

PALIATIVNA OBRAVNAVA BOLNIKA NA DOMU

Palliative home care

Bojana Malečkar Fatur, viš. med. ses.

Saša Koren, dipl. m. s.

Andreja Ljubič, mag. zdr. nege

Patronažna služba, Postojna

patronaza@zd-po.si

IZVLEČEK

Umirajoči potrebujejo občutek, da niso sami. Celovito obravnavo v procesu umiranja lahko zagotovi le sodelovanje vseh članov paliativnega tima, v katerem ima pomembno vlogo medicinska sestra v patronažni dejavnosti. Namen prispevka je predstaviti pogled diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu na obravnavo paliativnega bolnika na domu in ugotovitve, zaznane pri delu. V namen celostne in kontinuirane obravnave smo izdelali Paliativni karton pacienta na domu, ki poleg zaznanih potreb, problemov in intervencij pri bolniku vsebuje tudi njegove želje in pričakovanja. K bolnikom usmerjena zdravstvena nega in oskrba vključuje filozofijo oskrbe, ki vidi bolnika kot enakovrednega partnerja in ne kot pasivnega prejemnika oskrbe.

Ključne besede: paliativna oskrba, paliativni karton, komunikacija, umiranje

ABSTRACT

Dying patients need to feel that they are not alone. Comprehensive treatment in the process of dying can only be ensured by the participation of all members of the palliative team. The community health nurses play an important

role in that team. For the purpose of a comprehensive and continuous treatment, we developed a Palliative Care Chart for the at-home patient, which in addition to the patient's identified needs, problems and interventions, also contains his desires and expectations. The patient-centred care includes a care philosophy that sees the patient as an equal partner and not as a passive recipient of care.

Key words: palliative care, palliative care chart, communication, dying

UVOD

Umiranje je del našega življenja, saj mu nihče izmed nas ne more uiti (Torkar, 2016). Medicina vse bolj premaguje bolezni in kljubuje smrti, toda ko je slovo neizogibno, je neredko oropano človečnosti, ker nam je bolj pomembno trajanje življenja kot kakovost (Gawande, 2014). Klevišar (2006) pravi, da je kakovost življenja še vedno odvisna od dejstva, kako znamo spremljati umirajoče in kako se od pokojnih poslavljamo. Vsaka družina ima svoj vzorec odzivanja na bolezni in umiranje. Bolezni in smrt prihajata nepričakovano, nenapovedano in manj kot smo na to pripravljene, težje je takrat, ko se znajdemo pred tem dejstvom. Pomembno je, da dovolimo svojcem, da reagirajo na svoj način, kajti družinske vezi so zelo kompleksne. Tkejo se leta in leta ob vsem, kar člani družine doživljajo. Nekdo, ki prihaja od zunaj, včasih težko razume prenekatero reakcijo svojcev, ne pozna odnosov in načina, kako so reševali stiske (Klevišar, 2006). Zato je še kako pomembno, da so bolniki in njihovi bližnji vključeni v učinkovito izvajanje paliativne oskrbe (PO) na domu (Lunder, 2007).

Družina predstavlja pomemben dejavnik pri načrtovanju patronažne zdravstvene nege, saj ljubeči in razumevajoči odnosi v družini pozitivno vplivajo na obolelega, ga motivirajo, da čim dlje ostane samostojen, mu nudijo varnost in pomoč, ko bolezen napreduje in se zdravstveno stanje slabša. V nasprotnem pa nerazumevajoči odnosi poslabšajo vsa prizadevanja medicinske sestre v patronažni dejavnosti za ohranitev in/ali izboljšanje stanja bolnika (Lipič Baligač & Flisar, 2010). Medicinske sestre imajo ključni položaj pri lažji komunikaciji

med družinskimi člani in bolniki, še posebej, ko se družinski člani ne strinjajo z načrtom oskrbe v zadnjem obdobju življenja bolnika (Erlen, 2005). Spoštovanje bolnikove volje, dostojanstva je osrednji cilj vsakega izvajalca, ki se vključuje v obravnavo. Zahteva interdisciplinaren pristop, dobro koordinacijo in informiranje bolnikov in izvajalcev (Peternelj, 2010).

