembni, saj kot enakovredne in aktivne partnerje v načrtovanje oskrbe paliativnega bolnika v domačem okolju vključimo bolnika in njegove svojce. Skupaj z njimi člani večpoklicnega tima načrtujemo PO. Načrt izdelamo iz vrednot in pričakovanj bolnika ter svojcev. Preverimo seznanjenost z boleznijo, s pričakovanim potekom in verjetno prognozo. Upoštevamo oceno dinamike družinskih odnosov in harmonije v izvedbi podpore ter žalovanja. Svojce se seznanijo z možnostjo 24-urnega telefonskega dostopa koordinatorja odpusta, ki oceni potrebo vključitve zdravnika specialista (Jakhel, 2011).

Dokumentacija spremlja bolnika na vsej njegovi poti obravnave in jo ima bolnik pri sebi. Sestavljena je iz lista terapije za bolnika v PO in klinične poti paliativne oskrbe (KPPO). KPPO je namenjena sistematični obravnavi in vodenju bolnikov v PO. Zagotavlja kontinuiteto obravnave in sistematično prepoznavanje ter vodenje težav. List terapije za bolnika v PO je namenjen vodenju in obvladovanju že prisotnih ter tudi pričakovanih simptomov.

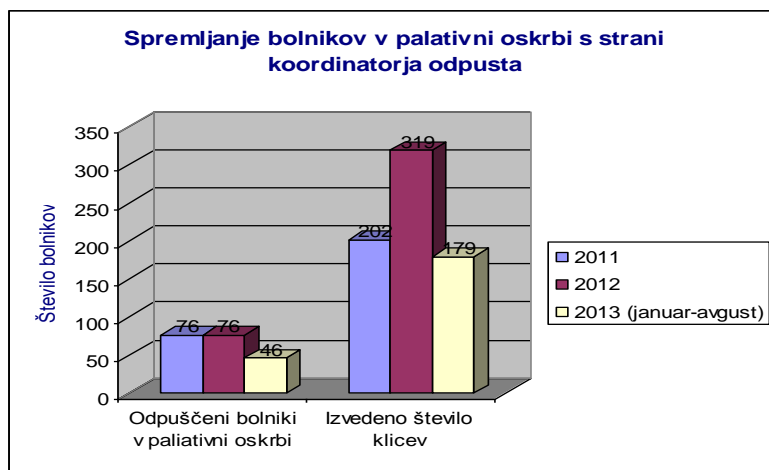
### **Spremljanje bolnika po odpustu**

Bolnike po odpustu spremljamo s klici po telefonu. Telefonsko spremljanje zunaj bolnišnice, zlasti na bolnikovem domu, velikokrat pomeni pomoč in pomiritev svojcev in/ali bolnika v kriznih situacijah (poslabšanje bolezni, zagate, negotovosti, umiranje, ...) (Štrancar, Žagar in Benedik, 2010).

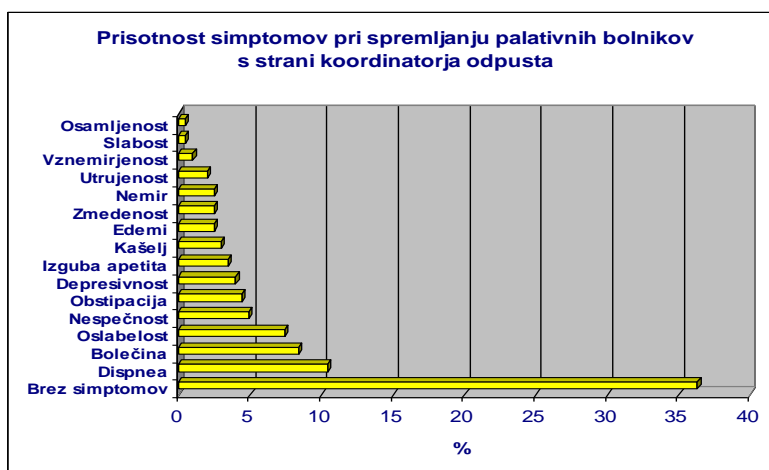
Bolnike, ki so vključeni v splošno koordinacijo, se spremlja s standardiziranim vprašalnikom po telefonu v 48 urah po odpustu in ponovno med 10. in 14. dnevom po odpustu. Preverjanje vključuje samooceno sposobnosti samooskrbe, uporabo pripomočkov, jemanje in poznavanje terapije ter prisotnosti težav.

