

Medpoklicno sodelovanje v procesu paliativne oskrbe pacienta s črevesno stomo

DOI: <https://doi.org/10.55707/jhs.v12i2.186>

Izvorni znanstveni članek

UDC 616-036.8-083-089.86:005.64

KLJUČNE BESEDE: paliativna oskrba, medpoklicno sodelovanje, črevesna stoma, edukacija o negi stome

POVZETEK – Rak debelega črevesa in danke spada po incidenci med najbolj pogoste rake v Sloveniji. Posledica kirurškega zdravljenja je velikokrat črevesna stoma. Skrb za pacienta z neozdravljivo boleznijo in črevesno stomo zahteva medpoklicno sodelovanje. Namen raziskave je predstaviti pomen medpoklicnega sodelovanja v procesu paliativne oskrbe pacienta s črevesno stomo. V raziskavi smo uporabili kvalitativni pristop, metodo analize besedila ter tehniko nestrukturiranega intervjuvanja. Uporabili smo neslučajnostni namenski vzorec, v raziskavo so bili vključeni: kirurg, medicinska sestra, enterostomalna terapevtka, psihologinja, koordinatorica zdravstvene obravnave in medicinska sestra v patronažnem varstvu. Sodelujočim v raziskavi je v procesu paliativne oskrbe pacienta s črevesno stomo pomembna psihična in fizična priprava pacienta na operativni poseg. Poudarijo tudi edukacijo o negi črevesne stome, ki jo vodi enterostomalna terapevtka. Sodelujoči v raziskavi izpostavijo prednosti in ovire medpoklicnega sodelovanja. Najpomembnejša prednost medpoklicnega sodelovanja je kakovostna in varna obravnava pacienta, ovira pa pomanjkanje kadra.

Original scientific article

UDC 616-036.8-083-089.86:005.64

KEYWORDS: palliative care, interprofessional collaboration, intestinal stoma, stoma management education

ABSTRACT – Colorectal cancer is one of the most common cancers in Slovenia. Surgical treatment often results in an intestinal stoma. Caring for patients with incurable disease and an intestinal stoma requires interprofessional collaboration. The aim of the study is to present the importance of interprofessional collaboration in the palliative care process for patients with an intestinal stoma. The study adopted a qualitative approach, utilizing the text analysis method and the unstructured interview technique. We used a non-randomised purposive sampling and included a surgeon, a registered nurse, an enterostomal therapist, a psychologist, a healthcare coordinator, and a community nurse. The participants of the study emphasised the importance of mental and physical preparation of the patient for surgery in the context of palliative care for individuals with an intestinal stoma. They also emphasised the education on intestinal stoma management provided by the enterostomal therapist. The participants highlighted both the benefits and limitations of interprofessional collaboration. The most significant benefit is the provision of high-quality and safe patient care, while the primary limitation is the lack of staff.

1 Uvod

Paliativna oskrba priznava življenje in smrt kot popolnoma naraven proces (Ebert Moltara, 2014; Koštomaj, 2021). Predstavlja obliko obravnave pacienta z neozdravljivo boleznijo, usmerjeno v zagotavljanje kakovosti življenja pacienta in njegovih bližnjih, ki jih spremljamo tudi v času žalovanja (Furman in Lopuh, 2017). Paliativna oskrba je del priporočenega standarda oskrbe pacientov tudi pri napredovalem raku

Prejeto/Received: 8. 5. 2025
Sprejeto/Accepted: 25. 8. 2025

Besedilo/Text © 2025 Avtor(ji)/The Author(s)
To delo je objavljeno pod licenco CC BY Priznanje avtorstva 4.0 Mednarodna.
/ This work is published under a CC BY Attribution 4.0 International license.
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

(Earp idr., 2018). Kolorektalni rak je eden najpogostejših rakov na svetu (Kow, 2019; Kamberi in Jaho, 2020). Slovenija pa je po številu obolelih na petem mestu od 28 evropskih držav, letno jih umre okoli 800 (Brecelj idr., 2020). Ebert Moltara (2013) in Bahrami, Masoumy, Sadeghi in Mosavizadeh (2022) navajajo, da večina teh pacientov potrebuje paliativno oskrbo ter da se po 50. letu starosti obolevnost strmo viša, saj so kar pri 23 % pacientov odkrili bolezen v razsejani obliki.

