

Zdenka Garašević, Dejan Kocijan, Anja Kovačič

Rehabilitacija na negovalnem oddelku

UKC Ljubljana

POVZETEK

Negovalni oddelek UKC Ljubljana je namenjen predvsem neakutni obravnavi starostnikov. Pri obravnavi pacientov so pomemben del tima dva fizioterapevta in delovna terapevtka. Namen članka je predstavitev predvsem rehabilitacijskega dela oz. funkcionalnega napredka pacientov. Podatki so zbrani na podlagi ocene funkcionalnega stanja ob sprejemu in odpustu za obdobje štirih mesecev. Uspeh rehabilitacije je prikazan v obliki grafov, ki zajemajo sposobnost obračanja v postelji, posedanja preko roba postelje, sedenja, transferja v invalidski voziček, stoje in hoje. Iz rezultatov je razvidno, da se je pri vseh funkcionalnih sposobnostih pacientov kazal napredek v rehabilitaciji. Ob odpustu je npr. samostojno hodilo 22 % več pacientov kot ob sprejemu. Rezultati bi bili boljši, če bi bili osredotočeni samo na paciente, ki so sposobni sodelovanja in imajo boljši rehabilitacijski potencial, tako kot je to v tujini praksa že vrsto let.

Ključne besede: starostniki, negovalni oddelek, rehabilitacija, fizioterapija, delovna terapija

Avtorji:

Zdenka Garašević, dipl. del. ter. Maja 2010 je diplomirala na Zdravstveni fakulteti v Ljubljani, smer delovna terapija. Pripravnštvo je opravljala na Nevrološki kliniki UKC Ljubljana, kjer je bila zaposlena eno leto. Trenutno je zaposlena na Negovalnem oddelku UKC Ljubljana.

Dejan Kocijan, dipl. fiziot. Maja 2010 je diplomiral na Zdravstveni fakulteti v Ljubljani, smer fizioterapija. Pripravnštvo je opravljal na Centru za medicino športa UKC Ljubljana. Trenutno je zaposlen na Negovalnem oddelku UKC Ljubljana.

Anja Kovačič, dipl. fiziot. Oktobra 2010 je diplomirala na Zdravstveni fakulteti v Ljubljani, smer fizioterapija. Pripravnštvo je opravljala v zasebni ambulantni fizioterapiji s koncesijo Grapar Žargi v Šentvidu. Od julija 2011 je zaposlena na Negovalnem oddelku UKC Ljubljana.

ABSTRACT

Rehabilitation on the department for nursery care at University Medical Centre Ljubljana

Nursery care department at University Medical Centre Ljubljana is primarily designed for non-acute treatment of the elderly. An important part of the team in the treatment of patients are two physiotherapists and occupational therapist. The purpose of this article is to present the primarily rehabilitation work and functional progress of patients. Data have been collected on the basis of assessment of functional status at admission and discharge, for a period of four months. The outcome of rehabilitation is presented in the form of graphs, which include the ability to turn in bed, settling over the edge of the bed, sitting, transfer to a wheelchair, standing and walking. The results show that the functional abilities of patients

have improved during the rehabilitation. At hospital discharge, there were 22% more patients independent in walking than at admission. The results would be even better if we focused only on patients, who were able to cooperate in treatment and had better rehabilitation potential, as is the practice abroad for many years.

Key words: elderly, department for nursery care, rehabilitation, physiotherapy, occupational therapy

Authors:

Zdenka Garašević graduated on Faculty of Health Sciences in may 2010. She became graduated occupational therapist. In the Neurology clinic in Ljubljana she carried out one-year apprenticeship. Her current employment is at nursing care ward at University Medical Centre Ljubljana.

Dejan Kocijan graduated on Faculty of Health Sciences in may 2010. He became graduated physiotherapist. After finishing one-year apprenticeship at Center for sport medicine at University Medical Centre Ljubljana, he got a job at nursing care ward at University Medical Centre Ljubljana.

Anja Kovačič graduated on Faculty of Health Sciences in may 2010. She became graduated physiotherapist. Her apprenticeship was carried out in private practice with concession for physiotherapy in Šentvid. From July 2011 on, she is employed at nursing care ward at University Medical Centre Ljubljana.

1. UVOD

V razvitem svetu delež starejših oseb skokovito narašča. V ZDA, kjer je trenutno vsak osmi Američan starejši od 65 let, predvidevajo, da se bo delež starejše populacije v naslednjih dveh desetletjih povečal na 34 %. Tudi v Sloveniji se delež starejše populacije nenehno povečuje. Slovenska populacija se stara. K staranju populacije prispeva podaljševanje življenjske dobe in zmanjševanje rodnosti. V zadnjem stoletju se je v večini evropskih držav življenjska doba podaljšala za več kot 50 % (*United Nations, 2002*).

Za starost je značilno pogostejše pojavljanje in kopičenje kroničnih bolezni, kot so srčno-žilne bolezni, bolezni dihal, gibal, rakave bolezni, poleg tega se pojavljajo določeni gerontološki sindromi ali pa bolezni, ki so skorajda izključno povezane s kasnejšimi življenjskimi obdobji, kot so inkontinenca urina in blata, preležanine, spominske motnje, demenca, osteoporoza in druge (*Poredoš, 2004*).