Prvi klic po telefonu koordinator odpusta paliativne oskrbe opravi že prvi ali drugi dan po odpustu, odvisno od zdravstvenega stanja bolnika. Nato se ob stabilnem stanju bolnika klici praviloma vrstijo na 14 dni, pri stabilnejših stanjih pa lahko tudi na en mesec. Ob pojavu novih simptomov ali poslabšanju zdravstvenega stanja pa bolj pogosto, tudi večkrat na dan. Namen klicev je pridobiti informacije bolnika o prisotnosti in obvladovanju motečih simptomov ter vsakodnevnem funkcioniranju. S telefonskimi klici ustvarjamo in gradimo zaupanje bolnika in svojcev. Tako bolniki dobijo občutek varnosti. Bolniki in svojci so ob klicih pomirjeni in zelo hvaležni. Vzpostavi se tudi kontakt s primarnim zdravstvenim varstvom (Jakhel, 2011).

V letih 2011 do septembra 2013 je bilo v Kliniki Golnik izvedeno 700 klicev pri 198 odpuščenih bolnikih vključenih v paliativno oskrbo s strani koordinatorja odpusta (Graf 1). Pri 34 bolnikih je bilo v 201 klicu koordinatorja odpusta obravnavanih 15 simptomov, med katerimi so najpogostejši dispnea, bolečina in oslabelost, v 37% klicev koordinatorja odpusta bolnikov v paliativni oskrbi pa bolniki simptomov niso navajali (Graf 2).



Graf 1: Spremljanje bolnikov v PO s strani koordinatorja odpusta.



Graf 2: Prisotnost simptomov pri bolnikih, spremljanih v PO s strani koordinatorja odpusta.

## Zaključek

S spremljanjem in vodenjem bolnika po odpustu prispevamo h kakovostni obravnavi kroničnega bolnika.

## Literatura

1. Jakhel T. Izkušnje koordinatorja pri neprekinjeni paliativni obravnavi. V: Lunder U. ur. Zbornik - Golniški simpozij 2011, Paliativna oskrba, Ljubljana, 3. oktober 2011. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik; 2011: 59.
2. Peternelj, A. Novi pristopi, stari problemi – koordinacija odpusta pacienta s kronično boleznijo. V: Hvalič Touzery S, Kaučič BM, Kocijančič M in Rustja N, ur. Priložnosti za izboljševanje klinične prakse na področju zdravstvene nege starostnika. Strokovni posvet z učnimi delavnicami z mednarodno udeležbo : zbornik prispevkov z recenzijo. Ljubljana, 21. in 22. junij 2010. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010: 96.
3. Peternelj A. Priprava bolnika na odpust iz bolnišnice v domačo oskrbo – organizirana koordinacija odpusta. V: Lunder U. ur. Zbornik srečanja - Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice. Ljubljana, 3. februar 2011. Golnik: Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo; 2011: 43.
4. Štrancar K, Žagar T in Benedik J. Pristop k bolniku in njegovi družini med neozdravljivo boleznijo. Koordinacija paliativne oskrbe. Onkologija. 2010; XIV(2):150-2.
5. Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik. 2013. Dostopno na: <http://www.klinika-golnik.si/dejavnost-bolnisnice/klinicna-dejavnost/zdravstvena-nega-in-oskrba/koordinator-odpusta.php> (3. november 2013).