Z razvojem paliativne oskrbe, ki celostno oskrbuje pacienta, pri katerem bolezen ne reagira več na kurativno zdravljenje, je v njej svoje mesto našla tudi kirurgija. Operacija ima osrednjo vlogo v zdravljenju tako raka debelega črevesa kot raka danke. Posledica kirurškega zdravljenja je velikokrat začasna ali stalna črevesna stoma (Štemberger Kolnik idr., 2023; Velenik idr., 2011). Slednje so lahko rezultat t. i. paliativnega zdravljenja, ko pri neoperabilnih tumorjih razrešijo hudo zaporo črevesa, s čimer se strinjajo tudi Davis, Sherif in Morrison (2020) ter navajajo, da je ustvarjanje črevesne stome pogosto reševalni postopek, vendar se moramo zavedati, da je vedno postopek, ki spremeni življenje, saj se morajo pacienti poučiti o ravnanju s črevesno stomo in soočati s socialnimi posledicami.

Iz literature (Bavčar in Škrabl, 2009; Paterson idr., 2016; Škufca Smrdel in Markovič, 2019) je razvidno, da ima črevesna stoma po navadi negativen vpliv na kakovost življenja pacientov in v več vidikih pomembno vpliva na spremembo življenjskega sloga. Pacienti, ki prejmejo usodno novico o neozdravljivi bolezni, doživljajo različne težave in preizkušnje. Stanje znatno poslabša še spremenjena samopodoba in način odvajanja po operativnem posegu (Sumarsono in Respati, 2020). Pomembno je, da kdor koli od zdravstvenega tima stopi v stik s pacientom, ki je pridobil črevesno stomo, da zna in zmore prisluhniti njegovim potrebam (Sharma in Subedi, 2019).

Prav zato je oblikovanje posebnega programa paliativne oskrbe za te paciente nujno potrebno zaradi različnih težav, ki jih povzročajo prebavne težave ali težave s črevesno stomo (Bahrami idr., 2022). Zgodnja rehabilitacija se začne že v predoperativnem obdobju in vključuje izobraževanje pacientov o negi črevesne stome. Glavni cilj tega postopka je pacientom s črevesno stomo omogočiti, da čim prej prevzamejo vsakodnevne dejavnosti. Rehabilitacija je lahko fizična (oskrba črevesne stome) in psihična (obravnavna čustvenih težav) (Repić in Ivanović, 2017).

Vse bolj kompleksne potrebe polimorbidnih pacientov s kroničnimi boleznimi, ki se bližajo koncu življenja, od zdravstvenega osebja zahtevajo nove sposobnosti. Poleg zdravljenja kompleksnih kroničnih bolezni v zadnjih stadijih sta tu še prepoznavna samega konca življenja in priprava na smrt. Vse bolj staro prebivalstvo narekuje oblikovanje veščin za učinkovito timsko delo, prepoznavanje in odzivanje na trpljenje ter sočutno oskrbo (Devery, 2020). Pacient v času paliativne oskrbe kroži med posameznimi strokovnjaki, izvajalci paliativnih storitev in med različnimi organizacijami in nivoji (Ebert Moltara in Bernot, 2023).

Za vse tiste, ki zagotavljajo celovito oskrbo pacientov z rakom, je pomembno, da so seznanjeni z načeli primarne paliativne oskrbe in interdisciplinarnimi timskimi pristopi. V idealnem primeru paliativno oskrbo izvaja skupina zdravnikov, medicinskih sester, socialnih delavcev, psihologov in duhovnikov oziroma ljudje, za katere

pacient meni, da zagotavljajo odziv na njegove potrebe. Skupine za paliativno oskrbo pogosto vključujejo ali tesno sodelujejo z drugimi strokovnjaki, kot so fizioterapevti, delovni terapevti, nutricionisti, akupunkturisti, glasbeni terapevti in masažni terapevti (Swami in Case, 2018).

