



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**  
*Angela Boškin Faculty of Health Care*

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

**INTEGRACIJA PALIATIVNE OSKRBE V  
ENOTI INTENZIVNE TERAPIJE – PREGLED  
LITERATURE**

**PALLIATIVE CARE INTEGRATION IN THE  
INTENSIVE CARE UNIT – A LITERATURE  
REVIEW**

Mentorica: Marjana Bernot, viš. pred.

Kandidatka: Lucija Klopčič

Jesenice, marec, 2026

## **ZAHVALA**

Iskreno se zahvaljujem mentorici Marjani Bernot, viš. pred., za strokovno usmerjanje, podporo in dragocene napotke pri pripravi diplomskega dela. Zahvala gre tudi recenzentki mag. Eriki Povšnar, viš. pred., za natančen pregled in strokovne pripombe, ki so prispevale h kakovosti dela. Zahvaljujem se lektorju Anžetu Slani, mag. prof. slov. (UN), za jezikovni pregled in skrb za jezikovno ustreznost besedila.

Posebna zahvala gre moji družini, še posebej mami, atiju in zaročencu Urhu, za vso podporo, razumevanje in spodbudo v času študija. Zahvaljujem se tudi prijateljicam, ki so mi s svojo družbo in podporo popestrile študentske dni.

## POVZETEK

**Teoretična izhodišča:** Vključevanje paliativne oskrbe v EIT (Enoti intenzivne terapije) je zaradi nepredvidljivega poteka bolezni, invazivnih posegov in etičnih dilem posebej zahtevna, vendar lahko izboljša lajšanje simptomov, podporo svojcem in kakovost odločanja zdravstvenih delavcev. Namen pregleda literature je bil opredeliti koristi paliativne oskrbe in analizirati njeno integracijo v EIT v evropskem prostoru.

**Cilj:** Ugotoviti prednosti vključevanja paliativne oskrbe v EIT z vidika pacienta, svojcev in zdravstvenih delavcev ter opisati načine integracije paliativne oskrbe v EIT evropske prakse.

**Metoda:** Uporabljena je bila kvalitativna metoda raziskovanja s pregledom literature. Za iskanje virov smo uporabili Google Učenjak, ProQuest in PubMed. Vire smo iskali s pomočjo ključnih besed: »paliativna oskrba«, »enota intenzivne terapije«, »podpora svojcem«, »kakovost življenja«, »integracija« oziroma »implementacija« ter v angleškem jeziku: »palliative care«, »intensive care unit«, »family support«, »quality of life«, »integration« oziroma »implementation«. Uporabili smo Boolove operatorje »AND« in »OR«. Omejitveni kriteriji so bili: obdobje objave literature med letoma 2015 in 2025, prosto dostopna polna besedila v slovenskem in angleškem jeziku. Iz pregleda smo izključili podvojene zadetke, vsebinsko neustrezne vire, konferenčne izvlečke ter objave izven izbranega obdobja ali jezika. Izbrane vire smo večkrat prebrali in podatke obdelali s tematsko analizo s kodiranjem.

**Rezultati:** S pregledom literature smo pridobili 21.272 virov, od tega smo 71 virov natančno analizirali in pregledali, v končno analizo pa vključili 19 virov. Iz vključenih virov smo oblikovali 43 kod, ki smo jih razvrstili v 4 kategorije: Komunikacija; Koristi Pacienti; Koristi Svojci; Integracija paliativne oskrbe.

**Razprava:** Ugotovitve kažejo, da paliativna oskrba v EIT izboljša kakovost obravnave preko pravočasne in usklajene komunikacije, obvladovanja simptomov ter podpore svojcem, vendar je integracija v praksi neenakomerna. Razkorak med smernicami in dejansko uporabo paliativnih pristopov nakazuje potrebo po jasnih postopkih, usposabljanju in izvedbenih modelih, ki omogočajo doslednejše vključevanje paliativne oskrbe v EIT.

**Ključne besede:** odločanje ob koncu življenja, podpora svojcem, specialistična paliativna oskrba, moralna stiska, ocena paliativnih potreb

## SUMMARY

**Theoretical background:** Integrating palliative care into the ICU (intensive care unit) is particularly challenging due to the unpredictable course of illness, invasive procedures, and ethical dilemmas; however, it can improve symptom relief, support for family members, and the quality of clinical decision-making by healthcare professionals. The aim of the literature review was to identify the benefits of palliative care and to analyse its integration in ICUs in Europe.

**Goals:** To determine the advantages of integrating palliative care into the ICU from the perspectives of patients, family members, and healthcare professionals, and to describe approaches of integrating palliative care in ICU practice in Europe.

**Methods:** A qualitative research design was employed through a literature review. We searched for sources in web browser Google Scholar and in databases ProQuest and PubMed. The search was conducted using the following keywords: in Slovene: “paliativna oskrba”, “enota intenzivne terapije”, “podpora svojcem”, “kakovost življenja”, “integracija” or “implementacija”; and in English: “palliative care”, “intensive care unit”, “family support”, “quality of life”, “integration” or “implementation”. Boolean operators “AND” and “OR” were used. The inclusion criteria were date of publication between 2015 and 2025, and freely available full-text articles in Slovene and English. Duplicate records, irrelevant sources in terms of content, conference abstracts, and sources published prior to 2015 or not written in the specified languages were excluded. The included sources were read multiple times, and the data were analysed using thematic analysis with coding.

**Results:** The literature search yielded 21,272 hits. Of these, 71 sources were analysed in detail, and 19 sources were included in the final analysis. From the included sources, 43 codes were developed and grouped into four categories: communication; clinical benefits for patients and family members; integration of palliative care; and implementation mechanisms.

**Discussion:** The findings indicate that palliative care in the ICU improves the quality of care through timely and coordinated communication, symptom management, and support for family members; however, integration in practice is uneven. The gap between guidelines and the actual use of palliative approaches highlights the need for clear

procedures, training, and implementation models that enable more consistent integration of palliative care in ICUs.

**Key words:** end-of-life decision-making, family support, specialist palliative care, moral distress, assessment of palliative care needs

# KAZALO

<b>1 UVOD .....</b>	<b>1</b>
<b>2 EMPIRIČNI DEL.....</b>	<b>6</b>
2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	6
2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	6
2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	6
2.3.1 Metode pregleda literature.....	7
2.3.2 Strategija pregleda zadetkov.....	7
2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature.....	8
2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature.....	8
2.4 REZULTATI.....	10
2.4.1 PRISMA-diagram.....	10
2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah.....	11
2.5 RAZPRAVA.....	21
2.5.1 Omejitve raziskave.....	27
2.5.2 Doprinos za stroko ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo.....	27
<b>3 ZAKLJUČEK .....</b>	<b>29</b>
<b>4 LITERATURA .....</b>	<b>31</b>

## **KAZALO SLIK**

Slika 1: PRISMA-diagram .....	11
-------------------------------	----

## **KAZALO TABEL**

Tabela 1: Rezultati pregleda literature.....	8
Tabela 2: Hierarhija dokazov .....	9
Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov .....	11
Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah.....	20

## SEZNAM KRAJŠAV

EIT	Enota intenzivne terapije
FZAB	Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin
IAHPC	International Association for Hospice and Palliative Care
WHO	Svetovna zdravstvena organizacija

## 1 UVOD

Paliativna oskrba je v sodobnem zdravstvenem varstvu opredeljena kot aktivna in celostna obravnava oseb vseh starosti, katerih trpljenje je povezano z resnim bolezenskim stanjem; v središču so preprečevanje in lajšanje trpljenja, ohranjanje dostojanstva ter podpora pacientu in družini (International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC), 2018). Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization (WHO), 2020) poudarja, da gre za pristop, ki izboljšuje kakovost življenja z zgodnjim prepoznavanjem, ocenjevanjem in obravnavo bolečine ter drugih telesnih, psihosocialnih in duhovnih težav. Obe definiciji poudarjata, da paliativna oskrba ni omejena na zadnje obdobje življenja, temveč je proces, ki poteka vzporedno z drugimi oblikami zdravljenja in spremljanja, s poudarkom na človeku in njegovih potrebah (IAHPC, 2018; WHO, 2020). Paliativna oskrba temelji na načelih celostnosti, dostojanstva, kontinuitete in sodelovanja. V klinični praksi to pomeni načrtno in celovito obvladovanje simptomov (npr. bolečina, dispneja, slabost, anksioznost), podporo pri odločanju in postavljanju ciljev zdravljenja, strukturirano komunikacijo, psihosocialno in duhovno podporo ter podporo svojcem med boleznijo in v obdobju žalovanja (IAHPC, 2018; WHO, 2020). V slovenskem prostoru so temeljni pojmi in priporočila za klinično prakso sistematizirani v strokovni monografiji Onkološkega inštituta Ljubljana, ki poenoti izrazoslovje ter opredeli izhodišča za organizacijo, kompetence in sodelovanje strok (Ebert Moltara & Bernot, 2023).

Z vidika zdravstvene nege je paliativna oskrba opisana kot kombinacija znanja, veščin in sočutja, ki zahteva etično občutljivost in k človeku osredinjen pristop (Becker, 2016). Medicinske sestre so zaradi kontinuirane prisotnosti ob pacientu ključne pri zgodnjem prepoznavanju potreb, zaznavanju sprememb v simptomih in pri terapevtski komunikaciji, ki omogoča izražanje misli, čustev in strahov ter gradi zaupanje (Becker, 2016; Lee & Yi, 2017). Ta kombinacija kliničnih in komunikacijskih kompetenc je bistvena za kakovostno izvajanje paliativne oskrbe v vseh okoljih oskrbe – od domačega okolja do bolnišnic in specializiranih enot (IAHPC, 2018; WHO, 2020).

Kljub jasno opredeljenim ciljem paliativne oskrbe literatura opozarja na kulturne in organizacijske izzive. V nekaterih zdravstvenih sistemih je prisotna t. i. kultura zanikanja smrti, ki oskrbo pretežno usmerja v kurativne modele in lahko odloži pravočasno vključevanje paliativnih pristopov. To vpliva na časovnost, dostopnost in konsistentnost izvajanja paliativne oskrbe ter na izkušnjo oskrbe pri pacientih in svojcih (Crimmins, et al., 2021). V takem kontekstu imajo pomembno vlogo smernice in priporočila, ki podpirajo enotno terminologijo, organizacijske modele in kompetence (Ebert Moltara, et al., 2020; Ebert Moltara & Bernot, 2023).

