

PATRONAŽNA ZDRAVSTVENA NEGA ONKOLOŠKEGA PACIENTA VČERAJ, DANES, JUTRI

Community nursing care of an oncology patient: past, present, future

Mag. Jožica Ramšak Pajk, viš. med. ses., prof. zdr. vzg., viš. pred.

ZD Ljubljana - Enota Bežigrad

jozica.ramsak-pajk@zd-lj.si

IZVLEČEK

Uvod

Patronažno varstvo v okviru primarne zdravstvene dejavnosti zagotavlja med drugim patronažno zdravstveno nego in obravnavo kroničnih pacientov v domačem okolju. Cilj obravnave onkoloških pacientov je ohranjati njihovo kakovost življenja z boleznijo, zagotavljati zdravstveno oskrbo in podpora svojcem ter oskrbo ob koncu življenja. Prispevek predstavlja videnje in mnenje diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu o patronažni zdravstveni negi onkološkega pacienta.

Metode

Uporabljen je bil kvalitativni raziskovalni pristop s tematsko analizo vsebine in vprašalnik s šestimi odprtimi vprašanji. V pisnem intervjuju je sodelovalo šest strokovnjakinj s področja patronažnega varstva.

Rezultati

Tematska analiza je podala štiri podteme, in sicer: vloga patronažne zdravstvene nege pacienta za rakom v domačem okolju, s pojmom vloga koordi-

natorja; znanje in veščine diplomirane medicinske sestre kot izvajalke ukrepov in medicinskotehničnih postopkov; kakovost obravnave in patronažne zdravstvene nege onkološkega pacienta, s kodo zaupanje in sodelovanje z družino in svojcem, ter videnje obravnave onkološkega pacienta v preteklosti in prihodnosti.

Diskusija

Za kakovostno obravnavo v patronažnem varstvu je potrebno veliko znanja zaposlenih in sprejemanje filozofije vseživljenjskega učenja. Razlike v obravnavi nekoč in danes so očitne. Pacienti in svojci imajo možnost informiranja in dokaj enakovredne obravnave tako doma kot v zdravstvenih inštitucijah. Pri izvajanju ukrepov patronažne zdravstvene nege onkološkega pacienta imajo pomembno vlogo diplomirane medicinske sestre in dobro medinstitucionalno sodelovanje.

Ključne besede: patronažno varstvo, onkološka zdravstvena nega, domače okolje, paliativna oskrba

ABSTRACT

Introduction

Community health care, within primary health care services, provides nursing care and treatment of chronically ill in their home environment. The aim of the treatment of cancer patients is to maintain the quality of life with the disease, provide health care, offer support to the patient's relatives and end-of-life care. The purpose of the article is to present the vision and the opinion of registered nurses in community nursing care in relation to the topic of community nursing care of an oncology patient.

Methods

The qualitative research approach was used with thematic analysis and a

questionnaire with six open questions. Six professional community nurses were involved in the written interview.

Results

Thematic analysis revealed four sub-themes, i.e.: the role of community nursing care of patients suffering from cancer in the domestic environment, with the code of the role of the coordinator; knowledge and skills of registered nurses as providers of techno-medical interventions; the quality of treatment and community nursing care of the oncology patient with the code trust and cooperation with the family and relatives, and lastly, the vision of the treatment of oncology patients in the past and the future.

Discussion

High-quality community nursing treatment requires the employees to obtain extensive knowledge and to adopt the philosophy of lifelong learning. Differences in treatment in the past and today are evident. Patients and families have the option of being informed and to receive relatively equitable treatment both at home and in health care institutions. Registered nurses and good inter-institutional cooperation play an important role in the implementation of the interventions of community nursing care of oncology patient.