# PROSTOVOLJSTVO V PALIATIVNI OSKRBI IN NEAKUTNI OBRAVNAVI

**Antonija Tomc, prostovoljka, Petra Mikloša, univ. dipl. soc. delavka**

Univerzitetna Klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

E - pošta: [antonija.tomc@gmail.com](mailto:antonija.tomc@gmail.com); [petra.miklosa@klinika-golnik.si](mailto:petra.miklosa@klinika-golnik.si)

---

## Izvleček

V prispevku so predstavljene oblike prostovoljstva v Univerzitetni Kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik (Klinika Golnik), ki največ potekajo v paliativni oskrbi in neakutni obravnavi. Posebej dobro se je izkazala vloga prostovoljstva pri bolnikih, vključenih v paliativno oskrbo. Opisan je način usposabljanja za tovrstno spremljanje bolnikov in pomen podpore celotnega paliativnega tima, ki jo potrebuje prostovoljec ob svojem delu.

**Ključne besede:** prostovoljstvo, neakutna obravnava, paliativna oskrba

**Key words:** volunteering, non-acute care, palliative care

## Uvod

Delovanje prostovoljcev na področju zdravstva je danes v razvitem svetu sprejeta in uveljavljena oblika pomoči bolnikom in drugim osebam s posebnimi potrebami. Kot dragocena dopolnitev ponudbe javnih in zasebnih zavodov na tem področju predstavlja prostovoljsko delo prav tu nenadomestljivo medsebojno dejanje, ki bogati in popestri bivanje bolnikov oziroma oskrbovancev v času zdravljenja, rehabilitacije, okrevanja ( Slovenska filantropija, 2013).

V Kliniki Golnik poteka prostovoljstvo na akutnih oddelkih, največ pa v neakutni obravnavi, saj je ležalna doba bolnikov na negovalnem oddelku daljša in nastopijo večje potrebe po stiku in druženju z ljudmi, ki niso « zaposleni». V neakutni obravnavi potekajo različne oblike prostovoljstva:

- dijakinje Gimnazije Kranj prihajajo k negovalnim bolnikom in njihovo delo poteka v obliki družabništva pri bolnikih ( pogovor, branje, družabne igre, sprehodi)
- gospa Ifigenija Simonović prihaja k bolnikom v paliativni obravnavi in pripravi delavnice za bolnike v obliki izdelovanja izdelkov iz gline in druge, z namenom spodbujanja iskrenega druženja in pripovedovanja zgodb kot terapevtski način premoščanja izgub.

- gospa Antonija Tomc vstopa v stik k bolniki, ki so vključeni v paliativno oskrbo tako, da se individualno v več srečanjih z njimi poveže v odkritem in zaupnem odnosu kot nevtralna sočutna oseba, ki nima zgodovine svojca in tudi ne avtoritete zdravstvenega delavca.

Koordinator prostovoljcev je socialna delavka, ki organizira uvodno usposabljanje in nadaljnja srečanja. Razporeja prostovoljce in spremlja njihovo delo, jih usmerja, njej prostovoljci tudi poročajo o opravljenem delu. Nudi jim oporo pri njihovih psihičnih dilemah in podoživljanju oz. čustvovanjih.

### Prostovoljci v paliativni obravnavi

Umeščenost prostovoljcev v paliativno oskrbo izhaja iz spoznanja, da bolniki in njihovi svojci potrebujejo celostno obravnavo, ki je samo zdravstveno osebje ne more ponuditi. Že to, da je nekdo preprosto »tam«, ob bolniku in posveti svoj čas temu, da »je ob bolniku«, je pomemben del celostne oskrbe. S tem, ko skrbijo, da se bolniki in njihovi svojci počutijo bolje, poteka tudi delo na oddelkih bolj nemoteno in učinkovito (Štancar, 2006). Naše izkušnje kažejo, da je bistvenega pomena tudi, da imajo bolniki še nekoga kot zaupnika na svoji strani.

