

Arvydas Šeškevičius

PALIATYVIOSIOS PAGALBOS TEIKIMO NAMUOSE REKOMENDACIJOS

„Vitae Litera“
Kaunas
2015

UDK 615.8

Leidinių finansavo The Tiltas Trust

Mokslinis redaktorius Arvydas Šeškevičius
Lietuvos paliatyvosios medicinos draugijos prezidentas,
Lietuvos sveikatos mokslų universiteto profesorius

Į lietuvių kalbą vertė Ilmaras Ramanauskas

Redagavo Vituolis Joneliūnas



ISBN 978-609-454-185-8

© The Tiltas Trust, 2015

© A. Šeškevičius, 2015

TURINYS

PRATARMĖ.....	5
ĮVADAS	7
APIBRĖŽIMAI	8
PALIATYVIOSIOS PAGALBOS NAMUOSE MODELIAI	9
VIZITAS Į NAMUS.....	12
BENDRAVIMAS IR PRIEŽIŪROS KOORDINAVIMAS	18
SLAUGANČIŲJŲ ARTIMŲJŲ (ŠEIMOS NARIŲ) VAIDMUO	20
JAV TAIKOMOS PALIATYVIOSIOS PAGALBOS NAMUOSE KOMPENSACIJOS	21
NUKREIPIMO PALIATYVIAJAI PAGALBAI NAMUOSE FORMAVIMAS	22
MIRTIS NAMUOSE	23
SANTRAUKA IR REKOMENDACIJOS.....	25
LITERATŪROS ŠALTINIAI.....	27
PRAKTINIAI PATARIMAI ŠEIMAI.....	30
ŠEIMOS NARIŲ PATIRIAMO STRESO ĮVERTINIMAS	39



**Leidinyi skirtas Lietuvos
paliatyviosios medicinos draugijos
20 –ties metų jubiliejui
(1995 – 2015)**

PRATARMĖ

Pastaraisiais metais vis plačiau propaguojama paliatyvioji pagalba į namus. Paliatyviosios pagalbos komanda specializuotas paslaugas teikia pacientams, kuriems pagalbos reikia namuose, jų šeimos nariams ir kitiems pacientus slaugančiesiems asmenims. Paliatyviosios pagalbos komandos nariai taip pat specifiniais klausimais konsultuoja šeimos gydytojus ir slaugytojus, kurie rūpinasi pacientu namuose. Komanda yra daugiadalykė, ją sudaro keturi penki visu etatu dirbantys specialistai: gydytojai, slaugytojai, socialiniai darbuotojai, slaugytojų padėjėjai ir administracinis personalas. Kai kuriose šalyse komanda vykdo patariamąją ir mokomąją funkciją, konsultuoja skausmo gydymo, kitų simptomų kontrolės, psichologiniais ir socialiniais klausimais.

Paliatyviosios pagalbos namuose komanda gali teikti paslaugas pačiam ligoniui bendradarbiaudama su bendrosios praktikos gydytoju, slaugytoju ir kitais pirminės sveikatos priežiūros specialistais. Ji konsultuoja, apmoko šeimos narius. Kartais, kai susiduriama su labai sudėtingais atvejais, paliatyviosios pagalbos namuose komanda perima gydymą iš bendrosios praktikos gydytojo ir slaugytojo. Veikla priklauso nuo vietinio priežiūros teikimo modelio ir pirminės priežiūros specialistų susitarimo.

Pagal Europos paliatyviosios pagalbos standartus ir normas 100 000 gyventojų turėtų būti viena paliatyviosios pagalbos namuose komanda. Kad darbas būtų efektyvus, kaimo vietovėse, kai reikia aptarnauti didesnę teritoriją, komandų turėtų būti daugiau. Tai priklauso nuo sergamumo gyvybei pavojingomis ligomis ir nuo gyventojų amžiaus. Todėl reikia sukurti paliatyviosios pagalbos regioninius tinklus, kad būtų galima lanksčiai teikti paslaugas atokiose vietovėse.

Paliatyviosios pagalbos namuose komandą turėtų sudaryti darbuotojai, baigę Sveikatos apsaugos ministerijos akredituotus specialius mokymus. Paliatyviąją pagalbą namuose teikiančiai komandai reikalinga patalpa darbui, kuria galėtų naudotis gydytojai, slaugytojai ir socialiniai darbuotojai, taip pat reikia patalpos susirinkimams ir sandėlio medicinos priemonėms laikyti.

Prof. Arvydas Šeškevičius

Šis skyrius parengtas pagal:

Palliative care delivery in the home

Authors:

Martha L Twaddle, MD, FACP, FAAHPM, Elizabeth McCormick, MD

Section Editors:

Christine Ritchie, MD, MSPH

Maria J Silveira, MD, MA, MPH

Deputy Editor:

Diane MF Savarese, MD

All topics are updated as new evidence becomes available and our peer review process is complete.

Literature review current through: Mar 2015. | This topic last updated: Jun 24, 2014.

ĮVADAS

Namuose teikiama paliatyvioji pagalba dažniausiai naudinga sergantiems progresuojančiomis nepagydomomis ligomis pacientams, kuriems diagnozuoti gyvenimo trukmę ribojantys organizmo sutrikimai, pasižymintys aukšta mirtingumo rizika. Tokiems pacientams dažnai nebūna nustatyta aiški ir konkreti išgyvenimo prognozė. Jie paprastai pageidauja gydytis namuose [1-3]. Dažniausiai tokie ligoniai – vieni iš vis gausėjančio būrio senyvo amžiaus ir silpnos sveikatos pacientų, kurie neišeina iš namų dėl daugybinių lėtinių ligų, įskaitant pažintinius sąmonės sutrikimus, riboja gyvenimo trukmę ir blogina žmogaus gyvenimo kokybę. Daugumai jų pasireiškia jau įsisenėjusių ligų simptomai, ypač tokie kaip skausmas ir depresija. Daugiau kaip pusė šių žmonių mieliau norėtų būti prižiūrimi namuose. Ypač tai būdinga, kai kalbama apie priežiūrą gyvenimo pabaigoje [4]. Paliatyvioji pagalba yra pagalba pacientui, kuriam diagnozuota sunki liga, teikiama daugiadisciplininės sveikatos priežiūros specialistų komandos. Paliatyviosios pagalbos komandos nariai palengvina skausmą ir kitus fizinius simptomus, užtikrina tinkamą bendravimą, padeda priimti sprendimus bei koordinuoja pagalbą atsižvelgdami į įvairias situacijas ligos eigos metu [5]. Paliatyvioji pagalba yra aktuali sergant įvairiomis ligomis visų amžiaus grupių pacientams, įskaitant ir tuos, kurie turi sunkių sveikatos sutrikimų, neigiamai veikiančių kasdienę veiklą ar trumpinančių gyvenimo trukmę.

Pažengusios ligos atvejais ar gyvenimo pabaigoje įvertinus ligonio būklę bei gydymo poreikį ir nusprendus pacientą perkelti į paliatyviosios pagalbos stacionarą, toks sprendimas gali neatitikti paciento norų ir net pakenkti jo gerovei. Paliatyviosios pagalbos teikimas namuose palengvina simptomus ir padidina paciento bei jį prižiūrinčiųjų asmenų (slaugančiųjų artimųjų) pasitenkinimą. Be to, JAV ir kitur atliktų tyrimų duomenimis, teikiant pagalbą namuose sumažinamos išteklių sąnaudos ir finansinės išlaidos [8-10]. Viename tyrime, paskelbtame 2014 metais, nustatyta, kad paskutinės stadijos vėžiu sergantys pacientai, kuriems paliatyviosios pagalbos paslaugos buvo teikiamos namuose, išgyvendavo ilgiau. Jie dažnai mirdavo savo namuose per paskutinius du savo gyvenimo mėnesius, o teikiant paliatyviąją pagalbą stacionare (angl. *hospice*) mirdavo daug greičiau [10].

Šiose rekomendacijose aptariamas paliatyviosios pagalbos teikimas paciento namuose, apžvelgiami įvairūs paliatyviosios pagalbos teikimo namuose modeliai ir specifiniai paciento lankymo namuose aspektai. Kiti paliatyviosios priežiūros aspektai aptariami atskirai.

APIBRĖŽIMAI

Namuose teikiama paliatyvioji pagalba yra idealus variantas iš namų neišeinantiems pacientams [11]. Deja, universalių kriterijų, pagal kuriuos būtų apibrėžtas iš namų neišeinantis pacientas, nėra. JAV kriterijai nustatomi pagal Medicinos priežiūros teikimo iš namų neišeinantiems pacientams taisykles [12]. Jie taikomi sunkia, progresuojančia liga sergantiems ar sunkią traumą patyrusiems pacientams. Kad būtų laikomi neišeinančiais iš namų, tokie pacientai turi atitikti šiuos kriterijus:

- Jiems būtinos pagalbines priemones (pavyzdžiui, ramentai, lazda, neįgaliojo vežimėlis, vaikštyinė ar specialus transportavimas), ARBA
- Jie negali išeiti iš namų be kito asmens pagalbos, ARBA
- Jie turi sveikatos sutrikimų, dėl kurių jie iš namų negali išeiti.

Be to, pacientai turi būti neįgalūs išeiti iš namų įprastiniu būdu, nes bandymai tą padaryti reikalautų didžiulių pastangų.

Svarbu pastebėti, kad bent jau JAV nėra reikalaujama, kad pacientai atitiktų iš namų neišeinančių pacientų apibrėžimą dėl to, kad galėtų gauti paliatyviąją pagalbą namuose, ypač jei gydytojas nusprendžia, kad medicininio požiūriu būtina pacientą lankyti namų aplinkoje siekiant optimizuoti jo klinikinės būklės vertinimo ir gydymo planą. Vis dėlto, norint gauti finansavimą už gydymo ir pagalbos išlaidas, būtina pateikti paliatyviosios pagalbos namuose poreikį pagrindžiančius dokumentus.

PALIATYVIOSIOS PAGALBOS NAMUOSE MODELIAI

JAV taikomi keli Paliatyviosios pagalbos teikimo paciento namuose programos modeliai [13]. Kokios paliatyviosios pagalbos paslaugos bus teikiamos paciento bendruomenėje, priklauso nuo daugelio veiksnių, įskaitant:

- Vietinės sveikatos priežiūros sistemos apribojimų.
- Paslaugų apmokėjimo kompensavimo vietiniame lygmenyje (įskaitant draudimą ir kitus kompensacijos aspektus).
- Pacientų finansinių išteklių aptarnaujame rajone, apylinkėje.

Paliatyviosios pagalbos namuose paslaugos gali būti teikiamos kaip geriatrinės priežiūros dalis, kaip priminės priežiūros su specializacija paliatyviojoje priežiūroje (pirminėje ir paliatyviojoje priežiūroje) dalis, kaip priežiūros namuose (sveikatos priežiūros namuose) dalis, jos taip pat gali būti teikiamos neperžengiant ligoninės paliatyviosios priežiūros programos ribų [13].