Key words: community health care, oncological nursing care, home environment, palliative care

UVOD

V zahodnem svetu je rak najpogostejši vzrok prezgodnje smrti in invalidnosti. Tudi slovenski zdravstveni sistem se sooča z vse večjo pojavnostjo in razširjenostjo raka v populaciji. Zdravstvene ustanove, ki se ukvarjajo z onkološkimi obolenji, morajo obravnavati vse večje število pacientov, ki zahteva več posegov in dolgotrajno oskrbo. Posledično obstaja vse večja potreba po obravnavi v domačem okolju, z namenom zdravstvene oskrbe in

kakovostnega življenja s kronično boleznijo, pri čimer obolelim in svojcem zagotavljamo zdravstvenovzgojne informacije ter psihosocialno podporo. V prispevku je izpostavljena obravnava v domačem okolju, in sicer je izpostavljen vidik in zaznavanje problematike onkološke zdravstvene nege v patronažnem varstvu z vidika medicinskih sester.

Leta 2012 je v Sloveniji za rakom zbolelo 13.277 ljudi (7.240 moških in 6.037 žensk). Leta 2012 je za rakom umrlo 5.821 Slovencev, 3.264 moških in 2.557 žensk. Od vseh rakavih pacientov, zbolelih leta 2012, jih je bilo več kot 59 % starejših od 65 let. Ker se slovensko prebivalstvo stara, je samo zaradi vedno večjega deleža starejših pričakovati, da se bo število novih primerov raka še večalo. Najpogostejši raki pri nas (kože, debelega črevesa in danke, prostate, pljuč, pa tudi dojke) so povezani z nezdravim življenjskim slogom, čezmernim sončenjem, nepravilno prehrano, kajenjem in čezmernim pitjem alkoholnih pijač; ogroženost z njimi je treba zmanjšati z ukrepi primarne preventive (Rak v Sloveniji 2012, 2015). Kot se že zgoraj nakazuje, so potrebe po patronažni zdravstveni negi in zdravstvenovzgojnem delovanju ter ohranjanju kakovosti življenja v domačem okolju tako pri zdravem kot obolelem posamezniku zelo velike.

Drugi pomembni vidik obravnave patronažnega varstva je paliativna obravnava obolelih in njihovih družin. Kot pravi Benedik (2011), je obdobje, ko se življenje izteka, zelo težko, vendar tudi posebno, saj še zadnjič poveže ljudi med seboj, zato ima oskrba v tem obdobju svoje posebnosti. Več kot polovica ljudi v Sloveniji umre v bolnišnicah, čeprav starejši navajajo, da bi si želeli umreti doma. Patronažno varstvo v sodelovanju z osebnim zdravnikom in drugimi vključenimi izvaja podporno oskrbo, paliativno oskrbo kot tudi oskrbo ob koncu življenja.

Oblika patronažnega varstva, kot ga poznamo danes, se je pričela razvijati nekje leta 1953, najprej po velikih mestih takratne države Jugoslavije. Leta 1956 je bilo že bolj organizirano, po letu 1958, ko je Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) organizirala konferenco patronažnih medicinskih sester v Helsinkih, kjer je bil sprejet pomemben koncept organizacije patronažne dejavnosti, pa se je patronažna služba organizirala v vseh zdravstvenih do-

movih in postajah kot del primarnega zdravstvenega varstva. Kot je zapisala Vuga (1975), so bili zaključki in ugotovitve konference pomembni, tukaj navajam le tiste, ki so zanimivi za namen našega prispevka in še kako aktualni tudi danes: *»prevencija in zgodnje odkrivanje rakavih obolenj, prevencija in kontrola kroničnih obolenj, kjer naprej poudarja neločljivo povezanost kurativnega in preventivnega pristopa saj vsaka zdravstvena dejavnost vodi h krepitvi in očuvanju zdravja, k preprečevanju in zatiranju bolezni in posledic. Govorimo lahko le o različnem stadiju, v katerem smo zajeli zdravje ali bolezen.«* Omeniti je treba še letnico 1975, ko je bila ustanovljena Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti.