Kandidati za prostovoljce v paliativni oskrbi morajo biti zrele osebe, ki jih vodi v to delo notranja motivacija, notranja potreba po delu z neozdravljivo bolnimi. Prostovoljci neozdravljivo bolnemu in njegovim svojcem lahko zelo veliko dajo in pomenijo nepogrešljivega člana paliativnega tima, obenem pa prostovoljci povedo, da s prostovoljnimi delom tudi sami pridobijo, se obogatijo in prepoznajo v svojem življenju neko dodano vrednost.



Slika 1: Ifigenija Simonović kot prostovoljka (foto J. Slak)

Prostovoljci v paliativni oskrbi opravijo uvodno usposabljanje s člani specialističnega paliativnega tima, kjer se seznanijo s pristopi paliativne obravnave, potrebami bolnikov, svojo vlogo in organizacijo dela. Pridobijo tudi nekaj veščin komuniciranja in osnove pristopa v žalovanju. Udeležijo se rednih izobraževanj na teme paliativne oskrbe. Prostovoljci s svojo prisotnostjo obogatijo življenje bolniku, saj s svojim delom, ki obsega sočutno spremljanje in sprejemanje drugega človeka, njegovih navad, prepričanij in vrednot brez sodb, pripomorejo k bistveno boljšemu počutju bolnikov in s tem tudi svojcev. V svoji preprosti obliki sledijo modelu terapij dostojanstva (Dignity therapy).



Slika 2: Slike in poslikava stolov prostovoljke Ifigenije Simonović (foto J. Slak)

Kljub temu, da je to delo zahtevno in terja notranjo moč prostovoljca, prinaša zadovoljstvo in radost ob iskrenih stikih z bolniki ob koncu življenja. Življenjske izkušnje in spretnosti prostovoljca so zelo dobrodošle. Prostovoljci se s tem, ko so prisotni v tako pomembnem življenjskem obdobju drugega človeka, soočajo tudi z lastnimi življenjskimi situacijami, strahovi in minljivostjo. Zato potrebujejo redno strokovno spremljanje svojega dela in podporo. Svoja doživljanja in izkušnje pri delu z bolniki, ki so vključeni v paliativno oskrbo, opisuje prostovoljka, ki je postala nepogrešljiv član paliativnega tima na negovalnem oddelku, saj s svojim delom ogromno doprinese k celostni, kvalitetni obravnavi bolnikov in k še boljšemu delovanju tima na negovalnem oddelku.

### **Antonija Tomc:**

Prvi stik s paliativnim oddelkom na Kliniki Golnik je bilo v januarju 2013 v obliki elektronskega pisanja dr. Lundrovi s sledečo vsebino:

»Po naključju, ki ni naključje, je prišla v moje roke vaša knjiga *Odprto srce*, ki se je dotaknila mojega srca.

Ne samo, da se me je dotaknila, pustila je veliko željo, da mi dovolite obisk vašega oddelka na Golniku in kratek pogovor z Vami.



Čutim, da bi lahko s svojimi darovi, vedenju in izkušnji o umiranju pripomogla pri vašem delu.«

Sledilo je povabilo na uvodni razgovor .

Ta datum pomeni v mojem življenju prelomnico.



Slika 3: Prostovoljka Antonija Tomc s članicama tima negovalnega oddelka (foto P. Mikloša)

Sprejela me je dr. Lunder in medicinska sestra Tatjana Jakhel, nato sta se pridružili še socialna delavka Petra in psihologinja Anja, čudovite osebe polne sočutja, pripravljene posredovati svoje znanje z izkušnjami in sprejemati predloge. Dr. Lundrova je sonce oddelka, poskrbi za prijetno, sproščeno in zaupljivo vzdušje. Začutila sem tudi vse ostalo osebje na oddelku, da se trudi na svoj najboljši način opravljati svoje delo.