Pirminės ir paliatyviosios priežiūros namuose programos integruoja paliatyviąją pagalbą į visapusišką tarpdisciplininės komandos teikiamą pirminę priežiūrą. Pirminės ir paliatyviosios pagalbos namuose programos gali būti teikiamos privačių pirminės sveikatos priežiūros institucijų, akademinų medicinos centrų, bendruomeninių ne pelno siekiančių organizacijų (pavyzdžiui, religinių) ar kaip stacionarių sveikatos priežiūros institucijų dalis. Šioms komandoms dažniausiai vadovauja gydytojas ar pažangios (išplėstinės) slaugos praktikos slaugytojas. Komandoje dar dirba slaugytojai, klinikinės farmacijos specialistai, socialiniai darbuotojai, psichologai ir kineziterapeutai. Šie komandos nariai yra dalyvavę papildomuose mokymuose ir turi paliatyviosios pagalbos teikimo patirties, leidžiančios jiems teikti paslaugas paciento namuose.

Priminės ir paliatyviosios pagalbos paciento namuose programose pacientai lankomi darbo valandomis, o po jų daugelyje institucijų su specialistais telefonu galima susisiekti ištisą parą. Be to, dažniausiai pagal paliatyviosios pagalbos programas vaistai pacientui gali būti pristatomi į namus panašiai kaip ir slaugos ligoninėse. Taip pat gali būti teikiamos ilgalaikės priminės sveikatos priežiūros ir skubios priežiūros paslaugos. Šiose teikiamose pagalbos į namus programose dalyvaujantys pacientai – tai pirmiausia

iš namų neišeinantys ligoniai, turintys daugybinių lėtinių sveikatos sutrikimų, daug simptomų ir (arba) sudėtingo priežiūros koordinavimo reikalaujančių poreikių. Pirminė pagalba, susieta su specializuota pagalba, gali būti ypač naudinga, nes tai leidžia integruoti paliatyvosios pagalbos principus į ilgalaikę sveikatos priežiūrą ir gali sumažinti simptomų skaičių bei jų sunkumą [14]. Tyrimai parodė, kad specializuota paliatyvioji pagalba pagerina pacientų ir juos prižiūrinčių asmenų (slaugytojų) gyvenimo kokybę, palengvina slaugytojams tenkančią paciento priežiūros namuose našta, pagerina simptomų kontrolę bei sumažina bereikalingą ligininės ir skubios pagalbos skyriaus darbo krūvį [1, 15].

Nors turimi duomenys riboti, jie patvirtina šių programų taikymo naudingumą. Pavyzdžiui, į vieną stebėjimo tyrimą buvo įtraukta 140 pacientų, kurie dalyvavo paliatyvosios ir pirminės priežiūros namuose programoje. Šie pacientai buvo stebimi atliekant konsultacijas telefonu, kurių metu buvo vertinami jų patiriami simptomai, duodama patarimų [16]. Reikalui esant, pacientai buvo lankomi ir namuose. Jau po trijų savaičių nuo įsijungimo į šią programą pacientams žymiai palengvėjo jų ligų simptomai (įskaitant skausmą, nerimą, nuovargį ir apetito netekimą). Pacientų būklė neblogėjo ir praėjus 12 savaičių [16].

Namuose gali būti teikiamos dviejų rūšių paslaugos: įprasta sveikatos priežiūra ir paliatyvioji pagalba.

Įprastos sveikatos priežiūros paslaugos paciento namuose dažnai teikiamos po ūmių sveikatos sutrikimų. Jos prieinamos ir pacientams, kurie prieš tai nebuvo hospitalizuoti. Sveikatos priežiūros institucijos, jei būtina, gali teikti profesionaliąją slaugą. Pavyzdžiui:

- Dažną kraujospūdžio, skysčių kiekio ar gliukozės koncentracijos kraujyje stebėjimą.
- Tikslų simptomų (įskaitant skausmą, dusulį ir vidurių užkietėjimą bei kt.) vertinimą.
- Pacientų mokymą apie gydymą (pavyzdžiui, gliukozės kiekio kraujyje stebėjimą namuose ar insulino kiekio vartojimą).
- Gydymo režimo laikymosi stebėjimą.

Pagrindinė įprastinės sveikatos priežiūros namuose misija yra reabilitacija. Dėl to dauguma asmens sveikatos institucijų nesiūlo pagalbos visą parą, visomis savaitės dienomis ar vizitų į namus skubos tvarka. Taip pat paprastai jos nepristato vaistų pacientams į namus. Vadovaudamiesi sveikatos apsaugos programomis, pacientai gali gauti sveikatos priežiūros paslaugas savo namuose, jei jiems protarpiais prireikia kineziterapeuto, ergoterapeuto ar logopedo paslaugų [7].

Paliatyviąją priežiūrą namuose dažniausiai teikia tarpdisciplininė komanda – parengta pirminės sveikatos priežiūros komanda arba speciali paliatyviosios pagalbos namuose komanda.

Namuose teikiant sveikatos priežiūros paslaugas galima derinti reabilitaciją ir paliatyviąją pagalbą: kančios sumažinimą, varginančių simptomų palengvinimą, priežiūros tikslų aptarimą bei išankstinio priežiūros planavimo dokumentaciją. Įrodyta, kad profesionali parama pagerina paliatyviosios pagalbos pacientų ir jų slaugytojų gyvenimo kokybę, palengvina slaugytojams tenkančią paciento priežiūros namuose našta, nes jiems padeda šeimos artimieji. Vykdamt tokią integruotą pagalbą pagerėja simptomų kontrolė ir sumažėja bereikalingas ligoninės ir skubios pagalbos skyriaus darbo krūvis [1, 6, 15].

Vis dėlto ligos pažengusiomis formomis ir (arba) paskutinės stadijos ligomis sergantiems pacientams namuose teikiamos sveikatos priežiūros nauda yra ribota, nes priežiūrą dažnai riboja laikas, t.y. ji trunka tam tikrą laikotarpį, kurio metu reikia patenkinti sudėtingus specifinius profesionalios paliatyviosios pagalbos poreikius. Jei pacientų būklė neblogėja, jie paprastai paliekami nepasirūpinus tęstinės priežiūros organizavimu. Šiuo laikotarpiu sunkiomis ligomis sergantys pacientai būna itin pažeidžiami. Patirtis rodo, kad blogas priežiūros organizavimas arba priežiūros nutraukimas namuose dažnai pablogina ligonio sveikatos būklę, o tai didina namiškių stresą.

Paliatyviosios pagalbos ligoninė (angl. *hospice*) yra daugiau intensyvi, išstbulinta paliatyviosios pagalbos namuose forma pacientams, kurių tikėtina gyvenimo trukmė dažniausiai matuojama mėnesiais ir kuriems į ligą orientuotos intervencijos nebėra veiksmingos, tad lieka tik malšinti simptomus.

Skirtingai negu namuose, kai paliatyvioji pagalba teikiama šešis ar mažiau mėnesių, paliatyviosios pagalbos ligoninės (angl. *hospice*) priežiūra gali būti teikiama

pacientams, kuriems gydytojai oficialiai pripažįsta paskutinę ligos stadiją. Paliatyviosios pagalbos ligoninėse (angl. *hospice*) priežiūrą teikia pasišventusi tarpdisciplininė komanda, kurioje dirba slaugytojai, gydytojai, socialiniai darbuotojai, kapelionai ir kiti pagalbininkai. Visi jie turi žinių ir patirties prižiūrint pacientus šių gyvenimo pabaigoje.

JAV paliatyviosios pagalbos ligoninės (ang. *hospice*) turi vadinamąsias „tilto“ programas, kai pacientai nepageidauja gydytis paliatyviosios pagalbos ligoninėse (ang. *hospice*) arba neatitinka paliatyviųjų pacientų kriterijų ir yra gydomi namuose teikiant minimalią pagalbą. Teikiama pagalba nėra standartizuota ir reglamentuota. Šios paslaugos gali apsiriboti savanorių teikiama pagalba ar periodiškais socialinių darbuotojų apsilankymais. Kartais jos gali apimti ir slaugymo paslaugas.

„Tilto“ programos dėka daugiau pacientų ir jų šeimų gali gauti paliatyviosios pagalbos ligoninės (angl. *hospice*) tarpdisciplininės specialistų komandos teikiamą į simptomų kontrolę orientuotą priežiūrą ir paramą pacientui bei konsultacijas jo šeimai. „Tilto“ programos dėka galima perkelti iš namų į paliatyviosios pagalbos ligoninę (angl. *hospice*), jei pacientas to nori ir atitinka priėmimo į ligoninę kriterijus.

Konsultacinis paliatyviosios priežiūros modelis. Konsultacijos paliatyviosios priežiūros klausimais dažniausiai teikiamos kaip papildomos paslaugos vis gausesnėse įvairių ligoninių teikiamose paliatyviosios priežiūros programose. Paprastai tokios paslaugos teikiamos vizitų į namus metu, o specialioji paliatyviosios priežiūros komanda gali bendradarbiauti su bendruomenės slaugytojais. Tiek pacientai, tiek šių programų struktūra ir apmokėjimo už jas kompensavimas būna įvairūs. Taip pat bendrosios paliatyviosios pagalbos priežiūros medikai gali konsultuoti namuose pacientus, kuriuos pakartotinai hospitalizuoti problemiška, nes jie per silpni.

VIZITAS Į NAMUS

Pacientų lankymas namuose leidžia klinacistui visai kitoje šviesoje pamatyti paciento gyvenimą. Klinikistai su savo pacientais gali susitikti pačių pacientų aplinkoje, kur galima tiesiogiai įvertinti pacientų funkcinę būklę, susitikti su šeimos nariais

arba suorganizuoti susitikimą su šeima pacientui ir jo šeimai įprastoje ir patogioje aplinkoje. Paciento lankymas jo paties namuose suteikia unikalią galimybę pamatyti paciento gyvenimo sąlygas, kartu su juo gyvenančius žmones, taip pat pamatyti, kas juo rūpinasi ir į ką galima kreiptis pagalbos. Tai gali padėti suprasti paciento praeitį, dabartinę funkcinę būklę, pagalbos poreikius, gydymo režimo laikymąsi, mitybą, šeimos dinamiką, švarą ir namų saugumą, taip pat įvertinti gyvenamojo rajono saugumą bei vaistų ir maisto parduotuvių pasiekiamumą.

Vizito į namus metu ypač svarbu rodyti deramą pagarbą ir atsiklausti leidimo. Tokie klausimai, kaip „*Ar galiu čia atsisėsti?*“ arba „*Kur pirmiausia norėtumėte pasikalbėti?*“, yra esminiai klausimai, užduodami siekiant parodyti pagarbą ir dėmesingumą. Medikai visada privalo turėti omenyje, kad jie eina į kito asmens asmeninę erdvę. Atsižvelgdami į pacientų lankymo namuose specifiką, pacientai ir jų šeimos nariai gali stengtis medikams sukurti labiau bendravimui nuteikiančią aplinką, pasiūlyti maisto ir gėrimų. Kai kuriose kultūrose tai yra labai svarbios tradicijos, todėl atsisakymas gali būti priimtas kaip įžeidimas. Medikai turi likti susikaupę ir pirmiausia kreipti dėmesį į paciento poreikius bei vizito tikslus, sumaniai planuoti ir organizuoti kitoms veikloms skirtą laiką.