Logonder in Božič (2010) pravita, da naj bi bili bolniki odpuščeni v domačo oskrbo šele, ko bi z ustreznim pristopom do bolnika in svojcev razjasnili njihove strahove ter imeli možnost posvetovanja ob poslabšanju stanja. Nato pa se s pomočjo ustrezno usposobljenih zdravstvenih strokovnjakov - tako družinskih zdravnikov kot patronažne službe - zagotovi bolnikom, da kakovostno preživijo preostanek življenja in so vključeni v učinkovito izvajanje PO na domu (Lunder, 2007). Medicinska sestra v patronažni dejavnosti ima osrednjo vlogo pri negi umirajočih bolnikov na njihovih domovih ter skrbi za izboljšanje kakovosti njihovega življenja. Da doseže najboljše za umirajočega bolnika, je v njegovi bližini in bližini njegovih svojcev ter sodeluje z drugimi profesionalci v paliativnem timu (Karlsson et al., 2010).

Pomen in vloga patronažne zdravstvene nege v paliativnem timu

Patronažna zdravstvena nega je posebna oblika zdravstvene nege, ki se izvaja na bolnikovem domu in v lokalni skupnosti oz. okolju, kjer varovanci živijo. Subjekt obravnave v patronažnem varstvu ni samo posameznik, temveč po potrebi tudi družina in lokalna skupnost (Završ Džananović, 2010). Patronažna zdravstvena nega in paliativna zdravstvena nega sta neločljivi (Vrtovec, 2009). Poznavanje paliativne oskrbe in razumevanje procesa umiranja ter žalovanja je osnova za vsako medicinsko sestro v patronažni dejavnosti kot nosilko patronažnega zdravstvenega varstva (Kos, 2007). Skozi zgodovino so medicinske sestre iskale načine za izboljšanje kakovosti življenja posameznikov, družin in skupnosti, v vsaki fazi življenja. Zagovorništvo predstavlja rdečo nit kakovostne zdravstvene nege ob koncu življenja, ki zajema tudi obvladovanje bolečine, etično odločanje, kompetentno zdravstveno nego glede na kulturno prepričanje in pomoč skozi proces umiranja in smrti (Hebert et al., 2011).

Medicinske sestre v patronažni dejavnosti so tiste profesionalke v paliativnem timu, na katere se običajno obračajo bolniki in svojci, ki potrebujejo osebno pomoč in svetovanje glede nege v odločilnem obdobju bolnikovega življenja (Erlen, 2005). Koordinacijo s preostalimi službami, ki se vključujejo v PO, medicinske sestre v patronažni dejavnosti večinoma izvajajo same (Vrtovec, 2010). Najpogosteje so to osebni zdravnik, center za pomoč na domu, medicinske sestre na sekundarnem in terciarnem nivoju, društvo Hospic in ostali strokovnjaki (Berčan, 2013; Valenčak, 2015).

Paliativna oskrba predstavlja celoto, v kateri so vsi segmenti oskrbe med seboj povezani in usklajeni, interdisciplinarni timski pristop pa je osnovno izhodišče za razvoj paliativne zdravstvene nege, kjer se sestava tima prilagaja stanju in potrebam bolnika ter razpoložljivim sredstvom (Državni program paliativne oskrbe, 2010). Osnovni paliativni tim je izvajalec osnovne PO in koordinator vseh drugih dejavnosti, ki jih bolnik v PO potrebuje. Slika 1 prikazuje osnovni paliativni tim, ki sodeluje pri obravnavi paliativnega bolnika. Osnovni paliativni tim sestavlja skupina strokovnjakov, ki imajo dodatna znanja s področja paliativne oskrbe in deluje na primarni ravni in v institucionalnem varstvu. Osnovni paliativni tim tvorijo: zdravnik, medicinska sestra, medicinska sestra v patronažni dejavnosti, socialni delavec, psiholog, po potrebi pa se v obravnavo vključujejo tudi fizioterapevti, delovni terapevti, dietetiki, duhovniki ter prostovoljci (Jošt & Triler, 2007; Državni program paliativne oskrbe, 2010).