Kompleksnost zdravstvene nege v obravnavo pacienta vključuje vse več različnih izvajalcev zdravstvenega varstva (Pullon idr., 2016). Sodelovanje dveh ali več strokovnjakov različnih poklicev z namenom reševanja problemov, vprašanj in doseganjem najboljših možnih izidov zdravljenja imenujemo medpoklicno sodelovanje (Green in Johnson, 2015; Serrano-Gemes in Rich-Ruiz, 2017). Z medpoklicnim sodelovanjem dosežemo najbolj učinkovito obravnavo pacienta (Ciemiens idr., 2016), vendar za to potrebujemo zdravstvene strokovnjake, ki bodo imeli skupne cilje, filozofijo sodelovanja, vrednote (Rose, 2011), si bodo medsebojno zaupali in spoštovali (Korenčan, 2020) ter se zavedali, da je vsak od njih pomemben in enakopraven člen v procesu obravnave pacienta, ne glede na izobrazbo. Na ta način bomo lahko zadovoljili in obvladali potrebe pacienta (Bandelj idr., 2018).

V procesu paliativne oskrbe pacienta s črevesno stomo, kjer vstopa veliko različnih strokovnjakov, lahko pride do ovir v sodelovanju. Ovire se lahko nanašajo na komunikacijo, ki je glavna komponenta medpoklicnega delovanja (Wauben idr., 2011). Kot navajajo Suslow idr. (2023), je komunikacija zahtevnejša, večji kot je tim, zato mora potekati na pregleden in strukturiran način. Težave v medpoklicnem sodelovanju povzročata tudi neustrezna razdelitev vlog v timu, konflikti, povezani s slabimi odnosi med sodelujočimi, in preobremenjenost zdravstvenih strokovnjakov (Vestergaard in Nørgaard, 2018).

Namen raziskave je predstaviti pomen medpoklicnega sodelovanja v procesu paliativne oskrbe pacienta s črevesno stomo. Cilj raziskave je ugotoviti naloge posameznega zdravstvenega strokovnjaka, ki sodeluje v procesu obravnave pacienta s črevesno stomo v paliativni oskrbi, ter prednosti in ovire medpoklicnega sodelovanja.

2 Metodologija

Raziskava temelji na kvalitativni metodi raziskovanja, da bi poglobljeno razumeli izkušnje in ugotovitve različnih zdravstvenih strokovnjakov ter dobili vpogled v obravnavano tematiko (Doyle idr., 2020). Podatke smo zbrali z delno strukturiranimi intervjuji z različnimi zdravstvenimi strokovnjaki, ki so se odzvali na povabilo za sodelovanje v raziskavi. Na začetku intervjuja smo jim postavili dve izhodiščni vprašanji, ki sta tudi raziskovalni vprašanji: »Kakšne so naloge različnih zdravstvenih strokovnjakov v procesu obravnave pacienta s črevesno stomo v paliativni oskrbi? Kakšne so prednosti in ovire medpoklicnega sodelovanja v procesu obravnave pacienta s črevesno stomo v paliativni oskrbi?« V intervjujih smo dodatna vprašanja prilagajali dinamiki poteka intervjuja in posameznemu sodelujočemu zdravstvenemu strokovnjaku. Intervjuje smo z dovoljenjem sodelujočih snemali in jih nato prepisali v parafrazirano obliko. Po večkratnem prebiranju zapisov smo izvedli kodiranje, prepo-

znane kode smo nato smiselno razvrstili v podteme in nato v teme. Zapisanim kodam smo dodali dobesedne izjave sodelujočih. V raziskavi je sodelovalo šest zdravstvenih strokovnjakov, ki so predstavljali neslučajnostni namenski vzorec. Izjave intervjuvanecv smo anomizirali (Intervjuvanec 1 do Intervjuvanec 6) ter vse zapisali v moškem spolu, čeprav so v intervjujih sodelovale tudi ženske strokovnjakinje. Vključeni v raziskavo so bili povprečno stari 43,12 let in so imeli vsaj 10 let delovanja na področju zdravstvene nege, medicine in psihologije. Intervjuje smo izvedli med februarjem in majem leta 2024.

3 Rezultati in razprava

Rezultati so predstavljeni tabelarno in naracijsko. Iz intervjujev smo izločili 43 kod, 9 podtem in 3 teme – Priprava na operativni poseg, Edukacija o negovanju črevesne stome in Medpoklicno sodelovanje.