Literatura paliativno oskrbo razčlenjuje na štiri obdobja: zgodnja paliativna oskrba, pozna paliativna oskrba, oskrba umirajočega in obdobje žalovanja. Vsako obdobje ima specifične cilje in posege, ki se prilagajajo značilnostim bolezni ter potrebam pacienta in svojcev (Ebert Moltara, et al., 2020). Ta časovna razdelitev olajša načrtovanje in kontinuiteto obravnave z jasno razvidnimi prioritetai v posamezni fazi (IAHPC, 2018; Ebert Moltara, et al., 2020). Zgodnejše uvajanje paliativnega pristopa je povezano z boljšim obvladovanjem simptomov ter ugodnejšo izkušnjo oskrbe (Milazzo, et al., 2020), medtem ko raziskave organizacijskih vidikov izpostavljajo ovire in olajševalce pri uvedbi v praksi (Ziehm, et al., 2016).

Za strukturirano spremljanje simptomov in potreb se uporabljajo standardizirani merilniki. V specializiranih okoljih je primer Integrated Palliative Care Outcome Scale (IPOS), ki omogoča celostno dokumentiranje simptomov, težav in prioritetai ter s tem podpira timsko odločanje in prilagajanje načrta obravnave. Uporaba takih pripomočkov prispeva k transparentnosti, primerljivosti in kakovosti oskrbe, hkrati pa omogoča večjo vključenost pacientov in svojcev v proces načrtovanja (Beck, et al., 2023).

Paliativna oskrba se izvaja v različnih okoljih: na domu, v domovih za starejše, v ambulantah, v bolnišnicah in v specializiranih enotah. Ne glede na okolje ostaja osrednje načelo multidisciplinarnosti, ki vključuje sodelovanje zdravnikov različnih specialnosti, medicinskih sester, fizioterapevtov, delovnih terapevtov, psihologov, socialnih delavcev in duhovnih oskrbnikov (IAHPC, 2018; WHO, 2020).

Intenzivno zdravljenje je namenjeno pacientom z odpovedjo enega ali več organskih sistemov ali z neposredno grožnjo odpovedi. Enote intenzivne terapije (EIT) so organizirani sistemi s stalnim spremljanjem, napredno podporo življenjskih funkcij, visokim razmerjem zdravstvenega osebja na pacienta in zmožnostjo izvajanja kompleksnih terapevtskih postopkov. Dejavnosti EIT pogosto presegajo fizične meje oddelka in vključujejo sodelovanje s službami nujne medicinske pomoči ter drugimi bolnišničnimi oddelki in konzultativnimi timi (Marshall, et al., 2017).

Sodobna literatura definira in razmejuje pojem kritične bolezni, s poudarkom na telesni nestabilnosti, potrebi po invazivnem monitoringu in naprednih podpornih terapijah ter na zahtevni organizaciji oskrbe. Napredek intenzivne medicine prispeva k preživetju vse več pacientov s kritičnimi stanji, kar v ospredje postavlja zdravstveno nego kot kontinuiran proces, usmerjen v varnost, učinkovitost in preprečevanje zapletov (Kleinpell, et al., 2021).

Potek bolezni v EIT je pogosto negotov in dinamičen; odločanje je časovno občutljivo, terapije so invazivne in večplastne, ob tem pa nastajajo tudi etične dileme glede proporcionalnosti posegov in postavljanja ciljev obravnave (Marshall, et al., 2017). V zadnjem desetletju literatura opisuje uporabo napovednih modelov in drugih digitalnih orodij, ki lahko podpirajo klinično odločanje in razvrščanje glede tveganj. Takšna orodja ne nadomeščajo klinične presoje, temveč jo dopolnjujejo s kvantitativnimi ocenami, ki lahko prispevajo k transparentnejšim in doslednejšim odločitvam (Tang, et al., 2022). Kvalitativne raziskave opisujejo poteke dolgotrajne kritične bolezni, ki pomembno zaznamujejo paciente, svoje in zdravstvene ekipe – od negotovosti in upanja do utrujenosti in stiske (Minton, Batten & Huntington, 2020).

Po odpustu iz EIT se številni preživeli soočajo z dolgotrajnimi telesnimi, kognitivnimi in psihološkimi posledicami ter znižano kakovostjo življenja, zaradi česar je potreben načrtovan in koordiniran nadaljnji nadzor (Ramnarain, et al., 2021).

Kakovost oskrbe v EIT je močno odvisna od interdisciplinarnega sodelovanja in timske dinamike. Raziskave poudarjajo, da jasna komunikacija, delitev odgovornosti in

usklajenost postopkov zmanjšujejo tveganje za napake, povečujejo varnost in omogočajo kontinuiteto oskrbe (Weled, et al., 2015; Ervin, et al., 2018). V tem okviru medicinske sestre pogosto delujejo kot koordinatorke vsakodnevnih procesov, saj zaradi stalne prisotnosti pri pacientu zaznavajo spremembe, posredujejo med člani tima in skrbijo za izmenjavo informacij (Ervin, et al., 2018).

Pacienti v EIT pogosto doživljajo nelagodje – bolečino, nemoč, motnje spanja, tesnobo, zmedenost – kar zahteva ciljno usmerjene intervencije za lajšanje in podporo samoobvladovanju. Izvajanje zdravstvene nege tu vključuje kombinacijo nefarmakoloških in farmakoloških pristopov, prilagoditve okolja, strukturirano komunikacijo in sodelovanje s sorodniki pri razumevanju pacientovih potreb (Tavakoli, et al., 2022).

Okolje EIT je za zdravstvene delavce visoko zahtevno; sistematični pregledi poročajo o izgorelosti, zlasti med medicinskimi sestrami, kar posledično vpliva na dobrobit osebja in potek delovnih procesov (Ramírez-Elvira, et al., 2021). Z vidika organizacije to poudarja potrebo po strukturiranih podpornih mehanizmih, izobraževanju in ukrepih za varovanje duševnega zdravja ekip (Weled, et al., 2015; Ramírez-Elvira, et al., 2021).

Okvir delovanja EIT so zasnovane kot visoko organizirane enote, kjer so protokoli, standardizirani postopki, stalni nadzor in hitra odzivnost ključni za varnost in izide obravnave (Marshall, et al., 2017). Vloga vodij timov je v usmerjanju procesov, razporejanju virov in zagotavljanju kakovostnih standardov, medtem ko je vloga zdravstvene nege v neprekinjenem opazovanju, izvajanju kompleksnih intervencij in komuniciranju s pacienti in svojci (Marshall, et al., 2017; Ervin, et al., 2018).

Kljub številnim raziskavam in dokazom o učinkovitosti paliativne oskrbe njena integracija v EIT še vedno ni ustrezno razvita. Zdravstveni delavci se pogosto soočajo z etičnimi dilemami, pomanjkanjem smernic ter neenotnim razumevanjem koncepta paliativne oskrbe v okviru intenzivnega zdravljenja. Pregled literature na to temo je zato nujen, saj omogoča sistematično analizo obstoječih praks, izzivov in koristi paliativne oskrbe v intenzivni terapiji. Tak pregled bo prispeval k boljšemu razumevanju pomena

pravočasnega vključevanja paliativnih pristopov in krejitvi vloge medicinskih sester v okoljih intenzivnega zdravljenja pacientov v paliativni oskrbi.

## **2 EMPIRIČNI DEL**

Diplomsko delo temelji na podlagi pregleda literature in vključuje dve raziskovalni vprašanji. Predstavljeni pregled je zasnovan na analizi relevantnih raziskav ter ugotovitev drugih avtorjev, ki so preučevali vključevanje paliativne oskrbe v intenzivno zdravljenje.

### **2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA**

Namen diplomskega dela je bil raziskati pomen integracije paliativne oskrbe v intenzivno zdravljenje, pri čemer je poudarek na koristih, ki jih takšen pristop prinaša pacientom, njihovim svojcem in zdravstvenim delavcem. Prav tako je bilo raziskano, katere prakse paliativne oskrbe so uveljavljene v kliničnem okolju ter kako se izvajajo v evropskem prostoru.

Cilja diplomskega dela sta bila:

- ugotoviti koristi vključevanja paliativne oskrbe v enoti intenzivne terapije z vidika pacientov, svojcev in zdravstvenih delavcev;
- ugotoviti, kako je paliativna oskrba integrirana v prakso enote intenzivne terapije v Evropi.

### **2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA**

Skladno s ciljem diplomskega dela smo si zastavili dve raziskovalni vprašanji:

1. Kakšne koristi prinaša vključitev paliativne oskrbe v enoti intenzivne terapije za paciente, svojce in zdravstvene delavce?
2. Kako je paliativna oskrba integrirana v enoto intenzivne terapije v Evropi?

### **2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA**

Diplomsko delo temelji na podlagi pregleda literature.

### 2.3.1 Metode pregleda literature

Za iskanje podatkov smo uporabili podatkovne baze PROQUEST, PubMed in spletni brskalnik Google Učenjak. Za prvo raziskovalno vprašanje smo uporabili naslednje ključne besede: »benefits of palliative care«, »family support«, »quality of life«, »intensive care units«. V podatkovni bazi PROQUEST smo uporabili Boolov operator »AND«, s katerim smo povezali »benefits of palliative care« AND »family support« AND »quality of life« AND »intensive care units«. V PubMed smo nizali brez Boolovih operatorjev. Za drugo raziskovalno vprašanje smo uporabili iste podatkovne baze, kot za prvo. V PROQUEST smo uporabili naslednje ključne besede: »palliative care practices«, »European countries«, »healthcare practices«. V podatkovni bazi PROQUEST smo uporabili Boolov operator »AND«, s katerim smo povezali »palliative care practices« AND »European countries« AND »healthcare practices«. V PubMed smo nizali brez Boolovih operatorjev. V brskalniku Google Učenjak smo uporabili iste besedne zveze za obe vprašanji, besedne zveze smo navajali v slovenščini: »koristi paliativne oskrbe«, »podpora družini«, »kakovost življenja«, »enota intenzivne terapije«, »prakse paliativne oskrbe«, »evropske države«, »zdravstvene prakse«. V podatkovnih bazah smo postavili naslednje vključitvene kriterije: viri so morali biti objavljeni v serijskih strokovnih publikacijah, upoštevali smo obdobje med letoma 2015 in 2025, celotno besedilo vira je moralo biti prosto dostopno in besedilo je napisano v angleščini ali slovenščini.

### 2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

Vire smo pregledali in glede na temo pregleda literature naredili dokončen nabor zajetih v pregled literature. Vključili smo vire vseh vrst pregleda literature, npr.: integrativni pregled literature, metasinteze. Iz pregleda smo izključili tiste, ki niso objavljeni v serijskih publikacijah, so starejši od leta 2015 ali mlajši od leta 2025, nimajo prosto dostopnega celotnega besedila, niso napisani v slovenskem ali angleškem jeziku, tematsko ne ustrezajo raziskovalni temi ali predstavljajo podvojene objave oziroma zgolj konferenčne izvlečke. Pregled izbrane literature smo shematsko predstavili v PRISMA-diagramu v poglavju rezultati. Rezultate pregleda smo ponazorili tudi tabelarično (tabela 1).