Slika 4: Prostovoljka ob pogovoru z bolnikom (foto P. Mikloša)

Po telesu sem čutila vznemirjenost in hrepenenje slediti svojemu notranjemu glasu, ki mi je skozi občutke prigovarjal, naj dam življenju svoj prispevek - pomagati umirajočim. V sebi sem čutila radost, ljubezen in notranji mir, ki bi jo rada delila z bolniki in osebjem.

Prva izkušnja z bolnikom, h kateremu me je z uvodnimi besedami pospremila dr. Lundrova, je name naredila nepozaben vtis. Gospod je ležal v postelji, le s težavo je lahko naredil par korakov, potreboval je lajšanje težav z dihanjem in bolečin, saj je imel srčno popuščanje in raka na pljučih.

Njegova pripoved o težkem otroštvu in povezanosti z dedom je bila ganljiva. Ded lesar, ki je imel lastno mizarško delavnico in z velikim smislom za rustikalno izdelavo lesenih predmetov, je v vnuku prepoznal umetniško nadarjenost slikanja. Za takratne težko prihranjene bone mu je kupil barve za risanje. Njuna vez se je tako še poglobila. Uteho ob izgubah in razočaranjih je našel v slikanju. Ob pripovedovanju ga preplavljajo čustva. Po licih mu polzijo solze. Ne sramuje se svoje ranljivosti ponovne izgube. Prosi me, v globoki spoštljivosti, če me lahko objame in poljubi na lice. V njem sem začutila bolečino, stisko in nemoč sprejeti minljivost življenjske poti. S sočutjem in ljubeznijo sem mu skušala dati občutek lastne vrednosti in spoštovanja. Močno čustvovanje ga je utrudilo, vendar je zbral še nekaj zadnjih moči in mi podaril svojo sliko, ki jo je naslikal. Ganjena in počaščena za vse, kar se je v času najinega pogovora izmenjalo, sva se pomirjena poslovila. Gospod je odšel čez nekaj dni v domačo oskrbo in po dveh tednih v miru zaključil svoje življenje.

Občutek, ki ga imam pri tem, ko pomoči potrebnim namenim svoj čas in sočutje ter poslušam brez sodb, je zame največji dar, ki ga imam in ga lahko dam pomoči potrebnim. Veselim se nadaljnjega dela in srečanj v pričakovanju novih spoznanj in izkušenj, ki jih pridobim, saj ob minljivosti življenja spoznavam lastno minevanje. Kako pomemben je vsak posameznik in njegov kakovostno preživeti trenutek, razmišljam vsakič ko se vračam, proti domu.

Hvala Življenju, da mi je dalo priložnost doživljati te izkušnje.

## Literatura

1. Slovenska filantropija: Forum o prostovoljstvu v bolnišnicah, 2013. Dostopno na: <http://www.prostovoljstvo.org/aktivnosti/prostovoljstvo-v-bolnisnicah> (dostop 5.11.2013).
2. Štancar K. Prostovoljno delo v okviru paliativne oskrbe. Obzornik zdravstvene nege, 2006;40 (3): 165-70.

## NEGOVALNI ODDELEK Z VIDIKA BOLNIKOV IN SVOJCEV

---

### Negovalni oddelek – prostor miru

Na torkovo jutro novembra 2008 me je v pisarno poklical brat in povedal, da je mama padla v hiši in da so jo odpeljali v klinični center. V sredo smo odšli na obisk, mama je bila pri zavesti, sicer zmedena, toda stanje se ji je hitro popravljalo. V petek zvečer pa je doživela ponovno obsežno možgansko krvavitev. V petek smo tako slišali njene zadnje besede, na druge načine pa smo se z njo pogovarjali vse do njene smrti.

Decembra so mamo premestili na intenzivni oddelek Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik. Zdravniki so nam povedali, da skoraj ni upanja, da bi mama še kdaj samostojno dihala. Na obiskih smo jo razgibavali, prosili in zahtevali, da premika najprej prste ene roke, pa noge, druge roke in noge. Na vprašanja nam je pokimala ali odkimala, pokazala z očmi, včasih poskusila tudi kaj povedati, pa ni šlo. Potrpežljivo je čakala, da smo drug za drugim spoznali, da ne bo zmogla.