Zakon o zdravstveni dejavnosti (Ur. l. RS, št. 23/2005) in Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. l. RS, št. 72/2006) opredeljujeta patronažno varstvo in nego na domu, še bolj natančno pa opredeljuje patronažno varstvo in njegovo dejavnost Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Ur. l. RS, št. 17/15). Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu je član zdravstvenega tima oziroma ambulate osebne/družinskega zdravnika. Delo na terenu z družinami in posamezniki je delno samostojno in delno vezano na delovne naloge osebnih zdravnikov. Načrtovanje in izvajanje patronažne zdravstvene nege je vezano na prepoznavanje potreb posameznika in družine, kjer se še posebej pri onkološki zdravstveni negi diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu znajde v vlogi koordinatorja, ki v obravnavo vključuje druge potrebne službe in inštitucije. Statistični podatki kažejo (Patronažna dejavnost v obdobju od 1999 do 2013, 2015), da se vsebina patronažne zdravstvene nege in obravnave spreminja in povečujejo se potrebe. Razloge lahko iščemo predvsem v staranju populacije, krajšanju ležalnih dob, družbeno-ekonomskih razmerah, povečuje se število pacientov s kronično boleznijo, vedno več ljudi je obravnavanih v okviru primarne zdravstvene dejavnosti.

Raziskovalno vprašanje

Kakšno je videnje in razumevanje vloge diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu pri obravnavi onkološkega pacienta?

RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Uporabljen je bil kvalitativni raziskovalni pristop s tematsko analizo vsebine. Za namen zbiranja podatkov je bil uporabljen vprašalnik, v katerem je bilo postavljenih šest odprtih tematskih vprašanj.

Vzorec

Vzorec je namenski. Skupini strokovnjakov (N=15) s področja patronažnega varstva s celotne Slovenije je bila posredovana elektronska pošta s prošnjo za sodelovanje. Sodelujočim je bil predstavljen namen raziskave, možnost odklonitve sodelovanja ter priložen je bil dokument z odprtimi vprašanji. Po elektronski pošti je odgovorilo šest povabljenih in priložilo dokument z opisnimi odgovori, ki so obsegali od polovice do ene tipkane strani formata A4. Dosežena je bila zaščenost. Nekateri so odgovarjali sami, drugi so napisali odgovore v sodelovanju celotnega tima.

Inštrument

Vprašalnik je bil sestavljen in pripravljen z namenom pridobiti mnenja in stališča o onkološki zdravstveni negi v patronažnem varstvu. Sodelujoči so bili povabljene k pripravi opisnih odgovorov na šest vprašanj, in sicer o vlogi, znanju in kompetencah diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu pri obravnavi onkološkega pacienta, o neprekinjeni obravnavi, izkušnjah in sodelovanju s primarnimi, sekundarnimi in terciarnimi inštitucijami, izkušnjah s patronažno zdravstveno nego onkološkega pacienta izpred 20 let in o viziji, kako v prihodnje, ter dojemanju kakovostne oskrbe onkološkega pacienta v domačem okolju.

Opis in potek raziskave

Raziskava oziroma pisni intervju je potekal v decembru. Vrnjeno pisno gradivo oziroma tekstovne odgovore sem združila in uredila v besedilo, skupaj je prišlo šest tipkanih strani. Pri tematski analizi sledim avtorjema Braunu in Clarku (2006). Vsebinsko sem najprej večkrat prebrala, določila pojme in nato združila podatke podobnih pojmov. Pojme sem nato glede na soroden in smiseln pomen združevala v iste možne podteme. Podteme sem glede na posamezna prepozna na problemska področja in pomembnost problematike združila v teme.

REZULTATI

Tematska analiza teksta oziroma vsebine napisanih odgovorov sodelujočih je podala štiri podteme, ki so najbolj povezane z raziskovalnim vprašanjem oziroma temo patronažne zdravstvene nege onkološkega pacienta, ki predstavlja glavno temo. Prva podtema je *vloga patronažne zdravstvene nege pacienta z rakom v domačem okolju*, kjer izpostavljamo tudi pojem/kodo vloga koordinatorja. Druga prepoznana podtema je *znanje in veščine diplomirane medicinske sestre kot izvajalke ukrepov in medicinskotehničnih postopkov*. Tretja podtema je *kakovost obravnave in patronažne zdravstvene nege onkološkega pacienta*, kjer izpostavljam še pojem/kodo zaupanje in sodelovanje z družino in svojcem. Zadnja, četrta podtema je *videnje obravnave onkološkega pacienta v preteklosti in prihodnosti*.