**Tabela 1: Rezultati pregleda literature**

Podatkovna baza	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadelki za pregled v polnem besedilu
ProQuest	Benefits of palliative care AND family support AND quality of life AND (EIT OR intensive care unit OR critical care)	17.201	5
	palliative care AND (EIT OR intensive care) AND integrat* OR implement)	165	3
Google Scholar	palliative care, intensive care unit, family support, quality of life, Europe	2.380	3
	palliative care, intensive care (Europe OR European countries) AND integration	670	1
PubMed	Palliative care AND family support AND quality of life AND intensive care NOT pediatric	504	4
	palliative care AND (Europe OR Europe) AND (practices OR implementation OR models of care) AND (intensive care units OR intensive care OR EIT)	424	3
SKUPAJ		21.272	19

### 2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Končno izbrane vire v pregledu literature smo večkrat prebrali in vsebino tematsko analizirali (Aveyard, 2019). Uporabili smo tehniko kodiranja in oblikovanja tem, ki smo jih na koncu pojasnili glede na naša raziskovalna vprašanja.

### 2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Pri izbiri literature za naš pregled smo upoštevali naslednje vključitvene pogoje: dostopnost celotnih besedil, aktualnost raziskav in njihova vsebinska ustreznost. V končno analizo smo vključili vse vire, ki so izpolnjevali te kriterije. Za oceno kakovosti virov smo se oprli na hierarhijo dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu po metodologiji Polit in Beck (2021), ki razvršča literaturo v osem nivojev kakovosti. Ta

klasifikacija nam je pomagala natančno določiti vrednost in zanesljivost posameznih virov (tabela 2).

Hierarhija dokazov vsebuje osem nivojev kakovosti. Na nivo 1 spadajo Sistematični pregledi/mataanalize randomiziranih kliničnih raziskav, kamor smo uvrstili en vir (Salins, et al., 2024). Na nivo 2 spadajo dokazi Posamezne randomizirane klinične raziskave, kamor nismo uvrstili nobenega vira. Na nivo 3 spadajo nerandomizirane klinične raziskave (kvazi eksperimenti), kamor nismo uvrstili nobenega vira. Na nivo 4 spadajo sistematični pregled neeksperimentalnih (opazovalnih) raziskav, kamor smo uvrstili en vir (Almalki, et al., 2024). Na nivo 5 spadajo neeksperimentalne oziroma opazovalne raziskave, kamor smo uvrstili šest virov (Bloomer, et al., 2022; Matthew, et al., 2022; Prokopová, et al., 2022; Tzenalis, et al., 2023; Savino, et al., 2025; Von Saß, et al., 2025). Na nivo 6 spadajo sistematični pregled oziroma metasinteze kvalitativnih raziskav, kamor smo uvrstili dva vira (Siouta, et al., 2016; Yuting, et al., 2025). Na nivo 7 spadajo dokazi kvalitativnih in opisnih raziskav, kamor smo uvrstili štiri vire (Alshehri, 2022; Schallenburger, et al., 2024; Omid, et al., 2025; Xu, et al., 2025). Na nivo 8 spadajo neraziskovani viri (mnenja avtorjev, smernice, priporočila), kamor smo uvrstili štiri vire (Curtis, et al., 2022; Kesecioglu, et al., 2024; Mehta, et al., 2025; Rodríguez-Castellanos, et al., 2025; Jeung, et al., 2025).

**Tabela 2: Hierarhija dokazov**

Nivo	Vrsta strokovnega vira	Število vključenih strokovnih virov	Viri
1. nivo	Sistematični pregledi/mataanalize randomiziranih kliničnih raziskav	1	Salins, et al., 2024
2. nivo	Posamezne randomizirane klinične raziskave	0	/
3. nivo	Nerandomizirane klinične raziskave (kvazi eksperimenti)	0	/
4. nivo	Sistematični pregled neeksperimentalnih (opazovalnih) raziskav	1	Almalki, et al., 2024
5. nivo	Neeksperimentalne/opazovalne raziskave	6	Bloomer, et al., 2022; Matthew, et al., 2022; Prokopová, et al., 2022; Savino, et al., 2025; Tzenalis, et al., 2023; Von Saß, et al., 2025.
6. nivo	Sistematični pregled/metasinteze kvalitativnih raziskav	2	Siouta, et al., 2016; Yuting, et al., 2025;

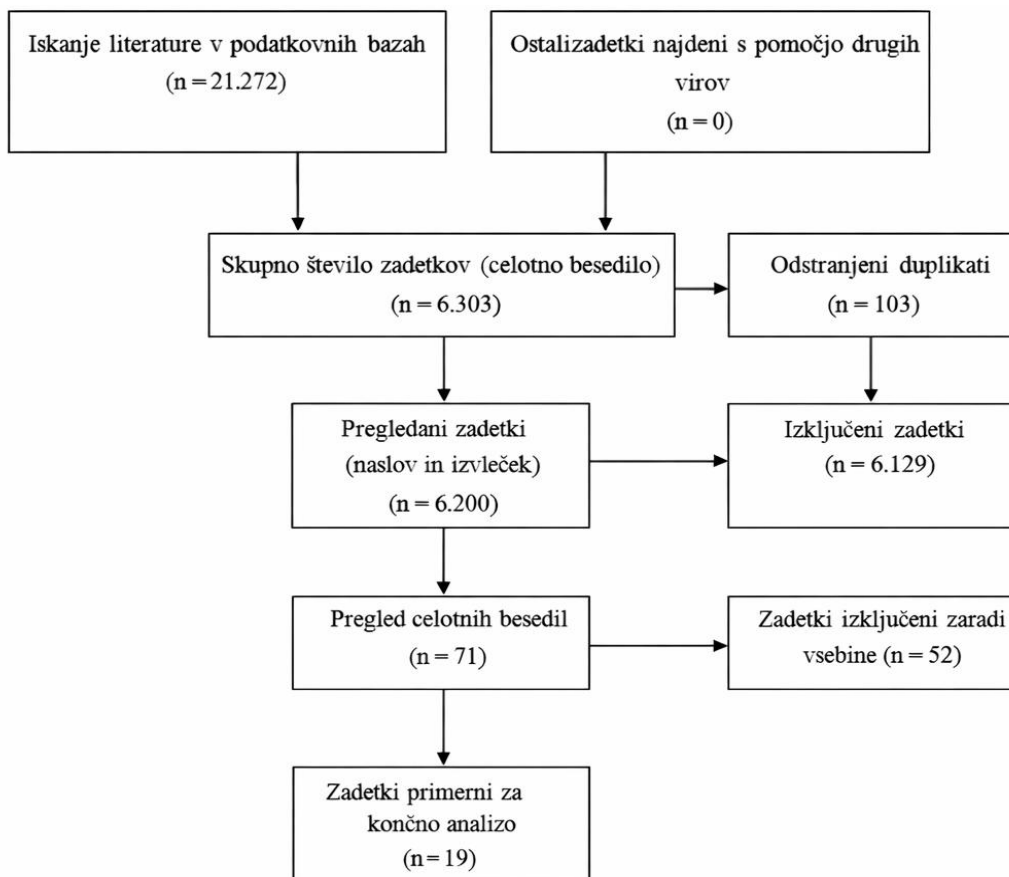
Nivo	Vrsta strokovnega vira	Število vključenih strokovnih virov	Viri
7. nivo	Dokazi kvalitativnih in opisnih raziskav	4	Alshehri, 2022; Omidi, et al., 2025; Schallenburger, et al., 2024; Xu, et al., 2025.
8. nivo	Neraziskovanlni viri (mnenja avtorjev, smernice, priporočila)	5	Curtis, et al., 2022; Jeung, et al., 2025; Kesecioglu, et al., 2024; Mehta, et al., 2025; Rodríguez-Castellanos, et al., 2025.

## 2.4 REZULTATI

V shematskem prikazu smo uporabili PRISMA-diagram po metodologiji Polit in Beck (2021). Ta diagram ponazarja kriterije, ki so bili uporabljeni pri izboru virov za končni pregled in analizo. Tabela prikazuje vsebuje ključne informacije, kot so uporabljene ključne besede, število zadetkov v vsaki podatkovni bazi ter končno število virov, ki so bili vključeni v polno besedilo analize.

### 2.4.1 PRISMA-diagram

Na sliki 1 smo prikazali postopek pridobitve končnega števila zadetkov. Kot je razvidno, smo pri iskanju literature s ključnimi besedami pridobili 21.272 virov, ki so vsebovali različne kombinacije ključnih besed. Najprej smo izključili vire, ki niso bili dostopni v polnem besedilu, in tako odstranili 14.969 virov. V nadaljnjo obravnavo je bilo zato vključenih 6.303 virov, dostopnih v polnem besedilu. Nato smo odstranili še 103 duplikatov, kar je predstavljalo 6.200 enot za nadaljnji pregled. Pri podrobnejšem pregledu literature, sprva s pregledom naslovov in nato še izvlečkov, smo izločili 6.129 virov, ki vsebinsko niso ustrezali izbrani problematiki. Ostalo je 71 virov za natančnejši pregled celotnih besedil. Po pregledu celotnih besedil smo izključili še 52 virov, ki so bili vsebinsko neustrezni oziroma niso izpolnjevali vključitvenih kriterijev. Za končno analizo smo tako uporabili 19 virov.



**Slika 1: PRISMA-diagram**  
(Page, et al., 2021)

#### 2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

V tabeli 3 so prikazani avtorji, leto objave, raziskovalni dizajn, vzorec, ki vključuje velikost in državo, ter ključna spoznanja vseh 19 raziskav.