Ko se je začela prebujati narava, so mamo premestili na negovalni oddelek Klinike Golnik. Spoznali smo, da delo na negovalnem oddelku poteka precej drugače kot v ostalih oddelkih bolnišnice. Z zdravnico Urško Lunder in osebjem smo imeli družinske sestanke, kjer so nam zdravnica in medicinske sestre z veliko mero razumevanja naše stiske razložile, kaj se dogaja z našo mamo in kakšne nadaljnje ukrepe predlagajo. O vsem smo se odločali skupaj. Vedeli smo, da mamino telo usiha, želeli smo, da ji čim bolj olajšajo trpljenje, želeli smo, da se ji umetno ne podaljšuje življenje.

Negovalnega oddelka nismo nikoli doživljali kot prostor umiranja. Bil pa je prostor velikega miru. Na negovalnem oddelku nam je mama vsem skupaj dala priložnost, da imamo čas in prostor zase. Obiskoval in pogovarjal sem se z njo, ki je lahko le poslušala, in ko sem nehal govoriti, sem lahko poslušal.

Julija je mama umrla. Na družinskem sestanku po njeni smrti nam je zdravnica opisala njene zadnje trenutke, povedala, kako se je poslovila s tega sveta ob prisotnosti zdravnice in glavne medicinske sestre. Štiri leta bo od tega. Že davno sem pustil, da je nehalo boleti. Ob določenih priložnostih se še spomnim. Čeprav veliko raje tega, kako smo ob poletnih nedeljskih popoldnevih vsi skupaj, oče, mati in štirje otroci, ležali na travi na vrtu, se smejali in veselili življenja. Tudi smrt je del življenja. Nekaj česar se nam ni treba bati, nekaj kar ni potrebno, da je tabu tema, toda hkrati kratek del življenja, vreden primerne pozornosti.

Za konec bom navedel zahvalo, ki sem jo napisal po mamini smrti, ko je bilo še vse zelo živo:

*Spoštovana gospa zdravnica Urška Lunder in sodelavci negovalnega oddelka Bolnišnice Golnik!*

*Zahvaljujemo se vam za trud in skrb, ki ste jo namenjali naši mami Marjeti. Kljub težki, neozdravljivi bolezni, ste ji z znanjem in izkušnjami po najboljših močeh lajšali tegobe in posledice hude bolezni. Z enako zavzetostjo ste skrbeli zanjo, ko se skoraj ni več zavedala, ko ni več ničesar čutila.*

*Hvaležni smo vam za vso človečnost in potrpežljivost, ki ste jo namenjali nam najbližjim. Imeli ste čas za nas in dovolili ste nam biti z mamo, kadar koli smo želeli in kolikor časa smo želeli, čeprav smo zaradi tega kdaj motili vaše delo.*

*Našo mamo ste spoznali hudo bolno. Z mimiko je lahko še kaj sporočila, povedati ni mogla nikomur nič več. Če bi lahko govorila, se vam ne bi nikoli pritoževala. Le malo nerodno bi ji bilo, ker tako dobro skrbite zanjo. Taka je bila naša mama.*

*Še enkrat hvala za vse, kar ste storili zanjo in za nas!*

*Mož in otroci z družinami.*

## **Zahvala negovalnemu oddelku**

Spoštovano osebje negovalnega oddelka Klinike Golnik!

Ob jubileju bi Vam radi čestitali in Vam obenem izrazili zahvalo in spoštovanje ob Vašem delu ter dodali našo zgodbo v Vaš mozaik dela in življenja.