Vizito į namus metu medikai turėtų užsibrėžti konkretų tikslą arba susitikimo priežastį vizito medicininei būtinybei, dėl kurios susitikimas turėtų vykti paciento namuose, pagrįsti. Ši informacija leidžia užtikrinti įvertinimą balais. Pirmas vizitas turėtų trukti 2 valandas, konsultacijas pagal kompetenciją, per kurias teikia gydytojas, slaugytojas ir socialinis darbuotojas. Pakartotinis vizitas trunka ne trumpiau kaip 45 minutes. Jeigu reikia, kiekvienas komandos narys pas pacientą vyksta kelis kartus per parą. Pakartotinės konsultacijos trunka ne trumpiau kaip valandą.

Vizito į namus turinys skirsis priklausomai nuo paslaugų teikėjo – gydytojo, slaugytojo, socialinio darbuotojo. Vis dėlto, kiek įmanoma, vizito struktūra turėtų išlikti ta pati tiek pradinio įvertinimo, tiek ir vėlesnių apsilankymų metu. Nuoseklumo išlaikymas gali būti tiek paciento, tiek ir jo šeimos pasitikėjimo pagrindas.

Indikacijos. Yra daug priežasčių, dėl kurių pacientą reikia aplankyti namuose užuot paskyrus jam susitikimą sveikatos centro gydytojo kabinete. Tokios priežastys yra [17]:

- Negalėjimas judėti, sutrikusios pažintinės funkcijos arba sunkus protinis sutrikimas.
- Sveikatos priežiūrą institucijoje teikiančios komandos nario, paciento arba jo šeimos nario prašymas.
- Poreikis susitikti su pacientu ir jį prižiūrinčiu asmeniu (šeimos nariu, artimuoju) siekiant priimti sprendimus dėl medicininės priežiūros.
- Galimybė tiesiogiai stebėti pacientą jo namuose siekiant tiksliau įvertinti jo funkcinės galimybes, prižiūrinčiojo asmens supratimą apie sudėtingas medicininio pobūdžio problemas bei jo sugebėjimą patenkinti paciento poreikius ir (arba) įvertinti, ar pacientas atitinka reikalavimus gauti paslaugas namuose.
- Poreikis vietoje susitikti su savanoriais ar kitais bendruomenės lygmeniu veikiančiais paslaugų teikėjais.
- Poreikis įvertinti priežiūros koordinavimą ir perėjimą į skirtingas paciento sveikatos būklės stadijas siekiant sumažinti pakartotinių paciento hospitalizacijų skaičių.

Prieš apsilankant pas pacientą gydytojui būtina iš anksto pasirengti vizitui. Norėdami įsitikinti, kad vizitui pasirengėte, įvykdykite šiuos reikalavimus:

- Įsitinkite, kad žinote, kaip pasiekti paciento namus, kad turite paciento ir jį slaugančiųjų artimųjų telefonų numerius. Paskambinkite iš anksto, kad pacientas ir jį slaugantieji artimieji Jūsų lauktų.
- Peržvelkite paciento medicininę kortelę, susipažinkite ir su kitų sveikatos priežiūros specialistų įrašais.
- Peržvelkite paciento pirminę diagnozę ir gretutines ligas (jei tokių yra), įskaitant ankstesnę, jei praeityje pacientas gydėsi paliatyvosios pagalbos įstaigoje.
- Išsiaiškinkite vizito į namus priežastį.
- Sukurkite preliminarų paliatyvosios pagalbos planą ir nustatykite, kokias organizmo sistemos funkcijas slaugantieji artimieji turėtų stebėti, prižiūrėti, iš naujo įvertinti ar sustiprinti. Užsibrėžkite tikslą sudaryti išsamesnį priežiūros planą kiekvieno apsilankymo pabaigoje, į plano sudarymą įtraukite patį pacientą ir jo šeimą.

Sisteminę rengimas vizitui leis užtikrinti, kad vizitas bus veiksmingas, ir sumažins tikimybę, kad praleisite kokį nors svarbų paciento sveikatos būklės vertinimo ar priežiūros aspektą (pavyzdžiui, informaciją apie paciento vartojamus vaistus) [18].

Gydytojo apsilankymo metu reiktų naudotis standartizuotu priežiūros vadovu (kontroliniu sąrašu), kuris padeda užtikrinti, kad tikrai nepraleisite nė vienos svarbios srities. Vyresniųjų amžių pacientų atveju vizitas į paciento namus suteikia galimybę įvertinti daugumą išsamaus geriatrinio įvertinimo komponentų.

Gydytojas visais atvejais turi atsižvelgti į šias sritis:

- *Simptomų įvertinimas.* Vizito metu gydytojas turėtų stebėti ir įvertinti tokius simptomus, kaip skausmas, dusulys, pykinimas ar vėmimas, nuovargis, depresija, nerimas, viduriavimas ir (arba) vidurių užkietėjimas. Jei įmanoma, simptomai turėtų būti vertinami naudojant patvirtintas vertinimo skales (tokias, kaip vizualinė skausmo skalė ir kt.), kurios padeda nustatyti simptomų sunkumo laipsnį.
- *Funkcinis vertinimas.* Būnant paciento namuose lengviau įvertinti paciento sugebėjimą užsiimti kasdiene veikla, taip pat sužinoti, kokias pagalbines priemones (įprastines ar ne) jis naudoja. Pavyzdžiui, galbūt pacientui reikia vaikštytynės ar spintelės prie lovos.
- *Fizinis saugumas.* Gydytojas turėtų vertinti pacientui judėti kliudančius objektus ar veiksnius, kurie gali padidinti susižeidimo riziką. Pavyzdžiui, laiptus, netinkamą apšvietimą, užgriozdintą praėjimą, nelygius paviršius ir judėti kliudančius kilimėlius. Jei pacientas prijungtas prie deguonies aparato, reikėtų vertinti elektros laidų ir deguonies tiekimo vamzdelių būklę. Remdamasis saugumo vertinimu, gydytojas gali pateikti šeimai rekomendacijas įsigyti pagalbines priemones ar funkcinės lovos, kurios supaprastintų paciento perkėlimą iš vienos vietos į kitą ir sumažintų kritimų riziką. Šiame kontekste vertinamas ir paciento gebėjimas judėti bei užsiimti kasdiene veikla. Siekiant įsitikinti, kad elektrinės perkrovos rizika nėra didelė, galiausiai vertinami elektros lizdai.
- *Vaistų saugumas ir laikymas.* Be įprasto vaistų skyrimo, gydytojas taip pat turėtų patikrinti, kur pacientai laiko savo vartojamus vaistus ir gydymuosius pleistrus, kaip jie juos vartoja ir kur išmeta. Gydytojas turi įsitikinti, kad nėra

vaistų vartojimo klaidų, nėra dvigubo to paties vaisto skyrimo atvejų ir nėra pavojaus kitų paciento namuose gyvenančių žmonių, ypač vaikų, saugumui. Skiriant medikamentinį gydymą taip pat svarbu įvertinti veiksnius, galinčius kliudyti pacientui laikytis paskirto gydymo režimo (pavyzdžiui, esant rijimo sutrikimui).

- *Mitybos įvertinimas.* Tai apima vertinimą, ar yra maisto ir gėrimų, ar pacientui maistas lengvai prieinamas. Kad gydytojas galėtų nustatyti maisto saugumą, laikymo sąlygas ir šviežumą. Tai gali apimti virtuvės ir maisto sandėliuko būklės vertinimą. Tai ypač svarbu tais atvejais, kai pacientai ilgam laikui paliekami namie vieni.
- *Socialinės paramos įvertinimas.* Gydytojui su paciento slaugytojais reikia aptarti jiems tenkančią naštą ir šeimos narių bei savanorių poilsio poreikį užtikrinant, kad pacientu namie tinkamai rūpinamasi ir įsitikinant, kad pacientas nėra apleistas ar skriaudžiamas.

Gydytojai taip pat turi suprasti, kad jų apsilankymas paciento namuose gali pacientui (ir jo šeimai) sukelti pažeidžiamumo jausmą, kad gydytojas gali šeimai priekaištauti, jog pacientas prižiūrimas netinkamai. Patirtis rodo, kad šiuos jausmus galima sušvelninti pripažinus ir patvirtinus, kad šeima elgiasi teisingai, pagiriant šeimos narius. Tai didina abiejų pusių pasitikėjimą ir atvirumą. Netgi po brangaus žmogaus mirties artimieji yra sakę, kad tai labai padeda sielvarto metu.

Prieš išeidami iš paciento namų įsitikinkite, kad į visus klausimus atsakyta ir kad numatyta kito apsilankymo data. Naudinga paprašyti paciento ir jį slaugančių artimųjų pakartoti esminę informaciją, siekiant įsitikinti, kad ji buvo tinkamai įsiminta [19]. Tą galima lengvai padaryti, pasitelkus kelis klausimus.

Pavyzdžiui:

- „Gal galėtumėte pasakyti, ką šiandien sužinojote mano apsilankymo metu?“
- „Ką papasakosite šeimai apie tai, ką mes šiandien aptarėme?“

Kaip ir ambulatorinės konsultacijos gydytojo kabinete atveju, pacientams ir jų šeimoms vizituojant namuose naudingos žodinės ir rašytinės rekomendacijos. Svarbu pacientui ir jo šeimai suprasti apsilankymo metu padarytus gydytojo pakeitimus [20, 21].

Nors paciento ir jo šeimos poreikiai yra dėmesio centre, kiekvieno apsilankymo metu dažnai stebimi klinikiniai ar socialiniai pokyčiai. Todėl bet kurio vizito tikslus

reikia nuolat koreguoti. Be to, vieno priežiūros paslaugų teikėjo vertinimas gali pagelbėti kitiems tarpdisciplininės komandos nariams koreguoti savo tikslus ir paskatinti juos atidžiau stebėti paciento būklę.

Pavyzdžiui, jei šeimos nariui pasireiškia nerimo ar baimės požymiai, sprendžiant šias problemas natūraliai gali įsikišti socialinis darbuotojas arba kapelionas. Paciento išsakyti nusiskundimai dėl savo fizinės sveikatos būklės paskatins gydytoją patikslinti diagnozę ir pagalvoti apie vaistų paskyrimą. Tokia sąveika ne tik yra svarbi, ji taip pat gali sąlygoti naujas įžvalgas nepriklausomai nuo anksčiau užsibrėžtų apsilankymo tikslų.

Išankstinis priežiūros planavimas. Pacientų priežiūra namuose suteikia unikalią galimybę užmegzti ryšius su pacientais ir jų šeimomis siekiant palengvinti diskusijas apie paciento išankstinę nuomonę dėl gydymo (gal pacientas linkęs atsisakyti gydymo), taip pat nuomonę dėl raštiško dokumento įteisinimo aptariant, kas galėtų pacientui atstovauti, ir dėl raštiško apsisprendimo dėl gaivinimo. Nustatyti priežiūros tikslai turėtų būti įrašyti paciento medicininėje kortelėje. Be to, šie dokumentai turėtų būti laisvai prieinami paciento namuose.

