



**Fakulteta za zdravstvo**

Jesenice

**Faculty of Health Care**

Jesenice

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
**ZDRAVSTVENA NEGA**

**VLOGA PATRONAŽNE MEDICINSKE  
SESTRE V PALIATIVNEM TIMU**

**THE ROLE OF COMMUNITY NURSES IN  
PALLIATIVE CARE TEAMS**

Mentorica: Erika Povšnar, pred.

Kandidatka: Nataša Malnar

Jesenice, november, 2014

## **ZAHVALA**

Najlepše se zahvaljujem mentorici Eriki Povšnar, pred., za vsa koristna navodila, strokovnost ter spremljanje pri pripravi diplomskega dela.

Zahvalila bi se Marjani Bernot, pred., in dr. Izidorju Kernu, za recenzijo diplomske naloge.

Zahvala gre tudi dr. Nini Modrijan, prof. slov., za skrbno lektoriranje diplomskega dela.

Hvala tudi vsem patronažnim medicinskim sestram gorenjske regije, ki so prostovoljno sodelovale v naši raziskavi, in njihovim vodjem, ki so odobrili sodelovanje v raziskavi.

Posebna zahvala gre moji družini. Predvsem bi se rada zahvalila soprogu, ki me je spodbujal in skupaj z menoj stremel k cilju moje zastavljene poti in moji prijateljici Tini za vso podporo in pomoč.

## POVZETEK

**Teoretična izhodišča:** Paliativna oskrba je celostna obravnava pacienta z napredujočo neozdravljivo boleznijo. Kakovostno paliativno oskrbo pacienta lahko zagotovi le sodelovanje vseh članov paliativnega tima, katerega pomemben del je patronažna medicinska sestra.

**Cilj:** Cilj diplomskega dela je predstaviti vlogo patronažne medicinske sestre v paliativnem timu, mnenja patronažnih sester o timskem delu in sodelovanju ter usposobljenosti za timsko delo.

**Metoda:** V raziskavi smo uporabili deskriptivno metodo kvantitativnega empiričnega raziskovanja. Uporabili smo tehniko anketiranja v obliki pisnega strukturiranega vprašalnika. Nenaključni namenski vzorec je zajemal 50 patronažnih medicinskih sester primarnega zdravstvenega varstva na Gorenjskem. Realizacija vzorca je bila 100-odstotna. Podatke smo statistično obdelali s programom SPSS 18.0.

**Rezultati:** Splošna ocena timskega sodelovanja je nizka (PV = 2,93). Anketiranke najpogosteje (76 %) sodelujejo s pacientovim osebnim zdravnikom. V primerjavi z zdravniki in medicinskimi sestrami v ambulanti so v statistično pomembno večji meri ( $p = 0,001$ ) patronažne medicinske sestre pobudnice pogovorov. S koordinatorico odpusta v bolnišnici sodeluje slaba četrtnina anketirank. Med stališči o timskem delu je najnižje (PV = 3,59) ocenjena trditev, da so enakovredne članice tima. Bolj se strinjajo, da jim tim daje varnost, gotovost in samozavest (PV = 4,20). Probleme želijo reševati v večji meri kot dejansko s pogovori v paliativnem timu ter na supervizijskih srečanjih ( $p = 0,001$ ). Nizka je ocena vodstvenih sposobnosti (PV = 2,37) in pripravljenosti za koordinacijo paliativnega tima (PV = 2,42). Z dodatnimi znanji (PV = 4,25) bi uspešneje izvajale paliativno zdravstveno nego.

**Razprava:** Na podlagi raziskave smo ugotovili, da je patronažnim medicinskim sestram timsko delo pomembno, vendar je splošna ocena timskega sodelovanja nizka. V največji meri sodelujejo z zdravnikom. Za kvalitetno izvajanje paliativne zdravstvene nege, se kaže potreba po dodatnem izobraževanju, usposabljanju in superviziji. Nadaljevanje raziskovanja je potrebno na področju timskega sodelovanja in interdisciplinarnega pristopa v izobraževanju in usposabljanju ter na področju graditve poklicne samopodobe.

**Ključne besede:** paliativna oskrba, paliativna zdravstvena nega, patronažna medicinska sestra, paliativni tim

## SUMMARY

**Theoretical background:** Palliative care is a holistic treatment of patients with advanced incurable disease. High-quality palliative care patient can only be ensured with participation of all members of the palliative team, which is an important part of the home care nurse.

**Objective:** The aim of the thesis is to present the role of community nurses in the palliative team; community health nurses opinions about teamwork and cooperation, and competence for teamwork.

**Method:** In the study, we used descriptive method of quantitative empirical research. We used the technique of interviewing people with written structured questionnaire. Assigned non-random sample included 50 community nurses in primary health care in Gorenjska. Realization of the sample was 100% accurate. Data was statistically analyzed with program SPSS 18.0.

**Results:** The overall assessment of team cooperation is low (PV = 2,93). Respondents are most frequently involved (76%) with the patient's personal physician. In comparison with doctors and nurses in the clinic, community nurses are people, who are statistically more ( $p = 0,001$ ) the ones who initiate the conversation. With the coordinator of redundancy in the hospital participates less than a quarter of respondents. Between the positions of the teamwork, the lowest (PV = 3,59) evaluated claim is that they are all valuated members of the team. They more agree that their team provides them security, certainty and confidence (PV = 4,20). They want to resolve problems with a larger extent, then with an actual conversation with palliative team and on different supervision meetings ( $p = 0,001$ ). The low score is also with managerial skills (PV = 2, 37) and with willingness to co-ordinate with palliative team (PV = 2,42). With more additional skills (PV = 4,25) the nurse would carry palliative care more successfully.

**Discussion:** Based on our research, we found out, that the community nurse team work is important, but the overall assessment of team cooperation was low. They cooperate with the doctor in maximum extent. For the implementation of quality palliative care, there is a need for additional education, training and supervision. Continued research is

needed in the area of team collaboration and interdisciplinary approach to education and training and in the field of building professional self-esteem.

**Key words:** palliative care, palliative health care, home care nurse, palliative team

## KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>TEORETIČNI DEL</b> .....	<b>3</b>
2.1	PALIATIVNA OSKRBA.....	3
2.1.1	Opredelitev paliativne oskrbe.....	3
2.1.2	Organizacija paliativne oskrbe v Sloveniji.....	4
2.2	PALIATIVNI TIM.....	7
2.2.1	Splošna opredelitev in značilnosti tima.....	7
2.2.2	Vrste timov v zdravstveni organizaciji.....	7
2.2.3	Timski pristopi v paliativni oskrbi.....	9
2.2.4	Osnovni paliativni tim.....	10
2.2.5	Tim za specialistično paliativno oskrbo na primarni ravni zdravstvene dejavnosti.....	10
2.2.6	Tim specialistične paliativne oskrbe na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti.....	10
2.2.7	Specialistična enota/oddelek za paliativno oskrbo v bolnišnici.....	10
2.3	PATRONAŽNO VARSTVO IN PALIATIVNA OSKRBA.....	11
2.3.1	Patronažno varstvo in paliativna zdravstvena nega.....	12
2.3.2	Pomen in vloga patronažne medicinske sestre v paliativnem zdravstvenem timu.....	12
<b>3</b>	<b>EMPIRIČNI DEL</b> .....	<b>15</b>
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	15
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	15
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	16
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov.....	16
3.3.2	Opis merskega instrumenta.....	16
3.3.3	Opis vzorca.....	17
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov.....	18
3.4	REZULTATI.....	18

3.5 RAZPRAVA.....	29
<b>4 ZAKLJUČEK.....</b>	<b>35</b>
<b>5 LITERATURA.....</b>	<b>37</b>
<b>6 PRILOGE</b>	
6.1 INSTRUMENT	



## KAZALO TABEL

Tabela 1: Test zanesljivosti merskega instrumenta .....	17
Tabela 2: Starostna struktura anketiranih patronažnih medicinskih sester.....	17
Tabela 3: Pogostost obiskov patronažnih medicinskih sester pri pacientih, ki potrebujejo paliativno zdravstveno nego .....	20
Tabela 4: Vključevanje patronažne medicinske sestre v paliativni tim.....	22
Tabela 5: Ocena patronažnih medicinskih sester o sodelovanju z drugimi člani paliativnega tima.....	23
Tabela 6: Prednosti dela v paliativnem timu .....	24
Tabela 7: Ovire (slabosti) pri delu v paliativnem timu.....	25
Tabela 8: Stališča o tinskem delu v paliativni oskrbi .....	25
Tabela 9: Vloga koordinatorja v paliativnem timu.....	27
Tabela 10: Reševanje problemov in stisk – dejansko in želeno stanje .....	28
Tabela 11: Izobraževanje.....	28

## KAZALO SLIK

Slika 1: Stopnja izobrazbe .....	18
Slika 2: Pogostost prejema delovnih nalogov za izvajanje prve paliativne zdravstvene nege.....	19
Slika 3: Člani paliativnega tima, s katerimi patronažne medicinske sestre najpogosteje sodelujejo.....	20
Slika 4: Člani paliativnega tima, s katerimi patronažne medicinske sestre sodelujejo najmanj pogosto.....	21
Slika 5: Podpora zdravstvenega (so)delavca, ki je po mnenju patronažnih medicinskih sester najpomembnejša .....	21
Slika 6: Ocena sodelovanja z drugimi člani paliativnega tima.....	22

## 1 UVOD

Umiranje je naraven in neizogiben del življenja. Življenje je v svojem bistvu boj proti smrti. Celice in tkiva ter molekule, ki jih gradijo, so podvrženi obrabi, izrabi, napakam in poškodbam, propadu in razgradnji. Njihova stalna obnova je temelj vzdrževanja življenja. Z napredovanjem bolezni in starostjo pride do stopnje, ko mehanizmi prenove in poprave postanejo nezadostni in neučinkoviti (Kranjc, 2008).

Človeško življenje je nedotakljivo ter je najpomembnejša človekova pravica (Ustava Republike Slovenije, 2003, čl. 17). Razpeto je med rojstvom in smrtjo, dvema dogodkoma, ki sta tudi njegov pogoj. Rojstvo je začetek in smrt njegov zaključek. Če je življenje najpomembnejša človekova pravica in ima neprecenljivo vrednost, ki ni izmerljiva materialno, temveč le s tistim, kar imenujemo človečnost, če smo določili človeško bistvo kot zmožnost napredka k boljšemu, popolnejšemu bitju, potem predpostavljamo, da bomo to pravico in to vrednost ohranjevali in spoštovali do končnosti – smrti. Umirajoči se med seboj razlikujejo prav tako kot zdravi ljudje. Ne moremo govoriti o »dobri smrti«, ki bi veljala za vse. Umirajoči se razlikujejo v svojih željah in potrebah in ob podobi prizadetosti čutijo različne stopnje neugodja in trpljenja. Kaj zanje pomeni »dobra smrt«, lahko ugotovimo samo v sodelovanju s pacientom (Štrancar, 2004; Kranjc 2008).

Ena od temeljnih resnic je, da vsi ljudje umremo. Človeku ni dano, da bi dajal ali jemal življenje, lahko pa ga do neke mere podaljšuje ali skrajšuje. Ozaveščenost lastne minljivosti pa se razlikuje od človeka do človeka. Obdobje, ko se življenje izteka, je lahko zelo težko, ali pa je posebna izkušnja, ki še zadnjič poveže ljudi med seboj (Kao et al., 2009). Cilj zdravljenja je v večini primerov ozdravitev. Žal pa to pri nekaterih boleznih ni vedno doseženo. Takim pacientom v preostalih mesecih življenja opravlja in blaži simptome bolezni paliativna oskrba, ki poskuša doseči najboljšo kakovost preostanka pacientovega življenja (Saje, Sašek, 2011). Oskrba ob koncu življenja predstavlja eno od težjih področij v medicini, največji del oskrbe pa predstavlja zdravstvena nega. Večina pacientov želi končati svojo življenjsko pot doma, za uspešno

izpolnitev te želje pa je potrebna izdatna strokovna podpora zdravnika in patronažne medicinske sestre (Benedik, 2011).

Matzo La Porte in Sherman Witt (2006) ugotavljata, da paliativna oskrba postaja vse pomembnejši del zdravstvene nege. Potekala naj bi od dneva, ko je postavljena diagnoza neozdravljive bolezni, pa do smrti pacienta oz. do trenutka, ko je potrebno o smrti obvestiti najbližje.

Paliativna zdravstvena nega in patronažna zdravstvena nega se med seboj nenehno prepletata. Patronažna medicinska sestra vstopi v družino v najrazličnejših življenjskih obdobjih. Velikokrat je v družini ali pri pacientu prej, kot je postavljena diagnoza o neozdravljivi bolezni (Peternejl, 2008).

Paliativno oskrbo naj izvaja interdisciplinarni tim kot svetovalna strokovna skupina, saj večjih delovnih nalog posameznik ne more opraviti sam, temveč se mora povezovati in sodelovati z drugimi ljudmi (Mravljak, 2011). Pri sodelovanju, odločanju, medsebojni pomoči pri opredeljevanju in doseganju ciljev pa je potreben tim, katerega namen je, da se nauči skupnega opravljanja nalog, boljšega spoznavanja dela in dopolnjevanja z idejami drugih ter tako postane pri delu uspešnejši (Pajnkihar, 1999 povz. po Mravljak, 2011). Paliativni tim naj sestavljajo zdravnik, patronažna medicinska sestra, medicinska sestra, socialni delavec, klinični psiholog, fizioterapevt, delovni terapevt, dietetik, duhovnik in prostovoljci. Struktura delujočega tima naj se prilagaja potrebam posameznega pacienta in njegovih bližnjih (Državni program paliativne oskrbe, 2010).

Patronažna medicinska sestra je del paliativnega tima. Zdravstvena nega pacientov v paliativni oskrbi od patronažne medicinske sestre zahteva veliko znanja, veščin in odgovornosti, saj svoje delo na terenu opravlja samostojno. V diplomski nalogi smo obravnavali mnenja patronažnih medicinskih sester gorenjske regije o vlogi, ki jo imajo v paliativnem timu.

## 2 TEORETIČNI DEL

### 2.1 PALIATIVNA OSKRBA

#### 2.1.1 Opredelitev paliativne oskrbe

Izraz *paliativa* izhaja iz latinske besede *palliatu*s, kar dobesedno pomeni »s plaščem ogrnjen«, v prenesenem pomenu pa »blažilo« oz. »mirilo«. V medicini se s tem izrazom označuje zdravilo oz. zdravljenje, ki začasno olajša bolezen, a ne odstrani njenih vzrokov (Pastrana et al., 2008).