V mesecu marcu 2011 se je z odprtjem Negovalnega oddelka v Ljubljani začelo izvajanje programa neakutne zdravstvene obravnave. Negovalni oddelek je namenjen tistim pacientom, pri katerih obravnava bolezni ne zahteva več diagnostičnih ali terapevtskih postopkov ali posegov, potrebuje pa nadaljevanje zdravstvene nege, zdravstveno vzgojo in rehabilitacijo. Cilj je predvsem izboljšanje bolnikove sposobnosti za samooskrbo oz. predstavlja neko pripravljalno obdobje za vrnitev nazaj v domače okolje, v dom starejših občanov ali rehabilitacijsko ustanovo. Negovalni oddelek naj bi zapolnil vrzel med sekundarno in primarno zdravstveno obravnavo in omogočil celostno ter bolj kakovostno obravnavo bolnikov. Na Negovalni oddelek Ljubljana se na podlagi pisne vloge sprejema pacienti izključno z oddelkov Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana za prehodno obdobje, ki naj ne bi presegalo mesca

dni. Za učinkovito obravnavo in reševanje pacientovih problemov je potrebno multidisciplinarno timsko delo. Poleg negovalnega osebja, zdravnika in socialne delavke predstavljata pomemben del tima fizioterapevt in delovni terapevt (Peternelj in Šorli, 2004; Oražem, 2011).

Člani rehabilitacijskega tima komunicirajo s člani različnih zdravstvenih, negovalnih, socialnih in vzgojnih timov. Osnova komuniciranja v timu je razumevanje posredovanih diagnostičnih in drugih podatkov ter posredovanje dokumentiranih podatkov o rezultatih merjenj in opazovanj, doziranju terapije in bolnikovem odzivanju, učinkovitosti izbranih metod dela in rezultatih. Za realizacijo svojega dela prevzemajo odgovornost skladno s cilji tima (Uradni list RS št. 9/92).

Kompleksno delo fizioterapevta temelji na skrbni in kontinuirani oceni stanja. Na osnovi ocene funkcij sistemov in osebnostnih značilnosti pacienta fizioterapevt sestavi fizioterapevtski program, ki zajema logično uporabo metod gibalne terapije in fizikalnih energij, s katerimi vzpodbuja ali inhibira fiziološke mehanizme in vzpostavlja njihovo funkcionalno ravnovesje (Uradni list RS št. 9/92).

Primarni cilj delovne terapije na Negovalnem oddelku je usposobiti paciente za participacijo v aktivnostih vsakodnevnega življenja. Ta cilj delovni terapevt dosega tako, da pacientom omogoča opravljati aktivnosti, s katerimi bodo povečali svoje sposobnosti ali s prilagoditvijo okolja za boljšo podporo participaciji v vsakodnevni aktivnostih (Zdravstvena fakulteta, 2012).

2. NAMEN

Namen strokovnega članka je predstaviti in ovrednotiti podatke, pridobljene v obdobju štirih mesecev. Podatki vključujejo oceno funkcionalnega stanja pacienta ob sprejemu in odpustu z Negovalnega oddelka in kažejo na napredek v smislu rehabilitacije.

3. METODE DELA

Preverili smo medicinsko dokumentacijo vseh pacientov, ki so pričeli in zaključili rehabilitacijo na Negovalnem oddelku v obdobju od 1. 9. 2011 do 31. 12. 2011. Zbrali smo podatke o funkcijskem stanju pacientov, in sicer o sposobnostih obračanja v postelji, posedanju preko roba postelje, sedenju, transferju na invalidski voziček, stoje in hoje.