**Tabela 3: Tabelarni prikaz rezultatov**

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Almalki, et al.	2024	Sistematični pregled literature.	9 raziskav; MENA (Bližnji vzhod in Severna Afrika)	Ugotovljeno je bilo, da je učinkovita oskrba ob koncu življenja v EIT odvisna od organizacijske podpore, vključno s protokoli, zadostnimi kadrovskimi viri in sistemsko podporo

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				paliativne oskrbe. Ključni oviri sta pomanjkanje znanja in razumevanja oskrbe ob koncu življenja ter komunikacijske težave z družino in znotraj tima. Kulturni in religiozni dejavniki ter tehnološko usmerjeno okolje EIT pomembno vplivajo na odločanje in izvajanje oskrbe ob koncu življenja.
Alshehri	2022	Doktorska disertacija (kompilacijska).	24 raziskav (pregled); Savdska Arabija: n=51 (15 vodij + 36 ZD) in n=36 (4 bolnišnice).	Raziskava poudarja, da so predpogoji za izvajanje paliativne oskrbe v EIT večplastni: vključujejo organizacijsko strukturo (politike, protokoli, viri, znanje in veščine ter multidisciplinarno sodelovanje), delovno okolje (fizične in psihosocialne dejavnike), medosebne dejavnike (komunikacijo ter vključevanje pacientov in svojcev) in procese odločanja (prognostiko, prehode v ciljih oskrbe ter usklajevanje ciljev). Politika oziroma klasifikacija se pogosto pojavlja kot »vstopna točka« za uvedbo paliativnega pristopa, kar nakazuje, da se paliativna oskrba v EIT pogosto razume predvsem kot oskrba ob koncu življenja. Vključevanje družine je hkrati nujno za podporo in skupno odločanje, vendar tudi zahtevno zaradi neskladja ciljev, komunikacijskih izzivov in organizacijskih omejitev EIT.
Bloomer, et al.	2022	Opazovalna (neeksperimentalna) retrospektivna opisna raziskava – pregled zdravstvene dokumentacije.	Dokumentacija 200 umrlih odraslih pacientov velike javne bolnišnice; 4 specialnosti: interna (n = 50),	Raziskava poudarja, da sta bili celostna obravnava človeka in žalovalna podpora zelo redki; avtorji zato predlagajo, da naj anticipacija smrti oziroma poslabšanje stanja sproži

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
			EIT (n = 50), bolnišnična paliativna oskrba (n = 50), geriatrična rehabilitacija (n = 50); Avstralija.	rutinsko oceno potreb družine in napotitev na podporne službe.
Curtis, et al.	2022	Komentar – strokovni/konceptualni prispevek).	(brez empiričnega vzorca)	Raziskava poudarja, da EIT tim obvlada osnovne paliativne kompetence (obvladovanje simptomov, komunikacija, skupno odločanje, prehodi ciljev oskrbe in kakovostna oskrba ob koncu življenja). Avtorji izpostavijo, da je pomembnejša sistemska integracija paliativnih pristopov v EIT (usposabljanje tima, jasni postopki in pravočasno prepoznavanje potreb) kot zgolj vključitev specialistične paliative »za ta namen«. Priporočajo kombinacijo primarne paliativne oskrbe v EIT in ciljane specialistične paliativne podpore pri kompleksnih primerih, npr. na podlagi sprožilcev.
Jeung, et al.	2025	Protokol izvedljivostne raziskave; prospektivna single-arm pre–post študija; mešane metode (kvant + kvalit).	n = 40 (20 pacientov + 20 svojcev); Južna Koreja (Seul).	Protokol opisuje konzultativni model paliativne podpore v EIT, kjer paliativni zdravnik in socialni delavec po oceni potreb in družinskem svetovanju podata priporočila EIT timu ter po potrebi organizirata dodatne družinske sestanke. Primarni cilj je preveriti izvedljivost in sprejemljivost modela (npr. možnost vključevanja, izvedba družinskega svetovanja, dokončanje postopkov/intervencij). Sekundarno so spremljali izide pri svojcih (npr. odločanje/odločitveni konflikt, psihološka

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				obremenitev) ter z intervjuji kvalitativno ocenili izkušnjo in sprejemljivost intervencije.
Kesecioglu, et al.	2024	Klinične smernice (ESICM); razvoj priporočil na podlagi pregleda dokazov in konsenza multidisciplinarnega panela.	(brez empiričnega vzorca)	Smernice ESICM opredeljujejo standarde za oskrbo ob koncu življenja in paliativno oskrbo v EIT ter poudarjajo zgodnjo identifikacijo paliativnih potreb in strukturirano načrtovanje ciljev oskrbe. Kot temelj kakovostne oskrbe izpostavljajo sistematično ocenjevanje in lajšanje simptomov za zmanjševanje trpljenja pri kritično bolnih pacientih. Poudarjajo tudi nujnost strukturirane komunikacije z družino (npr. načrtovani družinski sestanki, komunikacijska usposabljanja) ter priporočajo pristope za obvladovanje konfliktov in podporo zdravstvenim delavcem.
Matthew, et al.	2022	Retrospektivna opazovalna mešana metodologija, pregled rutinsko zbranih podatkov + pregled zdravstvene dokumentacije.	n = 173 (umrli v COVID-19 EIT); Združeno kraljestvo	Ugotovljeno je bilo, da je bila oskrba ob koncu življenja v COVID-19 EIT za bolnike in svojece zaznamovana z omejenimi obiski in oteženo komunikacijo. Avtorji poudarjajo potrebo po zgodnejšem prepoznavanju umirajočega pacienta, da se omogoči pravočasna prisotnost svojcev, ter po jasnem pojasnjevanju pronacije (položaja na trebuhu) svojcem. Izpostavljena je tudi potreba po dostopnejši kaplanski oziroma duhovni podpori kot delu celostne obravnave.
Mehta, et al.	2025	Strokovna priporočila (»deset najboljših nasvetov«) za paliativne konzultacije v EIT; pregled	(brez empiričnega vzorca)	V strokovnem priporočilnem članku tipa »deset najboljših nasvetov« je poudarjeno, da učinkovita paliativna konzultacija v EIT zahteva

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
		ključnih praktičnih pristopov.		jasno opredeljeno vlogo paliativne ekipe, tesno sodelovanje z EIT timom ter prilagoditev pristopa organizacijski kulturi in poteku dela v intenzivni terapiji. Ključni ukrepi vključujejo strukturirano komunikacijo o ciljih oskrbe in prognozi na podlagi pacientovih vrednot, obvladovanje simptomov ter podporo pri prehodih oskrbe (premestitve/odpust) in zagotavljanje kontinuitete paliativne obravnave.
Omidi, et al.	2025	Kvalitativna raziskava; deskriptivno fenomenološki dizajn; polstrukturirani intervjuji; tematska analiza.	13 medicinskih sester iz EIT; Kermašanska pokrajina, Iran.	Raziskava poudarja, da medicinske sestre paliativno oskrbo v EIT razumejo kot holističen in humanističen pristop, usmerjen v lajšanje telesnega in psihosocialnega trpljenja ter izboljšanje kakovosti življenja pacienta in družine. Kot ključ za kakovostno izvajanje izpostavljajo krepitev osnov: izobraževanje in usposabljanje, ustrezne delovne pogoje ter komunikacijske kompetence in podporo pacientu ter svojcem. Po njihovih zaznavah učinkovitost dodatno povečujejo osebne in profesionalne lastnosti (npr. potrpežljivost, delovna etika) ter jasno razumevanje vloge medicinske sestre pri presoji in odločanju v paliativnih situacijah.
Prokopová, et al.	2022	Nacionalna presečna (cross-sectional) anketna raziskava; multivariatna logistična regresija.	313 zdravstvenih delavcev (medicinske sestre in zdravniki); Češka republika.	V raziskavi je bilo ugotovljeno, da je več kot polovica sodelujočih med pandemijo COVID-19 poročala o moralni stiski (51,8 %). Percepcija neustrezne oskrbe je bila povezana z večjo

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				verjetnostjo moralne stiske (OR – razmerje obov $\approx 1,85$ ), medtem ko je umiranje z dostojanstvom povezano z nižjo verjetnostjo moralne stiske (OR $\approx 0,24$ ). Kot najpogostejše razloge za spremembe paliativne oskrbe ob koncu življenja med pandemijo so navedli preobremenjenost sistema, kadrovske dejavnike in značilnosti COVID-19 okužbe.
Rodríguez-Castellanos, et al.	2025	Pregledni članek.	(brez empiričnega vzorca)	V obstoječih evropskih smernicah manjkajo eksplicitni protokoli za slušno oskrbo pri paliativni sedaciji, čeprav se posredno omenja urejanje zvočnega okolja (npr. govor, glasba). Konsenz o ohranjenem sluhu pri nezavestnih oziroma sediranih pacientih je omejen. Avtorji priporočajo vključitev »auditory care« po previdnostnem načelu: informiranje svojcev o možni ohranitvi sluha, uvedbo terapevtskih zvočnih protokolov ter usposabljanje osebja za senzorično vključujoče prakse.
Salins, et al.	2024	Umbrella review (pregled pregledov) po JBI – Joanna Briggs Institute; registracija PROSPERO; ocena kakovosti z JBI checklist; narativna sinteza.	40 sistematičnih pregledov; Indija.	Ugotovljenih je bilo 6 tem paliativne oskrbe oziroma oskrbe ob koncu življenja v EIT: prognostika, komunikacija, odločanje, načrtovanje oskrbe, izvajanje/podpora oskrbi in evalvacija oskrbe. Učinkovita komunikacija in prognostična presoja podpirata informirano odločanje svojcev, zmanjšujeta stisko ter sta povezani z ugodnejšimi procesnimi izidi; pred pogovori o ciljih oskrbe je pomembno usklajevanje

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				znotraj tima. Kakovostna oskrba ob koncu življenja vključuje lajšanje simptomov, podporo družini, optimizacijo hidracije in prehrane, izogibanje neučinkovitim posegom ter žalovalno podporo, kakovost pa je smiselno spremljati tudi s povratnimi informacijami družin.
Savino, et al.	2025	Prospektivna opazovalna raziskava.	85 odraslih pacientov v EIT; Italija.	Raziskava poudarja, da je orodje NECPAL (za zgodnje prepoznavanje bolnikov s paliativnimi potrebami) približno tretjino EIT pacientov opredelilo kot NECPAL+ (32,9 %). NECPAL+ pacienti so imeli bistveno višjo EIT smrtnost (32,1 %) kot NECPAL- (1,8 %), NECPAL pozitivnost pa je bila neodvisen napovednik EIT smrtnosti (OR 19,55). Avtorji zaključujejo, da bi lahko NECPAL, zlasti v kombinaciji z EIT ocenjevalnimi lestvicami, izboljšal zgodnje prepoznavanje paliativnih potreb in podporo pri odločanju.
Schallenburger, et al.	2024	Mešana metodologija (sequential mixed-methods): fokusne skupine medicinskih sester v EIT; vsebinsko-strukturirana analiza (Kuckartz); razvoj in pilotiranje vprašalnika (kognitivni predtesti + pilotska anketa).	6 fokusnih skupin; 4 univerzitetne bolnišnice; Nemčija.	Raziskava poudarja, da so bile identificirane štiri glavne kategorije sprožilcev za vključitev specialistične paliativne oskrbe pri EIT pacientu: prognostični vidiki oziroma zahtevnost poteka, medpoklicno sodelovanje, svojci in pacient, pri čemer se kot sprožilec pojavlja tudi profesionalni konflikt med medicinskimi sestrami in zdravniki. Razvit je bil vprašalnik z 32 postavkami; v pilotni fazi je bilo 30 sprožilcev sprejetih ( $\geq 50$ % strinjanje), kot posebej