Tabela 1

Analiza teme »Priprava na operativni poseg« s podtemami in kodami/Thematic analysis »Preparation for surgery« with sub-themes and codes

Tema	Podteme	Kode
Priprava na operativni poseg	psihična priprava	zaupen odnos informiranost pogovor obisk stomista
	fizična priprava	označitev mesta stome čiščenje črevesja higienska ureditev pacienta
	administrativna priprava	pregled dokumentacije priprava obrazcev za operativni poseg

Intervjuvanci so bili soglasni, da je priprava na operativni poseg ključnega pomena. Ta zajema psihično, fizično in administrativno pripravo. Predoperativna priprava pacienta je zelo pomembna, saj prispeva k zmanjšanju pooperativnih zapletov. Izobraževanje pacientov in psihološka podpora imata pomembno vlogo pri izboljšanju dolgoročnih kirurških izidov, saj dokazano zmanjšujeta psihosocialne zaplete ter spodbujata k boljši kakovosti življenja in neodvisnosti pacientov s črevesno stomo (Mulita in Lotfollahzadeh, 2023). Namen priprave pacienta na operativni poseg je, da bo pacient po temeljiti diagnostiki boljše pripravljen na operacijo in jo bo lažje preстал. Priprave se med seboj prepletajo in niso samostojne (Štemberger Kolnik idr., 2023).

Intervjuvanci se strinjajo, da je za stabilno psihično stanje pacienta pomembno, da z njim »vzpostavimo zaupen odnos, spodbujamo ga k izražanju čustev, dilem in vprašanj« (Intervjuvanec 4). Pacient in svojci morajo biti podrobno seznanjeni z boleznijo, s pripravo, potekom operacije, z dogajanjem po operaciji in možnimi zapleti. »Po sprejemu na bolnišnični oddelek s pacientom opravimo obširen in natančen pogovor o operaciji. Ta zajema obrazložitev namena sprejema v bolnišnico, obrazložitev bolezni,

vrsto, potek in razlog za operacijo« (Intervjuvanec 1). Pogovor zajema načrtovanje rehabilitacije, možne zaplete in obrazložitev načina odvajanja po črevesni stomi.

Večina intervjuvancev predstavi možnost obiska drugega pacienta s črevesno stomo. Po dogovoru med sodelujočimi in na pacientovo željo se uredi obisk, ki koristi pacientovi psihični pripravi na operativni poseg. »Lahko se izpelje v času hospitalizacije in vpliva na potek sodelovanja in edukacije pacienta s črevesno stomo. Zviša se možnost pacientove samostojnosti« (Intervjuvanec 4). Dva intervjuvanca poudarita pomen psihične priprave tudi v smislu soočanja z neozdravljivo boleznijo, ne le v pridobivanju črevesne stome. »Pacient se sooča z neozdravljivo boleznijo, s spremenjeno telesno podobo in s spremenjenim načinom odvajanja« (Intervjuvanec 6).

Sodelujoči v raziskavi poudarijo pomembnost fizične priprave na operativni poseg, ki zajema označitev najprimernejšega mesta črevesne stome, pripravo prebavnega trakta in higiensko pripravo. Dobro označeno mesto črevesne stome pomeni manj zapletov po operaciji, dobro sodelovanje pacienta vodi v uspešno edukacijo o negi črevesne stome. Polovica intervjuvancev poudari pripravo prebavnega trakta, ki je lahko za pacienta neugoden postopek. Pacienta tudi ustrezno higiensko pripravimo, kar vključuje tuširanje, higieno popka in ureditev operativnega polja. »Psihično in fizično dobro pripravljen pacient na operativni poseg pomeni manj zapletov, hitrejše zdravljenje in okrevanje in boljše sodelovanje v edukaciji o negovanju črevesne stome« (Intervjuvanec 1).

Polovica intervjuvancev predstavi tudi pomembnost »administrativne priprave na operativni poseg, kar zajema pregled dokumentacije in pripravo obrazcev za poseg« (Intervjuvanec 2). Preverijo se predhodna dokumentacija, mnenja konzilijev, predhodne odpustnice, histološki izvidi, privolitve na poseg in anestezijo, anesteziološki list priprave pacienta na operativni poseg, premedikacija, alergije, ostale bolezni in posebnosti. »V kolikor se pacient odloči za operativni poseg, podpiše pisni pristanek« (Intervjuvanec 1).