4. REZULTATI

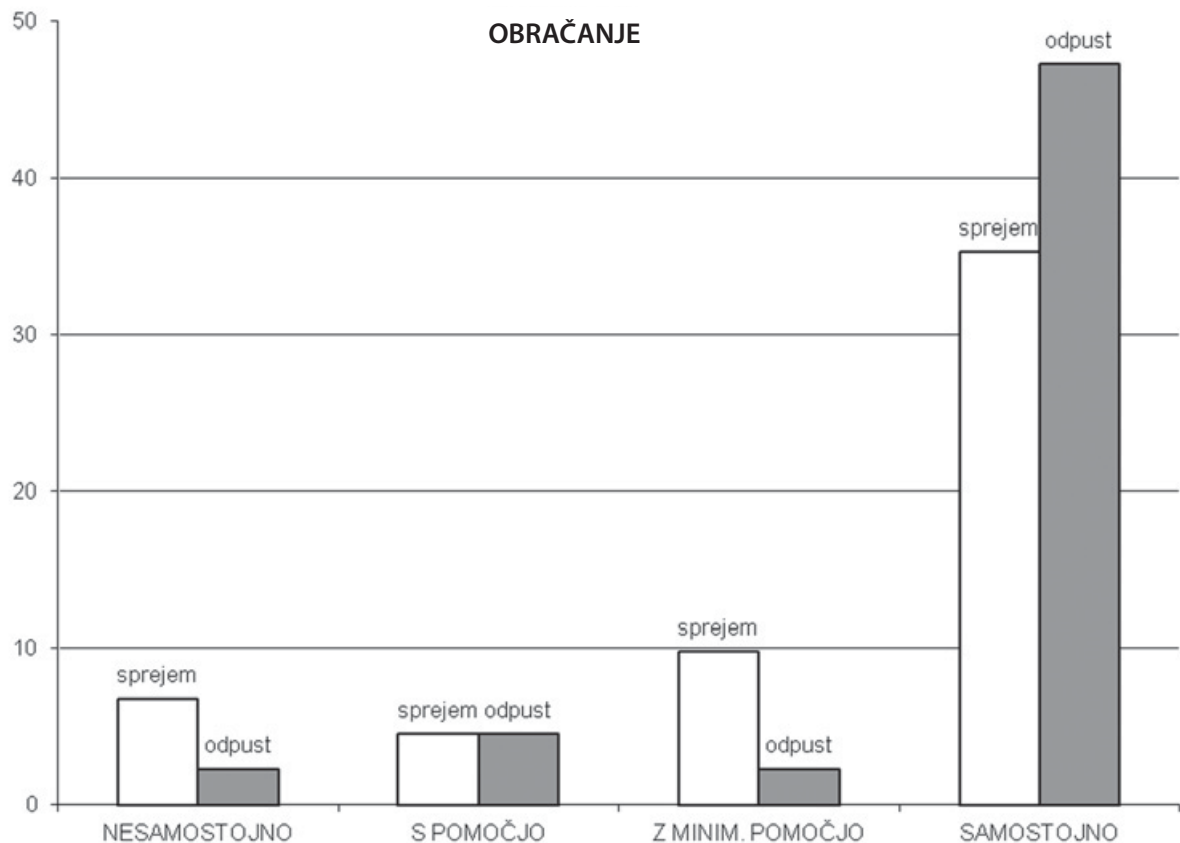
V štirih mesecih, od septembra 2011 do konca leta 2011, smo na Negovalnem oddelku obravnavali 75 pacientov.

Med sprejetimi so prevladovali pacienti z Nevrološke (33 %) in s Travmatološke klinike (31 %). Sledili so pacienti s Kliničnega oddelka za kardiologijo (5 %), Ortopedske klinike (5 %), Kliničnega oddelka za kirurške infekcije (3 %), Infekcijske klinike (3 %), Kliničnega oddelka za revmatska obolenja (3 %), Centra za vojne veterane (3 %), Kliničnega oddelka za nevrokirurgijo (3 %) in po 1 % z Dermatološke klinike, Kliničnega oddelka za diabetes, Kliničnega oddelka za žilne bolezni, Kliničnega oddelka za urologijo ter Kliničnega oddelka za gastroenterologijo.

Večina pacientov (48 %) je bilo ob odpustu z Negovalnega oddelka odpuščenih v dom starejših občanov, 33 % v domačo oskrbo, 7 % v zdravilišče, 4 % v Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije, 1 % v HOSPIC, 1 % v Psihiatrično kliniko Polje, 5 % pa je bilo premeščenih na druge oddelke Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana.

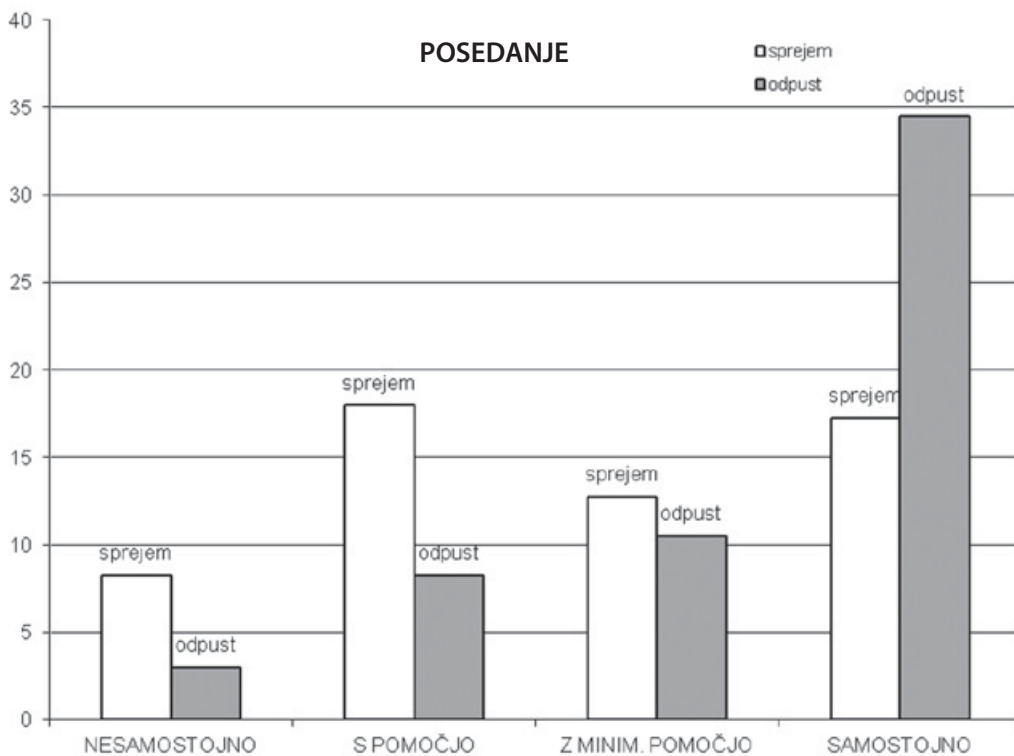
Na podlagi zbranih podatkov, ki vključujejo oceno funkcijskega stanja pacientov ob sprejemu in odpustu z Negovalnega oddelka, smo uspeh rehabilitacije prikazali v obliki grafov. Ocena funkcijskega stanja je zajemala sposobnost obračanja v postelji, posedanja preko roba postelje, sedenja, transferja v invalidski voziček, stoje in hoje.