Svetovna zdravstvena organizacija je leta 1990 prvič definirala paliativno (blažilno) oskrbo, ki pomeni aktivno in celostno oskrbo, nego in spremljanje pacientov od trenutka, ko se njihova bolezen ne odziva več na kurativno (k ozdravljenju usmerjeno) zdravljenje (Lunder, 2003). Avtorja Kovač in Zwitter (2009) dodajata, da naj bi se s tovrstno oskrbo v največji meri zmanjševalo trpljenje ter skrbelo za boljšo kakovost življenja. Pacientom naj bi lajšali bolečine in druge moteče simptome ter skrbeli za duševne in duhovne potrebe pacientov in njihovih svojcev. Pomagali naj bi jim živeti, kolikor mogoče aktivno do smrti. Oudshoorn, Ward-Griffin in McWilliam (2007) paliativno oskrbo definirajo kot celostno, na pacienta naravnano oskrbo, ki je namenjena zadnjim dnevom življenja. Skela Savič (2005) v svojem delu opredeljuje paliativno oskrbo kot celovito obravnavo fizičnih, psihičnih, socialnih in eksistencialnih potreb umirajočih pacientov. Osnovni cilji paliativne oskrbe so: doseganje najboljše možne kakovosti življenja, lajšanje trpljenja, obvladovanje in blaženje simptomov napredujoče bolezni ter delovanje v skladu s posameznikovo kulturo in njegovimi religioznimi vrednotami.

Paliativna oskrba predstavlja celoto, v kateri so vsi segmenti oskrbe med seboj povezani in usklajeni (Državni program paliativne oskrbe, 2010). Prav v predvidevanju simptomov napredovane bolezni ter njihovem preprečevanju in lajšanju pa ima paliativna oskrba velik potencial zgodaj – že ob samem pojavu kronične ali neozdravljive bolezni. Ob prvih neugodnih simptomih, ki jih ni mogoče odpraviti, in ko

pacient postaja manj sposoben za nekatera osnovna vsakodnevna opravila, lahko paliativna oskrba pomaga pri izboljšanju kakovosti življenja in skupnem načrtovanju za pričakovana poslabšanja (Lunder, 2010).

### 2.1.2 Organizacija paliativne oskrbe v Sloveniji

V Državnem programu paliativne oskrbe (2010) je zapisano, da je paliativna oskrba sestavni del zdravstvenega in socialnovarstvenega sistema na vseh ravneh in s tem neodtujljiv element človekove pravice do zdravstvenega in socialnega varstva. Zato mora Vlada Republike Slovenije zagotoviti dostop do paliativne oskrbe vsem, ki jo potrebujejo in želijo.

Za umirajoče v naši družbi ni vedno poskrbljeno tako, da bi bili deležni skrbi, ki bi vključevala sodobno paliativno oskrbo, katere glavni cilj je dobra kakovost življenja ves čas prisotnosti neozdravljive bolezni do smrti. Problem je sistemske narave in se kaže v slabi organizacijski kulturi, hierarhični ureditvi in premajhnem upoštevanju vsega zdravstvenega osebja. Posledice se kažejo v neustrezni organiziranosti zdravstvenih institucij in izobraževanju zdravstvenih delavcev, ki skoraj ne vključuje paliativne oskrbe. V Sloveniji trenutno izvajamo osnovno paliativno oskrbo, delno pa tudi že obstajajo zametki specialistične celostne paliativne oskrbe, a so obstoječe strukture (Onkološki inštitut Ljubljana, Klinika Golnik, Splošna bolnišnica Jesenice, protibolečinske ambulante v dvanajstih bolnišnicah po Sloveniji) večinoma ozko usmerjene, nepovezane in delujejo brez strokovno, kadrovske in stroškovno opredeljenih norm. Umirajoči potrebujejo fizično, socialno, psihično in duhovno podporo. Mnogi si želijo umreti doma in imeti ob sebi svojce oziroma najbližje osebe (Pahor, Štrancar, 2009).

V Ljubljani so leta 2010 odprli prvo hišo Hospic v Sloveniji, namenjeno bivanju in negi umirajočih. Pionirsko delo na področju paliativne oskrbe v Sloveniji je opravil tudi Zavod za razvoj paliativne oskrbe – predvsem pri uvajanju paliativne oskrbe v naš zdravstveni sistem in sicer na področju obveščanja o filozofiji in potrebah po paliativni oskrbi (Lopuh, 2007).

Na Onkološkem inštitutu Ljubljana so v letu 2000 začeli ustanavljati paliativni tim. Osnovno paliativno oskrbo izvajajo na bolniških oddelkih, v ambulantah in posvetovalnicah, specialistično paliativno oskrbo pa izvajajo na Oddelku za akutno paliativno oskrbo. Oddelek je učna baza za izobraževanje zaposlenih tudi iz drugih zdravstvenih ustanov (Državni program za paliativno oskrbo, 2010).

Na Kliniki Golnik so leta 2003 začeli z razvojem paliativne oskrbe, prvi paliativni tim pa je bil ustanovljen leta 2004. Paliativno oskrbo izvajajo v enoti paliativne oskrbe v okviru neakutne obravnave. Delujejo z interdisciplinarnim pristopom, ki omogoča izvajanje celostne paliativne oskrbe. Le-to so sistematično razvijali na Paliativni enoti Negovalnega oddelka z začetnimi 6 posteljami, od leta 2007 pa z 10 posteljami. Letno na Kliniki Golnik vključijo od 210 do 230 pacientov, ki potrebujejo paliativno zdravstveno nego (ibid.; Jakhel, 2013).

V Splošni bolnišnici Jesenice so ustanovili odsek za bolnišnično blažilno oskrbo v okviru Oddelka za zdravstveno nego. Paliativno oskrbo zagotavlja multidisciplinarni tim, izdelano imajo tudi mrežo za nego na domu, ki vključuje mobilni paliativni tim. Na Jesenicah deluje tudi paliativni tim v Domu starejših občanov dr. Franceta Berglja (Petrovič Šteblaj, 2013).

Univerzitetni klinični center je leta 2011 odprl negovalni oddelek s 17 sobami (33 posteljami), namenjenimi pacientom, ki so že v paliativni oskrbi. Letno imajo 400 sprejemov pacientov iz Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (Univerzitetni klinični center Ljubljana, 2013).

V Domu starejših občanov Fužine (Ljubljana) so se v letu 2007 odločili, da začnejo poglobljeno izobraževati kader, saj se je zanimanje za paliativno oskrbo povečalo. V letu 2010 so tako organizirano pristopili k projektu vpeljave paliativne oskrbe v delovanje doma. V letu 2012 jim je s preureditvijo prostorov uspelo pridobiti sobo za paliativno oskrbo, v katero je bilo vključenih 55 stanovalcev (Cecunjanin et al., 2013).

V času od 1. junija do 30. septembra 2009 je potekal pilotni projekt vpeljave organizirane paliativne oskrbe v ljubljansko, gorenjsko in pomursko regijo. V okviru projekta je bila osnovana skupna dokumentacija, sodelujoči so se dogovorili o standardni obravnavi, intenzivno so širili znanje, razumevanje in pomen paliativne oskrbe ter spodbudili njen razvoj na vseh ravneh obravnave. Sodelujoči so uresničili ambiciozen načrt: v desetih mesecih zasnovati in preizkusiti enoten model paliativne oskrbe v treh različnih regijah. Ob tem so potekali tudi različni programi izobraževanja (Lunder, 2011a). Pilotni projekt je zelo pripomogel k prepoznavnosti paliativne oskrbe v Sloveniji.

V Sloveniji so na voljo podiplomska izobraževanja za vse zdravstvene delavce, na Fakulteti za zdravstvo Jesenice pa tudi dodiplomsko izobraževanje za medicinske sestre (ibid). Specializacije paliativne oskrbe je v procesu priprave .

Na zgornjem Gorenjskem so leta 2011 organizirali 40-urno temeljno podiplomsko izobraževanje (šola Auda Sapere) iz paliativne oskrbe za zdravstveni kader in pridružene sodelavce paliativnega tima. Pobuda za izobraževanje je prišla s strani osebnih zdravnikov ter patronažnih medicinskih sester, ki se pri svojem delu srečujejo s pacienti z neozdravljivo kronično boleznijo in bi si želeli imeti več znanj za vodenje teh pacientov na domu. Program izobraževanja je bil povzet po Evropskem združenju za paliativno oskrbo, izvajalci pa so ga delno priredili za razmere v Sloveniji. Program izobraževanja je pokrival vse ključne vsebine temeljne paliativne oskrbe, vrednotili sta ga tudi obe zbornici, tako Zdravniška zbornica Slovenije kot tudi Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Lopuh, Zupančič, 2011).

V letu 2011 je bilo v okviru Ministrstva za zdravje izvedeno izobraževanje regijskih koordinatorjev, kjer je bil s strani zdravstvenih delavcev izkazan izredno velik interes. V letu 2012 pa je Ministrstvo za zdravje v sodelovanju s Splošno bolnišnico Jesenice imenovalo in zagotovilo delo državne koordinatorice paliativne oskrbe (Paliativna oskrba, 2013).

## 2.2 PALIATIVNI TIM

### 2.2.1 Splošna opredelitev in značilnosti tima

Človek je po naravi družbeno bitje, zato želi živeti v družbi in pri tem oblikovati mnogovrstne družbene odnose. Takšno je tudi delo v sodobnih razmerah. Večjih delovnih nalog posameznik ne more opraviti sam, temveč se mora povezovati in sodelovati z drugimi ljudmi (Mravljak, 2011).

Paliativna oskrba je aktivna, celostna obravnava pacienta z neozdravljivo boleznijo. Njen namen je vzdrževati optimalno kakovost življenja z upoštevanjem vseh pacientovih potreb ter pomagati svojcem med boleznijo in v času žalovanja. Pacientove potrebe naj bi zajemale zdravstveno nego, obvladovanje bolečine in drugih telesnih simptomov, lajšanje psihičnih, socialnih in duhovnih potreb. Paliativna oskrba mora biti neprekinjena, sodelovanje različnih strok oz. strokovnjakov z ustrezno izobrazbo s področja paliativne oskrbe pa usklajeno (Červek, 2009). Zato je za kakovostno in celovito obravnavo telesnih, psihičnih, socialnih in duhovnih potreb neozdravljivo bolnih nujno sodelovanje skupine strokovnjakov, ki so sposobni izvajati paliativno oskrbo (Jošt, Triller, 2007).

Tim je skupina, za katero je značilno, da sodeluje pri odločanju in medsebojni pomoči, pri opredeljevanju in doseganju ciljev. Namen navzočnosti v delovni skupini je, da se naučimo skupnega opravljanja nalog, da bolje spoznamo delo, da se obogatimo z idejami drugih in tako postanemo pri delu uspešnejši (Pajnikihar, 1999 povz. po Mravljak, 2011). Glavna prednost timskega dela v primerjavi z individualnim je zagotovo v tem, da »več glav več ve«, kar se kaže predvsem v sposobnosti članov, različnih vrstah znanja, izkušnjah, ustvarjalnosti posameznika, izobrazbi, ki jo imajo posamezni člani tima, kar posledično privede tudi do boljših rezultatov. Poleg vsega znanja in sposobnosti, ki jih imajo člani tima, je vredno omeniti tudi, da je na tak način izzvana večja ustvarjalnost člana tima (Bolta, 2006).



### 2.2.2 Vrste timov v zdravstveni organizaciji

V zdravstvenih organizacijah je veliko različnih vrst strokovnjakov, ki izvajajo naloge, povezane s pacienti. Najštevilčnejši kader je zaposlen na področju zdravstvene nege (medicinske sestre, zdravstveni tehniki), sledijo jim zdravniki, fizioterapevti, socialni delavci in drugi. To so različni profili strokovnjakov, ki so zaradi učinkovitejšega dela formirani v tim. Razvila sta se dva tima – zdravstveni in negovalni, ki se morata med seboj nenehno usklajevati in povezovati, saj lahko le tako opravljata delovne naloge na kakovostni ravni (Gobelšek, 2009).

Zdravstveni tim je sestavljen iz strokovnjakov različnih disciplin, zato ga imenujemo multidisciplinarni ali interdisciplinarni tim, poznamo pa tudi transdisciplinarni tim. Tim sestavljajo: zdravnik, medicinska sestra, zdravstveni tehnik, fizioterapevt, delovni terapevt, psiholog, socialni delavec in drugi. To so strokovnjaki, ki imajo pomembno vlogo pri reševanju zdravstvenih problemov (Pajnkihar, 1999 povz. po Balažič, 2011).

Multidisciplinarni tim izvaja bolj obširno in zapleteno delovno nalogo, zato ga predstavlja več ljudi z različnimi poklicnimi profili. Vsak od njih ima jasno opredeljene vloge in dolžnosti, vendar med člani ni pravega sodelovanja. To je le delovna skupina z navodili, krmiljena od zgoraj; od njenih članov se pričakuje samo to, da izpeljejo vsak svojo nalogo. Taka delovna skupina je konservativna, saj ne daje možnosti za ustvarjalnost in ne nudi prostora za razvojne spremembe. Člani skupine prepoznavajo le svoj odnos do delovne skupine, ne pa tudi medsebojnih odnosov. Morebitne konfliktna vsebine tako ostanejo neopažene in neizgovorjene (Praper, 2001 povz. po Dovč, 2005).

Transdisciplinarni tim je redka oblika sodelovanja. Dosega raven, na kateri se ob ohranjanju specifičnih razlik med člani ustvari visoka stopnja njihove notranje povezanosti. Razvijanje medosebne povezanosti s sodelovanjem pripelje do stopnje, ko je vsak član sposoben probleme reševati celostno in ne več le na osnovi svoje stroke (ibid.).

Interdisciplinarni tim predstavlja skupino posameznikov z različnimi znanji, ki delujejo skupaj kot razpoznavna skupina in sistem. Člani tima konstantno sodelujejo pri reševanju pacientovih problemov, ki so prezahtevni, da bi jih lahko rešil vsak posamezni član. Omogoča neposredno povezovanje več strok na novi ravni spoznavanja in ravnanja. Komunikacijo označuje nov timski jezik, ki presega strokovni jezik posamezne discipline in omogoča dogovarjanje. V takem timu vsakdo opravi svojo nalogo, o ocenah in mnenjih pa se prediskutira v timu, ki oblikuje skupno oceno in se odloči za nadaljnja dejanja. Komunikacija poteka v vodoravni smeri. Na eni strani tim ohranja delovno disciplino, na drugi strani pa spodbuja svoj razvoj in ustvarjalnost. Tim je odprt organizem, ki se uči in razvija (Praper, 2001 povz. po Dovč, 2005).

Tako zdravnik kot medicinska sestra imata natančno opredeljene delokroge in opravljata samostojne zdravstvene poklice, kar pomeni, da v zdravstvenem timu nastopata kot partnerja. Enakopravna vloga sodelujočih v timu pa vendarle ne izključuje strokovne hierarhije, ki izhaja iz odgovornosti in je eden od pogojev za učinkovito delovanje tima (Poredoš, 2006).

Filejeva (2006) ugotavlja, da je timsko delo v zdravstvu zaživelo le v redkih delovnih sredinah, čeprav so načela timskega dela iz teorije vsem dobro poznana – celo v takšni meri, da jih enostavno spregledamo. Vendar ni dovolj, da se načel le teoretično učimo, potrebno jih je prenesti v prakso ter se za timsko sodelovanje tudi usposobiti.

### 2.2.3 Timski pristopi v paliativni oskrbi

Paliativna oskrba predstavlja celoto, v kateri so vsi segmenti oskrbe med seboj povezani in usklajeni, interdisciplinarni timski pristop pa je osnovno izhodišče za razvoj paliativne zdravstvene nege, kjer se sestava tima prilagaja stanju in potrebam pacienta ter razpoložljivim sredstvom (Državni program paliativne oskrbe, 2010).