Pagal Jungtinės Karalystės (JK) įstatymus pacientas ar jo vardu sprendimus priimančias atstovas gali būti aiškiai nurodęs, kad mirties atveju pacientas neturi būti gaivinamas. Tai turi būti įrašyta paciento išankstinio apsisprendimo ar kituose išankstinio priežiūros planavimo dokumentuose. Svarbu užtikrinti, kad namuose būtų užpildytas ir gydytojo pasirašytas dokumentas (pavyzdžiui, paciento sprendimu nurodymas negaivinti) arba gydytojo nurodymas dėl paciento gyvybę palaikančio gydymo, kadangi tai yra būtent šie medicininiai nurodymai, kuriais vadovausis iškviesta greitosios medicinos pagalbos brigada. Mūsų šalyje pagal Lietuvos Respublikos žmogaus kritinių būklių ir mirties priežasčių nustatymo įstatymo 5 straipsnį nepradėti gaivinimo leidžiama: jeigu yra neabejotinų mirties požymių ir tais atvejais, kai gaivinimas kelia tiesioginę grėsmę kritinę būklę nustačiusio asmens gyvybei.

Šie dokumentai Jungtinės Karalystės sveikatos priežiūros specialistams ir pacientams leidžia oficialiai dokumentuoti paciento pasirinkimą dėl gaivinimo, medicininį intervencijų, dirbtinio maitinimo ir (arba) hidratacijos bei antibiotikų vartojimo. Šių nurodymų paiso tiek greitosios medicinos pagalbos tarnybos

personalas, tiek slaugantieji namuose ar ligoninės personalas. Paciento pasirinkimo dėl jo gydymo laikomasi ir tais atvejais, kai pacientai yra perkeliami iš vienos gydymo įstaigos į kitą [22].

Personalo saugumas. Svarbu, kad paciento namų aplinkos vertinimas taip pat apimtų paliatyviosios komandos narių saugumo paciento namuose ar rajone vertinimą. Tai itin svarbu situacijose, kai daugiadalykės komandos nariai jaučiasi nesaugūs paciento gyvenamajame rajone ar jo namuose, ypač skubaus vizito po darbo valandų atveju. JK paprastai paliatyviosios pagalbos į namus institucijos pasirūpina, kad tais atvejais, kai vykstama į nesaugius rajonus (ypač po darbo valandų), daugiadalykės komandos narius lydėtų saugos personalas, pavyzdžiui, policija. Kitos saugumo priemonės yra vizitų skyrimas dienos metu, kad į juos vyktų visi komandos nariai, informacijos rinkimas apie probleminę bendruomenę, į kurią bus vykstama, aprūpinimas mobiliaisiais telefonais, kad medikai galėtų paskambinti į skubaus iškvietimo liniją [23]. Jei komanda jaučia, kad nepaisant papildomų saugumo priemonių vizitas vis tiek yra nesaugus, reikia planuoti paciento perkėlimą į paliatyviosios pagalbos (angl. *hospice*) stacionarą.

BENDRAVIMAS IR PRIEŽIŪROS KOORDINAVIMAS

Paciento priežiūra namuose reikalauja atsižvelgti į daug medicininių, psichosocialinių ir dvasinių poreikių. Teikiant paliatyviąją pagalbą namuose svarbu sužinoti, kokios paslaugos prieinamos tame regione (įskaitant priežiūrą namuose, paliatyviosios pagalbos ligoninę ar skyrių), reabilitacines paslaugas (logopedo, kineziterapeuto ar ergoterapeuto), psichiatro, dvasines paslaugas. Taip pat svarbu išsiaiškinti, ar galimos šeimos slaugytojų paslaugos, ilgalaikio naudojimo medicinos įranga, mitybos paslaugos (pavyzdžiui, maisto pristatymas į namus), ar įmanoma atlikti lašelinę infuziją namuose bei bendruomenės savanorių paslaugas. Būtina užmegzti ryšį su šių paslaugų teikėjais [24]. Paliatyviosios pagalbos teikimas namuose taip pat reikalauja bendravimo tarp visų paciento priežiūroje dalyvaujančių asmenų, įskaitant gydytojus, oficialius slaugytojus (t.y. apmokytą personalą) ir neoficialius slaugus (draugus ir šeimos narius). Tai apima ir

užtikrinimą, kad visi pacientą prižiūrintieji asmenys žinotų, į ką reikėtų kreiptis įvairiais klausimais ir kam pranešti kritiškos situacijos metu ar klinikinės paciento būklės pokyčio atvejais. Tai galima pasiekti tokiais būdais:

- Užtikrinant, kad pacientui formali skubi pagalba būtų prieinama pirmumo tvarka. Galimybė laiku reaguoti į paciento poreikius yra svarbi pagalba. Ją galima užtikrinti nustatčius skubių vizitų tvarką, užtikrinant 24 valandas per parą veikiančią skubios pagalbos telefoninį ryšį. Gera skubios pagalbos nustatymo sistema padeda paslaugų teikėjams greitai reaguoti į pacientų problemas, kurias galima išspręsti paciento namuose, ir supaprastina tinkamą paciento sveikatos būklės stebėjimą. Tai gali padėti išvengti nepageidaujamo ar bereikalingo ligoninės skubios pagalbos skyriaus darbo krūvio ir hospitalizacijos.
- Koordinuoti pagalbą tarp medikų, paskiriant vieną pagrindinį kontaktinį asmenį. Pagalbos koordinavimas ypač svarbus, jei paliatyviąją pagalbą teikiantys specialistai negali garantuoti pagalbos išsistą parą. Siekiant koordinuoti paciento gydymą ir spręsti skubias jo problemas būtina užtikrinti, kad paciento šeima dėl iškilusių klausimų ar rūpesčių turėtų galimybę kreiptis į pagrindinius paslaugų teikėjus.
- Aktyviau į paciento pagalbą įsitraukiant socialiniams darbuotojams ir koordinatoriams, nuolat lydintiems pacientą ir jo šeimą į ligoninę ar ambulatorinei konsultacijai pas gydytoją, bei užmegzti ryšius su vizituojančiais (mūsų atveju – bendruomenės) slaugytojais ir kitomis priežiūros namuose paslaugų teikimo institucijomis (pavyzdžiui, privačiomis) dėl paciento priežiūros po hospitalizacijos.

Tais atvejais, kai prireikia paciento būklės vertinimo ligoninėje ar aukštesnio lygmens pagalbos, glaudus bendravimas su ligoninės komandomis ir pagalba namuose sudaro sąlygas dalintis tarpusavyje ligos istorijos duomenimis bei anksčiau užsibrėžtais pagalbos tikslais. Jei ligoninės ir ambulatorinės priežiūros paslaugos teikiamos toje pačioje sveikatos priežiūros sistemoje, bendrauti galima per integruotas medicininės dokumentacijos įrašus arba elektroniniu būdu (pavyzdžiui, šifruotais elektroniniais laiškais).

SLAUGANČIŲJŲ ARTIMŲJŲ (ŠEIMOS NARIŲ) VAIDMUO

Šeimos nariai paprastai padeda pacientui jo kasdienėje veikloje, pavyzdžiui, padeda išsimaudyti, apsirengti, judėti, nueiti į tualetą, pavalgyti. Jiems taip pat tenka nupirkti maisto produktų ir gaminti maistą. Tokias paslaugas neoficialiu lygmeniu gali nemokamai teikti šeimos nariai, draugai arba privačiai samdomi darbuotojai, kuriems mokama tiesiogiai arba per agentūrą, kaip Jungtinėse Amerikos Valstijose finansuojamą privataus draudimo, mokesčių mokėtojų ar ilgalaikės priežiūros draudimo [25].

JAV asmenys, teikiantys asmeninės pagalbos paslaugas, bendruomenėje vadinami įvairiai: priežiūros namuose pagalbinkais ar darbuotojais (*home care aides or workers*), sveikatos priežiūros namuose padėjėjais (*home health attendants or aides*) arba asmeninės priežiūros padėjėjais (*personal care aides*). Jungtinėse Amerikos Valstijose sveikatos priežiūros namuose darbuotojai, ypač jei jiems už darbą moka komercinės įmonės, neturi teisės maitinti pacientų ir duoti jiems vaistų. Slaugytojai, dirbantys licenciją turinčiose sveikatos priežiūros paslaugų agentūrose (institucijose), paprastai dirba prižiūrėti vizituojančių profesionalių medicinos slaugytojų. Be to, vizituojantys medicinos slaugytojai patys gali teikti paciento priežiūros paslaugas jo namuose, jei jam reikia profesionalios slaugos. Profesionali pacientų slauga namuose paprastai apmokama iš draudimo (teritorinių ligonių kasų) lėšų. Jei atsiranda specifinių paciento poreikių, galima kreiptis pagalbos į kineziterapeutus, ergoterapeutus, logopedus arba kvėpavimo terapijos specialistus.

Paliatyviąją priežiūrą namuose gaunančius pacientus paprastai slaugo jų šeimos nariai ir draugai. Deja, dauguma jų yra menkai tam pasirengę. Atlikus tyrimus buvo nustatyta, kad šeimos nariai arba draugai skundėsi nepakankama informacija apie pacientų diagnozę, prognozę, gydymo planus, nepageidaujamą vaistų poveikį ir simptomus, kuriuos reikėtų stebėti, taip pat nurodė, kad nežino, į ką kreiptis kilus klausimų ar problemų [26].

Slaugymo našta. Neoficialūs slaugytojai (šeima ir draugai), prižiūrintieji savo brangų žmogų namuose, rizikuoja patirti nemažą emocinę, fizinę ir finansinę įtampą. Pavyzdžiui, atlikus mokslinius tyrimus nustatyta, kad šeimos nariai, ypač tie, kurie savo darbą vertina kaip stresą keliantį, pasižymi didesne miokardo infarkto ir staigios

mirties rizika [9, 27, 28]. Kitame tyrime, kuriame buvo vertinama beveik 1000 paskutinę ligos stadiją (52 proc. – vėžys, 18 proc. – širdies liga, 11 proc. – lėtinė plaučių liga) sergančių pacientų ir juos slaugančiųjų patirtis, nustatyta, kad dideliu priežiūros poreikiu pasižyminčių pacientų šeimos nariai patyrė ekonominių ir psichosocialinių sunkumų [29]. Taip pat nustatyta, kad slaugos sukeltus sunkumus gali palengvinti geras bendravimas su visais priežiūros paslaugų pacientui teikėjais [29], daugiadalykės komandos narių pagalba ir parama [30], taip pat šeimos narių apmokymas ir nuolatinis informavimas [30].

Be daugiadalykės komandos teikiamo apmokymo ir paramos šeimos nariams, yra priemonių ir jų darbo krūviui įvertinti – pavyzdžiui, Zarit vertinimo skalė [31]. Šis pačių paciento artimųjų pildomas klausimynas yra gana platus, jis išverstas į daugelį kalbų [32].