*Slika1: Timsko delo zahteva povezanost ljudi med seboj
(povzeto po Državnem programu PO, 2010)*

Ko bolezen napreduje ter se zaključi bolnišnično zdravljenje, medicinska sestra v patronažni dejavnosti na osnovi delovnega naloga, ki ga izda družinski zdravnik, obišče umirajočega bolnika na domu (Vrtovec, 2009). K umirajočemu pristopa individualno in celostno ter ga vključuje v zdravstveno nego in mu prepušča možnost, da se sam odloča. Pri vsakodnevnih aktivnostih v svoje delo z umirajočim vključuje tudi hierarhijo človekovih potreb po Maslowu, ki je po prioriteti prilagojena umirajočemu in njegovim potrebam (Hajdinjak & Meglič, 2006). Pri bolniku izvaja medicinskotehnične posege po zdravnikovem naročilu, sama pa ugotavlja bolnikove potrebe glede paliativne zdravstvene nege na domu. Potem ko medicinska sestra v patronažni dejavnosti ugotovi bolnikovo stanje, postavi negovalno diagnozo in skupaj z bolnikom, če je to mogoče, izdelava ustrezen načrt zdravstvene nege, postavi cilje in začne vse to tudi izvajati ter sproti vrednotiti (Vrtovec, 2009). Njena vloga ob hudo bolnem bolniku je: upoštevanje etičnih načel in etičnega ravnanja, nudenje aktivne in celostne oskrbe, obravnava bolečine in obvladovanje nadaljnjih spremljajočih simptomov ter zadovoljevanje psihičnih, socialnih in duhovnih potreb. Vloga medicinske sestre v patronažni dejavnosti ob svojcih umirajočega pa je: upoštevanje etičnih načel in etičnega ravnanja, nudenje aktivne in celostne oskrbe, fizična razbremenitev, pogovor in empatičen odnos, spodbujanje komunikacije znotraj družine, spodbujanje svojcev, naj še naprej živijo svoje življenje, priprava svojcev na umiranje bližnjega oziroma na njegovo smrt, podpora svojcem med žalovanjem (Kos, 2007).

Pravočasno zaznavanje problemov, ustrezen načrt in pravilno izvajanje patronažne zdravstvene nege, ki mora biti prilagojena fizičnemu in psihičnemu stanju bolnika, ter vključevanje njegovih kulturnih in duhovnih potreb v načrt patronažne zdravstvene nege zagotavljajo dobro kakovost patronažno-paliativne zdravstvene nege (Vrtovec, 2010). Načrt paliativne obravnave bolnika na domu, ki ga povzema Državni program PO (2010), zajema: pogovor z bolniki in svojci glede pričakovanj in skrbi; postavitve skupnih ciljev za podporo odnosov med timom, bolnikom in svojci; izdelavo načrta obravnave in predvidevanje potencialnih problemov ter njihovo preprečevanje; spremljanje in ocena družinske dinamike in ovir; učenje bolnika in družine.

Medicinska sestra v patronažni dejavnosti ima pomembno vlogo pri zmanjševanju stiske bližnjih, saj doživljanje stiske ob koncu življenja ter sam proces umiranja lahko pustijo trajne posledice na vseh tistih, ki so ob bolniku in ga spremljajo pri umiranju (Griggs, 2010). Doseganje vsega naštetega je možno le s terapevtskim medosebnim odnosom, ki vključuje empatijo, sočutje in iskrenost, s poslušanjem ter z odprto tenkočutno komunikacijo (Kos, 2007). Davey (2014) pravi, da je za mnoge smrt težavna, neprijetna in kočljiva tema, ki prinaša žalost in depresijo. Prav zato ima pomembno vlogo medicinska sestra v paliativni oskrbi, ki ublaži to mišljenje in pomaga razumeti smrt.