Tabela 2

Analiza teme »Edukacija o negovanju črevesne stome« s podtemami in kodami/The-matic analysis »Education on stoma care« with sub-themes and codes

<i>Tema</i>	<i>Podteme</i>	<i>Kode</i>
Edukacija o ne-govanju črevesne stome	edukacija enterosto-malne terapevtke	edukacija pacienta in svojcev o negi črevesne stome ustrezni pripomočki odnos med pacientom in enterostomalno terapevtko razreševanje manjših zapletov
	zapleti	neustrezen kirurški poseg neustrezno mesto prepozno odkrivanje zapletov
	kakovost življenja	zapleti in slabo sodelovanje pri edukaciji spremenjena telesna podoba zanemarjanje različnih aktivnosti

Intervjuvanci se strinjajo, da je za edukacijo o negi črevesne stome zadolžena enterostomalna terapevtka. Enterostomalna terapevtka vstopi v proces oskrbe pacienta že v predoperativnem obdobju. Pacienta psihično in fizično pripravi na operacijo, po posegu pa izvaja učenje rokovanja s črevesno stomo (Jelen, 2022). Nastali morebitni zapleti s črevesno stomo vplivajo na kakovost življenja. Čeprav izpeljava črevesne stome velja za enega najpogostejših posegov, ki rešujejo življenja, velikokrat privede do zapletov (Mulita in Lotfollahzadeh, 2023; Štemberger Kolnik idr., 2023). V preteklosti so bili kirurški izidi, zapleti, odziv tumorja, preživetje in ponovitev bolezni najpomembnejši kazalniki zdravljenja in obravnave. Kirurški rezultati so se sčasoma izboljšali v več vidikih. Ker več pacientov preživi z zmanjšanim tveganjem za ponovitev bolezni, postaja kakovost življenja vse pomembnejša (Näsvall idr., 2017).

Ena izmed intervjuvank izpostavi pomembnost odnosa med enterostomalno terapevtko in pacientom ter na kakšen način bo črevesna stoma predstavljena pacientu. »Pomembno je, da pacientu nudimo podporo pri telesni spremembi in dostojanstvu« (Intervjuvanec 6). »Naučiti pacienta in njegove svojce o pravilnem negovanju črevesne stome je zahtevno delo, ki je odvisno od psihičnega in fizičnega stanja pacienta« (Intervjuvanec 3). Cilj edukacije je pacient, ki samostojno skrbi za črevesno stomo.

Po operaciji se izvede edukacija o negovanju črevesne stome skupaj s pacientom in njegovimi svojci. Enterostomalna terapevtka skupaj s pacientom izbere ustrezne pripomočke. »Pri paliativnih pacientih je pomembno, da so pripomočki udobni in enostavni za uporabo. Prilagajamo jih glede na bolezen, izgubo telesne teže in mobilnost pacienta« (Intervjuvanec 3). Predlaga se uporaba bariernih krem in razpršil ter dodatkov, kot so posebni dezodoranti in aktivno oglje v vrečkah, kar pomaga pri nadzoru vonjav.

Po mnenju sodelujočih je več vzrokov za zaplete po formaciji črevesne stome: »neustrezna izvedba kirurškega posega« (Intervjuvanec 1) ter »neustrezno mesto črevesne stome, prepozno odkrivanje zapletov, neustrezni pripomočki in nega« (Intervjuvanec 2). Zaplete po formaciji stome razrešujeta kirurg in enterostomalna terapevtka. Zapleti vplivajo na prilagoditev edukacije in sodelovanje pacienta.

Intervjuvanec 4 poudari, da »zapleti in slabo sodelovanje pri edukaciji vodijo v pacientovo slabše psihološko stanje, podaljša se bivanje v bolnišnici, daljša je rehabilitacija, ki znatno vpliva na pacientovo kakovost življenja« (Intervjuvanec 4). Formacija črevesne stome je za pacienta velika sprememba v življenju. »Spremeni njihov odnos do samega sebe, do bližnjih in do družbe. Postanejo ranljivi, izgubijo samozavest, občutijo strah. Spremenjena telesna podoba vpliva na partnerski odnos, saj se zaradi črevesne stome počutijo neprivlačno« (Intervjuvanec 5).