Vloga patronažne zdravstvene nege obbolelega za rakom v domačem okolju

Sodelujoče izpostavljajo domače okolje, kjer ljudje želijo živeti v krogu svojih domačih in se skupaj z njimi spoprijemati s kronično boleznijo. Obravnava diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu je celostna in se odziva na potrebe posameznika in družine ter skupaj z njimi išče rešitve. Vstop v družino, komunikacija, zaupanje, podpora, obravnava in nudenje pomoči obbolelemu za rakom in družini je le nekaj odgovornih vlog, ki jih ima medicinska sestra v domačem okolju. Navedene ugotovitve ponazarjam s citati sodelujočih:

»Vloga medicinske sestre v obravnavi onkološkega pacienta je izjemno pomembna, saj se v domačem okolju pacient in njegovi svojci pogosto znajdejo v težkih in komaj obvladljivih situacijah in medicinska sestra v patronažnem varstvu je edini izvajalec v sistemu zdravstvenega varstva, ki jih obravnava v okolju, kjer živijo.«

»Patronažna medicinska sestra (PMS) pride v družino pacienta, v njihov dom in s tem dobi celostno podobo družine in njihovih potreb.«

»Se pa vse PMS na našem terenu strinjamo, da je za onkološkega pacienta najboljša obravnava v domačem okolju ob potrebnem suportu različnih služb, ki se med seboj povezujejo.«

V okviru zgornje teme prepoznamo pojem koordinator. Sodelujoče odgovarjajo, da se diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu pri svojem delu pogosto sooča s težavami, kot so težave socialno-ekonomske narave, nasilje, odklanjanje zdravljenja ali zdravstvene obravnave, in pristopa k njihovem reševanju. Pri tem prevzema **vlogo koordinatorja** med javnimi in zasebnimi zdravstvenimi organizacijami, med zdravstvenimi dejavnostmi vseh ravni, centrom za socialno delo, lokalno skupnostjo, oskrbo na domu, domom starejših občanov, Karitas, Hospicem in drugimi organizacijami, ki lahko pripomorejo k reševanju zdravstvenega stanja in razmer pri posameznikih in njihovi družini. Nekaj izjav sodelujočih:

»ZN onkološkega pacienta mnogokrat preide v paliativno nego, tu pa je vloga PMS prav tako celostna in PMS bi morale imeti možnosti (čas in kompetence), da bi bile koordinator ZN in oskrbe na pacientovem domu.«

»Kot koordinatorko interdisciplinarnega tima, ob pacientu in njegovih bližnjih na njihovem domu.«

»Vloga patronažne medicinske sestre je v timu z osebnim zdravnikom pacienta kot koordinatorka zagotavljanja pomoči pacientu v vseh temeljnih življenjskih aktivnostih.«

Znanje in veščine diplomirane medicinske sestre kot izvajalke ukrepov in medicinskotehničnih postopkov

Za izvajanje patronažne zdravstvene nege onkoloških pacientov ima medicinska sestra veliko znanja in kompetenc, vendar je potrebno nenehno izobraževanje in usposabljanje, poudarjajo sodelujoče. Za uspešno delo in združevanje znanj z izkušnjami je potrebno vseživljenjsko izobraževanje z veliko lastne motivacije in truda. Posebej je to pomembno zaradi kakovosti obravnave in uspešnega prepoznavanja potreb posameznika, družine in tudi

glede na razvoj postopkov in obravnav. Na temo znanja so nekatere sodelujoče napisale:

»Znanja in kompetenc za izvajanje onkološke zdravstvene nege ima medicinska sestra v patronažnem varstvu sicer veliko, vendar je potrebno nenehno izobraževanje in usposabljanje predvsem za nove posege in postopke zdravstvene nege.«