Graf 1: Obračanje v postelji



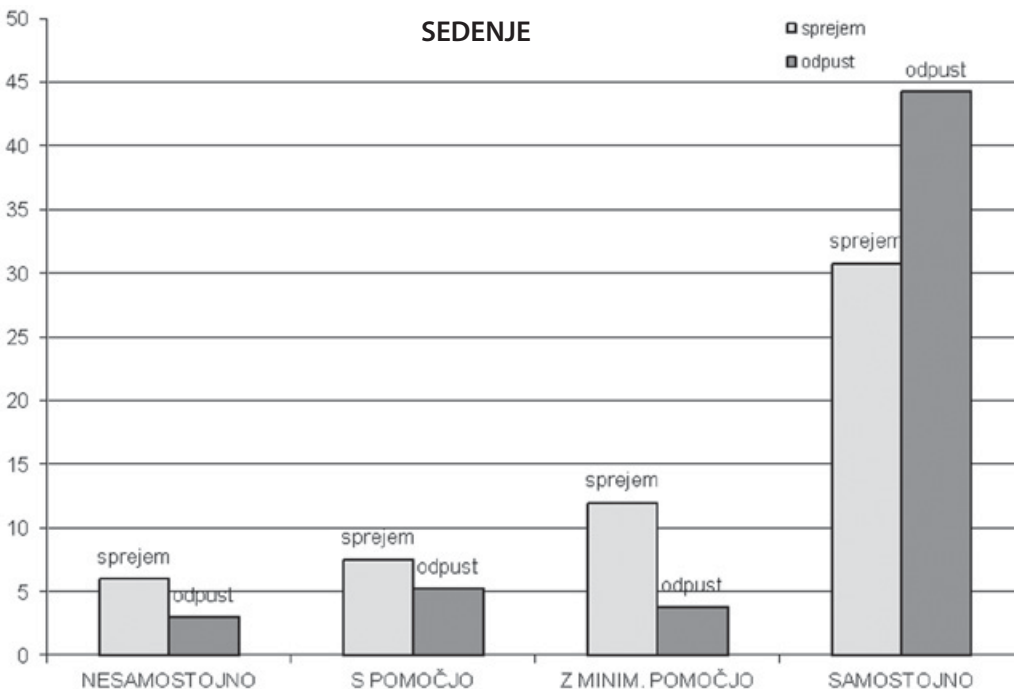
7 % pacientov ob sprejemu ni bilo sposobnih obračanja v postelji, 5 % je pri obračanju potrebovalo pomoč, 10 % minimalno pomoč, 35 % jih je bilo pri obračanju samostojnih. Ob odpustu se je odstotek nesamostojnih pacientov zmanjšal na 2 %, pri tistih, ki so potrebovali pomoč se odstotek ni spremenil (5 %), minimalno pomoč pa je potrebovalo le 2 % pacientov. Odstotek pacientov, ki so se samostojno obračali v postelji, je narasel na 47 %.