Gerai koordinuota daugiadalykė priežiūra gali palengvinti šeimos nariams tenkantį krūvį. Viena tyrime nustatyta, kad daugiadalykė pirminės priežiūros namuose programa ne tik sumažino nepatenkintų paciento artimųjų poreikių kiekį, susijusį su kasdieniais darbais, bet ir palengvino slaugytojų psichologinį krūvį [33]. Tyrime, kuriame nagrinėtas ambulatorinės paliatyviosios priežiūros komandos teikiamos daugiadalykės priežiūros ir jos koordinavimo veiksmingumas, nustatyta, kad tokio pobūdžio parama sumažino artimųjų nerimą, depresiją ir pagerino tiek pacientų, tiek jų artimųjų gyvenimo kokybę [15]. Literatūroje apie paliatyviąją priežiūrą namuose nurodoma, kad dažniausias nepasitenkinimas buvo dėl blogo bendravimo su sveikatos priežiūros specialistais. Taip pat buvo paminėti ir nepatenkinti psichosocialiniai, praktiniai, informaciniai bei atokvėpio poreikiai.

JAV TAIKOMOS PALIATYVIOSIOS PAGALBOS NAMUOSE KOMPENSACIJOS

Pagal JAV Medicare draudimo programos nuostatus, ligoninėms numatytos nuobaudos, jei pacientas išleistas į namus pakartotinai hospitalizuojamas nepraejus 30 dienų nuo paskutinės hospitalizacijos. Dėl to didėja paskata tęsti įvairiapusę lėtinėmis ligomis sergančiųjų pacientų priežiūrą, nes tokie pacientai dažniausiai

pasižymi dideliu ligos paūmėjimo dažniu, o jų gydymas reikalauja didelių sąnaudų. Savo ruožtu, tai paskatino didesnę susidomėjimą pacientų, ypač sergančiųjų sunkiomis ar gyvybei pavojingomis ligomis, priežiūrą namuose.

Deja, JAV galiojanti mokesčio už paslaugą kompensavimo sistema nėra pakankama paliatyviosios priežiūros namuose užtikrinimui. Atsižvelgiant į aiškų priežiūros koordinavimo poreikį ir daugiadalykį priežiūros modelį šiuo metu svarstomas naujas finansavimo modelis, kuris kompensuotų visas paliatyviosios pagalbos išlaidas. Ši nauja sistema sieja finansines paskatas su reikiama pacientų priežiūra namuose ir jų šeimų priežiūra. Taip siekiama užtikrinti gyventojų sveikatos priežiūros administravimą namuose. Ši apmokėjimo reforma yra dar ankstyvoje stadijoje ir yra derinama su valstybinio lygmens pokyčiais JAV. Internete pateiktos JAV slaugos ligoninių ir paliatyviosios medicinos akademijos (*the American Academy of Hospice and Palliative Medicine*) kodavimo, sąskaitų išrašymo ir išlaidų kompensavimo gairės [34].

NUKREIPIMO PALIATYVIAJAI PAGALBAI NAMUOSE FORMAVIMAS

JAV draudimas ir sveikatos priežiūros įstaigos kuria algoritmus, padėsiančius nustatyti paliatyvius pacientus, sveikatos priežiūros paslaugas ir vaistų skyrimą. Visa tai turi būti derinama su pacientų draudimu. Pavyzdžiui:

- Paliatyviąją pagalbą namuose gali teikti paliatyviosios pagalbos ligoninės ar skyriaus specialistai, kurie nustatė, kad paliatyvioji pagalba pacientams tikrai reikalinga. Tai gali būti pacientai, sergantieji paskutinės stadijos ligomis, tokiais kaip širdies nepakankamumas ar lėtinė obstrukcinė plaučių liga, sunkiomis neurologinėmis ligomis (pavyzdžiui, Parkinsono liga, silpnaprotyste, išsėtine skleroze, amiotrofine lateraline skleroze) arba paskutinės stadijos vėžiu.
- Nukreipimas teikti paliatyviąją pagalbą namuose turi būti grindžiamas diagnoze ir intensyviu sveikatos priežiūros paslaugų naudojimu, pavyzdžiui, pakartotinės hospitalizacijos arba vizitai į skubios pagalbos skyrių ar su vaistų vartojimo gydytojo nurodymu nepaisymu susijusiomis problemomis.

- Pacientus, kuriems reikia paliatyviosios priežiūros namuose, gali nustatyti asmens sveikatos priežiūros poliklinikos, sveikatos centrai, paliatyviąsias paslaugas teikiantys specialistai, ypač tais atvejais, kai pacientams reikia paliatyviosios pagalbos specialistų nuolatinio paciento būklės vertinimo, rūpinimosi ir paramos namuose.
- Tuo atveju, kai namuose neįmanoma suteikti kvalifikuotos paliatyviosios pagalbos, pacientą reikia hospitalizuoti į paliatyviosios pagalbos ligoninę (angl. *hospice*) arba paliatyviosios pagalbos skyrių.

MIRTIS NAMUOSE

Kai tik įmanoma, su paciento šeimos nariais, draugais, padedančiais slaugyti pacientą, reikia pasikalbėti apie tai, ko tikėtis, kai jiems artimas ir brangus žmogus namuose yra netoli mirties. Ši diskusija turėtų apimti tokius punktus:

- Apžvelgti išankstinį priežiūros planavimą.
- Užtikrinti, kad namuose būtų atitinkami dokumentai apie pageidavimus dėl gyvybės palaikymo.
- Paklausti šeimos narių ar pacientą slaugančiųjų draugų, ar jie norėtų išgirsti apie specifinius fiziologinius pokyčius, kurie gali įvykti pacientui mirštant.
- Užtikrinti, kad iškilus klausimams ar atsiradus rūpesčių paciento šeimos nariai ar jį slaugantieji draugai galėtų telefonu kreiptis į paliatyviosios pagalbos specialistus.

Kai pacientas yra netoli mirties, daugiadalykė komanda gali pagelbėti šeimoms pasiruošti laidotuvėms (pavyzdžiui, duoti laidojimo paslaugų biuro telefono numerį) ir pradėti aiškintis artimųjų poreikius po netekties bei pradėti teikti paramą gedėjimo laikotarpiu. Jungtinėse Amerikos Valstijose įstatymai ir taisyklės, reglamentuojančios procedūras, kai pacientas miršta namuose, skiriasi – kartais net tarp tos pačios valstijos apygardų. Dėl tos priežasties paslaugų teikėjas (pavyzdžiui, socialinis darbuotojas) turėtų būti susipažinęs su vietinėmis taisyklėmis, susijusiomis su mirtimi namuose. Be to, svarbu, kad ir visos grupės, teikiančios paliatyviąją priežiūrą namuose bei prižiūrinčios namuose mirštančius pacientus, būtų susipažinusios su savo veiklos teritorijoje galiojančiomis taisyklėmis.

Šeimos narių reakcija į mirtį namuose gali labai skirtis, net jeigu ta mirtis nėra nelaukta. Idealiomis sąlygomis pagalbos planas artėjančios mirties atvejui sudaromas iš anksto, tad paslaugų teikėjas kartu su šeima gali aptarti, ko tikėtis ir kokius būtinus veiksmus po mirties reikės atlikti. Kartais, net lėtinės ligos atveju, susidaro įspūdis, kad mirtis ateina netikėtai, ir šeimos nariai gali į tai reaguoti labai emociškai ir su didžiuliu nerimu.

Po paciento mirties didžiausias dėmesys sutelkiamas į šeimą. Paslaugų teikėjas turi dėmesingai atsižvelgti į šeimos poreikius ir padėti sutvarkyti būtinus reikalus, tokius kaip mirties konstatavimas, palaikų išgabenimas ir būtinų dokumentų tvarkymas. Šias procedūras reikia atlikti jautriai, kad šeima nesijaustų skubinama ar paliekama be patarimų ir pagalbos. Priežiūra po paciento mirties apima šiuos punktus [35]:

- Užtikrinant, kad teisiniai reikalai būtų sutvarkyti, reikia gerbti mirusiojo ir jo šeimos narių bei draugų dvasines ir kultūrinės nuostatas.
- Padėti paruošti palaikus gabenimui į lavoninę ar laidojimo biurą.
- Pasiūlyti šeimos nariams ir draugams dalyvauti palaikų pervežimo procese ir teikti jiems paramą.
- Užtikrinti visų, turinčių kontaktą su mirusiuoju, sveikatą ir emocinį bei dvasinį saugumą.
- Atsižvelgti į norus dėl organų, audinių ar kūno donorystės.
- Gražinti asmeninius velionio daiktus giminaičiams.

Mirties atveju velionio šeimai gali būti labai svarbūs tam tikri ritualai, papročiai ar religinės apeigos. Šiais klausimais šeimą reikia palaikyti. Jei šeima atrodo nepasiruošusi ar neišsako savo pageidavimų, gali būti naudinga šeimos narių apie tai paklausti: „Ar Jums svarbūs ritualai ar papročiai, kuriuos reikėtų suorganizuoti?“. Kartais tinkama ir gali būti labai naudinga velionio palaikus palikti namie ilgesniam laikui, kad šeimos nariai ir artimieji galėtų ateiti atsisveikinti. Apie tai laidojimo biurus ar krematoriumus reiktų perspėti, o palaikų išgabenimą reikia suderinti su šeimos norais.

SANTRAUKA IR REKOMENDACIJOS

- Pacientai, kuriems teikiama paliatyvioji pagalba namuose, dažniausiai serga sunkiomis progresuojančiomis, gyvenimą trumpinančiomis ligomis ir pasižymi aukštu gyvenimo kokybės sutrikimu ir mirtingumo rizika. Tokiems pacientams dažnai nebūna nustatyta aiški bloga prognozė, jie patys nenori gydytis ligoninėse.
- Paliatyviosios priežiūros namuose paslaugos gali būti teikiamos kaip geria-trinės priežiūros dalis, kaip pirminio lygio priežiūra su paliatyviosios pagalbos specializacija. Šias paslaugas taip pat gali teikti pagalbos į namus padalinio prie paliatyviųjų ligoninių (angl. *hospice*) medikai.
- Vizito į namus metu klinicistas turėtų užsibrėžti konkretų tikslą ar vizito priežastį (t.y. kliniškai ištirti pacientą ar pakeisti vaistus), taip pat pagrįsti prie-žastį, dėl kurios susitikimas turėtų vykti paciento namuose. Jungtinėse Valstijose ši informacija leidžia užtikrinti sąskaitų už vizitą išrašymo pagrįstumą.
- Svarbu, kad paciento namų aplinkos įvertinimas taip pat apimtų klinicisto saugumo paciento namuose ar rajone įvertinimą.
- Sistemingas pasiruošimas vizitui įgalina užtikrinti, kad vizitas į paciento namus bus veiksmingas ir sumažins tikimybę praleisti (užmiršti) kokį nors svarbų paciento sveikatos būklės vertinimą ar pagalbos aspektą (pavyzdžiui, informaciją apie paciento vartojamus vaistus).
- Kiekvieno apsilankymo metu reiktų naudoti standartizuotą medicininę kor-telę, padedančią užtikrinti, kad nė viena svarbi sritis neliks nepastebėta.
- Pagalba pacientui namuose suteikia unikalią galimybę užmegzti ryšius su sergančiais ir jų šeimomis siekiant palengvinti diskusijas apie paciento išankstinius nurodymus dėl gydymo, įskaitant dokumentus dėl paciento atstovo paskyrimo ar apsisprendimą dėl gaivinimo (pagal JAV nuostatus). Nustatyti paliatyviosios pagalbos tikslai turėtų būti įrašyti paciento medicininėje kortelėje. Be to, šie dokumentai turėtų būti laisvai prieinami paciento namuose.
- Pagalba pacientui namuose reikalauja atsižvelgti į daug jo medicininių ir psi-chosocialinių poreikių. Teikiant paliatyviąją pagalbą namuose svarbu sužinoti,

kokios paslaugos prieinamos tame regione, apylinkėje, bendruomenėje ir užmegzti ryšį su šių paslaugų teikėjais.