»Znanje in kompetence PMS so večkrat specifične narave, ker se uvajajo vedno novi pristopi k zdravljenju onkološkega pacienta. Zato bi morala potekati kontinuirana izobraževanja. PMS smo večkrat prve, ki obiščemo pacienta po odpustu iz bolnišnic in velikokrat se na pacientovem domu srečamo z novimi pristopi, intervencijami,...«

»Mogoče bi bilo smiselno razmišljati o širjenju kompetenc PMS v smislu predpisovanja medicinsko tehničnih pripomočkov. Saj smo PMS tiste, ki se z onkološkimi pacienti srečujemo tudi večkrat tedensko in spremljamo upad njihovih sposobnosti in s tem potrebo po pripomočkih....«

»Izjemno pomembno je medsebojno zaupanje in pripravljenost za sodelovanje, predvsem pa priznavanje kompetenc, ki jih imamo.«

Kakovost obravnave in patronažne zdravstvene nege onkološkega pacienta

Izpostavljamo, da so za kakovostno obravnavo potrebni znanje in izkušnje, osebne veščine in empatija. Dobrodošlo je predhodno poznavanje družine in posameznika ter lokalne skupnosti. Priporočeno je pripraviti načrt v sodelovanju z družino, ambulantno osebnega zdravnika in drugimi vključenimi v zdravljenje ter tako omogočiti izvajanje čim več ukrepov v domačem okolju. K čim prejšnji in neprekinjeni obravnavi sodelujoče prepoznavajo pomen pisnega in ustnega informiranja patronažnega varstva o odpustu z vseh nivojev zdravstvene dejavnosti ter imeti možnost posvetovanja, komunikacije z odpustnim zdravnikom, medicinsko sestro ali zdravnikom specialistom. Zaradi vedno večjih potreb po preventivnem delovanju pomeni sodelujočim

kakovost možnost zgodnjega odkrivanja, presajanja in ohranjanja kakovosti življenja pacientov za rakom in možnost preventivnih obiskov na domu. V središče obravnave je postavljen pacient z družino, njihove želje, potrebe, pričakovanja, in s takšnim pristopom je zagotovljena kakovost obravnave. Temo kakovosti obravnave ponazarjam s spodnjimi izjavami:

»Kakovostna obravnava in oskrba onkološkega pacienta mora potekati kontinuirano. PMS moramo biti pravočasno obveščene o odpustu pacienta iz bolnišnic z negovalno dokumentacijo. Kakovostno bomo PMS obravnavale pacienta, ko bomo vse strokovno usposobljene za izvajanje morebitnih novih intervencij.«

»Kakovostna oskrba v domačem okolju je odvisna od dobrega osebnega načrta za izvajanje patronažne zdravstvene nege, ki ga medicinska sestra oblikuje skupaj s pacientom, njegovo družino in izbranim osebnim zdravnikom ali drugimi, ki se vključujejo v obravnavo.«

»...psiho fizična podpora pacienta in svojcev...«

»Kontinuirana in celostna oskrba pacienta 24 ur na dan.«

»Vsekakor pa pod kakovostno oskrbo onkološkega pacienta razumem to, da je pacient protibolečinsko urejen, ima vse potrebne medicinsko tehnične pripomočke, ki mu olajšajo življenje in da so ob njem svojci, ki zaupajo vase in vedo, da bodo zmogli oskrbo onkološkega pacienta.«

»Menim, da je za kakovostno obravnavo onkološkega pacienta nujno, da se patronažna medicinska sestra nenehno izobražuje, spremlja novosti o medicinsko tehničnih posegih in materialih, spremlja dognanja na področju psihosocialne in duhovne podpore.«

V podtemi kakovostna oskrba bi izpostavila pojem zaupanje in sodelovanje z družino in svojci. Kajti zaupanje je v veliki meri povezano z nadaljnjim potekom obravnave, komunikacije, sodelovanja. Sodelujoče so navedle:

»Ker je pridobivanje zaupanja s strani pacienta velikokrat dolg proces, se mi zdi prav, da bi dobila možnost osebnega stika s pacientom in z njegovo družino v dokaj zgodnji fazi in bi lahko bila svojcem v večjo oporo v tistem času, ko oklevajo ali odpeljati umirajočega v bolnico ali vztrajati ob njem doma.«

»V začetnem obdobju ima poglavitno vlogo pri zdravstveno vzgojnem delu in pomaga pri vzpostavljanju novega življenja z boleznijo. PMS mora imeti prijazen in zaupen odnos do pacienta, podati mu mora prave informacije, spodbujati izražanja občutij, imeti mora empatičen odnos, ter znati mora ugotavljati druge pacientove potrebe.«

Videnje obravnave onkološkega pacienta v preteklosti in prihodnosti

Glede na razvoj zdravstvene nege, medicinskotehničnih pripomočkov in farmakoloških dosežkov sodelujoče tudi na področju patronažne zdravstvene nege vidijo spremembe. Predvsem je viden velik dosežek v odnosu do obvladovanja in obravnavanja bolečine tudi v domačem okolju, povečana je kakovost življenja tako pacientov kot njihovih svojcev zaradi številnih medicinskotehničnih pripomočkov. Ravno tako je dobro sodelovanje med sekundarno in terciarno dejavnostjo z namenom neprekinjene obravnave, vendar bi se lahko formalno oblikoval protokol informiranja in predaje podatkov. Potrebne bodo spremembe tudi v zakonodaji in umestitvi vloge in kompetenc patronažnega varstva zaradi vse večje potrebe po zahtevni zdravstveni obravnavi v domačem okolju v sodelovanju z drugimi službami ter zaradi zagotavljanja možnosti enakovredne obravnave tako v domačem okolju kot v drugih zdravstvenih inštitucijah.

»Vsekakor se pred 20 leti še nismo srečevali s tako težkimi primeri, ki so potrebni kontinuirane obravnave v domačem okolju. Prav zato se je potrebno prilagoditi trenutni situaciji in tudi na področju zakonodaje formalno doreči vlogo in nalogo patronažnega varstva na tak način, da bo za izvajalce obvezujoča.«

»Patronažna zdravstvena nega onkoloških pacientov izpred 20 let se je spremenila – na bolje. Prednost je v samem načinu zdravljenja, onkološki pacienti postajajo kronični pacienti, rak ni več tabu tema, pacienti so veliko bolj

osveščeni in od PMS pričakujejo odlično strokovno znanje, empatijo, profesionalen odnos, kontinuirano nego, celodnevno oskrbo.«

»Največja razlika v obravnavi je predvsem na področju obvladovanja bolečin, medicinsko tehnični pripomočki ter vključenost PMS v obravnavi na domu. Vizija: 24 urna podpora na domu v kombinaciji negovalcev, ki so ustrezno izobraženi s področja obravnave onkološkega pacienta ter PMS, ki koordinira ustrezno oskrbo.«

»Pred 20 leti več umiranja v domačem okolju, sosedska pomoč, pogostejši obiski zdravnika na domu, manj dokumentacije,... VIZIJA: Prenos državnega programa paliativne oskrbe v prakso k pacientu in v izobraževanje oz. obvezne vsebine v času študija vseh profilov, ki sodelujejo pri zdravljenju in oskrbi pacienta.«

»Pred 20 leti je bila patronažna zdravstvena nega onkološkega pacienta povsem drugačna kot je sedaj. Ni bilo ustreznih medicinsko tehničnih pripomočkov, kateri danes zelo olajšajo nego. Najbolj pa je medicina napredovala na področju lajšanja bolečine.«

RAZPRAVA Z ZAKLJUČKOM

Diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu vidijo svojo vlogo pri onkološki zdravstveni negi kot pomembno in ključno v domačem okolju. Predvsem je to vloga koordinatorja, sodelavca, izvajalca ter strokovnjaka področja, ki se mora nenehno izobraževati, biti empatičen in individualno ter celostno usmerjen do vsakega pacienta in družine.