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				pomembna pa sta bila izpostavljena prognostična presoja ter kakovost medpoklicnega sodelovanja in komunikacije.
Siouta, et al.	2016	Kvalitativna raziskava – pregled literature; sistematično iskanje literature in narativna/kvalitativna sinteza; ocena kakovosti vključenih raziskav po Hawker točkovnem sistemu.	14 raziskav/modelov; Evropa (pretežno Združeno kraljestvo).	Ugotovljeni so bili empirično ovrednoteni modeli integrirane paliativne oskrbe v Evropi. Najpogosteje poročane koristi vključujejo boljše obvladovanje simptomov, boljšo koordinacijo in kontinuiteto oskrbe ter manjše breme svojcev; pri nekaterih modelih tudi manj hospitalizacij in večjo verjetnost oskrbe oziroma smrti na želenem mestu. Avtorji predlagajo generični okvir integrirane paliativne oskrbe, ki paliativo vključuje vzporedno z aktivnim zdravljenjem skozi potek bolezni ter poudarja vlogo paliativnega tima pri zdravljenju, svetovanju in izobraževanju.
Tzenalis, et al.	2023	Kvantitativna presečna opisno-korelacijska anketna raziskava (anonimni vprašalnik); instrument NACF (Nurse Activities for Communicating with Families).	81 medicinskih sester iz velike terciarne bolnišnice; Thessaloniki, Grčija.	Raziskava poudarja, da so medicinske sestre pogosteje izvajale aktivnosti, povezane z informiranjem in psihološko podporo svojcem, manj pozornosti pa so namenjale duhovnim oziroma religioznim potrebam ter potrebam družin, povezanim s kulturnim ozadjem. Avtorji izpostavijo potrebo po dodatnem usposabljanju za obravnavo raznolikosti (religiozne in duhovne vrednote ter prepričanja pacientov in svojcev) pri oskrbi ob koncu življenja v EIT.
Von Saß, et al.	2025	Presečna (cross-sectional) analiza administrativnih podatkov	Analiziranih 6.912.316 EIT primerov (od skupaj 61.591.299	Ugotovljeno je bilo, da je specializirano paliativno oskrbo prejelo le 0,8 % EIT primerov

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
			odraslih bolnišničnih primerov); podskupina dolgotrajno ventiliranih: 499.262 primerov; Nemčija (nacionalni podatki).	(53.875/6.912.316) in 1,4 % primerov z dolgotrajno ventilacijo kljub visoki EIT smrtnosti (11,1 %) ter še višji smrtnosti pri dolgotrajni ventilaciji (38,8 %). Delež paliativne oskrbe je bil višji pri ženskah in pri starosti $\geq 65$ let. Avtorji zaključujejo, da podatki kažejo na pomembne vrzeli v integraciji paliativne oskrbe v EIT, ter predlagajo uvedbo primerjalne analize (benchmarking) za izboljšanje dostopnosti.
Xu, et al.	2025	Kvalitativna raziskava – deskriptivno fenomenološki pristop; polstrukturirani intervjuji; analiza po Colaizziju.	13 medicinskih sester iz odrasle EIT; Wuhan, Kitajska.	Ugotovitve so razvrščene v štiri teme: institucionalne omejitve pri oskrbi ob koncu življenja (npr. pomanjkanje zasebnosti, kadrovski primanjkljaj ter nepovezana in slabo usklajena oskrba), kulturno-kognitivni konflikti pri odločanju ob koncu življenja, motnje v komunikaciji in kriza zaupanja med timom in svojci ter celjenje in odpornost medicinskih sester (strategije soočanja z čustveno obremenitvijo).
Yuting, et al.	2025	Kvalitativni sistematični pregled z metaagregacijo.	31 raziskav; 529 udeležencev; Kitajska.	Ugotovljeno je bilo, da se ovire in spodbujevalci implementacije paliativne oskrbe v EIT združujejo v pet ključnih področij: čustveno upravljanje, komunikacija, modeli oskrbe, okoljski dejavniki in razpoložljivost virov ter izobraževanje in usposabljanje. Avtorji priporočajo krepitev multidisciplinarnega sodelovanja, čustvene podpore in komunikacije, optimizacijo virov ter ciljno usmerjeno izobraževanje.

V tabeli 4 je prikazana razporeditev kategorij, kod in avtorjev, ki se vsebinsko uvrščajo v posamezno kategorijo. V postopku kodiranja smo identificirali 43 kod, ki smo jih razvrstili v 4 kategorije: »Komunikacija, odločanje in sorazmernost oskrbe v EIT«, »Klinične koristi za pacienta: simptomi, trpljenje, dostojanstvo in kontinuiteta«, »Svojci: družinska podpora, kultura/duhovnost, žalovanje«, »Integracija paliativne oskrbe in izvedbeni mehanizmi (Evropa in širše): Standardi, modeli, presejanje, ovire«. Tabela 4 hkrati prikazuje, pri katerih avtorjih so bila posamezna vsebinska spoznanja prepoznana, kar omogoča pregled o tem, kateri viri podpirajo posamezne kategorije in katere teme se v literaturi pojavljajo najpogosteje.

**Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah**

Kategorija	Kode	Avtorji
Komunikacija, odločanje in sorazmernost oskrbe v EIT	prognostična presoja – strukturirani družinski sestanki – usklajenost tima/enotna sporočila – skupno odločanje – prehodi ciljev oskrbe – podpora odločanju – dokumentiranje ciljev oskrbe/preferenc – sorazmernost posegov – omejitve/ukinitev zdravljenja – preprečevanje neuporabnih posegov – pozno vključevanje paliative (paliativa kot »ne oživljaj«/terminalnost)	Alshehri, 2022; Curtis, et al., 2022; Kesecioglu, et al., 2024; Matthew, et al., 2022; Salins, et al., 2024; Xu, et al., 2025; Yuting, et al., 2025.
Klinične koristi za pacienta: simptomi, trpljenje, dostojanstvo in kontinuiteta	sistematična ocena simptomov – lajšanje bolečine – obvladovanje dispneje – obvladovanje delirija/tesnobe – paliativna sedacija – urejanje senzoričnega (zvočnega) okolja – skrb za osnovne potrebe (hidracija/prehrana) – zmanjševanje trpljenja – dostojanstvo umiranja – kontinuiteta oskrbe/prehodi po EIT	Curtis, et al., 2022; Kesecioglu, et al., 2024; Mehta, et al., 2025; Rodríguez-Castellanos, et al., 2025; Salins, et al., 2024.
Svojci: družinska podpora, kultura/duhovnost, žalovanje	ocena potreb svojcev – vključenost svojcev v odločanje – psihološka podpora – informiranje/izobraževanje svojcev – tolmačenje – kulturno kompetentna oskrba – podpora verskim/duhovnim praksam – pastoralna oskrba – žalovalna podpora – omejitve obiskov (krizne razmere) – družinsko svetovanje (socialni delavec)	Almalki, et al., 2024; Bloomer, et al., 2022; Jeung, et al., 2025; Matthew, et al., 2022; Salins, et al., 2024; Tzenalis, et al., 2023; Yuting, et al., 2025.

Kategorija	Kode	Avtorji
Integracija paliativne oskrbe in izvedbeni mehanizmi (Evropa in širše): Standardi, modeli, presejanje, ovire	evropske smernice/standardi (ESICM) – normativni okvir oskrbe ob koncu življenja – vrzel priporočila–praksa – nizka raba specialistične paliativne oskrbe – konzultativni modeli specialistične paliativne oskrbe– primarna paliativna oskrba v EIT (kompetence tima) – presejanje paliativnih potreb (NECPAL) – sprožilci za napotitev v specialistično paliativno oskrbo – multidisciplinarno sodelovanje – organizacijske ovire (kadrovski primanjkljaj, zasebnost) – izobraževanje/usposabljanje – fragmentirana oskrba/komunikacijske motnje	Alshehri, 2022; Curtis, et al., 2022; Kesecioglu, et al., 2024; Mehta, et al., 2025; Omidi, et al., 2025; Savino, et al., 2025; Schallenburger, et al., 2024; Siouta, et al., 2016; Von Saß, et al., 2025; Xu, et al., 2025; Yuting, et al., 2025.

## 2.5 RAZPRAVA

Namen diplomskega dela je bil s pregledom literature opredeliti koristi paliativne oskrbe v EIT ter analizirati, kako se paliativna oskrba v evropskem prostoru integrira v intenzivno zdravljenje. Na podlagi vključenih virov je mogoče skleniti, da je bil namen dosežen, saj literatura omogoča vsebinsko sintezo koristi paliativne oskrbe na ravni pacienta, svojcev in zdravstvenih delavcev ter hkrati osvetli normativne in organizacijske mehanizme integracije v Evropi. Zastavili smo si dve raziskovalni vprašanji »Kakšne koristi prinaša vključitev paliativne oskrbe v EIT za paciente, svojce in zdravstvene delavce?« in »Kako je paliativna oskrba integrirana v EIT v Evropi?«

Na odgovor na prvo raziskovalno vprašanje je mogoče odgovoriti, da paliativna oskrba v EIT prispeva k boljši kakovosti obravnave. To se kaže v vnaprej načrtovanih in usklajenih komunikacijah, podpori pri odločanju, usklajevanju ciljev oskrbe, obvladovanju simptomov ter ohranjanju sorazmernosti posegov – vse ob hkratni družinsko usmerjeni podpori, ki vključuje tudi kulturno in duhovno dimenzijo. Pomemben del koristi se kaže tudi na ravni osebja, zlasti v obliki jasnejših odločitvenih okvirjev in potencialno manjše moralne stiske (Bloomer, et al., 2022; Curtis, et al., 2022; Prokopová, et al., 2022; Salins, et al., 2024; Omidi, et al., 2025).

Na tej podlagi v nadaljevanju predstavljamo odgovor na drugo raziskovalno vprašanje, ki se nanaša na načine integracije paliativne oskrbe v EIT v evropskem prostoru. Odgovor na drugo raziskovalno vprašanje kaže, da evropske smernice in konceptualni okviri jasno opredeljujejo standarde paliativne oskrbe v EIT, vendar empirični podatki hkrati nakazujejo neenakomerno uvajanje in nizko vključevanje specialistične paliativne oskrbe v klinično prakso. To kaže na razkorak med priporočili in dejansko dostopnostjo oziroma rabo paliativnih storitev. Kot izvedbeni odgovor se v literaturi izpostavljajo kombinirani modeli, ki krepijo primarno paliativno oskrbo znotraj EIT tima ter hkrati standardizirajo pravočasno prepoznavo kompleksnih primerov in vključevanje specialne paliativne oskrbe (Siouta, et al., 2016; Kesecioglu, et al., 2024; Von Saß, et al., 2025; Savino, et al., 2025).