Potrebe po celoviti paliativni oskrbi na domu

Lipič Baligač in Flisar (2010) trdita, da je prvo in najbolj temeljno dejstvo glede stanja paliativne oskrbe, da vse preveč ljudi trpi ob koncu svojega življenja. Raziskave so pokazale, da večina zdravnikov ne pozna ukrepov in postopkov, ki blažijo moteče simptome ob koncu življenja, in tudi ne prispevajo k zmanjšanju psihosomatskih problemov bolnika in njegovih najbližjih. Pogosto izvajajo postopke, ki ne koristijo, temveč celo škodijo v procesu umiranja. Velikokrat zdravniki niso občutljivi za potrebe in osebne želje bolnikov in njihovih svojcev ob koncu življenja (Hebert et al., 2011). Velik problem je tudi slabo izobraževanje zdravstvenih delavcev, ki skrbijo, negujejo ali zdravijo bolnika; nepoučeni so o veščinah komuniciranja, ki so specifične v tem obdobju, tako za oceno bolnikovega stanja kot za informiranje in soodločanje pri izbiri postopkov oskrbe (Lunder, 2003).

Peternej (2008) ugotavlja, da več kot polovica bolnikov pri nas umre v bolnišnicah ali institucionalnem varstvu, vendar se medicinske sestre v patronažni dejavnosti vse pogosteje srečujemo z željo bolnikov in njihovih bližnjih, da svoje zadnje obdobje življenja bolniki preživijo v svojem domačem okolju.

Da bi bolniki s pomočjo patronažne službe, družinskih zdravnikov ter dežurnih zdravnikov in zdravstvenih delavcev v nujni medicinski pomoči preživeli preostanek življenja kakovostno, kot jim dopušča bolezen (Logonder & Božič, 2010), je potrebna dobra komunikacija med timi ter kontinuirana in celostna obravnava bolnika.

Medicinske sestre v patronažni dejavnosti pri svojem delu zaznavamo, da umirajoči bolniki in njihovi svojci želijo, pričakujejo in pogrešajo obisk družinskega zdravnika na domu. Vključevanje družinskih zdravnikov v paliativno oskrbo bolnika na domu pripomore k oblikovanju etičnega modela in obravnave paliativnih bolnikov v zadnjem obdobju življenja (Dhiliwal & Muckaden, 2015), zato je obisk zdravnika najbolj zaželen v prvem tednu po odpustu iz bolnišnice ter med poslavljanjem. Družinski zdravnik ob obisku; (1) bolnika ponovno seznani z njegovo diagnozo, če presodi, da je to smiselno, vsekakor pa z diagnozo seznani bolnikove svojce, saj tako medicinske sestre v patronažni dejavnosti lažje načnemo pogovor o smrti; (2) bolniku in svojcem pojasni pomen in obseg paliativne oskrbe; (3) razloži potek umiranja in zaplete, ki se lahko pojavijo med umiranjem (prisotnost bolečine, težko dihanje, nemir ...); (4) seznani bolnika in svojce o zdravljenju s stranskimi učinki, ki ga bo bolnik morda potreboval (opiaty in antipsihotiki); ter (5) seznani ekipo ambulate nujne medicinske pomoči z bolnikom in njegovimi željami glede smrti. S tem bi se izognili tudi šumom v komunikaciji, s katerimi se občasno srečujemo pri oskrbi z umirajočimi.

Ministrstvo za zdravje RS (2010) navaja, da za kakovostno in celovito obravnavo paliativnih bolnikov potrebujemo enotno strokovno dokumentacijo, z namenom spremljanja bolnika skozi PO. Tudi Valenčak (2015) zagovarja stališče, da bi bila obravnava paliativnih bolnikov bolj kakovostna z uvedbo enotne dokumentacije, ki je hkrati dostopna vsem izvajalcem celostne palia-

tivne oskrbe. Z enotno dokumentacijo lahko zmanjšamo nepotrebno iskanje pomembnih informacij od drugih članov paliativnega tima, ki jih medicinska sestra v patronažni dejavnosti potrebuje za kakovostno opravljanje svojega dela (Vrtovec, 2010). Z uvedbo enotne dokumentacije se lahko izognemo mnogim nepotrebni sprejemom v bolnišnico v zadnjih dneh življenja, marsikateremu nepotrebni in agresivni posegu pri paliativnem bolniku (Metlikovič, 2011). Večina zdravstvenih domov v Sloveniji za vodenje paliativnih bolnikov uporablja standardno dokumentacijo, ki vključuje obravnavo vseh bolnikov in je dostopna le medicinski sestri v patronažni dejavnosti.