Najpomembnejši cilj pri obravnavi pacienta z rakom v patronažnem varstvu je ohraniti kakovost življenja v vseh fazah bolezni v največji možni meri in ob tem vključiti in podpirati svojce. Kot so sodelujoče napisale, je za to potrebno znanje, veščine, izkušnje, priznavanje kompetenc ter sodelovanje tako s primarnim timom zdravstvene dejavnosti kot specialisti na sekundarni in terciarni ravni. Laurant in sodelavci (2005) izpostavljajo, da v primarnem zdravstvenem varstvu lahko ustrezno usposobljene medicinske sestre izva-

jajo zahtevno in kakovostno oskrbo in pri tem dosegajo tako dobre rezultate kot zdravniki. Za reševanje širokega spektra težav in izzivov v prihodnje bi morali odgovorni v zdravstvenem sistemu razmišljati o bolj fleksibilnem modelu obravnave in oskrbe pacientov z rakom, da bi lahko zadovoljili vse potrebe pacientov in družin v domačem okolju. Raziskava Royal College of Nursing (2013) navaja, da lahko povečanje temeljne skrbi na primarnem nivoju v okviru patronažnega varstva zmanjša ponovne sprejeme v bolnišnici, daje pacientu možnost izbire in poveča njegovo zadovoljstvo.

Dolgotrajne težke bolezni in smrt so teme, s katerimi se sooča diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu, kot tudi pacienti in svojci. Mnogi izmed njih bi želeli konec življenja pričakati v domačem okolju v objemu svojcev. S pomočjo sodelovanja in povezovanja tako zdravstvenih kot drugih služb bi to bilo mogoče. Dejstvo, da diagnoza rak še ne pomeni smrti, je pogosto tema pogovora s pacientom. Tovrstni pogovori in tovrstno zdravstvenovzgojno delovanje z namenom ohraniti kakovost življenja so vezani na zaupen odnos pacienta in svojcev do medicinske sestre, katerega bi si želeli pridobiti z zgodnjo obravnavo in obiskom.

V raziskavi smo pridobili šest mnenj, izkušenj, verjetno bi večje število še podalo kakšno dejstvo, zato v tem vidimo omejitvev in hkrati priložnost nadaljnjih raziskav.

ZAHVALA

Zahvaljujem se sodelujočim in njihovim sodelavcem, da so bili pripravljeni sodelovati in pisno podati svoja dragocena mnenja ter so tako pripomogli k nastanku prispevka.

LITERATURA

Benedik, J., 2011. Oskrba bolnika ob koncu življenja. *Onkologija*, 1 (15) pp. 52-58.

Braun, V, Clarke, V. 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3, pp. 77-101.

Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R. & Sibbald, B., 2005. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 18 (2).

Patronažna dejavnost v obdobju od 1999 do 2013. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: <http://www.nijz.si/sl/publikacije/patronazna-dejavnost-v-obdobju-od-1999-do-2013> [21.12.2016].

Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. 2015. Uradni list Republike Slovenije št. 17/15.

Rak v Sloveniji 2012. 2015. Register raka Republike Slovenije. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, str. 16-17. Available at: http://www.onko-i.si/fileadmin/onko/datoteke/dokumenti/RRS/LP_2012.pdf [18.12.2016].

Royal College of Nursing. 2013. *District nursing – harnessing the potential The RCN's UK position on district nursing*. London: Royal College of Nursing »Available at:« <https://www2.rcn.org.uk> [14.12.2016].

Vuga, S., 1975. Organizacija patronažne službe. *Obzornik zdravstvene nege*, 1 (9), pp. 18-22.

Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list Republike Slovenije, št. 23/2005 - UPB2, 23/2008, 40/2012 - ZUJF in 14/2013.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uradni list Republike Slovenije, št. 72/2006 - UPB3, 91/2007, 76/2008, 87/2011, 40/2012 - ZUJF in 91/2013.