Ugotovitve pregleda literature konsistentno kažejo, da je komunikacija osrednji element paliativne oskrbe v EIT, saj oblikuje proces odločanja, doživljanje svojcev ter notranjo povezanost tima. Salins, et al. (2024) poudarjajo, da je kakovost paliativne oskrbe tesno povezana z zmožnostjo tima, da realno oceni prognozo in se jasno in iskreno pogovori z družino. V primerjavi s splošnimi oddelki je v EIT negotovost izida praviloma večja, potek bolezni je dinamičen, pacient pa pogosto ne more sodelovati pri odločanju, zato se komunikacija učinkovito vzpostavi le, če je zgodnja, načrtovana in ponavljajoča. Curtis, et al. (2022) to dopolnjujejo z mnenjem, da morajo imeti člani EIT tima dobro razvite temeljne kompetence paliativne oskrbe, med katere sodijo komunikacija, skupno odločanje in prehodi ciljev oskrbe. Pomemben prispevek literature je poudarek, da kakovost komunikacije ni le individualna veščina posameznika, temveč rezultat organizacije tima in notranje usklajenosti. Salins, et al. (2024) izpostavljajo, da je pred pogovorom s svojci ključna timska razprava in doseganje soglasja o ciljih oskrbe, saj neenotna sporočila povečujejo tveganje konfliktov in zmanjšujejo zaupanje. To potrjuje logiko, da komunikacija v EIT deluje kot klinični proces, ki potrebuje organizacijsko podporo (čas, vloge, protokole in dokumentiranje), sicer ostane nepovezana.

Literatura hkrati kaže, da »komunikacija« ni učinkovita že, ko se pogovor zgodi, temveč takrat, ko vključuje podporo odločanju in sistematično oceno potreb svojcev. Salins, et al. (2024) navajajo, da strukturirani družinski sestanki in pripomočki za podporo

odločanju zmanjšujejo odločitveni konflikt in povečujejo občutek vključenosti, ker omogočajo navezavo odločitev na vrednote pacienta in realne cilje zdravljenja. Primerjava s podatki o dejanski izvedbi pokaže pomemben razkorak med dogodkom in procesom. Bloomer, et al. (2022) poročajo, da so bili formalni družinski sestanki izvedeni v 64 % primerov, ocena potreb družine pa je bila dokumentirana le v 52 %. Ta razlika kaže, da sestanek sam po sebi še ne pomeni strukturirane družinsko usmerjene oskrbe, če v proces niso sistematično vključeni koraki prepoznavne potreb, preverjanja razumevanja, dogovor o ciljnih oskrbe in načrt podpore. Na tej podlagi je smiselno interpretirati, da koristi paliativne oskrbe v EIT niso posledica »večje komunikacije«, temveč kakovostnejše, bolj usmerjene in dokumentirane komunikacije, ki podpira odločanje.

Krizne razmere dodatno osvetlijo, kako hitro se pomanjkanje organizacijske podpore prevede v komunikacijske težave in večjo stisko svojcev. Matthew, et al. (2022) v kontekstu COVID-19 izpostavijo omejitve obiskov, potrebo po razlagi specifičnih postopkov (npr. pronacija) ter omejen dostop do duhovne podpore, kar poveča komunikacijske izzive. V primerjavi s priporočili, ki poudarjajo zgodnjo in ponavljajočo komunikacijo, takšne razmere pokažejo, da je kakovost komunikacije odvisna tudi od robustnih sistemskih rešitev (jasni kanali, kontaktna oseba, nadomestni načini komunikacije, dostop do podpornih služb). To je skladno s širšo ugotovitvijo, da paliativna oskrba v EIT ni le nabor kliničnih praks, temveč model dela, ki mora biti odporen tudi na organizacijske omejitve, če naj standardi v praksi ostanejo izvedljivi.

Naslednja vsebinska kategorija koristi se nanaša na klinične vidike paliativne oskrbe v EIT: obvladovanje simptomov, zmanjševanje trpljenja ter usmerjenost v dostojanstvo. Salins, et al. (2024) poudarjajo, da kakovostna paliativna oskrba ob koncu življenja vključuje sistematično ocenjevanje in lajšanje simptomov ter skrb za temeljne potrebe. V intenzivnem okolju je pozornost pogosto usmerjena v stabilizacijo vitalnih funkcij, paliativni pristop pa dopolni klinični pogled z dosledno obravnavo subjektivne stiske (bolečina, dispneja, delirij, tesnoba). Primerjava s smernicami kaže, da evropski normativni okvir to razumevanje podpira: smernice ESICM (Evropsko združenje za intenzivno medicino) poudarjajo obvladovanje simptomov kot standard oskrbe ob koncu življenja in paliativne oskrbe v EIT (Kesecioglu, et al., 2024). Iz tega izhaja pomembna

razmejitev, ki je relevantna tudi za prakso: paliativna oskrba v EIT ne pomeni »opustitve zdravljenja«, temveč preusmeritev k ciljem, ki so glede na prognozo in vrednote pacienta smiselni, ob hkratnem aktivnem lajšanju simptomov.

V literaturi se kot ključen klinični mehanizem pokaže preprečevanje nesorazmernih oziroma neuporabnih posegov ob koncu življenja. Salins, et al. (2024) izpostavljajo pomen razprave in dokumentiranja prednosti oskrbe, vključno glede želje po oživljanju, ter strukturiranega odločanja o omejitvi ali ukinitvi posegov, ki ne prispevajo k ciljem oskrbe. Pri tem je bistvena povezava s komunikacijo: sorazmernost posegov se v praksi uresniči skozi proces skupnega razumevanja prognoze in ciljev oskrbe med timom in svojci. Opozorilo Alshehri (2022) je tu pomembno, ker pokaže izvedbeno tveganje: če se paliativna oskrba v EIT razume predvsem skozi prizmo odločitve o neizvajanju oživljanja in faze umiranja, lahko to vodi v poznejše vključevanje paliativnih elementov in s tem izgubo dela koristi, ki bi nastale ob zgodnejšem usklajevanju ciljev oskrbe in pravočasnem lajšanju simptomov. V primerjavi s priporočili in interpretacijo Salins, et al. (2024) to pomeni, da je zgodnja integracija paliativnih principov smiselna tudi ob negotovi prognozi in kompleksnih potrebah, ne le ob jasnem prehodu v obdobje umiranja (Alshehri, 2022; Salins, et al., 2024).

Klinična dimenzija koristi vključuje tudi kontinuiteto obravnave in podporo pri prehodih oskrbe. Mehta, et al. (2025) poudarjajo, da paliativna konzultacija v EIT vključuje pomoč pri premestitvah in odpustu ter zagotavljanje kontinuitete paliativne obravnave. To razširi razumevanje koristi paliativne oskrbe: učinki se ne zaključijo nujno z odhodom pacienta iz EIT, temveč se lahko nadaljujejo v obliki jasnejših ciljev oskrbe, bolj konsistentnega prenosa informacij in manjše nepovezanosti. Ta vidik je skladen tudi s širšimi teoretičnimi okviri integrirane paliativne oskrbe, ki poudarjajo multidisciplinarni pristop in povezovanje zdravljenja, svetovanja in izobraževanja (Siouta, et al., 2016).

Na ravni svojcev literatura kaže koristi v boljši informiranosti, podpori pri odločanju in potencialno nižji psihološki obremenitvi, vendar empirični podatki hkrati razkrivajo pomanjkljivosti pri ocenjevanju potreb, pri jezikovni ter pri kulturni, duhovni in žalovalni podpori. Bloomer, et al. (2022) poročajo, da so bili tolmači kljub jezikovni raznolikosti

uporabljeni le v 6 % primerov, podpora kulturnim/verskim praksam prav tako v 6 %, pastoralna (duhovno-religiozna podpora) oskrba in žalovalna podpora pa sta bili redki. Tzenalis, et al. (2023) to dopolnjujejo z ugotovitvijo, da medicinske sestre pogosteje izvajajo informiranje in psihološko podporo, manj pa naslavljajo duhovne/religiozne in kulturno pogojene potrebe. Primerjava obeh virov kaže, da je družinska podpora pogosto omejena na informacijsko-psihološko dimenzijo, medtem ko celostna dimenzija ostaja manj sistematično integrirana. Pomemben je tudi organizacijski pogled: Almalki, et al. (2024) v MENA (Middle East and North Africa / Bližnji vzhod in Severna Afrika) pokažejo, da učinkovitost oskrbe ob koncu življenja pomembno določajo politike, protokoli, kontaktne vloge, dostop do tolmačev in priznanje duhovnih praks; čeprav gre za drugačen regionalni kontekst, je primerjalno sporočilo uporabno, ker kaže prenosljivo logiko, da se družinska podpora izboljša, ko je organizacijsko omogočena in standardizirana. Jeung, et al. (2025) s konzultativnim modelom, v katerem socialni delavec izvede psihosocialno oceno pacienta in družine ter izvaja družinsko svetovanje, ponudijo izvedbeni okvir, ki lahko sistematično naslavlja prav tiste pomanjkljivosti, ki jih Bloomer, et al. (2022) opredelijo pri dokumentiranju potreb in koordinaciji podpore.

Koristi paliativne oskrbe se v literaturi pomembno odražajo tudi na ravni zdravstvenih delavcev. Prokopová, et al. (2022) poročajo o visoki razširjenosti moralne stiske, pri čemer je zaznava neustrezne oskrbe povezana z večjo moralno stisko, umiranje z dostojanstvom pa z nižjo verjetnostjo moralne stiske. To nakazuje, da jasnejši odločitveni okvirji, boljša komunikacija in procesi, ki krepijo dostojanstvo umiranja, lahko prispevajo tudi k boljši etični klimi v EIT. Omidi, et al. (2025) ugotavljajo, da medicinske sestre paliativno oskrbo razumejo kot holističen in humanističen pristop, kot ključne pogoje kakovosti pa navajajo izobraževanje, ustrezne pogoje dela ter kompetence v komunikaciji in podpori družini. Yutin, et al. (2025) in Xu, et al. (2025) dodatno sistematično opredelijo ovire in spodbujevalce implementacije (pomankanja virov, pomanjkanje zasebnosti, kadrovski primanjkljaj, nepovezano oskrbo, komunikacijske motnje in čustveno breme), kar podpira sklep, da paliativna oskrba težko postane stabilen del rutinske prakse brez sistematičnih organizacijskih in izobraževalnih ukrepov. V tem smislu literatura ne poudarja le »kaj naj se dela«, temveč tudi »pod kakšnimi pogoji je to izvedljivo«.