»Osebe s stomo so velikokrat negotove in nesamostojne v negovanju črevesne stome, opustijo svoje dosedanje hobije in spremenijo potek svojega vsakdanjega življenja. Strah jih je različnih aktivnosti, najpogosteje so to plavanje, potovanje in spolnost« (Intervjuvanec 6). Velikokrat nekatere od teh aktivnosti popolnoma zanemarijo, se zapirajo pred družbo, svojci in partnerjem. Vsi sodelujoči v intervjujih poudarjajo pomen pacientove samostojnosti v ravnanju s črevesno stomo in čim boljšo kakovost življenja po odpustu iz bolnišnice.

Tabela 3

Analiza teme »Medpoklicno sodelovanje« s podtemami in kodami/Thematic analysis »Interprofessional cooperation« with sub-themes and codes

<i>Tema</i>	<i>Podteme</i>	<i>Kode</i>
Medpoklicno sodelovanje	specifičnost delovnih nalog	vodenje in spremljanje pacienta od sprejema do odpusta kontinuirani negovalni proces priprava na operativni poseg sprejemanje stome vodenje pacienta na domu
	prednosti	kakovostna obravnava pacienta vključevanje drugih zdravstvenih strokovnjakov znanje timsko reševanje težav boljša organizacija dela manj napak motiviranost trud poklicnih skupin za nadaljevanje kakovostnega življenja pacienta individualen načrt paliativne oskrbe
	ovire	otežena kontinuiteta oskrbe pomanjkanje kadra preobremenjenost zaposlenih slabi odnosi in konflikti prelaganje dela in odgovornosti komunikacija pomanjkljiv prenos ali izpad informacij izpostavljanje napak drugih individualnost tekmovalnost konkurenčnost neintegrirana paliativna oskrba pomanjkanje znanja

Iz izjav sodelujočih ugotovimo, da medpoklicno sodelovanje v procesu obravnave pacienta s črevesno stomo v paliativni oskrbi pomeni najbolj optimalno in kontinuirano obravnavo pacienta z možnostjo vključitve različnih zdravstvenih strokovnjakov glede na potrebe pacienta, kar potrjuje Pullon s sodelavci (2016) in dodaja, da kompleksnost zdravstvene obravnave zahteva vključevanje vse več različnih izvajalcev

zdravstvenega varstva. V procesu paliativne oskrbe pacienta s črevesno stomo, kjer vstopa veliko različnih strokovnjakov, lahko pride do ovir v sodelovanju. Ovire se lahko nanašajo na komunikacijo, ki je glavna komponenta medpoklicnega sodelovanja (Wauben idr., 2011). Kot navajajo Suslow in sodelavci (2023), je komunikacija zahtevnejša, večji kot je tim, zato mora potekati na pregleden in strukturiran način. Težave v medpoklicnem sodelovanju povzročajo tudi neustrezna razdelitev vlog v timu, konflikti, povezani s slabimi odnosi med sodelujočimi, in preobremenjenost zdravstvenih strokovnjakov (Vestergaard in Nørgaard, 2018).