#### 2.2.4 Osnovni paliativni tim

Osnovni paliativni tim sestavlja skupina strokovnjakov, ki imajo dodatna znanja s področja paliativne oskrbe in deluje na primarni ravni in v institucionalnem varstvu. Osnovni paliativni tim tvorijo: zdravnik, medicinska sestra, patronažna medicinska sestra, socialni delavec, psiholog, po potrebi pa se vključijo še fizioterapevt, delovni terapevt, dietolog, duhovnik ter prostovoljci. Osnovni paliativni tim je izvajalec osnovne paliativne oskrbe in koordinator vseh drugih dejavnosti, ki jih pacient v paliativni oskrbi potrebuje (Jošt, Triler, 2007; Državni program paliativne oskrbe, 2010).

#### 2.2.5 Tim za specialistično paliativno oskrbo na primarni ravni zdravstvene dejavnosti

Tim za specialistično paliativno oskrbo skrbi za paliativno oskrbo na pacientovem domu, v negovalnih ustanovah, izvajalcih institucionalnega varstva v dnevni in celodnevni obliki ali v hospicu. Tim svetuje tistim, ki neposredno oskrbujejo ali skrbijo za pacienta. Svetuje in pomaga izvajalcem osnovne paliativne oskrbe in po potrebi sodeluje z drugimi strokovnjaki. V primeru, ko je potrebna bolnišnična paliativna oskrba, se posvetuje in dogovarja s specialističnim timom paliativne oskrbe iz bolnišnice. V specialističnem timu paliativne oskrbe na primarni ravni sodelujejo zdravnik družinske medicine, magister farmacije, patronažna medicinska sestra, socialni delavec, klinični psiholog, fizioterapevt, delovni terapevt, dietetik, predstavnik duhovne oskrbe in prostovoljci. Struktura tima se prilagaja potrebam posameznega pacienta in njegovih bližnjih. Tim na primarni ravni opravlja tudi funkcijo izobraževanja in raziskovanja. Vsi člani tima se za izvajanje paliativne oskrbe dodatno izobražujejo (načelo pridobivanja licence za delo) (Državni program paliativne oskrbe, 2010).

#### 2.2.6 Tim specialistične paliativne oskrbe na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti

Specialistični tim za paliativno oskrbo, ki deluje na sekundarni in terciarni ravni, deluje v bolnišnici in ima predvsem svetovalno in podporno vlogo. Oskrba pacienta je primarna odgovornost izbranega zdravnika oziroma lečečega zdravnika v bolnišnici in

negovalnega osebja, tim pa jih podpira in jim svetuje. V timu sodelujejo zdravnik, magister farmacije, medicinska sestra, patronažna medicinska sestra, socialni delavec, klinični psiholog, fizioterapevt, dietetik, predstavnik duhovne oskrbe in prostovoljci, glede na potrebe pacienta in njegovih bližnjih pa tudi drugi sodelavci, ki imajo za tovrstno delo ustrezna dodatna znanja. Specialistični tim za paliativno oskrbo opravlja tudi funkcijska usposabljanja, izobraževanja in raziskovanja (Državni program paliativne oskrbe, 2010).

Specialistični tim za paliativno oskrbo v bolnišnici ima tudi funkcijo mobilnega tima pri oskrbi pacienta na različnih ravneh obravnave. Njegova funkcija je svetovalna in izvajalska, npr. v primerih, ko gre za pacienta s težjimi in kompleksnimi težavami ter takrat, ko nastopi potreba po bolnišnični obravnavi. Mobilni tim za paliativno oskrbo se vključi v obravnavo pacienta na domu na predlog in po dogovoru s timom za paliativno oskrbo na primarni ravni (ibid).

#### 2.2.7 Specialistična enota/oddelek za paliativno oskrbo v bolnišnici

V tem okolju so predvidene postelje za paliativno oskrbo. Enote zahtevajo visoko usposobljen interdisciplinarni paliativni tim in so namenjene za oskrbo pacientov in njihovih bližnjih s težjimi in kompleksnimi telesnimi, psihološkimi, socialnimi in/ali duhovnimi potrebami in težavami. Specialistične enote paliativne oskrbe so tesno povezane z vrsto storitev, ki jih izvajata bolnišnica in lokalna skupnost. Običajno imajo zmogljivost 10 do 15 postelj in sprejemajo paciente, ki potrebujejo specialistično paliativno oskrbo. Število postelj v določeni regiji je odvisno od demografskega in socialno ekonomskega stanja ter od razpoložljivosti ostalih specialističnih paliativnih skrbstvenih dejavnosti. Izkustveni normativ za stacionarno namestitvev za izvajanje paliativne oskrbe je 80-100 postelj na milijon prebivalcev. Te enote opravljajo tudi svetovanje, funkcionalna usposabljanja, izobraževanje in raziskave. Pacienti v specialistične enote prihajajo po dveh poteh: iz drugih oddelkov bolnišnice po ugotovitvi potrebe s strani specialističnega tima za paliativno oskrbo ali izven bolnišnice po ugotovitvi specialističnega tima za paliativno oskrbo na primarni ravni (Državni program paliativne oskrbe, 2010).

## 2.3 PATRONAŽNO VARSTVO IN PALIATIVNA OSKRBA

### 2.3.1 Patronažno varstvo in paliativna zdravstvena nega

Šušteršič in sodelavci (2006) definirajo patronažno zdravstveno varstvo kot posebno obliko zdravstvenega varstva, ki opravlja aktivno zdravstveno in socialno varovanje posameznika, družine in skupnosti. Ti so zaradi bioloških lastnosti, določenih obolenj in nenavajenosti na novo okolje občutljivi za škodljive vplive iz okolja. Patronažno varstvo je organizirano kot samostojna služba ali organizacijska enota osnovnega zdravstvenega varstva v zdravstvenih domovih.

Patronažna zdravstvena nega je posebna oblika zdravstvene nege, ki se izvaja na pacientovem domu in v lokalni skupnosti oziroma okolju, kjer varovanci živijo. Subjekt obravnave v patronažnem varstvu ni samo posameznik, temveč po potrebi tudi družina in lokalna skupnost (Zavrl Džananović, 2010).

Paliativna zdravstvena nega in patronažna zdravstvena nega sta neločljivi. Dobro kakovost pacientovega življenja zagotavljajo pravočasno zaznavanje problemov, ustrezen načrt in pravilno izvajanje patronažne zdravstvene nege, ki pa mora biti prilagojeno fizičnemu in psihičnemu stanju pacienta. V načrt patronažne zdravstvene nege je za dobro kakovost pacientovega življenja pomembno vključevanje tudi pacientovih kulturnih in duhovnih potreb (Vrtovec, 2009).

Paliativna zdravstvena nega temelji na podpornem oz. suportivnem modelu zdravstvene nege, ki je izražen predvsem pri obravnavi pacientov v hospicu. Model je bil razvit na osnovi analize dela medicinskih sester na področju bolečine. Raziskava je pokazala šest medsebojno prepletenih dimenzij, ki usmerjajo paliativno zdravstveno nego: spoštovanje posameznika in prepoznavanje njegovih značilnosti in sposobnosti; povezovanje pacienta in družine; spodbujanje in podpora; pomoč pri fizičnih simptomih; postavljanje dogovorov, vodenje aktivnosti zdravstvene nege s spremljanjem pacienta in timsko delo pri iskanju pomena za življenje oz. smrt; ohranjanje integritete – čustva, samospoštovanje, psihofizična pripravljenost (Skela Savič, 2005a).

Poznavanje paliativne oskrbe in razumevanje procesa umiranja ter žalovanja je osnova za vsako patronažno medicinsko sestro kot nosilko patronažnega zdravstvenega varstva (Kos, 2007).

### 2.3.2 Pomen in vloga patronažne medicinske sestre v paliativnem zdravstvenem timu

Od vseh zdravstvenih delavcev, ki sodelujejo pri oskrbi pacienta v zadnjem stadiju oz. terminalni fazi življenja na pacientovem domu, je patronažna medicinska sestra tista, ki z umirajočim pacientom preživi največ časa. Pacient, ki umira, bolj kot kateri koli drug pacient potrebuje najkakovostnejšo zdravstveno nego, ki jo patronažna medicinska sestra zmore dajati (Vrtovec, 2009).

Medicinska sestra v patronažni dejavnosti ima osrednjo vlogo pri negi umirajočih pacientov na njihovih domovih ter skrbi za izboljšanje kakovosti njihovega življenja. Da doseže najboljše za umirajočega pacienta, je v njegovi bližini in bližini njegovih svojcev ter sodeluje z drugimi profesionalci v paliativnem timu (Karlsson et al., 2010).

Patronažna medicinska sestra k umirajočemu pristopa individualno in celostno. Vključuje ga v zdravstveno nego in mu prepušča možnost, da se sam odloča. Patronažna medicinska sestra pri vsakodnevnih aktivnostih v svoje delo z umirajočim vključuje tudi hierarhijo človekovih potreb po Maslowu, ki je po prioriteti prilagojena umirajočemu in njegovim potrebam (Hajdinjak, Meglič, 2006).

Ko se bolezen slabša in napreduje in se zaključi bolnišnično zdravljenje, patronažna medicinska sestra na osnovi delovnega naloga, ki ga izda zdravnik specialist ali pacientov osebni zdravnik, obišče umirajočega pacienta na njegovem domu. Pri pacientu izvaja medicinsko-tehnične posege po zdravnikovem naročilu, sama pa ugotavlja pacientove potrebe glede paliativne zdravstvene nege na domu. Potem ko patronažna medicinska sestra ugotovi pacientovo stanje, postavi negovalno diagnozo in skupaj s pacientom, če je to mogoče, izdelava ustrezen načrt zdravstvene nege, postavi cilje in začne vse to tudi izvajati ter sproti vrednotiti (Vrtovec, 2009). Njena vloga ob hudo bolnem pacientu je: upoštevanje etičnih načel in etičnega ravnanja, nudenje

aktivne in celostne oskrbe, obravnava bolečine in obvladovanje nadaljnjih spremljajočih simptomov ter zadovoljevanje psihičnih, socialnih in duhovnih potreb. Vloga patronažne medicinske sestre ob svojcih umirajočega pa je: upoštevanje etičnih načel in etičnega ravnanja, nudenje aktivne in celostne oskrbe, fizična razbremenitev, pogovor in empatičen odnos, spodbujanje komunikacije znotraj družine, spodbujanje svojcev, naj še naprej živijo svoje življenje, priprava svojcev na umiranje bližnjega oz. na njegovo smrt, podpora svojcem v času žalovanja (Kos, 2007). Patronažna medicinska sestra ima pomembno vlogo tudi pri zmanjševanju travme in stiske bližnjih, saj proces umiranja in z njim povezani simptomi ter doživljanje stiske ob koncu življenja lahko pustijo trajne vtise oz. posledice na vseh tistih, ki so ob pacientu in ob njem trpijo (White et al., 2004 povz. po Griggs, 2010). Doseganje vsega naštetega je možno le s terapevtskim medosebnim odnosom (ki vključuje empatijo, sočutje in iskrenost), s poslušanjem ter z odprto, tankočutno komunikacijo (Kos, 2007). Tudi Terbuc (2013) pravi, naj patronažne medicinske sestre zdravstveno nego izvajajo aktivno, celostno ter s strokovnim in srčnim človeškim pristopom, njen namen pa naj bo dvigovanje kakovosti oz. vrednosti preostanka življenja.

Za mnoge je smrt težavna, neprijetna, kočljiva tema – tema, ki prinaša žalost in depresijo. Prav zato ima pomembno vlogo patronažna medicinska sestra v paliativni oskrbi, ki ublaži to mišljenje in pomaga razumeti smrt (Davey, 2014).

Medicinske sestre v patronažni dejavnosti so tiste profesionalke v paliativnem timu, na katere se obračajo pacienti in svojci, kadar imajo vprašanja glede nege v odločilnem obdobju pacientovega življenja, ko je potrebna osebna pomoč (Erlen, 2005 povz. po Karlsson et al., 2010).

### 3 EMPIRIČNI DEL

#### 3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je predstaviti vlogo patronažne medicinske sestre v paliativnem timu. Prepoznati želimo mnenja patronažnih medicinskih sester o timskem delu v paliativni oskrbi in ugotoviti, kako ocenjujejo svojo vlogo ter usposobljenost za delo v paliativnem timu.

Cilji diplomskega dela:

1. Predstaviti vlogo patronažne medicinske sestre v paliativnem timu.
2. Ugotoviti, kako patronažne medicinske sestre ocenjujejo pomen timskega pristopa v paliativni oskrbi.
3. Ugotoviti, kako patronažne medicinske sestre ocenjujejo svoje profesionalno delo in doživljajo svojo vlogo v paliativnem timu.
4. Ugotoviti mnenja patronažnih medicinskih sester o znanju, usposobljenosti in potrebah po dodatnem usposabljanju za delo v paliativni oskrbi in paliativnem timu.

#### 3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

1. Kako so patronažne medicinske sestre vključene v obravnavo paliativnega pacienta z vidika timskega dela?
2. Kako patronažne medicinske sestre ocenjujejo dejansko vlogo, ki jo imajo v paliativni oskrbi in paliativnem timu?
3. Kakšna je vizija vloge patronažne medicinske sestre v paliativnem timu?
4. Katere prednosti patronažne medicinske sestre opažajo v timskem pristopu v paliativni oskrbi?
5. S kakšnimi ovirami se patronažne medicinske sestre srečujejo v paliativni zdravstveni negi z vidika timskega pristopa?
6. Kako patronažne medicinske sestre ocenjujejo usposobljenost in delo v paliativni oskrbi in paliativnem timu?



### 3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

#### 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Uporabili smo deskriptivno opisno metodo kvantitativnega empiričnega raziskovanja. Za pripravo teoretičnega in empiričnega dela naloge smo glede na obravnavano temo poiskali, pregledali in uporabili znanstvene in strokovne članke. Za iskanje slovenske strokovne literature smo uporabili virtualno knjižnico Slovenije – COBISS. V slovenskih podatkovnih bazah smo iskali gradivo z naslednjimi ključnimi besedami: paliativna oskrba, paliativna zdravstvena nega, patronažna medicinska sestra, patronažno varstvo, paliativni tim. V mednarodnih podatkovnih bazah CINAHL, PubMed, SpringerLink pa smo poiskali literaturo z naslednjimi ključnimi besedami: palliative care, home care nurse, nursing, palliative teame.

#### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za raziskovalni del diplomske naloge smo kot raziskovalni instrument uporabili vprašalnik strukturiranega tipa, ki smo ga razdelili med izvajalce patronažnega varstva v Osnovnem zdravstvu Gorenjske (OZG) in Zasebnega patronažnega varstva. Sestavili smo ga na podlagi pregleda slovenske literature (Peternelj, 2011; Vrtovec 2010; Petrovič, 2010; Benedik, 2011; Mravljak, 2011; Terbuc, 2013). Vprašalnik je bil anonimen. Zajemal je demografske podatke (spol, izobrazbo in delovno dobo) ter vprašanja o vlogi patronažne medicinske sestre v paliativnem timu, pomen timskega pristopa v paliativni zdravstveni negi, oceno o profesionalnosti, usposobljenosti ter potrebah po dodatnem izobraževanju patronažnih medicinskih sester v paliativni zdravstveni negi. Vprašanja so bila zaprtega, polodprtega in odprtega tipa. Uporabili smo Likertovo lestvico stališč. Zanesljivost merskega instrumenta smo preverili s Cronbachovim koeficientom  $\alpha$  (alfa). Vrednost koeficienta  $\alpha < 0,5$  je nespremenljiva,  $0,5 < \alpha < 0,6$  je slaba,  $0,6 < \alpha < 0,7$  je spremenljiva,  $0,7 < \alpha < 0,9$  je dobra,  $\alpha > 0,9$  pa je odlična (Ojsteršek, Škrjanec, 2012). Rezultat testa je pokazal, da vrednost Cronbachovega koeficienta  $\alpha$  znaša 0,814, kar pomeni, da je zanesljivost vprašalnika dobra.