Integracija paliativne oskrbe v evropskem prostoru se v literaturi kaže kot razmerje med normativno opredeljenimi standardi in empirično neenakomerno izvedbo. Smernice ESICM predstavljajo referenčni okvir, ki poudari zgodnjo identifikacijo paliativnih potreb, strukturirano komunikacijo, sistematično obvladovanje simptomov in podporo osebi (Kesecioglu, et al., 2024). Empirični podatki pa kažejo izrazit razkorak v vključevanju specialistične paliativne oskrbe: Von Saß, et al. (2025) poročajo, da je kljub visoki smrtnosti specialistično paliativno oskrbo prejelo le 0,8 % pacientov v EIT in 1,4 % primerov pri dolgotrajni ventilaciji, kar nakazuje, da dostop in napotitvene poti niso usklajeni s potrebami. Savino, et al. (2025) dodatno pokažejo, da je bil pomemben delež pacientov v EIT opredeljen kot NECPAL+ (32,9 %) in da je bila smrtnost v tej skupini bistveno višja, kar podpira logiko presejanja kot vstopne točke za zgodnejše prepoznavanje paliativnih potreb. Primerjava teh ugotovitev je pomembna, ker kaže, da obstaja širok segment pacientov z visokimi potrebami oziroma visokim tveganjem, medtem ko se specialistična paliativna podpora uporablja redko; to lahko odraža pomanjkanje standardiziranih sprožilcev, omejeno dostopnost ali organizacijsko-kulturne ovire. Literatura zato podpira kombinirane modele integracije: krepitev primarnih paliativnih kompetenc EIT tima in ciljno vključevanje specialistične paliativne oskrbe pri kompleksnih primerih (Curtis, et al., 2022; Mehta, et al., 2025). Schallenburger, et al. (2024) to dopolnjujejo z razvojem napotitvenih kriterijev s perspektive medicinskih sester ter s stališčem, da standardizirani kriteriji lahko prispevajo k doslednejšim napotitvam in vključevanju specialistične paliativne oskrbe v odločitvene procese. Iz teh virov izhaja, da integracija paliativne oskrbe v Evropi ni zgolj vprašanje obstoja smernic, temveč vprašanje izvedbenih mehanizmov in organizacijskih pogojev, ki omogočijo rutinsko uporabo standardov.

Na podlagi sinteze je mogoče zaključiti, da koristi paliativne oskrbe v EIT izhajajo iz prepleta komunikacijskih, kliničnih in organizacijskih elementov. Na ravni pacienta paliativni pristop pomeni sistematičnejše lajšanje simptomov, zmanjševanje trpljenja in večjo usmerjenost v dostojanstvo, pri čemer strukturirano odločanje zmanjšuje tveganje nesorazmernih posegov in podpira usklajenost oskrbe s cilji (Salins, et al., 2024; Kesecioglu, et al., 2024). Na ravni svojcev se koristi kažejo v boljši informiranosti, vključenosti in podpori, vendar empirični podatki opozarjajo na pomanjkljivosti pri

ocenjevanju potreb, tolmačenju ter kulturni, duhovni in žalovalni podpori, kar zahteva sistemske rešitve (Bloomer, et al., 2022; Tzenalis, et al., 2023; Almalki, et al., 2024). Na ravni oseba paliativna oskrba prispeva k jasnejšim odločitvenim okvirjem in lahko zmanjša moralno stisko, kadar je oskrba ob koncu življenja zaznana kot dostojanstvena in ustrezna, pri čemer so ključni organizacijski pogoji, usposabljanje in podpora (Prokopová, et al., 2022; Omidi, et al., 2025; Yuting, et al., 2025; Xu, et al., 2025). V evropskem prostoru so standardi na normativni ravni jasno opredeljeni, vendar podatki o nizki rabi specialistične paliativne oskrbe in rezultati presejanja paliativnih potreb kažejo na neenakomerno implementacijo; zato literatura podpira razvoj kombiniranih modelov integracije, uporabo presejalnih orodij in indikatorjev, ki sprožijo napotitev ter konzultativne pristope, ki so izvedljivi v realnih kadrovskih pogojih (Curtis, et al., 2022; Schallenburger, et al., 2024; Von Saß, et al., 2025; Savino, et al., 2025; Jeung, et al., 2025; Mehta, et al., 2025).

### 2.5.1 Omejitve raziskave

Pri pregledu literature smo se osredotočili na strokovno literaturo, objavljeno v obdobju od leta 2015 do 2025. Ugotovili smo, da slovenske literature o integraciji paliativne oskrbe v EIT ni veliko, zato smo pregled razširili na tujo literaturo. Rezultatov raziskav nismo mogli neposredno primerjati med seboj, saj se vključeni viri razlikujejo po metodološki zasnovi, po populacijah in po uporabljenih kazalnikih, zato sinteza temelji predvsem na vsebinski primerjavi ugotovitev. Poleg tega integracija paliativne oskrbe v EIT v literaturi ni enotna, kar omejuje primerljivost ugotovitev. Prav tako v našo raziskavo nismo vključili pediatričnih EIT in specifičnih populacij (npr. novorojenčki), saj smo se osredotočili na odrasle paciente.

### 2.5.2 Doprinos za stroko ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Naš pregled literature je pomemben za področje zdravstvene nege, saj obravnava paliativno oskrbo v EIT, s katero se zdravstveni delavci srečujemo v vsakodnevni klinični praksi. V diplomskem delu smo predstavili koristi paliativne oskrbe na ravni pacienta, svojcev in zdravstvenih delavcev ter izpostavili pomen zgodnje in strukturirane

komunikacije, sistematičnega obvladovanja simptomov ter usklajevanja ciljev oskrbe. Posebej smo poudarili vlogo svojcev, saj smo pokazali, da njihovo vključevanje in podpora pomembno vplivata na potek oskrbe, hkrati pa literatura kaže tudi pomanjkljivost pri prepoznavanju njihovih potreb ter pri jezikovni, kulturni in duhovni podpori. Na enem mestu smo zbrali ključne ugotovitve, ki lahko zdravstvenim delavcem pomagajo pri bolj načrtni in družinsko usmerjeni oskrbi v EIT.

V nadaljevanju raziskovanja bi se lahko osredotočili na izkušnje medicinskih sester in svojcev pri izvajanju paliativne oskrbe v EIT ter na to, kako pogosto se v praksi izvajajo ključni postopki (npr. družinski sestanki, ocena potreb, uporaba tolmačev). Pregled literature bi lahko nadgradili z izvedbo kvantitativne ali kvalitativne raziskave, ki bi ovrednotila, kako posamezni pristopi (npr. strukturirani družinski sestanki, presejanje paliativnih potreb) vplivajo na obvladovanje simptomov in sorazmernost posegov pri pacientu, psihološko obremenitev in odločitveni konflikt pri svojcih ter moralno stisko in timsko usklajenost pri zdravstvenih delavcih.

### 3 ZAKLJUČEK

S pregledom literature smo ugotovili, da paliativna oskrba v EIT pomembno izboljšuje kakovost obravnave kritično bolnih pacientov, hkrati pa podpira njihove svojce in zdravstvene delavce. Menimo, da smo namen diplomskega dela dosegli, saj smo opredelili glavne koristi paliativne oskrbe v EIT in pregledali, kako se ta pristop v evropskem prostoru vključuje v intenzivno zdravljenje. Iz pregleda izhaja tudi, da paliativna oskrba v EIT ni smiselna šele v obdobju umiranja, temveč že prej, ko je diagnosticirana neozdravljiva bolezen ali akutno nastopi negotova prognoza in so potrebe pacienta ter družine kompleksne.

Kot najpomembnejšo ugotovitev izpostavljamo, da je vnaprej načrtovana in timsko usklajena komunikacija temelj paliativne oskrbe v EIT. Največ koristi se pokaže, kadar komunikacija ni le enkratni pogovor, ampak poteka kot proces: vključuje podporo odločanju, usklajevanje ciljev oskrbe in jasno dokumentiranje dogovorov. Poleg tega smo ugotovili, da paliativni pristop prispeva k sistematičnejšemu obvladovanju simptomov in zmanjševanju trpljenja ter podpira sorazmernosti posegov, saj se oskrba dosledneje usmeri v cilje, ki so smiselni glede na stanje in vrednote pacienta. Pri svojcih smo prepoznali, da poleg informiranja potrebujejo tudi bolj strukturirano podporo, zlasti kadar so prisotne jezikovne, kulturne ali duhovne potrebe ter potreba po podpori v času žalovanja. Na ravni zdravstvenih delavcev se kot pomembno pokaže, da jasnejši odločitveni okvirji in usklajeno timsko delovanje lahko prispevajo k zmanjšanju moralne stiske, pri čemer je pomembno tudi ciljno usmerjeno izobraževanje in usposabljanje zaposlenih. Glede integracije v evropskem prostoru ugotavljamo, da so standardi pogosto jasno opredeljeni, vendar se v praksi izvajajo neenakomerno, zato nastaja razkorak med priporočili in dejansko dostopnostjo oziroma uporabo paliativnih storitev, posebej specialistične paliativne oskrbe.

Naša spoznanja lahko po našem mnenju prispevajo k spremembam v kliničnem okolju predvsem tako, da se v EIT dosledneje uvedejo izvedljivi sistemski ukrepi: zgodnji in ponavljajoči se družinski sestanki, jasno razdeljene vloge v timu, dosledno dokumentiranje ciljev oskrbe ter sistematičnejša obravnava simptomov. Pomembno se

nam zdi tudi, da se uredijo poti podpore svojcem (tolmačenje, socialna in duhovna podpora ter žalovalna podpora), saj se prav na teh področjih v praksi pogosto pokažejo pomanjkljivosti. Ker specialistična paliativna oskrba ni dostopna vsem, menimo, da je smiselno okrepiti osnovne paliativne kompetence EIT tima in hkrati vzpostaviti jasne kriterije, kdaj vključiti specialistično podporo.

V prihodnje bi bilo smiselno preveriti, kateri pristopi v EIT najbolj izboljšajo izide za pacienta, svojce in osebje ter kateri organizacijski modeli omogočajo, da se paliativna oskrba v praksi izvaja enotneje in pravočasno v različnih okoljih.

## 4 LITERATURA

Almalki, N., Boyle, B. & O'Halloran, P., 2024. What helps or hinders effective end-of-life care in adult intensive care units in Middle Eastern countries? A systematic review. *BMC Palliative Care*, 23(1), p. 87. 10.1186/s12904-024-01413-7.

Alshehri, H., 2022. *Prerequisites for palliative care provision in intensive care: doktorska disertacija*. Gothenburg: University of Gothenburg, Sahlgrenska Academy, Institute of Health and Care Sciences.

Aveyard, H., 2019. *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide*. 4th ed. Maidenhead: Open University Press.

Beck, I., Törnquist, K., Gruevback, A., Rasmussen, B.H. & Olsson Möller, U., 2023. Nurses' experiences of using the Integrated Palliative care Outcome Scale with patients in specialized palliative care – A qualitative focus group study. *Nursing Open*, 10(12), pp. 7639-7649. 10.1002/nop2.2004.