Naloge kirurga so »vodenje pacienta od sprejema do odpusta« (Intervjuvanec 1). Pacienta spremlja skozi kontrolne preglede po odpustu iz bolnišnice. Pacienta natančno seznanjajo z operacijo, sodeluje z ostalimi člani tima v psihični in fizični pripravi pacienta na operativni poseg ter ga izvede. Spremlja pacientovo stanje po operaciji in razrešuje morebitne zaplete bolezni, stome ali rane. Medicinska sestra je odgovorna za »kontinuiran negovalni proces« (Intervjuvanec 2). Po navodilu kirurga izvede čiščenje prebavnega trakta, pacienta pred operacijo higiensko pripravi, uredi operativno polje, pregleda zdravstveno dokumentacijo. Je prva, ki ima stik s pacientom po formaciji črevesne stome, tesno sodeluje s kirurgom in enterostomalno terapevtko. Vodi zdravstveno nego tudi po operaciji. Enterostomalna terapevtka sodeluje v pripravi pacienta na operativni poseg z določitvijo optimalnega mesta črevesne stome, izvede edukacijo o negi črevesne stome in skupaj s kirurgom razrešuje zaplete, povezane s črevesno stomo. »Koordinatorica zdravstvene obravnave skrbi za nemoten proces obravnave od sprejema do odpusta pacienta in je povezovalni člen celotnega tima« (Intervjuvanec 4). Tesno sodeluje z različnimi zdravstvenimi strokovnjaki. Skrbi, da proces obravnave pacienta poteka tekoče, od prvega pregleda do odpusta. Naloge psihologinje so pomagati pacientu in njegovim svojcem sprejeti črevesno stomo, neozdravljivo bolezen. »Naloga psihologinje je vodenje psihološke obravnave pacienta glede na njegove potrebe« (Intervjuvanec 5). Medicinska sestra v patronažnem varstvu skrbi za pacienta in njegovo družino na domu. Spremlja neozdravljivo bolnega in oskrbuje črevesno stomo. »Povezuje pacienta z zdravnikom in svojci. Vodi pacienta tudi v terminalni fazi« (Intervjuvanec 6).

Intervjuvanci se strinjajo, da je dobro medpoklicno sodelovanje v procesu obravnave pacienta v paliativni oskrbi nujno potrebno. »Nudi kakovostno in varno obravnavo pacienta« (Intervjuvanec 5), ki ima možnost vključitve različnih zdravstvenih strokovnjakov glede na potrebe. Medpoklicno sodelovanje vpliva na obravnavo pacienta in navsezadnje na izid zdravljenja. »Vsi zdravstveni strokovnjaki in njihovo znanje je dosegljivo na enem mestu, skupaj prepoznavajo in rešujejo težave in zaplete, povezane s črevesno stomo in neozdravljivo boleznijo. Stanje pacienta v paliativni oskrbi se hitro spreminja, medpoklicno sodelovanje pa nudi prilagoditve oskrbe glede na trenutno stanje« (Intervjuvanka 3). Prednost je tudi v boljši organizaciji dela in v prerazporeditvi nalog. S timskim pristopom se zgodi manj napak, zaposleni so bolj motivirani pri delu. »Prednost medpoklicnega sodelovanja je v trudu vseh poklicnih skupin za nadaljevanje kakovostnega življenja pacienta. Timsko delo omogoča individualen načrt paliativne oskrbe« (Intervjuvanec 3).

Sodelujoči v raziskavi izpostavijo tudi pomanjkljivosti v medpoklicnem sodelovanju v procesu paliativne oskrbe pacienta s črevesno stomo. Na prvo mesto postavijo »oteženo kontinuiteto oskrbe zaradi pomanjkanja zdravstvenega osebja, ki vodi v preobremenjenost zaposlenih in v slabe medsebojne odnose in konflikte« (Intervjuvanec 1). Posledično temu sledi prelaganje nalog in odgovornosti. Ti pa povzročajo neustrezno komunikacijo, pomanjkljiv prenos ali izpad informacij. Slabosti medpoklicnega sodelovanja so tudi »izpostavljanje napak drugih in izstopanje posameznika, tekmovalnost in konkurenčnost« (Intervjuvanec 5). »Neintegrirana paliativna oskrba in potrebno znanje o njej je velika težava, saj na oddelku ni oblikovane ustrezne mreže, kamor bi se po pomoč obrnili pacienti ali zaposleni« (Intervjuvanec 3). »Ni protokola za vodenje pacienta s črevesno stomo v paliativni oskrbi in vsak član tima lahko deluje po lastnih pristopih« (Intervjuvanec 3).