V namen celostne in kontinuirane obravnave smo v Zdravstvenem domu Postojna oblikovali »Paliativni karton pacienta na domu«. Enotna dokumentacija je dosegljiva vsem zdravstvenim delavcem (družinski zdravnik, medicinska sestra v patronažni dejavnosti, dežurni zdravnik, zdravstveni delavci v urgentni ambulanti itd.) ob vsakem času in jo ima bolnik pri sebi doma. V kartonu so poleg problemov, potreb ter intervencij zapisane tudi želje in pričakovanja bolnika. Namen tega je interdisciplinarno delovanje, ki nam omogoča dobro povezovanje služb, izogibanje in odpravljanje napak ter šumov v komunikaciji, boljšo celostno obravnavo bolnika ter podporo svojcem. Karton se po smrti bolnika arhivira v » Patronažnem kartonu družine« (Obr. DZS 8,88).

RAZPRAVA

Lopuh (2015) pravi, da se paliativna oskrba po priporočilih SZO izvaja na bolnikovem domu, kjer naj se zagotovijo pogoji, ki bolnikom ob pomoči svojcev in strokovnjakov omogočijo kakovostno preživljanje zadnjih dni. Državna koordinacija paliativne mreže je namenjena vzpostavitvi primarne mreže v vsaki regiji posebej in vzpostavitvi povezave med primarnim, sekundarnim in terciarnim nivojem znotraj mreže. Po pregledu strokovne literature ugotavljamo, da je Državni program paliativne oskrbe zelo dobro zastavljen, vendar pa je na primarnem nivoju slabo zastopan in realiziran, kljub temu, da se vedno bolj poudarja celostna oskrba neozdravljivo bolnega in umirajočega. Da bi zadostili pogojem celostne obravnave, je treba zagotoviti učinkovito izobraževanje in pripraviti klinične smernice za paliativno oskrbo

(Heals, 2008), poleg tega pa je nujno, da se sočasno izobražujejo vsi profili v timu. Krčevski Škvarč in sodelavci (2010) dodajajo, da člani paliativnega tima potrebujejo specifična znanja in veščine, kontinuirano izobraževanje, obenem pa morajo poglobiti svoj odnos do umiranja in smrti. Z raziskavo (Valenčak, 2015) je bilo ugotovljeno, da imajo diplomirane medicinske sestre v patronažni dejavnosti veliko praktičnega znanja za izvajanje PO, saj se stalno udeležujejo strokovnih izobraževanj na temo organizacije, koordiniranja in komunikacije, ki je potrebna za celostno obravnavo paliativnega bolnika. Zavedamo se, da je odprta in senzibilna komunikacija temeljna za graditev pozitivnega delovnega okolja in medsebojnega sodelovanja pri obravnavi paliativnih bolnikov, zato svoje znanje in izkušnje o delovanju in koordiniranju PO prenašamo tudi na ostale strokovne sodelavce znotraj organizacije.

Veliko oviro pri obravnavi paliativnih bolnikov predstavlja tudi to, da niso vsi deležniki seznanjeni s pristopi PO. Zato je treba miselnost in odnos do PO spremeniti. Pomembno je tudi, da smrt in umiranje približamo ljudem, v smislu naravnega procesa življenja, in jih spodbujamo k razmišljanju in razpravam o odnosu do hudo bolnih in umirajočih (Kamnik, 2015).

Med PO se bolniki srečujejo z osebjem iz različnih timov in področij in pri tem se lahko dogaja, da prihaja do nepopolne predaje bolnika, kar predstavlja določeno tveganje za varnost bolnika (Matković et al., 2011). Znotraj organizacije je bila za namen predaje bolnika oblikovana enotna dokumentacija, ki zagotavlja večjo varnost bolnikov ter preprečuje informacijske vrzeli in s tem posledične napake.