**Tabela 1: Test zanesljivosti merskega instrumenta**

Test zanesljivosti	
Cronbachova alfa	Število vprašanj
0,814	71

### 3.3.3 Opis vzorca

Vzorec, ki smo ga uporabili v raziskavi, je bil nenaključen, namenski. V raziskavo smo vključili 50 patronažnih medicinskih sester (PMS) v zdravstvenih domovih (ZD) OZG (ZD Jesenice – 11 (22 %), ZD Kranj – 26 (52 %), ZD Škofja Loka 6 – (12 %)) in tudi patronažne medicinske sestre, zaposlene v Zasebnem patronažnem varstvu Kranj – 7 (14 %). Razdelili smo 50 anketnih vprašalnikov, vrnjenih smo dobili 50, kar predstavlja 100-odstotno realizacijo vzorca. Vsi vprašalniki so bili pravilno izpolnjeni in zajeti v statistično obdelavo podatkov.

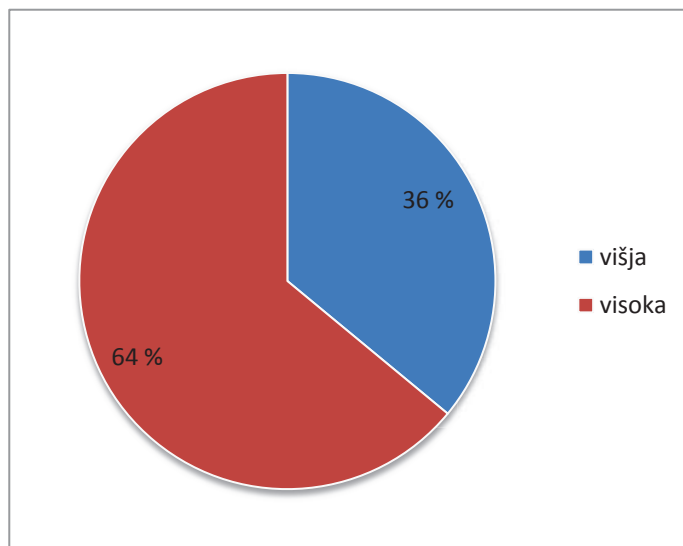
Vse anketiranke so bile ženskega spola. Starostno strukturo patronažnih medicinskih sester si lahko ogledamo v tabeli 2. 26 % vseh anketirank je bilo starih 51 let ali več, 32 % anketirank je bilo zajetih v starostni razred od 41 do 50 let, 40 % anketirank je bilo zajetih v starostnem razredu od 31 do 40 let, v najmlajšem starostnem razredu od 20 do 30 let pa je bila le ena anketiranka – 2 %. Povprečna delovna doba anketirank je 23,10 let. Povprečna delovna doba anketirank v patronažnem varstvu pa je 16 let.

**Tabela 2: Starostna struktura anketiranih patronažnih medicinskih sester**

Leta starosti	N	%
do 30 let	1	2
od 31 do 40 let	20	40
od 41 do 50 let	16	32
51 let in več	13	26

N – število odgovorov; % – odstotek

Slika 1 prikazuje stopnjo izobrazbe anketiranih patronažnih medicinskih sester. Največ anketirank, zajetih v vzorec, je imelo visoko izobrazbo (64 %), višjo izobrazbo je imelo 36 % anketiranih.



**Slika 1: Stopnja izobrazbe**

#### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

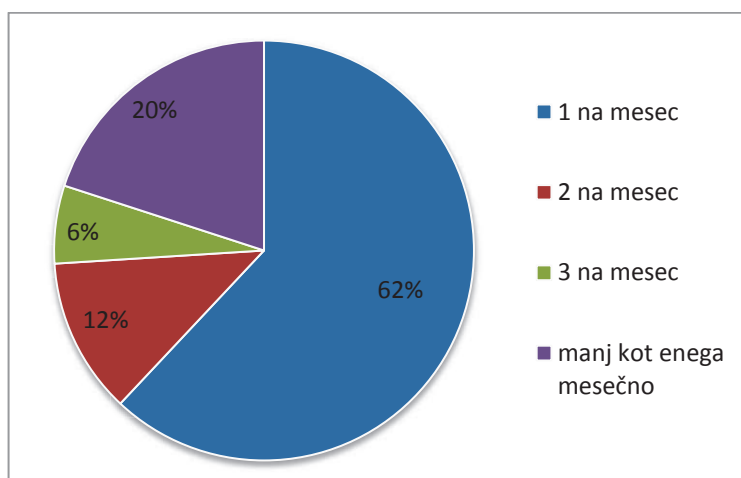
Najprej smo vprašalnik sestavili v pilotni obliki in ga praktično preizkusili. Vprašalnik sta pilotno izpolnili patronažni medicinski sestri iz ZD Kranj. Ker glede vprašalnika nista imeli pripomb, smo sklepali, da je vprašalnik vsebinsko razumljiv in primeren za anketiranje. Anketiranje smo izvedli po pridobitvi soglasij vodstva vseh Zdravstvenih domov OZG in soglasij zaposlenih v zasebnem patronažnem varstvu. Anketne vprašalnike smo po predhodnem dogovoru z vodji posameznih služb v patronažnem varstvu poslali po pošti. Izpolnjene vprašalnike so nam ravno tako vrnilo po pošti. Pri sodelovanju v raziskavi smo anketirankam zagotovili anonimnost. Raziskava je potekala od 6. 3. 2014 do vključno 18. 4. 2014. Podatke, ki smo jih pridobili s pomočjo anketnega vprašalnika, smo statistično obdelali s pomočjo programa SPSS 18.0. Uporabili smo opisno statistiko, pri spremenljivkah smo uporabili frekvence, odstotke, povprečno vrednost in standardni odklon. Na podlagi pridobljenih odgovorov, ki smo jih obdelali z opisnimi statistikami, smo ugotavljali statistično pomembne razlike s t-testom. Statistično pomembnost je predstavljala p vrednost  $\leq 0,05$ . Odprta vprašanja

smo analizirali s kvalitativno analizo besedil, podatke smo predstavili s pomočjo slik in tabel.

### 3.4 REZULTATI

Glede na zastavljene cilje in raziskovalna vprašanja so v nadaljevanju podrobneje predstavljeni rezultati raziskave.

Na sliki 2 vidimo odstotek delovnih nalogov, ki jih v enem mesecu prejmejo anketiranke od družinskih/osebnih zdravnikov za obisk pacientov na domu, ki prvič potrebujejo paliativno zdravstveno nego. Največ anketirank, tj. 62 %, je zapisalo, da prejmejo en delovni nalog mesečno, 12 % dva delovna naloga na mesec, 6 % tri delovne naloge na mesec. Pod drugo je 20 % patronažnih medicinskih sester zapisalo, da dobijo manj kot en delovni nalog mesečno.



**Slika 2: Pogostost prejema delovnih nalogov za izvajanje prve paliativne zdravstvene nege**

Tabela 3 prikazuje pogostost obiskov, ki jih anketirane patronažne medicinske sestre opravijo pri pacientih, ki potrebujejo paliativno zdravstveno nego. Iz tabele je razvidno, da so se anketiranke najbolj pogosto (PV = 3,89) opredelile, da obiščejo pacienta po potrebi. Sledita odgovora nekajkrat tedensko (PV = 3,52) in dnevno (PV = 3,21), najmanj pogosta sta odgovora nekajkrat na mesec (PV = 2,12) ter enkrat na mesec (PV

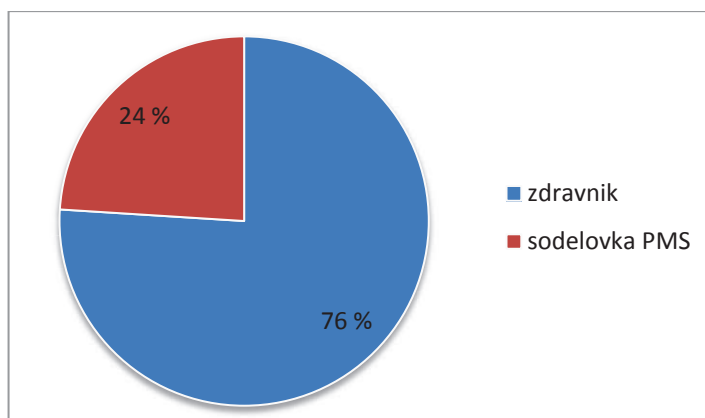
= 1,78). Najbolj enotne so patronažne medicinske sestre pri odgovoru enkrat na mesec (SO = 0,90), najmanj enotne pa pri odgovoru dnevno (SO = 1,54).

**Tabela 3: Pogostost obiskov patronažnih medicinskih sester pri pacientih, ki potrebujejo paliativno zdravstveno nego**

	N	Min	Max	PV	SO
dnevno	50	1	5	3,21	1,54
nekajkrat na teden	50	1	5	3,52	1,26
enkrat tedensko	50	1	5	2,78	1,21
nekajkrat na mesec	50	1	4	2,12	1,02
enkrat na mesec	50	1	4	1,78	0,90
po potrebi	50	1	5	3,89	1,32

N – število odgovorov; Min – minimalna vrednost; Max – maksimalna vrednost; PV – povprečna vrednost; SO – standardni odklon; Lestvica: 1 – nikoli, 2 – skoraj nikoli, 3 – redko, 4 – pogosto, 5 – najbolj pogosto

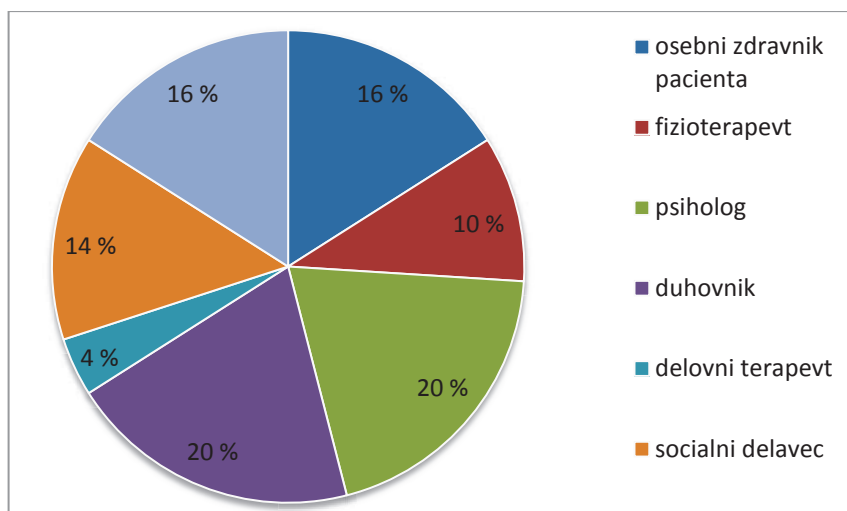
Slika 3 prikazuje odstotek odgovorov anketirank na odprto vprašanje, s kom najbolj pogosto sodelujete v paliativnem timu. 76 % jih je odgovorilo, da sodelujejo najbolj pogosto z zdravnikom, 24 % anketirank pa sodeluje s sodelavkami – patronažnimi medicinskimi sestrami.



**Slika 3: Člani paliativnega tima, s katerimi patronažne medicinske sestre najpogosteje sodelujejo**

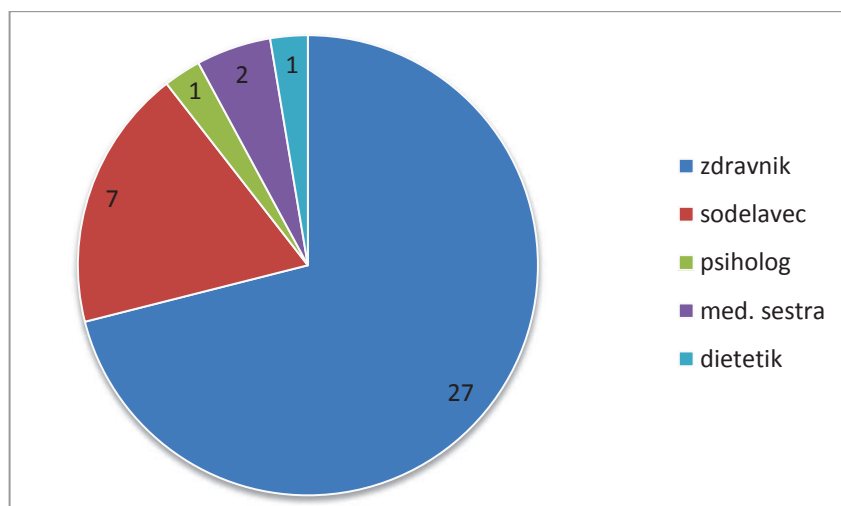
Slika 4 prikazuje odstotek odgovorov anketirank na odprto vprašanje, s kom v paliativnem timu sodelujejo najmanj pogosto. Da sodelujejo najmanj pogosto s

psihologom in duhovnikom je zapisalo 20 % anketiranih, z osebnim zdravnikom pacienta je zapisalo 16 %, z dietetikom prav tako 16 %, s socialnim delavcem 14 %, s fizioterapevtom 10 % in z delovnim terapevtom 4 % anketirank.



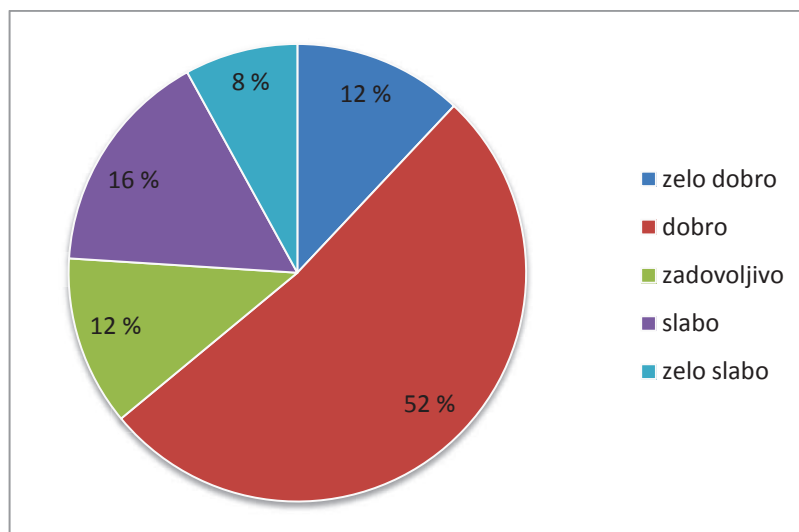
**Slika 4: Člani paliativnega tima, s katerimi patронаžne medicinske sestre sodelujejo najmanj pogosto**

Slika 5 prikazuje odgovore patронаžnih medicinskih sester na odprto vprašanje – podpora katerega zdravstvenega delavca bi bila najpomembnejša. Na to vprašanje smo dobili 38 odgovorov: 27 anketirank meni, da bi bila najpomembnejša podpora zdravnika, sledi podpora sodelavca, medicinske sestre, psihologa in dietetika.