Graf 2: Posedanje preko roba postelje



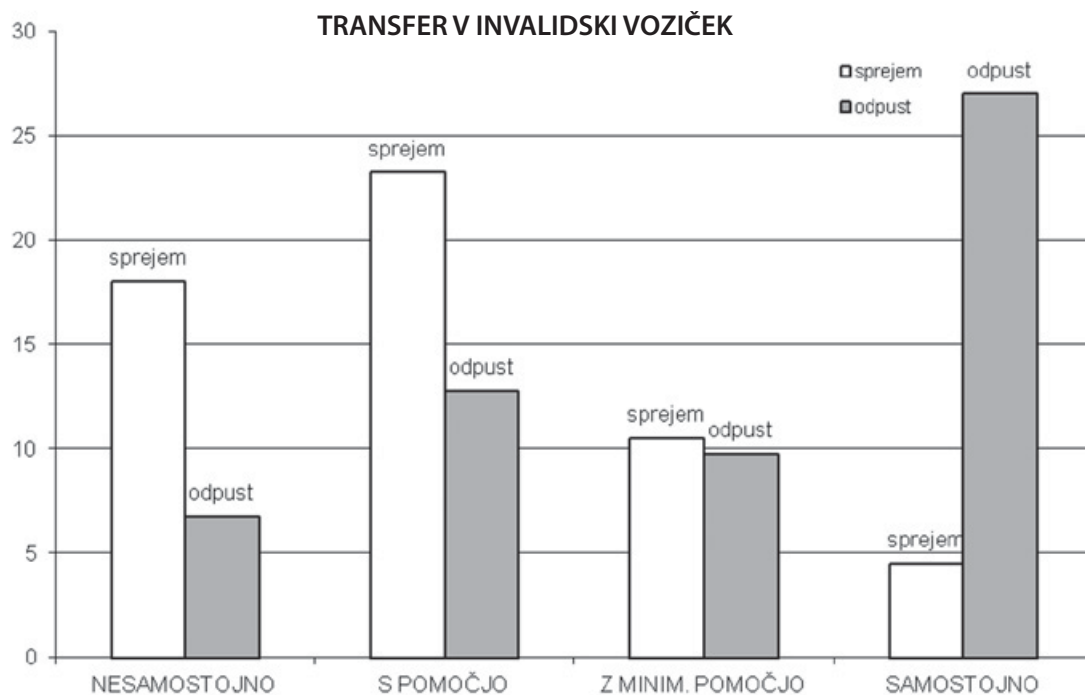
8 % pacientov ob sprejemu ni bilo sposobnih posedanja preko roba postelje, 18 % pacientov je pri posedanju potrebovalo pomoč, 13 % minimalno pomoč, 17 % pa je bilo pri posedanju samostojnih. Ob odpustu se je odstotek nesamostojnih pacientov zmanjšal na 3 %, pri tistih, ki so potrebovali pomoč, se je zmanjšal za 10 %, minimalno pomoč je potrebovalo 11 % pacientov. Odstotek pacientov, ki so se samostojno posedli preko roba postelje, pa je narasel na 35 %.

Graf 3: Sedenje



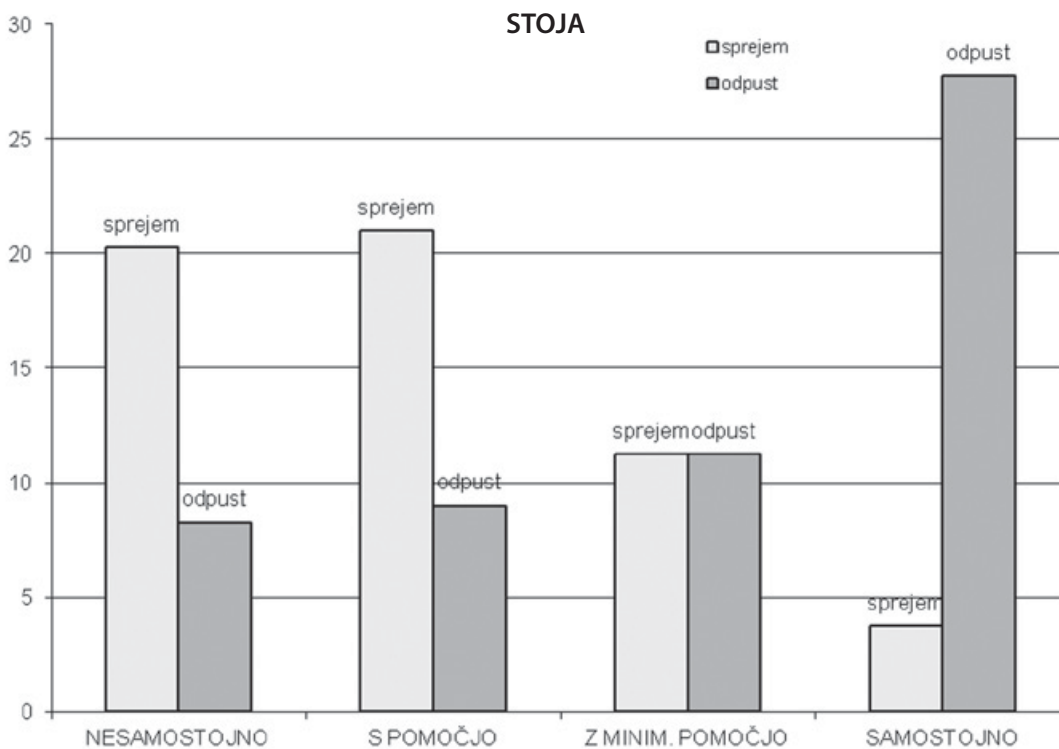
6 % pacientov ob sprejemu ni bilo sposobnih sedenja, 8 % je pri sedenju potrebovalo pomoč, 12 % minimalno pomoč, 31 % jih je samostojno sedelo. Ob odpustu se je odstotek nesamostojnih pacientov zmanjšal na 3 %, pri tistih, ki so potrebovali pomoč na, 5 %. Minimalno pomoč je potrebovalo 4 % pacientov. Odstotek pacientov, ki so samostojno sedeli, pa je narasel na 44 %.