ZAKLJUČEK

Paliativna oskrba je usmerjena v timsko in interdisciplinarno delo. V središče je postavljen bolnik in njegovi svojci. Paliativna oskrba na bolnikovem domu temelji v največji meri na sodelovanju medicinske sestre v patronažni dejavnosti in družinskega zdravnika bolnika. V timsko obravnavo pa se vključujejo še ostale službe. Zavedanje pomena preprečevanja šumov v komunikaciji je zato temeljni kamen varnosti bolnika. V ta namen smo obli-

kovali enotno dokumentacijo za obravnavo in vodenje paliativnega bolnika na domu. Končni doprinos uporabe kartona predstavlja dosledno vodenje zdravstvenega stanja bolnika na njegovem domu, povezovanje služb ter zadovoljstvo bolnika in njegovih bližnjih. Izziv za prihodnost pa predstavlja testiranje dokumentacije tudi v drugih zdravstvenih domovih po Sloveniji in nadgradnja z informacijskim sistemom.

LITERATURA

Berčan, M., 2013. Vloga patronažne medicinske sestre v paliativni oskrbi. In: Tičar, Z., et al. eds. *Izzivi sedanjosti za trdnejšo prihodnost-prepletimo znanje, Posvet o paliativni oskrbi z mednarodno udeležbo, Brdo pri Kranju 26. in 27. september 2013*. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Slovensko združenje paliativne medicine, pp. 1-4.

Davey, L., 2014. The nurse who is there when life's clock is five minutes to midnight. *Australian Nursing and Midwifery Journal*, 21(10), pp. 37. PMID: 24941568.

Dhiliwal, S.R. & Muckaden, M., 2015. Impact of Specialist Home-Based Palliative Care Services in a Tertiary Oncology Set Up: A Prospective Non-Randomized Observational Study. *Indian Journal of Palliative Care*, 21(1): pp. 28–34. doi: 10.4103/0973-1075.150170

Državni program paliativne oskrbe, 2010. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, pp. 4-19.

Erlen, J.A., 2005. When patients and families disagree. *Orthopaedic Nursing*, 24(4), pp. 279-82.

Gawande A. ed., 2015. *Minljivost: medicina in kaj je na koncu pomembno*. 1. izd. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Griggs, C., 2010. Community nurses' perceptions of a good death: a qualitative exploratory study. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(3), pp. 139-148.

Hajdinjak, G. & Meglič, R., 2006. *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.

Heals, D., 2008. Development and implementation of a palliative care link-nurse programme in care homes. *International journal of palliative nursing*, 14, pp. 604-09.

Hebert, K., Moore, H. & Rooney, J., 2011. The Nurse Advocate in End-of-Life Care. *Ochsner Journal*, 11(4), pp. 325–329. PMID: PMC3241064.

Jošt, J. & Triller, N., 2007. Postavitev projekta: paliativni tim v Bolnišnici Golnik – klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo. In: Kramar, Z., ed. *1. strokovni seminar - Dan Angele Boškin: zbornik predavanj*. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 63-71.

Kamnik, P., 2015. Vloga patronažne medicinske sestre v paliativni obravnavi v Zdravstvenem domu Slovenj Gradec. In: Remic Novak, K., et al., eds. *Dnevi paliativne oskrbe: zbornik strokovnih prispevkov, Velenje, 7. in 8. oktober 2015*. Velenje: Mestna občina Velenje, pp. 19-23.

Karlsson, M., Roxberg, A., Barbosa da Silva, A. & Berggren, I., 2010. Community nurses' experiences of ethical dilemmas in palliative care: a Swedish study. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(5), pp. 224-231.

Klevišar, M. ed., 2006. *Spremljanje umirajočih*. 3. dopolnjena izd. Ljubljana: Družina, 2006, pp. 41- 43.

Kos, S., 2007. Ocene usposobljenosti patronažnih sester za izvajanje paliativne zdravstvene nege v patronažnem varstvu. In: Geč, T., ed. *Patronažna zdravstvena nega – včeraj, danes, jutri, Maribor 27. in 28. marec 2007*. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, pp. 17-20.