Življenje je nepredvidljivo. Njegove minljivosti, kratkosti in nujne potrebe po uživanju slehernega dne se žal začnemo zavedati šele, ko nas doleti huda preizkušnja. Z njo smo se soočili tudi v naši družini, ko je junija 2010 hudo zbolela naša mama in nona Marija.

Marija se je ravno navadila na mirno življenje v pokoju in neizmerno si je želela svoj čas nuditi svojim dragim vnučkom, česar smo bili veseli tudi mi, saj smo lahko svoje otroke zaupali skrbni noni. Nenadoma pa se nam je porušil ves svet. S postavitvijo diagnoze pljučni rak je postala Vaša pacientka. Bili smo polni strahov, jeze in vprašanj. Zakaj prav naša mama? Saj ni nikoli kadila, uživala alkohola. Saj je bila vedno zdrava. Kaj zdaj? Je to konec?

In v teh nemirnih trenutkih ste nam veliko pomagali prav v vaši kliniki. Znali ste biti ob njej, ji nuditi strokovno oskrbo, tolažbo, ji dati upanje in moč za boj proti zahrbtni bolezni. Bojevali ste se z diagnostiko, nato s kemoterapijo, z biološkimi zdravili, hkrati pa ste ji znali prisluhniti, si vzeti čas in toplo besedo. Z duhovno oskrbo ste ji omogočili, da je lahko našla pomoč in tolažbo v svoji veri. Vedno, ko je prišla s pregledov, nam je prinesla dobre novice o izboljšanju in o tem, kako delajo tam

dobri ljudje. Tudi nas je pomirila in nam po tihem dajala upanje, da bo šlo. Na njenih poteh s Primorske na Gorenjsko na Golnik jo je vedno spremljal naš tata in tudi njega ste znali sprejeti in vključiti v potek zdravljenja.

Skoraj dve leti je trajal njen boj; dve leti je življenje kljub bolezni teklo dalje. Vsi smo upali, da je bil njen boj uspešen, da je premagala bolezen, da je bil to le znak, da so naše poti v življenje nepredvidljive. Vendar zopet smo bili osupli, ko se je kmalu po njenem šestdesetem rojstnem dnevu stanje poslabšalo. Povedali ste nam, da upanja ni več. Kmalu je z Golnika v naše domove prišlo sporočilo, da ostane na negovalnem oddelku. Kako? Kaj ne bo prišla domov? Saj smo tukaj vendar njeni otroci, njeni vnuki? Vse je zaskrbelo in videli smo mamin strah, da bo zadnje dni preživela sama, daleč od domačega okolja. Tata se je nekaj časa vsak dan vozil k njej, a ta čas je vedno prehitro minil in mama je noči preživljala v samoti in žalosti. Vse pa je skrbelo tudi za tata, saj je bil na dolgi poti domov izpostavljen nevarnostim na cesti, vožnja pa ga je tudi vidno izčrpavala. Zato smo neizmerno hvaležni kolektivu negovalnega oddelka, ki je ponudil pomožno posteljo, tako da je tata lahko poslednja dva meseca maminega življenja preživel ob njej, kar je bil za nas pravi blagoslov. Mama je bila po tem pomirjena, saj je ob sebi imela življenjskega sopotnika, ki ji je lahko bil dneve in noči v oporo. Vi ste ji odvzeli bolečine in ji nudili vso nego, ki bi ji jo doma težko omogočili, predvsem pa ste ji pustili dostojanstvo in bili do nje pozorni. Poleg tega ste tatu zaupali in ga naučili negovanja, za kar sem vam vedno znova zahvaljuje. Vedno ste mu bili na voljo za pogovore in nasvete, kako kljub težkim trenutkom ostati močan in miren ter kako opogumljati mamo. Nam ste odvzeli skrb za nego in nam pustili čas, da smo lahko samo z njo, da smo skupaj tukaj in zdaj. Dva meseca smo hodili k njima. Kljub žalosti smo se domov vračali pomirjeni: naša mama je v najboljših rokah. Tista rumena sobica je postala naš dom. Tam smo praznovali veliko noč, njuno 40. obletnico poroke in tam se je skupaj z vami razveselila rojstva pete vnukinje. Imela je mirno okolje, pogled na gozd, na prihajajočo pomlad. Zadnje dneve ji je bogatilo petje ptic; spominjalo jo je na domači kraj. V takem okolju je lažje sprejela neprijazno usodo in se počasi pripravila na zadnje slovo.