**Slika 5: Podpora zdravstvenega (so)delavca, ki je po mnenju patронаžnih medicinskih sester najpomembnejša**

Slika 6 prikazuje splošno oceno patronažnih medicinskih sester o sodelovanju z drugimi člani paliativnega tima. Na vprašanje smo dobili 50 odgovorov, in sicer je 52 % anketirank sodelovanje ocenilo kot dobro, 16 % kot slabo, 12 % kot zelo dobro in zadovoljivo ter 8 % kot zelo slabo. Povprečna ocena sodelovanja se giblje med slabo in zadovoljivo vrednostjo (PV = 2,56; SO = 1,15).



**Slika 6: Ocena sodelovanja z drugimi člani paliativnega tima**

Tabela 4 prikazuje osebe, ki vključujejo patronažno medicinsko sestro v paliativni tim. Iz tabele je razvidno, da anketiranke v paliativni tim najpogosteje (PV = 4,24) vključuje pacientov osebni oz. družinski zdravnik. Pri tem mnenju so si anketiranke tudi najbolj enotne (SO = 0,85). Najmanj se anketiranke vključujejo preko socialnih delavcev (PV = 1,67).

**Tabela 4: Vključevanje patronažne medicinske sestre v paliativni tim**

	N	Min	Max	PV	SO
pacientov osebni, družinski zdravnik	50	2	5	4,24	0,85
medicinska sestra v ambulanti družinske medicine	50	1	5	2,22	1,08
medicinska sestra v bolnišnici (koordinator odpusta)	50	2	5	3,70	0,89
zdravnik v bolnišnici	50	1	5	2,69	1,35
svojci	50	1	5	2,62	1,11

	N	Min	Max	PV	SO
socialni delavec	50	1	4	1,67	0,87
pacient sam	50	1	5	1,78	1,13

N – število odgovorov; Min – minimalna vrednost; Max – maksimalna vrednost; PV – povprečna vrednost; SO – standardni odklon; Lestvica: 1 – nikoli, 2 – skoraj nikoli, 3 – redko, 4 – pogosto, 5 – najbolj pogosto

Iz tabele 5 je razvidno mnenje patronažnih medicinskih sester o sodelovanju z ostalimi člani paliativnega tima. Patronažne medicinske sestre najpogosteje (PV = 4,34) sodelujejo s pacientovim izbranim osebnim zdravnikom, s katerim se posvetujejo o nadaljnji obravnavi pacienta. Najmanj pa patronažne medicinske sestre sodelujejo z duhovnikom (PV = 1,18). Medicinske sestre v statistično pomembno večji meri poiščejo informacije o pacientu ( $t = 4,611$ ;  $p = 0,001$ ), se posvetujejo o nadaljnji obravnavi ( $t = 8,155$ ;  $p = 0,001$ ) pri izbranem osebnem zdravniku kot obratno. Prav tako statistično pomembno se v večji meri strinjajo, da pri medicinski sestri v ambulanti poiščejo informacije in se posvetujejo o negi pacienta ( $t = 2,538$ ;  $p = 0,015$ ), da poiščejo informacije pri psihologu ( $t = 2,611$ ;  $p = 0,012$ ) in dietetiku ( $t = 3,891$ ;  $p = 0,001$ ). Pri ostalih trditvah statistično pomembnih razlik nismo dokazali.

**Tabela 5: Ocena patronažnih medicinskih sester o sodelovanju z drugimi člani paliativnega tima**

TRDITVE	N	Min	Max	PV	SO	t p
Pri pacientovem izbranem osebnem zdravniku poiščem informacije o pacientu.	50	2	5	4,08	0,98	4,611 0,001
Pacientov izbrani osebni zdravnik pri meni poišče informacije o pacientu.	48	1	5	3,18	0,98	
S pacientovim izbranim osebnim zdravnikom se posvetujem o nadaljnji obravnavi pacienta.	49	2	5	4,34	0,77	8,155 0,001
Pacientov izbrani osebni zdravnik se posvetuje z menoj o nadaljnji obravnavi pacienta.	48	1	5	3,1	1,03	
Z izbranim osebnim zdravnikom občasno skupaj obiševeva paciente v PO.	48	1	5	2,5	1,01	/



TRDITVE	N	Min	Max	PV	SO	t p
Pri medicinski sestri v ambulanti poiščem informacije, se posvetujem o pacientovi zdravstveni negi.	50	1	5	2,52	1,05	2,538 <b>0,015</b>
Medicinska sestra v ambulanti poišče informacije, se posvetuje z menoj o pacientovi zdravstveni negi.	50	1	5	2,14	1,11	
Pri medicinski sestri v bolnišnici (koordinator odpusta) poiščem informacije, se posvetujem o pacientovi zdravstveni negi.	50	1	5	2,79	1,25	-0,24 0,811
Medicinska sestra v bolnišnici (koordinator odpusta) pogosto poišče informacije, se posvetuje z menoj o pacientovi zdravstveni negi.	50	1	5	2,79	1,27	
Pri psihologu poiščem informacije ali se z njim posvetujem.	48	1	5	1,62	1,11	2,611 <b>0,012</b>
Psiholog poišče informacije ali se posvetuje z menoj.	48	1	4	1,31	0,78	
Informacije, posvet z verskega področja poiščem pri duhovniku.	48	1	4	1,31	0,75	1,77 0,083
Duhovnik poišče informacije ali pa se o pacientu posvetuje z menoj.	48	1	4	1,18	0,61	
Pri socialnem delavcu poiščem informacije ter se z njim posvetujem.	48	1	4	1,6	0,76	-0,227 0,821
Socialni delavec poišče informacije ali pa se o pacientu posvetuje z menoj.	48	1	4	1,62	0,89	
Pri pacientovem dietetiku poiščem informacije ter se z njim posvetujem.	48	1	3	1,54	0,74	3,891 <b>0,001</b>
Dietetik poišče informacije ali pa se o pacientu posvetuje z menoj.	47	1	3	1,21	0,54	

N – število odgovorov; Min – minimalna vrednost; Max – maksimalna vrednost; PV – povprečna vrednost; SO – standardni odklon; t – t-test; p – statistična pomembnost; Lestvica: 1 – se popolnoma ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – se strinjam niti se ne strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam

Anketirankam smo postavili odprto vprašanje o tem, katere so prednosti dela v paliativnem timu in kaj menijo o njih (tabela 6). Odgovore, ki smo jih dobili od 50 anketirank, smo kodirali in uredili v kategorije. Iz odgovorov smo določili sedem

vsebinskih kod, ki smo jih uvrstili v dve kategoriji: holistična obravnava pacienta in kakovostno zdravstveno-vzgojno delo in paliativna zdravstvena nega pacienta.

**Tabela 6: Prednosti dela v paliativnem timu**

KODE	KATEGORIJE
oskrba pacienta in njegovih svojcev	holistična obravnava pacienta
redno, kontinuirano spremljanje pacientovega stanja	
boljše fizično in psihično počutje pacienta	
zaupanje pacienta in svojcev	
možnost posvetovanja, sodelovanja	učinkovitost in zadovoljstvo z delom
sprotno reševanje problemov	

Na odprto vprašanje, katere so ovire (slabosti) pri delu v paliativnem timu (tabela 7), je odgovorilo 50 anketirank. Odgovori so razvrščeni v osem vsebinskih kod, ki smo jih uvrstili v tri kategorije: sodelovanje – odnosi, organizacija dela in izobraževanje.

**Tabela 7: Ovire (slabosti) pri delu v paliativnem timu**

KODE	KATEGORIJE
premalo sodelovanja med timom	sodelovanje – odnosi
neenotnost/nestrinjanja	
nepovezanost tima s pacientovim osebnim zdravnikom	
slaba komunikacija	
časovna omejitev	organizacija dela
ni točnih navodil	
slabi pogoji dela	
neznanje	izobraževanje

Tabela 8 predstavlja rezultate oz. stopnjo strinjanja patronažnih medicinskih sester s trditvami o timskem delu. Najvišje (PV = 4,64) sta ocenjeni trditvi o »pomembnosti timskega dela v paliativni oskrbi pacienta in o potrebi po takojšnji oz. začetni

vklučenosti patronažnih medicinskih sester v paliativni tim«. V obeh trditvah so odgovori patronažnih medicinskih sester tudi najbolj enotni (SO = 0,63). Najmanj pa se strinjajo s trditvijo, da se v paliativnem timu počutijo enakovredne članice tima (PV = 3,59; SO = 0,93).

**Tabela 8: Stališča o timskem delu v paliativni oskrbi**

TRDITVE	N	Min	Max	PV	SO
Timsko delo je v paliativni oskrbi pacienta zelo pomembno.	50	3	5	4,64	0,63
PMS mora biti že od samega začetka paliativne obravnave vključena v paliativni tim.	50	3	5	4,64	0,63
Sodelovanje s timom, ki je na terenu (osebni zdravnik, socialna delavka, duhovnik ...), pripomore h kakovostni obravnavi pacienta.	50	2	5	4,22	0,79
Podpora paliativnega tima mi daje občutek varnosti, večje gotovosti in samozavesti pri opravljanju strokovnega dela v paliativni zdravstveni negi.	50	3	5	4,2	0,72
V paliativnem timu se počutim enakovredna članica tima.	50	2	5	3,59	0,93
V paliativnem timu upoštevajo moje znanje, prislusneje mojim izkušnjam in predlogom v obravnavi pacienta.	50	2	5	3,79	0,91

N – število odgovorov; Min – minimalna vrednost; Max – maksimalna vrednost; PV – povprečna vrednost; SO – standardni odklon; Lestvica: 1 – se popolnoma ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – se strinjam niti se ne strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam

Preverjali smo statistično pomembne razlike med dvema starostnima skupinama anketirank, in sicer pri trditvah o stališčih anketirank o timskem delu v paliativni oskrbi. Uporabili smo t-test. V prvi skupini so bile anketiranke do 45 let, v drugi pa anketiranke nad 45 let. Ugotovili smo, da se s trditvijo »Timsko delo je v paliativni oskrbi pacienta zelo pomembno« ( $t = -1,894$ ;  $p = 0,031$ ) in trditvijo »Podpora paliativnega tima mi daje občutek varnosti, večje gotovosti in samozavesti pri opravljanju strokovnega dela v paliativni zdravstveni negi« ( $t = -2,105$ ;  $p = 0,021$ ) statistično pomembno bolj strinjajo anketiranke do 45 let. Pri ostalih trditvah statistično pomembnih razlik nismo ugotovili.

Tabela 9 predstavlja rezultate o viziji patronažne medicinske sestre v paliativnem timu. Pri trditvi »Strokovno bi bilo najbolj sprejemljivo, da je koordinatorica paliativnega tima patronažna medicinska sestra« (PV = 3,69) smo dobili najbolj enotne odgovore

(SO = 1,08). Anketiranke se najmanj strinjajo s trditvijo »Pripravljena bi bila prevzeti funkcijo koordinatorice v PT« (PV = 2,42; SO = 1,09). Statistično pomembnih razlik nismo ugotovili med trditvama »Strokovno bi bilo najbolj sprejemljivo, da je koordinatorica paliativnega tima PMS« in trditvijo »Pripravljena bi bila prevzeti funkcijo koordinatorice v PT«. Prav tako statistično pomembnih razlik nismo ugotovili med trditvama »Za funkcijo koordinatorice PT sem dovolj usposobljena« in trditvijo »Menim, da imam za funkcijo koordinatorice PT dovolj vodstvenih sposobnosti«.

**Tabela 9: Vloga koordinatorja v paliativnem timu**

TRDITVE	N	Min	Max	PV	SO	t	p
Strokovno bi bilo najbolj sprejemljivo, da je koordinatorica paliativnega tima PMS.	50	1	5	3,69	1,08	6,795	0,287
Pripravljena bi bila prevzeti funkcijo koordinatorice v PT.	50	1	5	2,42	1,09		
Za funkcijo koordinatorice PT sem dovolj usposobljena.	50	1	5	2,63	1,09	3,066	0,877
Menim, da imam za funkcijo koordinatorice PT dovolj vodstvenih sposobnosti.	50	1	5	2,37	1,16		

N – število odgovorov; Min – minimalna vrednost; Max – maksimalna vrednost; PV – povprečna vrednost; SO – standardni odklon; t – t-test; p – statistična pomembnost; Lestvica: 1 – se popolnoma ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – se strinjam niti se ne strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam

Preverjali smo statistično pomembne razlike med dvema starostnima skupinama anketirank, in sicer pri trditvah o vlogi koordinatorja v paliativnem timu. V prvi skupini so bile anketiranke do 45 let, v drugi pa anketiranke nad 45 let. Statistično pomembnih razlik med skupinama nismo ugotovili.

Tabela 10 prikazuje, kako patronažne medicinske sestre rešujejo probleme in stiske v praksi ter kako bi jih želele reševati. Patronažne medicinske sestre v največji meri (PV = 4,52) težave in stiske dejansko rešujejo tako, da se pogovorijo s sodelavkami/-ci. Pri tem odgovoru so si bile tudi najbolj enotne (SO = 0,81). V največji meri (PV = 4,32) se s to trditvijo strinjajo tudi kot z želeno obliko reševanja problemov in stisk. Prav tako so

si bile tudi pri tem odgovoru najbolj enotne (SO = 0,76). Rezultati kažejo, da statistično značilne razlike med dejanskim in želenim stanjem obstajajo pri trditvah: »se pogovorim na sestankih paliativnega tima« ( $t = -4,039$ ;  $p = 0,001$ ), »se pogovorim na intervizijskih in supervizijskih srečanjih« ( $t = -6,101$ ;  $p = 0,001$ ), »se osebno pogovorim z enim od članov paliativnega tima« ( $t = -2,109$ ;  $p = 0,040$ ) in trditvi »se pogovorim s sodelavkami/-ci v patronažni službi« ( $t = 2,021$ ;  $p = 0,049$ ). Pri trditvi »se pogovorim s svojimi nadrejenimi« statistično pomembnih razlik nismo ugotovili ( $t = 0,131$ ;  $p = 0,896$ ).