Graf 4: Transfer na invalidski voziček



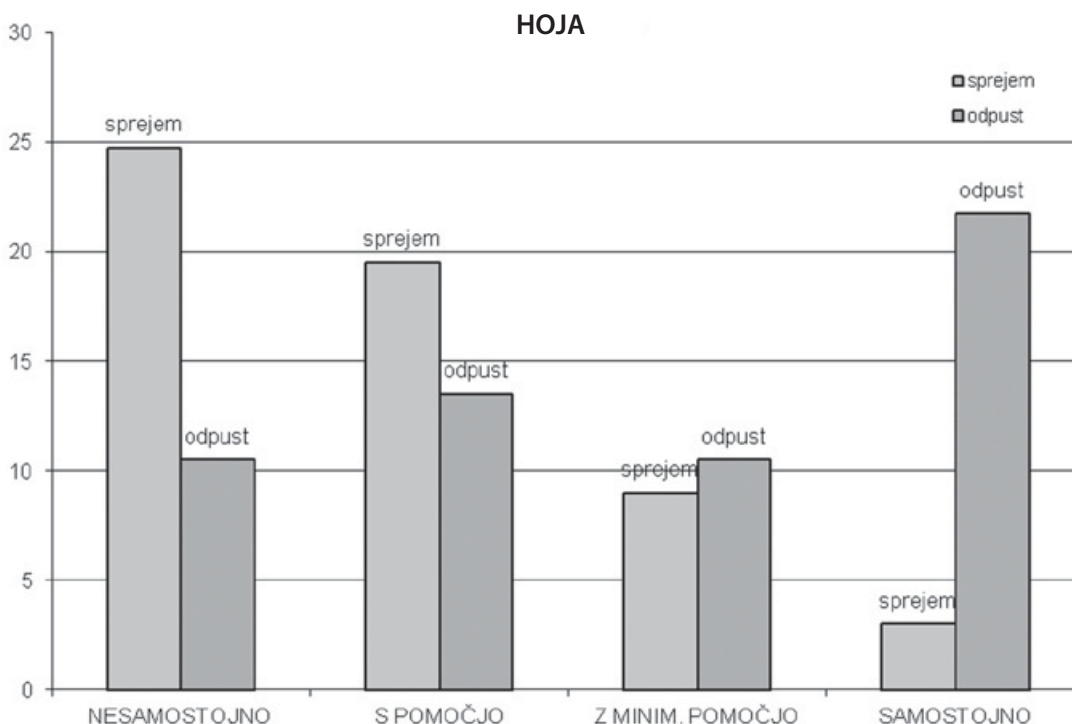
18 % pacientov ob sprejemu ni bilo sposobnih izvesti transferja na invalidski voziček, 23 % je pri transferju potrebovalo pomoč, 11 % minimalno pomoč, le 5 % pa jih je bilo sposobnih samostojnega transferja na invalidski voziček. Ob odpustu se je odstotek nesamostojnih pacientov zmanjšal na 7 %, pri tistih, ki so potrebovali pomoč, se je odstotek zmanjšal za 10 %. Delež pacientov, ki so potrebovali minimalno pomoč, se ni bistveno spremenil (1 %). Samostojni transfer je izvedlo kar 22 % več pacientov (27 %).

Graf 5: Stoja



20 % pacientov ob sprejemu ni bilo sposobnih stoje, 21 % je pri stoji potrebovalo pomoč, 11 % minimalno pomoč, 4 % pacientov je bilo sposobnih samostojne stoje. Ob odpustu se je odstotek nesamostojnih pacientov zmanjšal na 8 %, pomoč je potrebovalo 9 %, delež pacientov z minimalno pomočjo je ostal enak (11 %). Samostojna stoja pa je bila možna kar pri 28 % pacientov.

Graf 6: Hoja



25 % pacientov ob sprejemu ni bilo sposobnih hoje. 20 % je pri hoji potrebovalo pomoč, 9 % minimalno pomoč, le 3 % pacientov je hodilo samostojno. Ob odpustu se je odstotek nesamostojnih pacientov zmanjšal na 11 %, tistih, ki so potrebovali pomoč, na 14 %. Za 2 % je narasel delež pacientov, ki so potrebovali minimalno pomoč, prav tako pa je narasel delež tistih, ki so samostojno hodili (22 %).

5. RAZPRAVA

Negovalni oddelek običajno predstavlja nadaljevanje rehabilitacije po akutni fazi obolenja oz. poškodbe. Možganske kapi in zlomi kolka so med najpogostejšimi obolenji/poškodbami, ki potrebujejo dolgotrajnejšo rehabilitacijo, zato ne preseneča, da na Negovalni oddelek prihaja največ pacientov z Nevrološke in Travmatološke klinike. Da bi se pacienti s tovrstnimi obolenji/poškodbami ustrezno rehabilitirali in se vrnili v stanje pred boleznijo/poškodbo, ne zadostuje le rehabilitacija v akutni fazi, temveč je izredno pomembno, da se začetna rehabilitacija kontinuirano nadaljuje na Negovalnem oddelku.

Dejstvo, da je skoraj polovica pacientov z Negovalnega oddelka odpuščenih v domove starejših občanov, ni nujno povezano z izidom rehabilitacije, ampak tudi s socialnimi razmerami v domačem okolju. Kot je razvidno iz rezultatov, je le manjši delež pacientov primernih za nadaljevanje rehabilitacije v zdravilišču oz. Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Soča (11 %). Zdravilišča in rehabilitacijski inštitut imajo namreč visoke sprejemne kriterije, katere pa populacija pacientov na Negovalnem oddelku težko doseže.