- Šeimos nariai ir draugai paprastai padeda pacientui jo kasdienėje veikloje, pavyzdžiui išsimaudyti, apsirengti, judėti, nueiti į tualetą, pavalgyti, o taip pat instrumentinėje kasdienėje veikloje – nupirkti maisto produktų, pagaminti maistą. Šeima ir draugai, prižiūrintys sau brangų žmogų namuose, rizikuoja patirti nemažą emocinę, fizinę ir finansinę įtampą. Pavyzdžiui, atliekant mokslinius tyrimus nustatyta, kad šeimos nariai ir draugai, ypač tie, kurie savo darbą vertina kaip keliantį stresą, pasižymi didesne miokardo infarkto ir mirties rizika.
- Kai tik įmanoma, su paciento šeimos nariais ir draugais reikia pasikalbėti apie tai, ko tikėtis, kai numanoma, kad paciento gyvenimas artėja prie mirties slenksčio.

LITERATŪROS ŠALTINIAI

1. Lukas L, Foltz C, Paxton H. Hospital outcomes for a home-based palliative medicine consulting service. *J Palliat Med* 2013; 16:179.
2. Lynn J. Caring at the end of our lives. *N Engl J Med* 1996; 335:201.
3. Lynn J. Living long in fragile health: the new demographics shape end of life care. In: *Improving End of Life Care: Why Has It Been So Difficult?* Hastings Center Report Special Report, Jennings B, Kaebnick GE, Murray TH (Eds), The Hastings Center, New York 2005. p.S14.
4. Higginson IJ, Sarmiento VP, Calanzani N, et al. Dying at home- is it better: a narrative appraisal of the state of the science. *Palliat Med* 2013; 27:918.
5. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical practice guidelines for quality palliative care, 3rd ed, National Consensus Project for Quality Palliative Care, Pittsburgh 2013.
6. Labson MC, Sacco MM, Weissman DE, et al. Innovative models of home-based palliative care. *Cleve Clin J Med* 2013; 80 Electronic Suppl 1:eS30.
7. Holley AP, Gorawara-Bhat R, Dale W, et al. Palliative Access Through Care at Home: experiences with an urban, geriatric home palliative care program. *J Am GeriatrSoc* 2009; 57:1925.
8. Brumley R, Enguidanos S, Jamison P, et al. Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. *J Am GeriatrSoc* 2007; 55:993.
9. Rabow M, Kvale E, Barbour L, et al. Moving upstream: a review of the evidence of the impact of outpatient palliative care. *J Palliat Med* 2013; 16:1540.
10. Riolfi M, Buja A, Zanardo C, et al. Effectiveness of palliative home-care services in reducing hospital admissions and determinants of hospitalization for terminally ill patients followed up by a palliative home-care team: a retrospective cohort study. *Palliat Med* 2014; 28:403.
11. <http://www.medicare.gov/Homehealth> (Accessed on May 06, 2014).
12. Medicare Benefit Policy Manual. Chapter 7 - Home Health Services <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/downloads/bp102c07.pdf> (Accessed on June 24, 2014).

13. Barbour LT, Cohen SE, Jackson V, et al. Models for Palliative Care Outside the Hospital Setting. A Technical Assistance Monograph from the IPAL-OP Project. <http://ipal.capc.org/downloads/overview-of-outpatient-palliative-care-models.Pdf> (Accessed on June 09, 2014).
14. Zhang M, Smith K, Cook-Mack J. How can palliative care be integrated into home-based primary care programs?. In: Evidence - Based Practice of Palliative Medicine, Goldstein NE, Morrison RS (Eds), Elsevier Saunders, Philadelphia 2013. p.458.
15. Groh G, Vyhnalek B, Feddersen B, et al. Effectiveness of a specialized outpatient palliative care service as experienced by patients and caregivers. *J Palliat Med* 2013; 16:848.
16. Ornstein K, Wajnberg A, Kaye-Kauderer H, et al. Reduction in symptoms for homebound patients receiving home-based primary and palliative care. *J Palliat Med* 2013; 16:1048.
17. Medical management of the home care patient. Guidelines for physicians, 4th ed, American Medical Association and Academy of Home Care Physicians, 2012.
18. Balfour S. Design of care: the hospice visit. *Home Healthc Nurse* 2008; 26:633.
19. Back AL, Arnold RM, Baile WF, et al. Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Arch Intern Med* 2007; 167:453.
20. Martin LR, Williams SL, Haskard KB, Dimatteo MR. The challenge of patient adherence. *TherClin Risk Manag* 2005; 1:189.
21. Clinical Quality Measures (CQMs) <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Legislation/EHRIncentivePrograms/ClinicalQualityMeasures.html> (Accessed on June 09, 2014).
22. <http://www.polst.org/about-the-national-polst-paradigm/> (Accessed on March 06, 2014).
23. Kemle KA. Take your little black bag and get your practice on the road: Home visits. <https://c.ymcdn.com/sites/aahcm.site-ym.com/resource/resmgr/docs/takeyourblackbagpresentation.pdf>.
24. Barbour LT, Cohen SE, et al. Getting Started: Establishing Home - Based Palliative Care Services. A Technical Assistance Monograph from the IPAL-OP Project. 2012.

25. Stone R, Newcomer R. Advances and issues in personal care. *Clin Geriatr Med* 2009; 25:35.
26. Levine C. *Rough Crossings: Family Caregivers' Odysseys through the Health Care System*. A Special Report from United Hospital Fund. United Hospital Fund, New York 1998.
27. Lee S, Colditz GA, Berkman LF, Kawachi I. Caregiving and risk of coronary heart disease in U.S. women: a prospective study. *Am J Prev Med* 2003; 24:113.
28. Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *JAMA* 1999; 282:2215.
29. Emanuel EJ, Fairclough DL, Slutsman J, Emanuel LL. Understanding economic and other burdens of terminal illness: the experience of patients and their caregivers. *Ann Intern Med* 2000; 132:451.
30. Hudson P, Thomas T, Quinn K, et al. Teaching family carers about home-based palliative care: final results from a group education program. *J Pain Symptom Manage* 2009; 38:299.
31. American Psychological Association. Zarit Burden Interview. <http://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/zarit.aspx>.
32. The Zarit Burden Interview. <http://www.rgpc.ca/best/GiiC%20Resources/GiiC/pdfs/3%20Caregiver%20Support%20-%20The%20Zarit%20Burden%20Interview.pdf>.
33. Ornstein K, Smith K, Boal J. Understanding and improving the burden and unmet needs of informal caregivers of homebound patients enrolled in a home-based primary care program. *J Appl Gerontol* 2009; 28:482.
34. AAHPM Quick Reference Guide For Physician Coding, Billing, and Reimbursement for Hospice and Palliative Medicine Services <http://www.awebsource.com/clients/aaahpm/blog/wp-content/uploads/2010/03/quickreferenceguide.pdf> (Accessed on June 24, 2014).
35. Guidance for staff responsible for care after death. National End of Life Care Programme and National Nurse Consultant Group. http://www.nhs.uk/media/2426968/care_after_death

PRAKTINIAI PATARIMAI ŠEIMAI

Neužmirškite vartoti gydytojo paskirtus vaistus. Čia nurodomos tik pagalbinės priemonės, kurias gali naudoti ligonis padedant šeimos nariams.

Limfedema

- Pagrindinis tikslas – išvengti odos infekcijos.
- Maudytis duše kiekvieną dieną.
- Avėti apsauginę avalynę.
- Atsargiai, nepažeidžiant odos, kirpti nagus.
- Naudoti odos drėgnumą palaikančius kremus be kvapniųjų medžiagų.
- Vengti bičių įkandimo. Įgėlus bitei vartoti dezinfekuojamuosius tirpalus.
- Vasarą būti šešėlyje, vengti degintis saulėje.
- Vartoti apsauginį kremą nuo saulės.
- Vartoti vabzdžius atbaidantį kremą.
- Kojas prausti vaikišku muilu.
- Sėdint pasiremti pagalvėmis.
- Vengti diržų, standžių apykaklių ir rankogalių.
- Esant rankų edemai, gulint padėti rankas ant dviejų pagalvių širdies lygyje, o į trečią pagalvę atsiremti nugarą.
- Atlikti pratimus: mirkčioti, žiovauti, ražytis, kvėpuoti pilvu; gulint lovoje atlikti pasyvius kojų judesius – per kelius sulenkti ir ištiesti.
- Giliai kvėpuoti.
- Bintuoti patinusią galūnę padedant medikams.
- Be reikalo nematuoti kraujospūdžio, neimti iš venos ar iš piršto kraujo.

Niežulys

Niežulio pojūtį stiprina karštis, prakaitavimas, skausmas, nuobodulys, taip pat nepakankamas skysčių vartojimas.

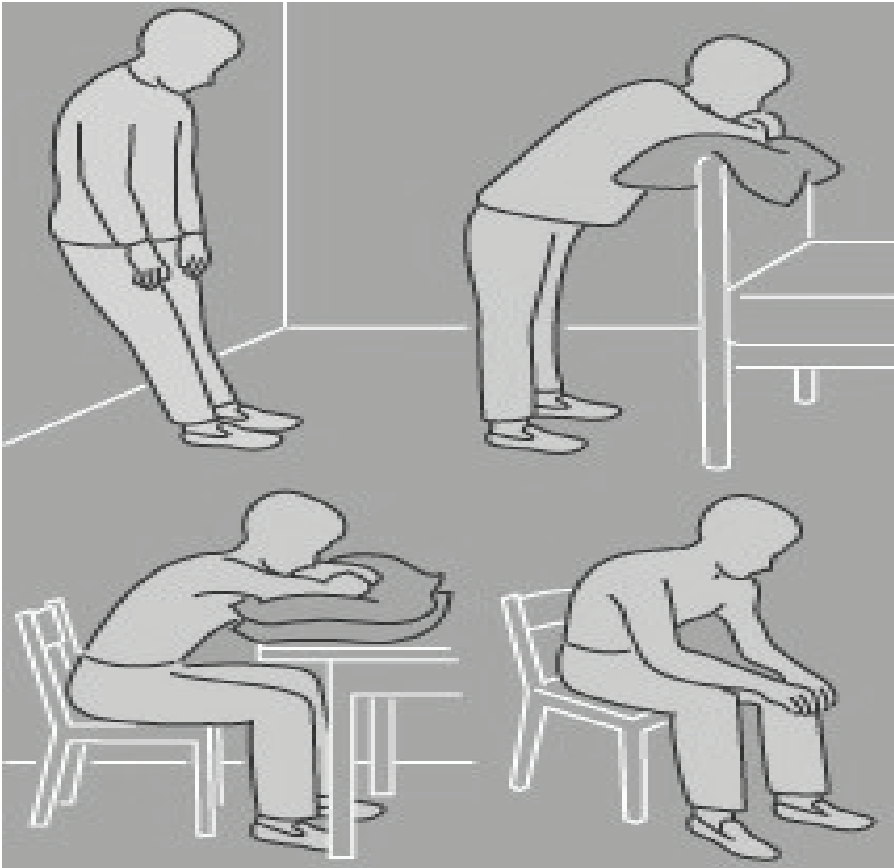
Ligoniui patartina:

- Maudytis drungname vandenyje. Po maudymosi reikia kūną nusausinti ne trinant, o tapšnojant švairiu rankšluosčiu.