Krčevski Škvarč, N., Pavlin Jež, N., Žargi, T., Štrancar, K., Simonič, A., Peternelj, A., et al., 2010. *Državni program paliativne oskrbe*. Ljubljana: Ministerstvo za zdravje.

Lipič Baligač, M. & Flisar, M., 2010. Paliativna oskrba za boljšo oskrbo starostnika. In: Kavaš, E., et al, eds. *Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji*. Murska Sobota: Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja, pp. 56-58.

Logonder, M. & Božič, H., 2010. Priporočila za zdravstveno nego pri zdravljenju bolečine na domu. In: Duratović, A., ed. *Bolnik z rakom na zdravljenju doma – priporočila za zdravstveno nego, 37. strokovni seminar, Rogaška Slatina, 4.-5. marec 2010*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji, Zbornica-zveza, pp.60-66.

Lopuh, M., 2015. Oris načrta državne koordinacije paliativne oskrbe. In: Remic Novak, K., et al., eds. *Dnevi paliativne oskrbe: zbornik strokovnih prispevkov, Velenje, 7. in 8. oktober 2015*. Velenje: Mestna občina Velenje, pp. 6-8.

Lunder, U., 2003. Paliativna oskrba – njena vloga v zdravstvenih sistemih. *Zdravstveni Vestnik*, 72, pp. 639-642.

Lunder, U., 2007. Paliativna oskrba - kako opuščamo staro in sprejemamo novo. *Časopis za kritiko znanosti*, 35(227), pp. 34-42.

Matković, M., Zajc, M., Pečan Salokar, T., & Bernot, M., 2011. Ko komunikacijski šumi predstavljajo nevarnost za pacienta. In: Matković, M., et al. eds. *Komunikacija in njene vrzeli pri delu z onkološkim pacientom: zbornik predavanj z recenzijo, 38. Strokovni seminar, Maribor, 1.april, 2011*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege – Zvezi strokovnih društev medicinskih sestre, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp.10

Metlikovič, B., 2011. Vloga patronažne medicinske sestre v paliativni obravnavi na domu. In: Lunder, U., ed. *Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS, Bolnišnica Golnik – klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, pp. 15-19.

Peternej, A., 2008. Paliativna oskrba kot sestavni del kakovostne obravnave bolnika. In: Koletnik, Z., ed. *Patronažna medicinska sestra ob umirajočem bolniku, Sp. Duplek, 15 april 2008*. Sp. Duplek: Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester, pp. 15-21.

Peternej, A., 2010. Organizacija paliativne oskrbe v Sloveniji: prednosti in ovire. In: Duratović, A. et al, eds. *Bolnik z rakom na zdravljenju doma – priporočila za zdravstveno nego, 37. strokovni seminar, Rogaška Slatina, 4.-5. marec 2010*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji, Zbornica-zveza, pp.35-37.

Valenčak, U., 2015. *Predlog modela paliativne oskrbe v patronažnem varstvu: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Vrtovec, A., 2009. Patronažna dejavnosti in kompleksnost dela na terenu. In: *Paliativna oskrba v osnovnem zdravstvu, Strokovno srečanje, Bled, 12. november 2009*. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.

Vrtovec, A., 2010. Model koordiniranja zdravstvene nege in oskrbe v domačem okolju pri bolniku v terminalni fazi življenja. V. Duratović, A., et al, eds. »Bolnik z rakom na zdravljenju doma – priporočila za zdravstveno nego«: zbornik predavanj z recenzijo, 37. Strokovni seminar, Rogaška Slatina, 4. in 5. marec 2010. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege – Zvezi strokovnih društev medicinskih sestre, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2010, pp. 76-85.

Torkar, M., 2016. Umirajoči potrebujejo občutek, da niso sami. Available at: <http://www.primorske.si/2016/01/24/Umirajoci-potrebujejo-obcutek-da-niso-sami6>. [07.12.2016].

Zavrl Džananović, D., 2010. Novosti-izkušnje-pobude-odmevi: Patronažno varstvo Slovenije včeraj, danes, jutri: Analiza poročil o delu patronažnega varstva od leta 2000 do 2008. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 44(2), pp. 117-125.