**Tabela 10: Reševanje problemov in stisk – dejansko in želeno stanje**

	STANJE	N	Min	Max	PV	SO	t p
se pogovorim na sestankih paliativnega tima	dejansko	44	1	5	2,93	1,42	-4,039 0,001
	želeno	44	1	5	3,93	1,06	
se osebno pogovorim z enim od članov paliativnega tima	dejansko	48	1	5	3,58	1,23	-2,109 0,040
	želeno	48	2	5	3,97	0,93	
se pogovorim s sodelavkami/-ci v patronažni službi	dejansko	50	1	5	4,52	0,81	2,021 0,049
	želeno	50	3	5	4,32	0,76	
se pogovorim s svojimi nadrejenimi	dejansko	46	1	5	3,5	1,27	0,131 0,896
	želeno	46	1	5	3,47	1,36	
se pogovorim na intervizijskih in supervizijskih srečanjih	dejansko	47	1	5	1,97	1,22	-6,101 0,001
	želeno	47	1	5	3,36	1,29	

N – število odgovorov; Min – minimalna vrednost; Max – maksimalna vrednost; PV – povprečna vrednost; SO – standardni odklon; t – t-test; p – statistična pomembnost; Lestvica: 1 – se popolnoma ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – se strinjam niti se ne strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam

Tabela 11 predstavlja rezultate oz. stopnjo strinjanja patronažnih medicinskih sester s trditvami o znanju patronažnih medicinskih sester o paliativni oskrbi. Najvišjo povprečno vrednost (PV = 4,25) ima trditev »Z dodatnimi znanji bi bila uspešnejša pri obravnavi pacientov, ki so vključeni v paliativno oskrbo«. Pri tej trditvi so patronažne medicinske sestre tudi najbolj enotne (SO = 0,69). Najmanj pa se strinjajo s trditvijo, da

so s formalnim izobraževanjem pridobile dovolj znanja o paliativni oskrbi (PV = 2,65; SO = 1,09).

**Tabela 11: Izobraževanje**

TRDITVE	N	Min	Max	PV	SO
S formalnim izobraževanjem sem pridobila dovolj znanja o paliativni oskrbi.	50	1	5	2,65	1,09
Z neformalnimi oblikami izobraževanja (seminarji, strokovna srečanja ...) sem pridobila dovolj znanja o paliativni oskrbi.	50	2	5	3,39	0,73
Moje znanje o paliativni oskrbi je odlično.	50	1	5	3,27	0,89
Z dodatnimi znanji bi bila uspešnejša pri obravnavi pacientov, ki so vključeni v paliativno oskrbo.	50	2	5	4,25	0,69
Z dodatnimi izkušnjami bi bila uspešnejša pri obravnavi pacientov, ki so vključeni v paliativno oskrbo.	50	2	5	4,12	0,76
Na supervizijskih in intervizijskih srečanjih bi pridobila dodatna znanja in izkušnje.	50	1	5	3,77	1,17
Na sestankih paliativnega tima bi pridobila dodatna znanja in izkušnje.	50	1	5	4,1	0,91

N – število odgovorov; Min – minimalna vrednost; Max – maksimalna vrednost; PV – povprečna vrednost; SO – standardni odklon;

### 3.5 RAZPRAVA

Celostna obravnava pacienta v paliativni oskrbi je možna le z dobrim timskim delom. Cilj raziskave je bil predstaviti in ugotoviti vlogo patronažnih medicinskih sester v paliativnem timu.

V raziskavi patronažne medicinske sestre navajajo, da dobijo mesečno povprečno en nov delovni nalog za prvi obisk pacienta, ki potrebuje paliativno zdravstveno nego. Največ pacientov obiščejo patronažne medicinske sestre nekajkrat na teden oziroma po potrebi. Zaradi povečanih in prepoznanih potreb po paliativni zdravstveni negi je s 1. 1. 2013 Zavod za zdravstveno varstvo Slovenije (ZZZS) za patronažno dejavnost uvedel dve novi šifri storitev – 92015 (paliativni patronažni obisk in nega na domu višje medicinske sestre) in 92106 (paliativni patronažni obisk in nega na domu višje medicinske sestre v oddaljenem kraju) – ki sistemsko uvrščata in utemeljujeta paliativno

obravnavo oziroma obiske patronažne medicinske sestre po naročilu zdravnika, torej v skladu z delovnim nalogom (Berčan, 2013). O naraščanju števila patronažnih obiskov govori tudi Berčan (2013), ki iz primerjave dveh različnih virov sklepa in opozarja na porast števila obravnav paliativnih pacientov v domačem okolju. Pravi, da je bilo v obdobju od 1. 1. 2013 do 31. 5. 2013 po podatkih ZZZS evidentiranih 1984 prvih in ponovnih paliativnih patronažnih obiskov na pacientovem domu. Za primerjavo: v letu 2011 je bilo po podatkih Zdravstvenega statističnega letopisa pri zdravstveno-negovalni intervenciji »nega umirajočega« zabeleženih 1.912 patronažnih obiskov, kar dokazuje porast števila pacientov, ki potrebujejo paliativno zdravstveno nego (ibid).

Ko se patronažna medicinska sestra vključi v paliativno zdravstveno nego pacienta, postane del paliativnega tima. Med vsemi člani paliativnega tima, patronažne medicinske sestre v naši raziskavi izpostavljajo najpogostejše sodelovanje z osebnim zdravnikom pacienta. S strani družinskega zdravnika pacienta, so tudi najpogosteje vključene v paliativni tim. O vsakodnevni tesni povezanosti dela patronažne medicinske sestre in družinskega zdravnika, ki izhaja iz narave in organizacije dela govori tudi Ivetić (2008), ki poudari, da zdravljenje na domu umirajočega pacienta načrtuje in vodi družinski zdravnik, ki ga tudi izvaja, negovalni del oskrbe pacienta pa načrtuje in izvaja patronažna medicinska sestra. Večina anketirank se s pacientovim izbranim družinskim zdravnikom posvetuje o nadaljnji obravnavi pacienta oziroma pri izbranem družinskem zdravniku poišče informacije o pacientu. Pri tem pa ugotavljamo, da patronažne medicinske sestre v primerjavi z družinskim zdravnikom v statistično pomembno večji meri poiščejo informacije in se z izbranim družinskim zdravnikom posvetujejo o nadaljnji obravnavi pacienta. Redki so tudi skupni obiski pacienta na domu. Metlikovič (2011) pravi, da je po odpustu pacienta iz bolnišnice običajno patronažna medicinska sestra prva, ki pride v družino, oceni potrebe in se poveže z družinskim zdravnikom. Ugotavlja, da poteka komunikacija patronažne medicinske sestre z družinskim zdravnikom predvsem po telefonu. Kljub načrtovanim skupnim obiskom patronažne medicinske sestre in družinskega zdravnika lahko iz naše raziskave sklepamo, da tovrstno sodelovanje v timu še ni v polnosti zaživelo. Ivetić (2008) meni, da je sodelovanje družinskega zdravnika s patronažno medicinsko sestro pomembno, saj ob svojem stiku z umirajočim pacientom družinski zdravnik ne zdravi le pacientovih

telesnih težav, temveč ga obravnava v okolju, kjer živi. Če družinski zdravnik zna prisluhniti patronažni medicinski sestri ter upošteva njeno usposobljenost in znanje, bodo njegovi pacienti zagotovo deležni zdravstvene nege v večjem obsegu in boljše kakovosti, kot bi jo bili sicer. Logondrova (2004) poudarja, da medicinska sestra s pacientom in njegovimi svojci preživi bistveno več časa kot družinski zdravnik, zato je tako v bolnišnici kot na domu vezni člen med družinskim zdravnikom, pacientom in svojci.

Temelj za kakovostno paliativno zdravstveno nego pacienta predstavlja dobra komunikacija in sodelovanje s koordinatorjem odpusta (Peternelj, 2011). V raziskavi ugotavljamo, da se v nekoliko manjši meri, kot s strani družinskega zdravnika vključujejo patronažne medicinske sestre v paliativni tim s strani koordinatorja odpusta v bolnišnici. Sodelovanju bi bilo treba v prihodnosti nameniti več pozornosti, saj Peterneljeva (2011) ugotavlja, da je kar 60 % svojcev ob odpustu sorodnika iz bolnišnice ocenilo, da bodo potrebovali pomoč pri negi in oskrbi, 56 % pa psihično podporo. Za uresničitev opisanih potreb je prvi pogoj dobro sodelovanje s patronažno medicinsko sestro. Ob sicer na splošno dobrem sodelovanju pa med najpogostejšimi ovirami omenja Peterneljeva (2011) tudi pomanjkanje timskega dela in pomanjkljivo komunikacijo med izvajalci. Patronažna medicinska sestra pogosto ni seznanjena z odpustom in tako posledično ni vključena v paliativni tim. Ob tem poudari, da so patronažne medicinske sestre v veliki meri same prepoznavale potrebe po koordinirani obravnavi (ibid). Pravočasno obveščanje o odpustu je pomembno za čim hitrejšo pripravo načrta paliativne oskrbe na primarnem nivoju v soglasju s timom na primarnem nivoju, s pacientom in njegovo družino (Metlikovič, 2011). Strokovnjaki (Zlodej, Ebert Moltara, Červek, 2013) pravijo, da koordinator skrbi za nepretrgano paliativno oskrbo pacienta in njegove družine. Poleg tega pacientom (in kasneje svojcem v času žalovanja) nudi psihosocialno in duhovno podporo od vključitve v paliativno oskrbo ter vse do smrti.

Anketiranke so se v visoki meri strinjale, da je timsko delo v paliativni oskrbi pacienta pomembno za kakovostno paliativno oskrbo. Tudi Štrancar (2007) in Petrovič (2010) pravita, da je timsko delo zelo pomembno, saj le tako lahko omogočimo kontinuirano



paliativno oskrbo. V raziskavi ugotovljamo, da patronažne medicinske sestre prepoznavajo prednosti timskega dela, ki ga vidijo predvsem v celostni oskrbi pacienta in svojcev, rednem kontinuiranem spremljanju pacientovega stanja, boljšem fizičnem in psihičnem počutju pacienta, pacientovem zaupanju, možnosti posvetovanja in sodelovanja ter sprotne reševanju problemov. Strinjajo se, da jim tim daje varnost, gotovost in samozavest. Dovč (2005) pravi, da je za uspeh tima pomembno kako člani tima sodelujejo med seboj. Iz naših rezultatov pa je razvidno, da so se anketirane patronažne medicinske sestre najmanj strinjale s trditvijo, da se v paliativnem timu počutijo kot enakopravne članice tima in da v paliativnem timu upoštevajo njena znanja in znajo prisluhniti njenim izkušnjam ter predlogom. Prav tako ugotovljamo, da so anketirane timske sodelovanje ocenile zelo nizko. Kot slabe strani dela v paliativnem timu pa omenjajo: premalo sodelovanja med člani paliativnega tima, neenotnost tima, nepovezanost tima s pacientovim osebnim zdravnikom, časovne omejitve patronažnih paliativnih obiskov, nenatančna navodila, slabe pogoje dela, nezaupanje ter slabo komunikacijo. Wallersted in Andershed (2007) opisujeta, da je velikokrat oskrba umirajočih omejena le na čas za poslušanje manjših problemov. Težave lahko nastanejo, ko so medicinske sestre hkrati odgovorne za več umirajočih pacientov, kar jim že vnaprej omeji čas za posameznega pacienta in možnosti za reševanje osebnih stisk. V vsakem timu pa je pomembna dobra komunikacija, kar omenja tudi Klevišarjeva (2006), ki pravi, da je dobra komunikacija pomemben del timskega dela, predvsem takrat, ko je človek bolan in umira. O pomenu medsebojne komunikacije kot prednostni nalogi zdravstvenih sistemov v svetu in pri nas govori tudi Poplas Susič (2011), po njenem mnenju dobro sporazumevanje med vsemi, ki nudijo zdravstveno oskrbo in nego pacientu, vodi k bolj kakovostni oskrbi. Pri tem ima v mislih sporazumevanje na različnih nivojih zdravstvenega varstva med različnimi poklicnimi skupinami.

Izvajanje paliativne zdravstvene nege, stiske pacientov in svojcev, soočanje z minljivostjo in umiranjem za patronažno medicinsko sestro predstavljajo obremenitev. Ena od nalog paliativnega tima je tudi opora in pomoč članom pri reševanju strokovnih in osebnih stisk. Ugotovitve raziskave kažejo, da patronažne medicinske sestre najpogosteje rešujejo stiske s pogovorom med sodelavkami/-ci v patronažni službi. Ob podpori sodelavk zaznavajo kot najbolj pomembno tudi podporo družinskega zdravnika pacienta. Podporo ostalih članov tima omenjajo kot manj pogosto. Statistično

pomembne razlike v reševanju problemov in stisk, ugotavljamo med dejanskim in želenim stanjem. Patronažne medicinske sestre želijo v večji meri kot dejansko reševati probleme in stiske s pogovori na sestankih paliativnega tima ter na supervizijskih in intervizijskih srečanjih. Pitsillides (2013) poudari pomen t.i. debriefing-a, razgovora, kot vrsto psihosocialne podpore strokovnemu kadru, ki dela v paliativni oskrbi. Razgovor lahko poteka znotraj paliativnega tima ali pa z zunanjim strokovnjakom (npr. psihologom). Njegov namen je refleksija opravljenega dela v okviru paliativne oskrbe, reševanje težav in sproščanje čustev, skrbi in strahov, ki se pri delu z umirajočim pojavljajo. Takšni razgovori so za preprečevanje izgorelosti nujno potrebni. Avtorica poudarja, da člani paliativnega tima, ki ne skrbijo drug za drugega, ne bodo oz. niso zmožni nuditi kakovostne oskrbe in podpore umirajočim in njihovim svojcem.

V naši raziskavi ugotavljamo, da patronažne medicinske sestre menijo, da z formalnimi in neformalnimi oblikami izobraževanja niso pridobile dovolj znanj, da pa bi lahko dodatna znanja in izkušnje pridobile na supervizijskih in intervizijskih srečanjih ter na sestankih paliativnega tima. Ugotavljamo, da usposobljenost in znanje o paliativni oskrbi patronažne medicinske sestre ocenjujejo kot dobro. Velika večina anketirank pa se strinja, da bi bile z dodatnimi znanji uspešnejše pri obravnavi pacientov, ki so vključeni v paliativno oskrbo. Červek (2005) pravi, da morajo biti medicinske sestre iz področja paliativne zdravstvene nege izobražene tako na dodiplomskem kot podiplomskem izobraževanju. Izobraževanje pa bi moralo biti zasnovano z izhodiščnim dejstvom, da se vse medicinske sestre v svoji karieri v večjem ali manjšem obsegu srečajo s pacienti, ki potrebujejo paliativno zdravstveno nego. Prav tako Červek (2005), meni, da medicinska sestra, ki je izobražena iz področja paliativne zdravstvene nege in oskrbe, ima specialna znanja, veščine in osebnostno držo, kar pa ji omogoča celovito, koordinirano in sočutno zdravstveno nego in oskrbo pacientov (Červek, 2005). Smith in Porock (2009) pravita, da je nerealno pričakovati, da bodo medicinske sestre ob vse intenzivnejših obremenitvah in pritiskih na delu, prevzele in negovale paciente z vedno bolj zapletenimi boleznimi, menita tudi da bi se jim moralo ponuditi primerno usposabljanje. Medicinske sestre potrebujejo usposabljanje in izobraževanje o oskrbi za umirajoče paciente, če pričakujemo, da bodo nudile varno in kakovostno oskrbo ter zadostile potrebam današnjega časa. V tujini so že razvili specialistični magistrski študij predmeta paliativna zdravstvena nega. V letu 2007 je bila izvedena nacionalna raziskava

o izkušnjah, znanju in predstavah zdravstvenih delavcev in sodelavcev o paliativni oskrbi. Rezultati raziskave, ki sta jih dobili Peternelj in Simonič (2009) so, da se velika večina zdravstvenih delavcev srečuje s paliativno oskrbo, kar potrjuje pomembnost ustrezne ureditve paliativne oskrbe v Sloveniji. Ker pa je izobraževanje o paliativni oskrbi pomanjkljivo, je potrebno vlagati v izobraževanje ter zagotoviti ustrezne strokovnjake (tudi usposobljene v tujini), ki bodo lahko izobraževali strokovne delavce na področju paliativne oskrbe v Sloveniji in nudili ustrezno strokovno podporo paliativnemu timu. Dodatna izobraževanja in s tem potrebna reorganizacija bi bila potrebna tudi z vidika koordinacije paliativne oskrbe.