- Po maudymo kūną patepti neutraliu kramu be kvapiųjų medžiagų.
- Į vonią būtina įpilti medicininio aliejaus.
- Jei slaugomasis jaučia niežėjimą nedideliame plote, padeda šalti, drėgni pavilgai, ledo aplikacijos.
- Niežulį malšina ir vėsumo pojūtį suteikia 0,25–0,5 proc. koncentracijos mentolo tepalas arba 1–3 proc. koncentracijos kamparo tepalas.
- Drabužiai turėtų būti medvilniniai; negalima naudoti sintetinių ir vilninių. Drabužius skalbti ūkiniu muilu arba skalbimo priemonėmis, kurios nesukelia alergijos. Po skalbimo gerai plauti vandenyje.
- Trumpai kirpkite nagus ir jei niežti, patrinkite tą vietą tepalu.
- Dėmesio atitraukimas: klausyti mėgstamos muzikos, skaityti knygą, laikraštį, žiūrėti televizorių, rašyti dienoraštį.
- Vengti: trynimo alkoholiu, vilninių drabužių, maudymo karštu vandeniu, perkaitinimo, prakaitavimo, odos traumavimo.

Dusulys

- Ligoniu reikia suteikti tinkamą padėtį – pusiau sėdomis ir atremiant nugarą, kad galėtų patogiai padėti rankas. Tada ligonio krūtinės ląsta taps laisvesnė, daugiau oro patenks į plaučius.
- Pašalinti iš kambario, kuriame guli ligonis, nereikalingus daiktus, baldus, kad būtų kuo daugiau erdvės.
- Dažnai vėdinti kambarį.
- Drabužiai turi nevaržyti krūtinės ląstos.
- Vasarą, kai karšta, galima naudoti vėduokles, portatyvinį ventiliatorių (oro srovės negalima nukreipti į veidą).
- Dėti ant veido vėsiu vandeniu suvilgytus rankšluosčius.
- Dusulį sumažina lėtas, gilus kvėpavimas: įkvėpti pro nosį, sučiaupti lūpas, atpalaiduoti pečių juostas, nugaros raumenis ir iškvėpti.
- Stengtis padidinti įkvėpamo oro kiekį. Naudoti paveiksle pavaizduotas padėtis:



- Dėmesio atitraukimas: klausyti mėgstamos muzikos, skaityti knygą, laikraštį, žiūrėti televizorių, rašyti dienoraštį.
- **Vengti:** susilenkti, pakumpti, lipti laiptais, jei būtina, lipti neskubant ir giliai kvėpuojant.

Kosulys

- Nerūkyti, vengti dulkių, dūmų, garų.
- Dažnai vėdinti kambarį.
- Jei karšta vasara: drėkinti kambarį šlapiomis paklodėmis, padėti dubenį su vandeniu.

- Kvėpavimo pratimai.
- Pakankamai gerti skysčių.
- Gerti kosėjimą lengvinančios arbatos (pasitarti su gydytoju ar vaistininku).

Pykinimas ir vėmimas

- Vengti skrandžio spaudimo, valgyti sėdint, geriau ne lovoje, o prie stalo.
- Po valgio stengtis pasėdėti arba pavaikščioti nors 1 valandą.
- Prieš valgant vėdinti kambarį.
- Ligonį reikia aprengti laisvais drabužiais, kad nebūtų varžomas.
- Valgyti po mažai ir dažnai.
- Neskubėti valgyti, maistą gerai sukramtyti.
- Naudoti daugiau skysčių be angliarūgštės, atvėsinti.
- Prieš valgį galima valgyti skrebučius, riestainį, džiovėsius.
- Prieš valgį valgyti atšaldytas spanguoles, jei nepažeista burnos gleivinė, čiulpti citrinos gabaliuką.
- Tinka skystesnis, trintas maistas, želė, košės, trintos sriubos.
- Ligonio kambarys turėtų būti toliau nuo virtuvės. Kambario duris reikia uždaryti, kad iš virtuvės nesklistų kvapai.
- Daryti lengvą mankštą.
- Jei ligonis vemia, reikia palenki jo galvą į priekį virš kriauklės ar indo. Jei ligonis silpnas, jį reikia paversti ant šono.
- Indą, į kurį ligonis vemia, laikyti švarų, nelaikyti jo ligoniui „prieš akis“. Šis indas turi būti lengvai pasiekiamas, jį galima uždengti popieriniu rankšluosčiu.
- Nukreipti valgančiojo ligonio dėmesį: skaityti knygą, laikraštį, žiūrėti televizorių, klausyti muzikos.
- Užsiimti intelektualine veikla: rašyti dienoraštį, prisiminimus, skaityti knygas, neskubėti valgyti.
- Maistas turi būti nekarštas.

- Po vėmimo praplauti burną vandeniu su citrina, jei burnos gleivinė nepažeista, sunokusių ananasų sultimis. Galima duoti kramtyti ir ananaso skautelelę.
- Dantų protezus naudoti tik valgant.
- Po valgio praplauti dantų protezus ir džiovinti.
- Ant kaktos dėti drėgną vėsų rankšluostį.
- Odontologo konsultacija dėl dantų ėduonies ir dėl dantų šaknų pašalinimo.
- Vengti riebių, aštrių, kvapą skleidžiančių keptų patiekalų, pavyzdžiui, keptos karštos žuvies.

Silpnumas

- Skatinti ligonį kuo daugiau laiko praleisti negulint lovoje.
- Atlikti kvėpavimo pratimus.
- Derinti kasdienę veiklą su poilsiu.
- Įsigyti judėti padedančių pagalbinių techninių priemonių (konsultuotis su kineziterapeutu ar ergoterapeutu).

Svorio kritimas, apetito netekimas

- Valgyti valgius, turinčius daug baltymų.
- Tarp pagrindinio valgymo duoti užkandžių. Pavyzdžiui, sumuštinį su lašiša, riešutų su medumi, šviežių grietinėlė užpiltų vaisių, karšto šokolado, kondensuotos kakavos, grietininį ledų.
- Valgyti kartu su šeima.
- Valgyti pamažu ir dažnai, nedidelėmis porcijomis.
- Valgyti mėgstamą maistą, turintį daug kalorijų: riešutus, riešutų sviestą, ledus.
- Raudoną mėsą prieš verdant pamarinuoti arba verdant truputį įpilti raudono vyno.
- Vartoti prieskonius, kad skonis truputį būtų sodresnis.
- Nevalgyti maisto, kuris skleidžia nemalonų kvapą, pavyzdžiui, karštos keptos žuvies.

- Valgio spalva ir konsistencija turi būti patraukli. Negali būti panaši į masę, kurią ligonis išvėmė (pavyzdžiui, guliašas).
- Valgyti po poilsio.
- Valgyti atsėdus lovoje arba sėdint ant kėdės šalia lovos. Jei ligonis pajėgus, galima jį pasodinti ir prie stalo.
- Valgant nukreipti dėmesį: žiūrėti televizorių, skaityti laikraštį, knygą.
- Nupirkti ligoniui mažesnius drabužius.

Burnos priežiūra

- Po kiekvieno valgymo praplauti burną.
- Su šepetėliu ir dantų pasta valyti dantis du tris kartus per dieną. Nuvalyti ir liežuvį. Naudoti minkštų šerelių šepetėlį.
- Kelis kartus per dieną valyti tarpdančius su siūlu. Vaistinėje galima nupirkti specialų siūlą tarpdančiams valyti.
- Išimti netinkamus dantų protezus.
- Sausas lūpas, kad nesuskerdėtų, patepti kelis kartus per dieną po valgio specialiu drėkinamuoju kremu.
- Burną skalauti po kiekvieno valgymo. Galima pasigaminti skalavimo tirpalą: vienas litras virinto vandens, arbatinis šaukštelis sodos ir vienas šaukštelis valgomosios druskos. Arba vaistinėje nupirkti specialaus skalavimo skysčio.
- Nakčiai po dantų valymo ir po burnos skalavimo galima lūpas ir burnos sausą gleivinę patepti nesūriu margarinu arba augaliniu aliejumi. Negalima tepti glicerinu, nes jis dar labiau džiovina burnos gleivinę.
- Esant sausai burnos gleivinei rekomenduojama valgyti jogurtą, skystas košes, pudingus, plaktas kiaušinienes, maltos mėsos virtus kukulius, trintas sriubas. Valgant užsigerti arbata arba negazuotu mineraliniu vandeniu.
- Gerti daug skysčių.
- Stebėti dėl burnos grybelio (kandidozės). Jei ant burnos gleivinės arba ant liežuvio atsiranda į varškę panašių baltų apnašų, konsultuotis su gydančiuoju gydytoju.

- Jei atsiranda problemų, kreiptis odontologo konsultacijos.
- Vengti: stambiai maltų grūdų duonos, keptos mėsos, aštrių, rūgščių patiekalų, picų, sauso maisto.

Vidurių užkietėjimas

- Gerti pakankamą kiekį skysčių.
- Didinti skaidulinių medžiagų turinčio maisto dietoje: ruginė duona, sėlenos, morkos, raudonieji burokėliai, agurkai, pomidorai, natūralių grūdų košės.
- Vaisiai: džiovintos slyvos, abrikosai, razinos, figos.
- Sėlenų galima dėti į sriubas, košes, mėsos kukulius, blynus ir kitus patiekalus.
- Tinka kefyras, pasukos, jogurtas, vanduo su medumi.
- Vakare tinka stiklinė kefyro su vienu valgomuoju šaukštu augalinio aliejaus.
- Rekomenduojamas šių vaisių mišinys: džiovintos slyvos – 100 g, džiovinti abrikosai – 100 g, džiovintos figos – 100 g. Visa tai sumalti mėsmale, į gautą masę dėti 100 g medaus. Įpilti po vieną valgomąjį šaukštą į stiklinę šalto vandens ir išgerti prieš miegą arba du kartus per dieną.
- Galima gerti vaistinėse parduodamas vidurių laisvinamąsias arbatas.
- Rekomenduojamos raudonųjų burokėlių sultys, sumaišytos su morkų sultimis.
- Tinka avižų košės.
- Salotos: morkos, agurkai, pomidorai lygiomis dalimis, pridėti sėlenų ir kelis arbatinius šaukštelių augalinio aliejaus. Valgyti ryte ir vakare.
- Atlikti fizinius pratimus, daugiau judėti.
- Dėl vidurių laisvinamosios arbatos pasitarti su gydytoju arba vaistininku.
- Pasitarti su gydančiuoju gydytoju dėl vaistų vartojimo.
- Vengti: šviežios duonos, pyragų, bandelių, pyragaičių, rūkytų produktų, saldumynų, šokolado, ryžių košės, ryžių sriubų, kavos, kakavos, konservuotų produktų, riebios mėsos, sūdytų patiekalų.