Na zgoraj prikazanih grafih lahko vidimo, da se je pri vseh funkcionalnih sposobnostih pacientov kazal napredek v rehabilitaciji. Če se osredotočimo samo na oceno samostojnosti ob sprejemu in odpustu pri posameznih aktivnostih, je razvidno, da se je pri sposobnosti obračanja v postelji odstotek samostojnosti povečal za 12 %. Pri posedanju preko roba postelje je bilo pri odpustu 18 % več pacientov sposobnih popolnoma samostojno izvesti to aktivnost ob zaključku hospitalizacije. Samostojno sedenje je ob odpustu obvladalo 13 % več pacientov kot na začetku. Samostojno sedenje smo definirali kot aktivno sedenje preko roba postelje ali na stolu daljši čas (eno uro in več) brez nevarnosti za padeč. Bistveno se je povečal delež pacientov, ki so bili ob zaključku rehabilitacije sposobni izvesti samostojen transfer na invalidski voziček, in sicer kar za 22 %. Najbolj zahtevni funkcionalni aktivnosti zagotovo predstavljata stoja in hoja. To je razvidno tudi iz podatkov, da je bilo ob sprejemu samostojne stoje sposobnih 4 % pacientov, ob odpustu pa kar 28 %. Ravno tako je bilo ob sprejemu samostojne hoje sposobnih le 3 % pacientov, ta delež pa je ob odpustu narasel na 22 %. Ravno samostojna hoja, s pripomočki ali brez, predstavlja večini pacientov največji dosežek rehabilitacije, saj jim to omogoča neodvisnost.

Cilj rehabilitacije je bil, da se tekom hospitalizacije pacientom povrne sposobnosti, ki so jih imeli pred nastopom bolezni/poškodbe. Pokretnost pred boleznijo/poškodbo je bila ugotovljena iz anamneze pacientov oz. njihovih svojcev, vendar ti podatki niso zajeti v našem članku. Precejšen delež pacientov že pred boleznijo/poškodbo, zaradi katere so bili hospitalizirani, ni bilo sposobnih samostojno izvesti zahtevnejših funkcionalnih sposobnosti (npr. hoje).

Za končni uspeh rehabilitacije je pomembno individualno načrtovanje obravnave pacienta. Na Negovalnem oddelku deluje multidisciplinarni tim, katerega del sta dva fizioterapevta in ena delovna terapevtka.

Fizioterapevtska obravnava se začne z začetno oceno funkcionalnega stanja prej omejenih sposobnosti, nadaljuje s postavitvijo ciljev in načrtovanjem terapije. Terapija temelji predvsem na kinezioterapiji in učenju samostojnega izvajanja funkcionalnih aktivnosti. Glavni cilj fizioterapevtske obravnave je doseči čim večjo stopnjo samostojnosti pri gibanju. Fizioterapevtski program na splošno zajema naslednje faze: mobilizacijo v postelji, poseданje, vertikalizacijo in hojo. Pri tem si v medfazah pomagamo z različnimi pripomočki, kot so posteljni nasloni, vozički, dvigalo, trapez, hodulje in bergle. Fizioterapija je pri vseh pacientih usmerjena v preprečevanje zapletov, zmanjševanje telesnih okvar, učenje kompenzatornih tehnik v primeru trajnih telesnih okvar, zmanjševanje bolečin, preprečevanje kontraktur in preležanin. V vseh primerih je fizioterapija usmerjena tudi v ohranjanje oz. povečevanje mišične moči in gibljivosti vseh sklepov ter izboljšanje kardiorespiratorne sposobnosti pacientov.

Bolezni in poškodbe mišično-kostnega sistema so med najpogostejšimi patologijami na oddelku (zlomi kolka, ramenskega sklepa, komolca, hrbtenice itd.). Pri aktivaciji teh pacientov smo pozorni na navodila travmatologa glede omejitev gibanja in obremenjevanja poškodovanih struktur oz. upoštevamo splošna načela, ki veljajo tako pri konzervativnem kot tudi operativnem zdravljenju.

Bolezni ožilja in živčevja, kot so cerebrovaskularni insult, različne možganske krvavitve, parkinsonizem, polinevropatije, periferne žilne bolezni in posledično amputacije udov, zahtevajo specifično rehabilitacijo. Pri nevroloških pacientih želimo z rehabilitacijo gibalno disfunkcijo čimbolj zmanjšati. Uporabljajo se različni fizioterapevtski postopki, ki temeljijo na različnih nevrorazvojnih principih, reedukaciji motoričnih vzorcev in rehabilitaciji gibalnega sistema. Pri pacientih po amputacijah smo osredotočeni na to, da pacienta pripravimo vsaj do te mere, da zadostuje kriterijem za sprejem na nadaljnjo protetično rehabilitacijo v URI Soča. Potrebno je zagotoviti primerno kardiovaskularno sposobnost pacienta, primerno obliko krna s kompresijskim povijanjem in preprečevati kontrakture z učenjem pravih položajev in vaj (Turk, Jesenšek Papež, Turk, 2008).