Becker, R., 2016. *Fundamental Aspects of Palliative Care Nursing*. 2nd ed. London: Mark Allen Group / Quay Books.

Bloomer, M.J., Poon, P., Runacres, F. & Hutchinson, A.M., 2022. Facilitating family needs and support at the end of life in hospital: A descriptive study. *Palliative Medicine*, 36(3), pp. 549-554. 10.1177/02692163211066431.

Crimmins, R.M., Elliott, L. & Absher, D.T., 2021. Palliative care in a death-denying culture: exploring barriers to timely palliative efforts for heart failure patients in primary care. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 38(1), pp. 77-83.

Curtis, J.R., Higginson, I.J. & White, D.B., 2022. Integrating palliative care into the ICU: a lasting and developing legacy. *Intensive Care Medicine*, 48(7), pp. 939-942. 10.1007/s00134-022-06729-7.

Ebert Moltara, M., Bernot, M., Benedik, J., Žist, A., Golob, N., Malačič, S., Kolšek-Šušteršič, M., Ivanetič Pantar, M., Koritnik, B., Meglič, A. & Krčevski-Škvarč, N., 2020. *Temeljni pojmi in predlagano izrazoslovje v paliativni oskrbi*. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana.

Ebert Moltara, M. & Bernot, M., 2023. *Paliativna oskrba odraslih bolnikov z rakom v Sloveniji: temeljni pojmi in priporočila*. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana.

Ervin, J.N., Kahn, J.M., Cohen, T.R. & Weingart, L.R., 2018. Teamwork in the intensive care unit. *American Psychologist*, 73(4), pp. 468-477. 10.1037/amp0000247.

International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC), 2018. *Global consensus-based palliative care definition*. [online] Available at: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/> [Accessed 2 April 2025].

Jeung, Y.S., Kim, Y., Kim, S., Jung, Y.S., Kim, T.J. & Yoo, S.H., 2025. Feasibility study protocol: Implementing consultation-based high-quality palliative care services in intensive care units. *BMJ Open*, 15(5), e093558. 10.1136/bmjopen-2024-093558.

Kesecioglu, J., Rusinova, K., Alampi, D., Arabi, Y.M., Benbenishty, J., Benoit, D., Boulanger, C., Cecconi, M., Cox, C., van Dam, M., van Dijk, D., Downar, J., Efstathiou, N., Endacott, R., Galazzi, A., van Gelder, F., Gerritsen, R.T., Girbes, A., Hawryluck, L., Herridge, M. & Azoulay, E., 2024. European Society of Intensive Care Medicine guidelines on end of life and palliative care in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine*, 50(11), pp. 1740-1766. 10.1007/s00134-024-07579-1.

Kleinpell, R., Buchman, T.G. & Hall, J.B., 2021. What's new in critical care nursing: defining critical illness and the role of the ICU. *Critical Care Medicine*, 49(12), pp. 2152-2160.

Lee, J. & Yi, M., 2017. The importance of therapeutic communication in nursing care. *Journal of Nursing Education and Practice*, 7(6), pp. 50-56.

Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T., Fowler, R. A., Meyfroidt, G., Nakagawa, S., Pelosi, P., Vincent, J. L., Vollman, K. & Zimmerman, J., 2017. What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of Critical Care*, 37, pp. 270-276. 10.1016/j.jcrc.2016.07.015.

Matthew, E., Thompson, J., Ohema, P., Tomasz, T. & Randeep, M., 2022. Understanding the intensive care unit experience of patients and relatives at the end-of-life during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Journal of Patient Experience*, 9, pp. 1-6.

Mehta, A., Bullock, K., Gustin, J.L., Hadler, R.A., Nelson, J.E., Rosa, W.E., Seaman, J.B., Varner-Perez, S.E. & White, D.B., 2025. Top ten tips palliative care clinicians should know about intensive care unit consultation. *Journal of Palliative Medicine*, 11, pp. 1-15. 10.1177/10966218251366072.

Milazzo, A., Tanzi, S., Trapani, D. & Scaccabarozzi, G., 2020. Early palliative care: benefits and challenges in oncology and beyond. *BMC Palliative Care*, 19(1), p. 102.

Minton, C., Batten, L. & Huntington, A., 2020. A qualitative multicase study of the trajectories of prolonged critical illness: patient, family, and healthcare professionals experiences. *Australian Critical Care*, 33(5), pp. 463-468. 10.1016/j.aucc.2019.10.005.

Omidi, M., Abdi, A. & Rezaei, M., 2025. A qualitative study on ICU nurses' perceptions of palliative care. *BMC Nursing*, 24, p. 521. 10.1186/s12912-025-03164-z.

Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J.M., Akl, E.A., Brennan, S.E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M.M., Li, T., Loder, E.W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L.A., Stewart, L., Thomas, J., Tricco, A., Welch, V.A., Whiting, P. &

Moher, D., 2021. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *International journal of surgery*, 88, pp. 105-106.

Polit, D.F. & Beck, C.T., 2021. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippicott Williams & Wilkins.

Prokopová, T., Hudec, J., Vrbica, K., Stašek, J., Pokorná, A., Štourač, P., Rusinová, K., Kerpnerová, P., Štěpánová, R., Svobodník, A., Maláska, J. & RIPE-ICU study group, 2022. Palliative care practice and moral distress during COVID-19 pandemic (PEOpLE-C19 study): a national, cross-sectional study in intensive care units in the Czech Republic. *Critical Care*, 26(1), p. 221. 10.1186/s13054-022-04066-1.

Ramnarain, D., Goossens, B., Kapila, A. & Verhoeven, J., 2021. Long-term outcomes of ICU survivors: morbidity, mortality, and quality of life. *Journal of Critical Care*, 62, pp. 45-52.

Ramírez-Elvira, S., Romero-Béjar, J.L., Suleiman-Martos, N., Gómez-Urquiza, J.L., Monsalve-Reyes, C., Cañadas-De la Fuente, G.A. & Albendín-García, L., 2021. Prevalence, risk factors and burnout levels in intensive care unit nurses: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), p. 11432. 10.3390/ijerph182111432.

Rodríguez-Castellanos, I., Ortega González-Gallego, M.I., Bermejo-Cantarero, A., Expósito-González, R., Rodríguez-Almagro, J., Martínez-Rodríguez, S. & Redondo-Tébar, A., 2025. Listening until the end: Best practices and guidelines for auditory care in palliative sedation in Europe. *Healthcare*, 13(14), p. 1664. 10.3390/healthcare13141664.

Salins, N., Dhyani, V.S., Mathew, M., Prasad, A., Rao, A.P., Damani, A., Rao, K., Nair, S., Shanbhag, V., Rao, S., Iyer, S., Gursahani, R., Mani, R.K., Bhatnagar, S. & Simha, S., 2024. Assessing palliative care practices in intensive care units and interpreting them

using the lens of appropriate care concepts: An umbrella review. *Intensive Care Medicine*, 50, pp. 1438-1458. 10.1007/s00134-024-07565-7.

Savino, S., Danila, A., Adelaide, V., Luigi, C., Cristiana, M., Alessandra, B. & Loretta, G., 2025. Early detection of palliative care needs in critically ill patients using the NECPAL tool. *Journal of Clinical Medicine*, 14(17), p. 6244. 10.3390/jcm14176244.

Schallenburger, M., Schwartz, J., Icks, A., Jürgens, S., Batzler, Y.-N., Meier, S., Michels, G. & Neukirchen, M., 2024. Triggers of intensive care patients with palliative care needs from nurses' perspective: a mixed methods study. *Critical Care*, 28, pp. 1-10. 10.1186/s13054-024-04969-1.

Siouta, N., Van Beek, K., Van der Eerden, M.E., Preston, N., Hasselaar, J.G., Hughes, S. & Menten, J., 2016. Integrated palliative care in Europe: A qualitative systematic literature review of empirically-tested models in cancer and chronic disease. *BMC Palliative Care*, 15(1), p. 56. 10.1186/s12904-016-0130-7.

Tang, H., Jin, Z., Deng, J., She, Y., Zhong, Y., Sun, W., Ren, Y., Cao, N. & Chen, C., 2022. Development and validation of a deep learning model to predict the survival of patients in ICU. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 29(9), pp. 1567-1576. 10.1093/jamia/ocac098.

Tavakoli, P., Cheraghi, M.A., Jahani, S. & Asadizaker, M., 2022. Experience of discomfort and its self-management strategies in ICU patients. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 11(1), pp. 269-276. 10.4103/jfmpc.jfmpc\_481\_21.

Tzenalis, A., Papaemmanuel, H., Kipourgos, G. & Elesnitsalis, G., 2023. End-of-life care in the intensive care unit and nursing roles in communicating with families. *The Journal of Critical Care Medicine*, 9(2), pp. 116-121. 10.2478/jccm-2023-0013.

Von Saß, C., Tenge, T., von Oertzen, B., Pieper, D., Eisenmenger, N., Heinze, M. & Kamp, M.A., 2025. Analyzing the use of specialized palliative care in intensive care unit

patients in Germany: A cross-sectional study. *BMC Palliative Care*, 24, pp. 1-18. 10.1186/s12904-025-01718-1.

Weled, B.J., Adzhigirey, L.A., Hodgman, T.M., Brill, R.J., Spevetz, A., Kline, A.M., Montgomery, V.L., Puri, N., Tisherman, S.A., Vespa, P.M., Pronovost, P.J., Rainey, T.G., Patterson, A.J. & Wheeler, D.S., 2015. Critical Care Delivery: The Importance of Process of Care and ICU Structure to Improved Outcomes: An Update From the American College of Critical Care Medicine Task Force on Models of Critical Care. *Critical Care Medicine*, 43(7), pp. 1520-1525. 10.1097/CCM.0000000000000978.

World Health Organization (WHO), 2020. *Palliative care: fact sheet*. [online] Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> [Accessed 2 April 2025].

Xu, D.-D., Li, J., Ding, X.-B., Ma, J., Hou, R.-T., Na-Na, C. & Hu, F., 2025. Experiences of providing end-of-life care in adult intensive care units: A qualitative study. *BMC Nursing*, 24, pp. 1-10. 10.1186/s12912-025-03340-1.

Yuting, S., Xu, H., Yinghui, Z. & Yu, H., 2025. Barriers and facilitators to explore palliative care implementation in the ICU from tripartite perspectives: A qualitative systematic review and meta-aggregation. *BMJ Open*, 15(8), e103616. 10.1136/bmjopen-2025-103616.

Ziehm, J., Farin, E., Schäfer, J., Woitha, K., Becker, G. & Köberich, S., 2016. Palliative care for patients with heart failure: facilitators and barriers—A cross-sectional survey of German health care professionals. *BMC Health Services Research*, 16, p. 361. 10.1186/s12913-016-1609-x.