In potem so prišli njeni zadnji dnevi. Ob njej smo lahko bili do zadnjega trenutka. Pomagali ste nam razumeti njene zadnje ure, njen zadnji boj, njene zadnje besede. Ob neizmerni bolečini, ki nam še danes zarosi oči, ste bili ob njej in bili ste ob nas.

Življenje gre svojo pot, ki nam včasih pripravi prijetna presenečenja, včasih pa bridke ovire, vendar je ob sočutju in prijaznosti dobrih ljudi njihovo premagovanje lažje. Vedno, ko nas pot vodi na Gorenjsko, mimo Storžiča, vemo, da je tam kraj, kjer živijo in delajo ljudje z velikim srcem.

Še enkrat bi se Vam radi zahvalili za strokovno delo, ves vaš trud, čas in predvsem za vso podporo ter domače besede, ki ste jih delili z našo mamo in z nami. Hvala medicinskemu in tehničnemu osebju ter gospodu župniku. Ostanite še naprej skrbni in čuteči!

Njen mož Bogdan ter otroci Mateja, Dominik, Anja in Nika z družinami

## **UTRINKI Z NEGOVALNEGA ODDELKA NA FOTOGRAFIJAH**



Slika 1: Učne delavnice iz paliativne oskrbe na Bledu (foto: arhiv negovalnega oddelka)



Slika 2: Učne delavnice iz paliativne oskrbe na Bledu (foto: arhiv negovalnega oddelka)



Slika 3 in slika 4: Izobraževanje na temo Žalovanje v paliativni oskrbi v Kliniki Golnik 4. Oktobra 2013 (foto A. Tomc)



Slika 5: Na strokovni ekskurziji v Celovcu (foto J. Slak)



Slika 6: Sončna terasa negovalnega oddelka  
(foto: arhiv negovalnega oddelka)



Slika 7: Televizijsko snemanje nadaljevanke na negovalnem oddelku (foto J. Bogdanovski)



Slika 8: Zdravnica Urška Lunder je za dobrodošlico ob vrnitvi iz specializacije v San Diego septembra 2007 dobila torto "s podkožno črpalko 100% brez bolečin" (foto: arhiv negovalnega oddelka)





Slika 9: Priprave na poroko bolnika in njegove partnerice na negovalnem oddelku, avtorica poročne torte in dekoracije je Alenka Mulej (foto P. Mikloša)



Slika 10: Poroka bolnika in partnerice v bolniški sobi na negovalnem oddelku (foto P. Mikloša)



Slika 11: Tim negovalnega oddelka z bolnikom na terasi (foto J. Slak)



Slika 12: Tako se sproščamo po napornem delu ali timbuilding v gorah (foto: arhiv negovalnega oddelka)



Slika 13: Strokovni ogled novoletne smrečice,



Slika 14: Bolnik je medicinskim sestram nabral pomladansko cvetje (foto P. Mikloša)ki jo je okrasil bolnik (foto P. Mikloša)



Slika 15: Zdravnica v pogovoru z bolnikom (foto: arhiv negovalnega odd.)



Slika 16: Med fizioterapijo (foto J. Suhadolnik)



Slika 17: Člani negovalnega tima kot igralci v satirični komediji (foto: arhiv negovalnega oddelka)



Slika 18: Tim na bowlingu (foto: arhiv negovalnega oddelka)



klinika  
**GOLNIK**

UNIVERZITETNA KLINIKA ZA PLJUČNE BOLEZNI IN ALERGIJO GOLNIK