Delovnoterapevtska obravnava se začne z začetno oceno samostojnosti pri izvajanju dnevnih aktivnosti. Za začetno in končno oceno se uporablja Razširjeni Barthel indeks, ki vključuje fizični in kognitivni del. V oceno so vključene predvsem osnovne dnevne aktivnosti, kot so hranjenje, osebna higiena, oblačenje, transfer in vožnja z invalidskim vozičkom. Sledi postavitve kratkoročnih in dolgoročnih ciljev, katerih realizacija se ob zaključku obravnave dokumentira. Ko so cilji obravnave postavljeni, se izvaja obravnava, ki zajema učenje in trening tistih aktivnosti, ki so pomembne in smiselne za vsakega posameznika. Pri tistih pacientih, ki niso mobilni, pride v poštev tudi učenje transferja in vožnja z invalidskim vozičkom. Ker tretjina pacientov ob odpustu odhaja v domače okolje, je pomembno tudi delo s svojci. Velikokrat potrebujejo nasvete glede terapevtskih pripomočkov, funkcioniranja v domačem okolju ali pa prilagoditev le-tega.

6. ZAKLJUČEK

Ker imamo vsi samo eno življenje in ker večina rada živi, moramo narediti vse, da tudi starostnika ohranimo pri življenju, če le bolezensko stanje dopušča možnost, da bo tak starostnik živel približno tako kakovostno življenje, kot ga je živel, preden je zbolel (Fortuna, 2007). To je vodilo rehabilitacijskega tima na Negovalnem oddelku Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, saj so na oddelku večinoma hospitalizirani starostniki, ki zaradi različnih obolenj/poškodb potrebujejo rehabilitacijo in nego.

Rezultati, ki so predstavljeni v članku, bi bili bistveno boljši, če bi bili osredotočeni samo na paciente, ki imajo boljši rehabilitacijski potencial. Tako so v Angliji, v času, ko ni ustreznih sredstev za vse zdravstvene storitve, rehabilitacijski timi pripravili merila za opredelitev tistih pacientov, ki so sposobni sodelovati in pri katerih se pričakuje dober izid (Wade, 2003).

V avstralskem sistemu zdravstvenega varstva ima rehabilitacija na neakutnih oddelkih veliko vlogo in zagotavlja dragocen prispevek k zdravljenju pacientov. Kljub temu pa obstaja veliko nejasnosti okrog tega, kaj je neakutna obravnava, kako se razlikuje od akutne obravnave ali druge dolgoročne oskrbe (Poulos, Eagar, 2007).

V rehabilitaciji je morda najlažje izbrati pristop ali model, s katerim se bo začela obravnava, še vedno pa obstaja neskladje, ko gre za izbiro pacienta, ki je primeren za rehabilitacijo.

ZAHVALA

Pri zbiranju, obdelavi in oblikovanju statističnih podatkov nam je bila v veliko pomoč naša sodelavka, zdravstvena administratorica, Darja Kocelj Efremov, kateri se iskreno zahvaljujemo za njen trud in potrpljenje.

LITERATURA

- Fortuna M. (2007). Staranje, starost in zdravljenje. Glasilo zdravniške zbornice Slovenije, Strokovna revija ISIS, letnik 16, št. 4, str. 64,65.
- Oražem V (2011). Negovalna bolnišnica. V: http://www4.kclj.si/index.php?t_id=12349&o=1, (sprejem: 17.1.2012).
- Peternelj A., Šorli J. (2004). Neakutna obravnava-nepogrešljiv del v celostni zdravstveni oskrbi. Zdrav Vestn., letnik 73, št. 10, str. 743-748.
- Poredoš P. (2004). Zdravstveni problemi starostnikov. Zdrav Vestn., letnik 73, št. 10, str. 753-756.
- Poulos J. C., Eagar K. (2007). Determining appropriateness for rehabilitation or other subacute care: Is there a role for utilisation review? Aust New Zealand Health policy vol.4, V: <http://www.biomedcentral.com/1743-8462/content/4/1/3>.
- Turk Z, Jesenšek Papež B, Turk E (2008). Specifičnost rehabilitacije starostnikov. Zdrav Vestn., letnik 77, št. 12, str. 833-838.
- United Nations (2002). World population aging 1950–2050. New York: United Nations,; 1-484. V: <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/>.
- Uradni list RS št.9/92. V: http://www2.zf.uni-lj.si/images/stories/Fizioterapija/03_Lik_FT.pdf (sprejem, 18.1.2012).
- Wade D.T. (2003). Selection criteria for rehabilitation services. Clin.Rehabil, letnik 17, št. 2, str. 115-118.
- Zdravstvena Fakulteta (2012). Predstavitev študijskega programa. V: <http://www2.zf.uni-lj.si/si/1stopnja-2-2-1/delovna-terapija-2-2-1-2/predstavitev-studijskega-programa-2-2-1-2-1> (sprejem: 18.1.2012).

Kontaktne naslove avtorjev:

Negovalni oddelek UKC Ljubljana,

Vrazov trg 1, 1000 Ljubljana

(E-mail: dejan.kocijan@kclj.si).