Žagsėjimas

- Mažais gurkšneliais lėtai gerti šaltą negazuotą vandenį.
- Greitai praryti du arbatinius šaukštelių granuliuoto cukraus.
- Sukelti čiaudėjimą (jei reikia, pauostyti pipirų).
- Ant sprando dėti šaltu vandeniu suvilgytą rankšluostį, kai sušyla, jį keisti.
- Smarkiai iškišti liežuvį.
- Čiulpti ledo gabaliukus.
- Diafragmos srityje stipriai spausti pilvą.

Pragulų profilaktika

Pragulas susidaryti skatina daugelis priežasčių: ilgalaikis spaudimas į minkštuosius audinius, drėgna lovos patalynė, prakaitavimas, šlapimo ar išmatų nelaikymas. Labai pavojingas išmatų nelaikymas, nes plintančios bakterijos odą veikia ir toksiškai.

- Pragulos dažniausiai atsiranda gulint lovoje: pakaušio srityje, ties mentėmis, kryžkaulio, kulnų srityse, sėdint vežimėlyje – sėdmenų srityje, kur skeleto kaulai remiasi į kietą pagrindą.
- Lovo patalynė turi būti sausa, lygi, be raukšlių ir švari, be trupinių.
- Ligonio apatiniai rūbai turi būti sausi, be raukšlių, medvilniniai, gerai praleidžiantys orą, nevaržantys judesį.
- Apžiūrėti odą bent du kartus per dieną, ar neatsiranda odoje paraudimų.
- Odą laikyti švarią, sausą, vengti nubrozdinimų.
- Negalima ligonio traukti, vilkti (vengti trinties), reikia pakelti ir paguldyti.
- Po tuštinimosi ir šlapinimosi laikytis asmens higienos: nuplauti su vaikišku muilu, nusausinti odą ne trinant rankšluosčiu, o rankšluostį priglaudžiant prie odos.
- Keičiant sauskelnes laikytis asmens higienos.
- Keisti ligonio padėtį ne rečiau kaip kas dvi valandas, sudaryti ligonio kūno padėties keitimo tvarkaraštį.

- Pragulų profilaktikai naudoti specialius čiužinius, kurie padeda maksimaliai sumažinti kūno slėgį į žmogaus kūno audinius, arba nuomoti specialias lovas.
- Jei ligonis nedūsta, lovos galvūgalį laikyti kuo mažiau pakeltą.
- Sėdint vežimėlyje dažnai keisti atramos taškus (pasiversti į vieną ar kitą pusę), naudoti specialias sėdynes pragulų profilaktikai.
- Alkūnių, kulnų pragulų profilaktikai naudoti specialias oro ar gelio pagalvėles, kurios apsaugo nuo trynimosi ir traumų dėl kieto paviršiaus.
- Sureguliuoti mitybą (pakankamai skysčių, baltymų, pasitarti su gydančiuoju gydytoju).
- Atsiradus odos paraudimui, pranešti gydančiajam gydytojui arba slaugytojui.

ŠEIMOS NARIŲ PATIRIAMO STRESO ĮVERTINIMAS

Ilgalaikė ligonio priežiūra namuose iš šeimos narių reikalauja daug fizinių jėgų, psichologinių ir emocinių pastangų. Gali atsirasti šeimos išsekimas, kuris pasireiškia nemiga, nerimu, arogancija, abejingumu, krūtinės, pilvo skausmais, arterinio kraujospūdžio padidėjimu. Pagal čia pateiktą lentelę Jūs galite patys save įvertinti, ar esate išsekęs, pavargęs. Lentelės apačioje yra rekomendacijos kada Jums jau reikia kreiptis į savo gydytoją.

LIGONIO NAMIŠKIŲ PATIRIAMO STRESO SAVIANALIZĖ (Dr. Steven Zarit, modifikuota versija)					
Lentelėje pateikti teiginiai, apibūdinantys, kaip kartais jaučiasi ligonius slaugantieji šeimos nariai.					
Prie kiekvieno teiginio nurodykite, kaip dažnai Jūs taip jaučiatės: niekada, retai, kartais, gana dažnai ar beveik visada.					
KLAUSIMAI: „Ar jaučiate, kad...	Niekada (0)	Retai (1)	Kartais (2)	Gana dažnai (3)	Beveik visada (4)
1. Ar jaučiate, kad Jūsų artimasis reikalauja daugiau priežiūros, negu jam iš tiesų jos reikia?					
2. Ar jaučiate, kad dėl laiko, praleisto su Jūsų artimuoju, Jums pritrūksta laiko sau?					
3. Ar jaučiate, kad plėšotės tarp Jūsų artimojo priežiūros ir kitų pareigų darbe ir šeimoje?					
4. Ar jaučiate, kad Jūsų artimojo elgesys verčia Jus jaustis nesmagiai?					
5. Ar jaučiate, kad pykstate būdami šalia savo artimojo?					
6. Ar jaučiate, kad rūpinimasis savo artimuoju turi neigiamos įtakos Jūsų santykiams su kitais šeimos nariais ar draugais?					
7. Ar jaučiate, kad Jūsų artimojo ateitis Jums kelia baimę?					
8. Ar jaučiate, kad Jūsų artimasis yra nuo Jūsų priklausomas?					
9. Ar jaučiate, kad dėl rūpinimosi savo artimuoju nukentėjo Jūsų sveikata?					
10. Ar jaučiate, kad dėl savo artimojo neturite tiek privataus gyvenimo, kiek norėtumėte?					

LIGONIO NAMIŠKIŲ PATIRIAMO STRESO SAVIANALIZĖ (Dr. Steven Zarit, modifikuota versija)					
Lentelėje pateikti teiginiai, apibūdinantys, kaip kartais jaučiasi ligonius slaugantieji šeimos nariai. Prie kiekvieno teiginio nurodykite, kaip dažnai Jūs taip jaučiatės: niekada, retai, kartais, gana dažnai ar beveik visada.					
KLAUSIMAI: „Ar jaučiate, kad...	Niekada (0)	Retai (1)	Kartais (2)	Gana dažnai (3)	Beveik visada (4)
11. Ar jaučiate, kad dėl rūpinimosi savo artimuoju nukentėjo Jūsų socialinis gyvenimas?					
12. Jei reiktų pasikviesti draugus į savo namus, ar jaustumėtės nesmagiai, nes turite prižiūrėti savo artimąjį?					
13. Ar Jums atrodo, jog Jūsų artimasis tikisi, kad juo rūpinsitės tarsi būtumėte vienintelis, kuriuo jis gali pasikliauti?					
14. Ar jaučiate, kad šalia kitų išlaidų Jums nebeužtenka pinigų savo artimojo priežiūrai?					
15. Ar jaučiate, kad nebeilgai įstengsite rūpintis savo artimuoju?					
16. Ar jaučiate, kad nebekontroliuojate savo gyvenimo?					
17. Ar norėtumėte savo artimojo priežiūrą perduoti kam nors kitam?					
18. Ar jaučiate, kad dėl savo artimojo turėtumėte padaryti daugiau?					
19. Ar jaučiate, kad galėtumėte geriau rūpintis savo artimuoju?					
20. Ar jaučiate, kad rūpinimasis savo artimuoju Jums yra našta?					
Iš viso atsakymų stulpelyje					
Įvertinimas taškais pagal skalę (Niekada = 0, Retai = 1, Kartais = 2, Gana dažnai = 3, Beveik visada = 4)					
Bendras įvertinimas					

ĮVERTINIMAS:

0–20 = mažai ar nėra jokio pavargimo;

21–40 = lengvas ar vidutinio stiprumo pavargimas;

41–60 = vidutinio stiprumo ar stiprus Jūsų pavargimas; **patartina Jums kreiptis į savo gydytoją;**

61–80 = stiprus pavargimas, Jums reikia kreiptis į savo gydytoją.

Kitus patarimus Jūs galite rasti šiose knygose: I. Barden, A. Vogel, G. Wodrasche „**Ligonių slaugymas namuose**“ (2004) ir S. Stašiūnaitės praktiniame savimasažo vadove „**Gydančios rankos**“ (2015).

2014 m. asmens sveikatos priežiūros įstaigos, teikiančios paliatyviąją pagalbą į namus ir sudariusios sutartis su Valstybine teritorine ligonių kasa:

- Alytus. VšĮ Alytaus rajono savivaldybės pirminės sveikatos priežiūros centras.
- Alytus. VšĮ „Tėviškės namai“.
- Ariogala. VšĮ Ariogalos pirminės sveikatos priežiūros centras.
- Birštonas. VšĮ Birštono miesto ambulatorija.
- Biržai. UAB Biržų šeimos gydytojų centras.
- Garliava. VšĮ „Šeimos sveikatos sprendimai“.
- Kaunas. UAB Paliatyviosios medicinos centras.
- Kaunas. VšĮ Kauno Šilainių poliklinika.
- Klaipėda. VšĮ Klaipėdos sveikatos priežiūros centras.
- Klaipėda. VšĮ Paliatyviosios pagalbos ir šeimos sveikatos centras.
- Mažeikiai. UAB Dr. Biržiškos sveikatos centras.
- Panevėžys. VšĮ Panevėžio miesto poliklinika.
- Panevėžys. VšĮ Paliatyviosios pagalbos klinika.
- Radviliškis. VšĮ Radviliškio rajono pirminės sveikatos priežiūros centras.
- Telšiai. VšĮ Telšių rajono pirminės sveikatos priežiūros centras.
- Utena. VšĮ „Sveikata į namus“.
- Utena. VšĮ Utenos pirminės asmens sveikatos priežiūros centras.
- Vilkaviškis. UAB Aušros klinika.
- Vilnius. VšĮ Centro poliklinika.
- Vilnius. VšĮ Integruotų sveikatos paslaugų centro Vilnius padalinys.
- Vilnius. VšĮ Naujininkų poliklinika.
- Vilnius. VšĮ Palaimintojo kunigo Mykolo Sopočkos paliatyviosios ligoninės (angl. *hospice*) pagalbos į namus skyrius.

UDK 615.8

Arvydas Šeškevičius
PALIATYVIOSIOS PAGALBOS TEIKIMO NAMUOSE REKOMENDACIJOS

Mokslinis redaktorius Arvydas Šeškevičius
Redaktorius Vituolis Joneliūnas
Maketuotojas Paulius Žiegždrinis
Tiražas 1000
Išleido ir spausdino UAB „Vitae Litera“
Savanorių pr. 137, LT-44146 Kaunas