V raziskavi smo ugotavljali mnenja patronažnih medicinskih sester o prevzemu funkcije koordinatorice v paliativnem timu. Bile so si zelo enotne, da je strokovno najbolj sprejemljivo, če bi patronažna medicinska sestra prevzela vlogo koordinatorice paliativnega tima, hkrati pa se bistveno manj strinjajo, da bi bile pripravljene prevzeti to funkcijo. Mnenja so, da za to funkcijo niso dovolj usposobljene ter nimajo dovolj vodstvenih sposobnosti. Červek (2005) pravi, da bi morale medicinske sestre prevzeti vodenje in svetovanje v paliativni oskrbi na nivoju bolnišnice in nege na domu. Prav tako tudi Petrovič (2010) meni, da bi se moralo patronažno medicinsko sestro imenovati kot članico – kordinatorico tima za paliativno oskrbo.

Zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege ob koncu življenja počasi dobiva pomen in veljavo. Za uresničitev v praksi sta potrebna, kot pravita Smith in Porock (2009) kulturna sprememba in korenito preoblikovanje patronažne službe.

## 4 ZAKLJUČEK

Razvoj paliativne oskrbe je usmerjen v timsko in interdisciplinarno delo, katerega središče so pacient in njegovi svojci. V Sloveniji paliativna oskrba na pacientovem domu temelji v največji meri na timskem delu patronažne medicinske sestre in družinskega zdravnika pacienta. Vloga patronažne medicinske sestre je ključna, saj je patronažna medicinska sestra tista, ki najpogosteje in kontinuirano spremlja paciente in njegove svojce v domačem okolju.

Za kakovostno delo je pomemben interdisciplinarni timski pristop z dobrim medsebojnim sodelovanjem vseh članov paliativnega tima. Patronažne medicinske sestre dajejo velik pomen timskemu delu, vendar pa svoje vloge ne doživljajo enakovredno vlogam drugih članov paliativnega tima. S tem so pogoji opravljanja profesionalnega dela težji. Eden glavnih elementov, ki je potreben za doživljanje pripadajočega položaja v paliativnem timu, je ustrezna izobrazba, usposobljenost in iz tega izhajajoče kompetence. Učenje posamezniku omogoča osebno zorenje in razvoj, pridobljena znanja in usposobljenost pa pomembno prispevajo k izgradnji pozitivne poklicne samopodobe, ki vključuje tudi empatijo. Ta je nujno potrebna ne le za delo z neozdravljivo bolnimi ter njihovimi svojci, pač pa tudi za kvalitetno sodelovanje med člani tima.

Glede na ugotovitve raziskave bi bilo v prihodnosti izboljšanju sodelovanja treba nameniti več pozornosti, saj bi tako ne le patronažne medicinske sestre, pač pa vsi člani paliativnega tima lažje premagovali probleme in stiske, ki jih doživljajo in jih težijo. Supervizijska ali/in intervizijska srečanja celotnega paliativnega tima, so s tega vidika ne zgolj ena od možnih izbir, pač pa nuja ter obveza za vzpostavitev dobrega timskega sodelovanja, ki bi pripomoglo tudi k pozitivnem doživljanju vloge patronažne medicinske sestre v paliativnem timu. Veliko odgovornost pri tem nosi poleg vseh članov tima tudi management, katerega vloga je izjemno pomembna in zavezujoča tudi zaradi s strani patronažnih medicinskih sester prepoznane slabše koordinacije in organizacije dela.

V prihodnosti bi bilo smiselno razširiti raziskavo na področje timskega sodelovanja in komunikacije ter interdisciplinarnega pristopa v izobraževanju in usposabljanju na nacionalni nivo in na celotni paliativni tim, ki deluje na primarnem nivoju zdravstvenega varstva.

Paliativna oskrba je oskrba pacienta z neozdravljivo boleznijo, ki mora zajeti celotno družino. Glas pacienta in njegovih svojcev mora biti slišan in uslišan tudi v zadnjih trenutkih pacientovega življenja. Kolesje države se vrti počasi, paliativni pacienti pa ne morejo čakati, da se vzpostavi kakovosten sistem paliativne oskrbe.

Z vidika patronažne medicinske sestre je pomembno razmišljati in delovati v smeri dviga kakovosti paliativne zdravstvene nege v lokalnem okolju tukaj in sedaj. Da bomo to dosegli, je potrebno sodelovanje različnih strokovnjakov, kar pomeni kakovostno delo paliativnega tima.

## 5 LITERATURA

Balažič D. Komunikacija v zdravstvenem timu: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede Maribor; 2011:15-22.

Benedik J. Oskrba bolnika ob koncu življenja. *Onkologija za prakso*. 2011:52-8.

Berčan M. Vloga patronažne medicinske sestre v paliativni oskrbi. In: Tičar Z, Ebert Moltara M, Kosmina Štefančič B, Lopuh M, eds. Izzivi sedanjosti za trdnejšo prihodnost – prepletimo znanje, Brdo pri Kranju, 26.–27. september 2013. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Slovensko združenje paliativne medicine; 2013:1–4. Dostopno na: [http://paliativa.ezdrav.si/?page\\_id=146](http://paliativa.ezdrav.si/?page_id=146) (17. 7. 2013).

Bolta Š. Timsko delo in ustvarjalnost: [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta Ljubljana; 2006: 2-4.

Cecunjanin A, Genorio B, Zajec K, Lunder U. Predstavitev projekta paliativna oskrba v Domu starejših občanov Fužine, Ljubljana. In: Tičar Z, Ebert Moltara M, Kosmina Štefančič B, Lopuh M, eds. Izzivi sedanjosti za trdnejšo prihodnost – prepletimo znanje [CD-ROM], Brdo pri Kranju, 26.–27. september 2013. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Slovensko združenje paliativne medicine; 2013:1-9.

Červek J. Paliativna oskrba bolnikov z rakom: Onkološki inštitut Ljubljana. Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku; 2005: 9-12.

Červek J. Bolnik ob koncu življenja. In: Novakovič S, Zakotnik B, Žgajnar J, eds. Paliativna oskrba bolnika ob koncu življenja – zbornik predavanj 22. onkološkega vikenda, 22. junij 2009. Ljubljana: Kancerološko združenje SZD, Onkološki inštitut Ljubljana, Zveza slovenskih društev za boj proti raku; 2009: 5-9.

Davey L. The nurse who is there when life's clock is five minutes to midnight. *Aust Nurs Midwifery J*. 2014;21(10):37.

Dovč P. Timsko delo kot element kakovosti v zdravstveni dejavnosti: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede Kranj; 2005:19-21.

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

Filej B. Razmerja med medicino in zdravstveno nego z vidika pristojnosti, odgovornosti in timskega dela. In: Filej B, Kaučič M, Lahe M, Pajhnikar M, eds. Zbornik referatov in posterjev/1. simpozij zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo, Maribor, 21. september 2006. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2006: 20–2.

Griggs C. Community nurses' perceptions of a good death: a qualitative exploratory study. *Int J Palliat Nurs.* 2010;16(3):139-48.

Grobelšek B. Medsebojni odnosi med negovalnim in zdravstvenim timom: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede Maribor; 2009:8-10.

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

Ivetič V. Sodelovanje zdravnika družinske medicine in patronažne medicinske sestre pri paliativni oskrbi. In: Koletnik Z, ed. Patronažna medicinska sestra ob umirajočem bolniku, Sp. Duplek, 15 april 2008. Sp. Duplek: Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester; 2008: 31-41.

Jakhel T, Lunder U, Slak J, Benedik V, Mikloša P, Simonič A. Paliativna oskrba na Univerzitetni kliniki Golnik. In: Tičar Z, Ebert Moltara M, Kosmina Štefančič B, eds. Izzivi sedanjosti za trdnejšo prihodnost – prepletimo znanje [CD-ROM], Brdo pri Kranju, 26.–27. september 2013. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Slovensko združenje paliativne medicine; 2013:1-7.

Jošt J, Triller N. Predstavitev projekta: Paliativni tim v bolnišnici Golnik – klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo. In: Kramar Z, ed. Dan Angele Boškin: zbornik predavanj. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, Visoka šola za zdravstveno nego; 2007:63-71.

Kao S, Shafiq J, Vardy J, Adams D. Use of chemotherapy at end of life in oncology patients. *Ann Oncol.* 2009;20(9):1555–9.

Karlsson M, Roxberg A, Da Silva, Berggren I. Community nurses' experiences of ethical dilemmas in palliative care: a Swedish study. *Int J Palliat Nurs.* 2010;16(5): 224–31.

Klevišar M. Spremlanje umirajočih. Družina. 2006; Dostopno na: [http://www.druzina.si/icd/spletnastran.nsf/0/3FFB1446AB2EC354C1257204002DBE93/\\$FILE/SPREMLJANJE%20UMIRAJOCIH\\_M.PDF](http://www.druzina.si/icd/spletnastran.nsf/0/3FFB1446AB2EC354C1257204002DBE93/$FILE/SPREMLJANJE%20UMIRAJOCIH_M.PDF) (20. 11. 2014).

Kovač V, Zwitter M. Zdravljenje bolnikov z napredovanim pljučnim rakom in slabim splošnim stanjem zmogljivosti. In: Drnovšek Kaljanac M, Poles J, eds. 90 let bolnišnice Topolščica/Redke pljučne bolezni: Velenje, 27. – 28. november 2009. Velenje: Združenje pnevmologov Slovenije – Bolnišnica Topolščica; 2009: 88–94.

Kos S. Ocena usposobljenosti patronažnih sester za izvajanje paliativne zdravstvene nege v patronažnem varstvu. In: Geč T, ed. Patronažna zdravstvena nega – včeraj, danes, jutri. Maribor, 27.–28. marec 2007. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego; 2007: 14-20.

Kranjc M. Umirajoči bolnik. In: Koletnik Z, ed. Patronažna medicinska sestra ob umirajočem bolniku, Sp. Duplek, 15 april 2008. Sp. Duplek: Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester; 2008: 5-15.

Logonder M, Lahajnar Čavlovič S. Obvladovanje bolečine pri bolnikih s kronično in neozdravljivo boleznijo. In: Zidarn M, Košnik M, Zdolšek S, eds. Tumorska



imunologija in imonološke intervencije; Portorož, 20.–22. oktober 2004. Golnik: Bolnišnica KOPA; 2004: 102–3.

Lopuh M. Blažilna (Paliativna) medicina včeraj, danes in jutri. In: Kramar Z, ed. Dan Angele Boškin, Jesenice, 5. april 2007. Jesenice: Splošna bolnišnica, Visoka šola za zdravstveno nego; 2007: 47–55.

Lopuh M, Zupančič M. Podiplomsko izobraževanje iz paliativne oskrbe na zgornjem Gorenjskem: šola Auda Sapere. ISIS. 2011;20(12):70–2.

Lunder U. Paliativna oskrba – njena vloga v zdravstvenih sistemih: Zdrav Vest. 2003;72:639–42.

Lunder U. Odprto srce: Izkušnje in spoznanje ob umiranju in smrti. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2010: 144–55.

Lunder U. Paliativna oskrba v bolnišnici – organizacijske značilnosti, strokovne usmeritve, In: Lunder U, ed. Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice, Ljubljana, 3. februar 2011. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, v okviru EU projekta OPCARE9; 2011: 1–7.

Matzo La Porte M, Sherman Witt D. Palliative Care Nursing, Quality Care to the End of Life. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company; 2006: 66-90.

Mravljak N. Paliativna oskrba in pomen komunikacije s hudo bolnim bolnikom in njihovimi svojci: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede Maribor; 2011: 7-40.

Metlikovič B. Vloga patronažne medicinske sestre v paliativni obravnavi na domu. In: Lunder U, ed. Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice, Ljubljana, 3.

februar 2011. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS, Bolnišnica Golnik – klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo; 2011:15-9.

Ojsteršek M, Škrjanec AL. Ocenjevanje zanesljivosti merjenja s koeficientom Cronbach alfa, omega in koeficient iz metode SEM: uporaba Monte Carlo SIMULACIJ: [magistrsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede; 2012: 21-2.

Oudshoorn A, Ward-Griffin C, McWilliam C. Client – nurse relationships in home – based palliative care: a critical analysis of power relations. *J Clin Nurs.* 2007;16(8):1435-43.

Pahor M, Štrancar K. Ljudje v bližini smrti: Kvalitativna raziskava. *Obzor Zdr N.* 2009;43(2):119–27.

Paliativna oskrba. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije; 2013. Dostopno na: [http://www.mz.gov.si/si/za\\_izvajalce\\_zdrav\\_storitev/paliativna\\_oskrba/](http://www.mz.gov.si/si/za_izvajalce_zdrav_storitev/paliativna_oskrba/) (17. 7. 2013).

Pastrana T, Junger S, Ostgathe C, Elsner F, Radbruch L. A matter of definition – key elements indentified in a discourse analysis of definition of palliative care. *Palliat Med.* 2008;22(3):222-32.

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

Peternej A, Simonič A. Slovenska izkušnja s paliativno oskrbo pacientov. Simpozij o nekonvencionalnih pristopih v paliativni oskrbi pacienta s stomo: zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana, 23. oktober 2009. Ljubljana: Bolnišnica Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, paliativni tim; 2009: 21–9.

Peternej A. Priprava bolnika na odpust iz bolnišnice v domačo oskrbo – organizirana koordinacija odpusta. In: Lunder U, ed. Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice, Ljubljana, 3. februar 2011. Ljubljana: Ministerstvo za zdravje RS, Bolnišnica Golnik – klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo; 2011: 44-7.

Petrovič E. Timski pristop v obravnavi težko bolnega pacienta na domu: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede Maribor; 2010:7-40.

Petrovič Šteblaj M. Paliativna oskrba na primarnem nivoju – OE ZD Radovljica. In: Tičar Z, Ebert Moltara M, Kosmina Štefančič B, Lopuh M, ed. Izzivi sedanjosti za trdnejšo prihodnost – prepletimo znanje [CD-ROM], Brdo pri Kranju, 26.–27. september 2013. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Slovensko združenje paliativne medicine; 2013: 1–4.

Pitsillides B. Palliative care – organization from nurses perspective. In: Tičar Z, Ebert Moltara M, Kosmina Štefančič B, Lopuh M, eds. Izzivi sedanjosti za trdnejšo prihodnost – prepletimo znanje [CD-ROM], Brdo pri Kranju, 26.–27. september 2013. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Slovensko združenje paliativne medicine; 2013: 2-18.

Poredoš P. Medsebojni odnosi v zdravstvenem timu – pogoj za kakovostno storitev. In: Kvas A, Pahor M, Klemenc P, Šmitek J, eds. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: Priložnost za izboljšanje kakovosti. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2006: 15–6.

Poplas Susič T. Vodenje bolnikov v paliativni medicinski obravnavi na domu. In: Lunder U, eds. Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice: zbornik, Ljubljana, 3. februar 2011. Golnik: Bolnišnica, klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo; 2011: 11-4.

Saje M, Sašek N. Pomen komunikacije v paliativni zdravstveni negi. In: Pajnikar M, Japelj Š, Lorbe M, eds. Razvijanje medpoklicnega sodelovanja v času študija na področju zdravstvenih ved: zbornik predavanj z recenzijo, Maribor, 15. september 2011: Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, Univerza v Mariboru; 2011: 257-6.

Skela Savič B. Od besed k dejanju: Zdravstvena nega kot integralni del paliativne oskrbe onkoloških bolnikov. *Obzor Zdr N.* 2005;39:245–53.

Smith R, Porock D. Caring for people dying at home: a research study into the needs of community nurses. *Int J Palliat Nurs.* 2009;15(12):601–8.

Štrancar K. Umiranje kot družbeni pojav: Paliativna oskrba in hospic: [magistrsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede Ljubljana; 2004: 8-9.

Štrancar K. Paliativni tim. In: Logonder M, Skela Savič B, Lokar K, eds. Sodobni trendi v onkologiji in onkološki zdravstveni negi, Rogla, 29.–30. september 2005. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji; 2005: 41–4.

Štrancar K. Srečanje z duhovnimi potrebami v paliativni oskrbi. In: Kramar Z, ed. Dan Angele Boškin, Jesenice 5. april 2007. Jesenice: Splošna bolnišnica, Visoka šola za zdravstveno nego; 2007: 75–8.

Šušteršič O, Horvat M, Cibic D, Peternelj A. Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega – nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. *Obzor Zdr N.* 2006;40(2):247–52.

Terbuc K. Paliativna zdravstvena nega: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede Maribor; 2013: 42-5.

Univerzitetni klinični center Ljubljana. Predstavitev paliativne oskrbe pacienta na negovalnem oddelku. In: Tičar Z, Ebert Moltara M, Kosmina Štefančič B, Lopuh M,

eds. Izzivi sedanjosti za trdnejšo prihodnost – prepletimo znanje [CD-ROM], Brdo pri Kranju, 26.–27. september 2013. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Slovensko združenje paliativne medicine; 2013: 1–2.

Ustava Republike Slovenije, Uradni list RS, št. 24/03. 2003, čl. 17. Dostopno na: [http://www.varuh-rs.si/pravni-okvir-in-pristojnosti/ustava-zakoni/ustava-republike-slovenije/#c\\_p\\_temelne\\_svoboscine](http://www.varuh-rs.si/pravni-okvir-in-pristojnosti/ustava-zakoni/ustava-republike-slovenije/#c_p_temelne_svoboscine) (17. 7. 2013).

Vrtovec A. Model komuniciranja zdravstvene nege in oskrbe v domačem okolju pri bolniku v terminalni fazi življenja: [specialistično delo]. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede; 2009: 13-5.

Wallersted B, Andershed B. Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective. *Scan J Caring Sci.* 2007;21:32–40.

Zavrl Džananović D. Novosti–izkušnje–pobude–odmevi: Patronažno varstvo Slovenije včeraj, danes, jutri: Analiza poročil o delu patronažnega varstva od leta 2000 do 2008. *Obzor Zdr N.* 2010;44(2):117–25.

Zlodej N, Ebert Moltara M, Červek J. Vloga koordinatorja paliativne oskrbe na Onkološkem inštitutu Ljubljana. In: Tičar Z, Ebert Moltara M, Kosmina Štefančič B, Lopuh M, eds. Posvet o paliativni oskrbi z mednarodno udeležbo. Izzivi sedanjosti za trdnejšo prihodnost – prepletimo znanje, Brdo pri Kranju, 26.–27. september 2013. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Slovensko združenje paliativne medicine; 2013: 1–1. Dostopno na: [http://paliativa.ezdrav.si/?page\\_id=146](http://paliativa.ezdrav.si/?page_id=146) (17. 7. 2013).

## 6 PRILOGE

### 6.1 INSTRUMENT

#### ANKETNI VPRAŠALNIK

Spoštovani!

Sem Nataša Malnar, absolventka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. Opravljam raziskavo za diplomsko delo z naslovom »Vloga patronažne medicinske sestre v paliativnem timu«, pod mentorstvom Erike Povšnar, pred. Izpolnjevanje vprašalnika vam bo vzelo nekaj vašega dragocenega časa, vendar bodo vaši odgovori in rezultati pripomogli h kakovostnejšemu izvajanju paliativne zdravstvene nege. Zagotavljam vam anonimnost vaših podatkov, saj bodo uporabljeni izključno za namen diplomskega dela. Za vaše sodelovanje in pomoč se vam že vnaprej zahvaljujem.

**Nataša Malnar,**  
absolventka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice

---

#### ANKETNI VPRAŠALNIK

---

Navodilo za izpolnjevanje: prosim, izpolnite nekaj osnovnih vprašanj, tako da obkrožite ustrezen odgovor ali pa vaš odgovor dopišite na ustrezno črto. Odgovarjajte z enim odgovorom, če ni pri posameznem vprašanju navedeno, da je možno odgovoriti z več odgovori.

#### 1. Zdravstveni dom, v katerem ste zaposleni?

Dopišite: \_\_\_\_\_

#### 2. Spol:

- a) Ženska
- b) Moški

**3. Izobrazba:**

- a) Srednja
- b) Višja
- c) Visoka
- d) Magisterij

**4. Delovna doba:**

- a) Skupna delovna doba: ..... let  
v patronaži: ..... let

**5. Starost v letih:**

Dopišite: \_\_\_\_\_

**6. Koliko pacientov, ki prvič potrebujejo paliativno zdravstveno nego (delovnih nalogov), prejmete povprečno mesečno?**

- a) Enega
- b) Dva
- c) Tri
- d) Drugo (dopišite) \_\_\_\_\_

**7. Kako pogosto obiskujete paciente, ki potrebuje paliativno zdravstveno nego? Za vsako trditev, ki jo označite z X v praznem prostoru, se opredelite glede na stopnjo strinjanja z ocenami od 1 do 5, pri čemer pomeni: 1 – nikoli, 2 – skoraj nikoli, 3 – redko, 4 – pogosto, 5 – najbolj pogosto.**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Dnevno					
Nekajkrat na teden					
Enkrat tedensko					
Nekajkrat na mesec					
Enkrat na mesec					
Po potrebi					
Drugo (dopišite)					

8. Na kakšen način se vključujete (»kdo vas vključuje«) v paliativni tim? Za vsako trditev, ki jo označite z X v praznem prostoru, se opredelite glede na stopnjo pomembnosti z ocenami od 1 do 5, kar pomei: 1 – nikoli, 2 – skoraj nikoli, 3 – občasno, 4 – pogosto, 5 – najbolj pogosto.

	1	2	3	4	5
Pacientov osebni, družinski zdravnik					
Medicinska sestra v amb. druž. med.					
Medicinska sestra v bolnišnici (koordinator odpusta)					
Zdravnik v bolnišnici					
Svojci					
Socialni delavec					
Pacient sam					
Drugo (dopišite):					

9. Na kakšen način se pri svojem delu vključujete v paliativni tim? Za vsako trditev, ki jo označite z X v praznem prostoru, se opredelite glede na stopnjo pogostosti z ocenami od 1 do 5, kar pomeni: 1 – nikoli; 2 – včasih; 3 – niti ne-niti da; 4 – pogosto, 5 – zelo pogosto.

	1	2	3	4	5
Pri izbranem pacientovem osebnem zdravniku poiščem informacije o pacientu.					
Z izbranim pacientovim osebnim zdravnikom se posvetujem o nadaljnji obravnavi pacienta.					
Izbrani pacientov osebni zdravnik pri meni poišče informacije o pacientu.					
Izbrani pacientov osebni zdravnik se posvetuje z menoj o nadaljnji obravnavi pacienta.					



	1	2	3	4	5
Z izbranim osebnim zdravnikom občasno skupaj obiščeva paciente v PO.					
Pri medicinski sestri v ambulanti poiščem informacije, se posvetujem o pacientovi zdravstveni negi.					
Medicinska sestra v ambulanti poišče informacije, se posvetuje z menoj o pacientovi zdravstveni negi.					
Pri medicinski sestri v bolnišnici (koordinator odpusta) poiščem informacije, se posvetujem o pacientovi zdravstveni negi.					
Medicinska sestra v bolnišnici (koordinator odpusta) pogosto poišče informacije, se posvetuje z menoj o pacientovi zdravstveni negi.					
Pri psihologu poiščem informacije ali se z njim posvetujem.					
Psiholog poišče informacije ali se posvetuje z menoj.					
Informacije, posvet z verskega področja poiščem pri duhovniku.					
Duhovnik poišče informacije ali se posvetuje z menoj o pacientu.					
Pri socialnem delavcu poiščem informacije ter se z njim posvetujem.					
Socialni delavec poišče informacije ali se posvetuje z menoj o pacientu.					

	1	2	3	4	5
Pri pacientovem dietetiku poiščem informacije ter se z njim posvetujem.					
Dietetik poišče informacije ali se posvetuje z menoj o pacientu.					
S paliativnim timom se srečujemo z namenom celostne obravnave pacienta na terenu.					

**10. Kdo vam pomaga pri obravnavi umirajočega pacienta na terenu? Za vsako trditev, ki jo označite z X v praznem prostoru, se opredelite glede na stopnjo pogostosti z ocenami od 1 do 5, kar pomeni: 1 – nikoli; 2 – včasih; 3 – niti ne-niti da; 4 – pogosto, 5 – zelo pogosto.**

	1	2	3	4	5
Pacientov osebni zdravnik					
Zdravnik specialist					
Kolegice/-gi PMS					
Kolegice/-gi medicinske sestre v ambulanti					
Kolegice/-gi medicinske sestre v bolnišnici					
Bolnišnični zdravnik v paliativnem timu					
Fizioterapevt					
Delovni terapevt					
Socialni delavec					

	1	2	3	4	5
Psiholog					
Dietetik					
Duhovnik					
Svojci					
Prostovoljci					
Pri delu nimam pomoči					
Drugo (dopišite):					

**11. S katerim članom paliativnega tima sodelujete največ ter s kom najmanj?**

- a) Najbolj pogosto sodelujem (dopišite) \_\_\_\_\_
- b) Najmanj pogosto sodelujem (dopišite) \_\_\_\_\_

**12. Podpora katerega zdravstvenega delavca bi bila za vas najpomembnejša?**

Dopišite: \_\_\_\_\_

**13. Kako bi ocenili sodelovanje z drugimi člani tima?**

- a) Zelo dobro
- b) Dobro
- c) Zadovoljivo
- d) Slabo
- e) Zelo slabo

**14. Napišite prosim, kaj so po vašem mnenju prednosti dela v paliativnem timu.**

---

**15. Napišite prosim, kaj so najpogostejše ovire (slabosti), s katerimi se srečujete pri delu v paliativnem timu.**

---

**16. Kako ocenjujete pomembnost timskega dela? Za vsako trditev, ki jo označite z X v praznem prostoru, se opredelite glede na stopnjo strinjanja z ocenami od 1 do 5, pri čemer pomeni: 1 – se popolnoma ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – se strinjam niti se ne strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.**

	1	2	3	4	5
Timsko delo je v paliativni oskrbi pacienta zelo pomembno.					
PMS mora biti že od samega začetka paliativne obravnave vključena v paliativni tim.					
Strokovno bi bilo najbolj sprejemljivo, da je koordinatorica paliativnega tima PMS.					
Sodelovanje s timom, ki je na terenu (osebni zdravnik, socialna delavka, duhovnik ... ) pripomore h kakovostni obravnavi pacienta.					
Podpora paliativnega tima mi daje občutek varnosti, večje gotovosti in samozavesti pri opravljanju strokovnega dela v paliativni zdravstveni negi.					
V paliativnem timu se počutim enakovredna članica tima.					
V paliativnem timu upoštevajo moje znanje, prisluhnejo mojim izkušnjam in predlogom v obravnavi pacienta.					

	1	2	3	4	5
Pripravljena bi bila prevzeti funkcijo koordinatorice v paliativnem timu (PT).					
Za funkcijo koordinatorice PT sem dovolj usposobljena.					
Menim, da imam za funkcijo koordinatorice PT dovolj vodstvenih sposobnosti.					

**17. Kako pogosto probleme in stiske pri delu s pacienti v paliativni zdravstveni negi rešujete na spodaj naštete načine? Za vsako trditev, ki jo označite z X v praznem prostoru, se opredelite glede na stopnjo pogostosti z ocenami od 1 do 5, pri čemer pomeni: 1 – nikoli; 2 – včasih; 3 – niti ne-niti da; 4 – pogosto, 5 – zelo pogosto.**

	1	2	3	4	5
Se pogovorim na sestankih paliativnega tima.					
Se osebno pogovorim z enim od članov paliativnega tima.					
Se pogovorim s sodelavkami/-ci v patronažni službi.					
Se pogovorim s svojimi nadrejenimi.					
Se pogovorim na intervizijskih in supervizijskih srečanjih.					
Drugo (dopišite):					

**18. Kako bi si želeli probleme in stiske pri delu s pacienti v paliativni zdravstveni negi reševati na spodaj naštetih načinih? Za vsako trditev se opredelite glede na stopnjo pogostosti z ocenami od 1 do 5, pri čemer pomeni: 1 – nikoli; 2 – včasih; 3 – niti ne-niti da; 4 – pogosto, 5 – zelo pogosto.**

	1	2	3	4	5
Se pogovoriti na sestankih paliativnega tima					
Se osebno pogovoriti z enim od članov paliativnega tima					
Se pogovoriti s sodelavkami/-ci v patronažni službi					
Se pogovoriti s svojimi nadrejenimi					
Se pogovoriti na intervizijskih in supervizijskih srečanjih					
Drugo (dopišite):					

**19. Kakšno je vaše znanje, ki ste ga pridobili v času študija? Za vsako trditev, ki jo označite z X v praznem prostoru, se opredelite glede na stopnjo strinjanja z ocenami od 1 do 5, kar pomeni: 1 – se ne strinjam, 2 – se strinjam niti se ne strinjam, 3 – se strinjam, 4 – zelo se strinjam, 5 – se popolnoma strinjam.**

	1	2	3	4	5
S formalnim izobraževanjem sem pridobila dovolj znanja o paliativni oskrbi.					
Z neformalnimi oblikami izobraževanja (seminarji, strokovna srečanja ...) sem pridobila dovolj znanja o paliativni oskrbi.					
Moje znanje o paliativni oskrbi je odlično.					

	1	2	3	4	5
Imam dovolj izkušenj za delo s pacienti v paliativni oskrbi.					
Z dodatnimi znanji bi bila uspešnejša pri obravnavi pacientov, ki so vključeni v paliativno oskrbo.					
Z dodatnimi izkušnjami bi bila uspešnejša pri obravnavi pacientov, ki so vključeni v paliativno oskrbo.					
Na supervizijskih in intervizijskih srečanjih bi pridobila dodatna znanja in izkušnje.					
Na sestankih paliativnega tima bi pridobila dodatna znanja in izkušnje.					

**20. Kakšne so vaše osebne izkušnje z delom v paliativnem timu?**

Dopišite: \_\_\_\_\_

**Če bi nam želeli še kaj sporočiti, prosimo, zapišite.**

---