4 Zaključek

Z raziskavo smo ugotovili, da je v procesu paliativne oskrbe pacienta s črevesno stomo pomembna psihična in fizična priprava pacienta na operativni poseg. Priprava pacienta na operativni poseg, po katerem bo pacient dobil črevesno stomo, je zahteven in zelo pomemben proces, ki se začne že ob samem vstopu pacienta v bolnišnico. Fizična priprava pacienta, ki zajema kar nekaj postopkov in posegov, vpliva na okrevanje po operaciji in posledično na vse aktivnosti, ki se bodo odvijale v nadaljevanju. Poleg fizične priprave je zelo pomembna tudi psihična priprava, kjer imamo čas spoznati drug drugega in oceniti pacientovo stanje. Bolje kot je pacient pripravljen, predvsem v psihičnem smislu, bolje bo sprejel črevesno stomo in sodeloval v procesu edukacije o negi črevesne stome. Kakovostna obravnava pacienta, ki zajema dobro pripravo na operativni poseg in edukacijo o negovanju črevesne stome, vodi v kakovostno nadaljevanje življenja tudi po formaciji črevesne stome.

Medpoklicno sodelovanje je ključnega pomena. Kompleksnost zdravstvene nege vse bolj zahteva vključenost različnih zdravstvenih strokovnjakov, ki zagotavljajo obvladovanje vseh pacientovih potreb. Med bivanjem pacienta v bolnišnici se vključuje veliko ljudi, od medicinskih sester, kirurgov, enterostomalnih terapevtk, psihologov, koordinatorjev zdravstvene obravnave, na domu ga vodi medicinska sestra v patronažnem varstvu. Vsi delujejo z istim ciljem, pripraviti pacienta na poseg in ga skozi celoten proces voditi, da se vrne k svojemu vsakdanjiku. Kljub specifičnosti delovnih nalog se sodelovanje vseh vpletenih prepleta in nadaljuje. Tam, kjer se bolnišnični proces konča, ga nadaljuje medicinska sestra v patronažnem varstvu. Kljub vsemu pa se medpoklicno sodelovanje sooča tudi z ovirami na področju pomanjkanja časa in zdravstvenega osebja, kar vodi v preobremenjenost zdravstvenih strokovnjakov. V stiskah prelagajo delo ali odgovornost na druge vpletene. Slabi odnosi med zaposlenimi pomenijo tudi skop pretok informacij. Veliko težavo predstavlja tudi pomanjkanje znanja o paliativni oskrbi na vseh ravneh zdravstvenega varstva.

Opravljen raziskava ima naslednje omejitve:

- Omejitev raziskave z vidika izbrane metodologije: uporabili smo kvalitativno raziskovalno metodo, pri kateri je interpretacija rezultatov lahko bolj subjektivna.
- Omejitev raziskave z vidika izbranega vzorca: uporabili smo neslučajnostni vzorec, omejili smo se le na zaposlene, ki naj bi bili člani paliativnega tima v procesu oskrbe pacienta s črevesno stomo in do katerih smo dostopali preko zasebnega odnosa.

Ivona Botič

Interprofessional Collaboration in the Palliative Care Process of a Patient with Intestinal Stoma

Palliative care recognizes life and death as completely natural processes (Ebert Moltara, 2014; Koštomaj, 2021). It is part of the recommended standard of patient care even in advanced cancer (Earp et al., 2018). Colorectal cancer is one of the most common cancers in the world (Kow, 2019; Kamberi & Jaho, 2020). With the development of palliative care, which holistically cares for a patient whose disease no longer responds to curative treatment, surgery has found its place in it. Surgery plays a central role in the treatment of both colon and rectal cancer. The result of surgical treatment is often temporary or permanent intestinal stoma (Velenik et al., 2011; Štemberger Kolnik et al., 2023). The latter can be the result of the so-called palliative treatment, when severe intestinal obstruction is resolved in inoperable tumours, with which Davis et al. (2020) also agree, stating that the creation of intestinal stoma is often a life-saving procedure, but we must be aware that it is always a life-changing procedure, as patients must learn how to manage intestinal stoma and face the social consequences.

It is clear from the literature (Bavčar & Škrabl, 2009; Paterson et al., 2016; Škufca et al., 2019) that intestinal stoma usually has a negative impact on the patients' quality of life and, in several aspects, a significant impact on lifestyle changes. Patients who receive the fatal news of an incurable disease experience various problems and trials. The situation is significantly worsened by the changed self-image and the method of discharge after the operation (Sumarsono & Respati, 2020). It is important that anyone from the healthcare team who comes into contact with the patient having intestinal stoma knows how and is able to listen to their needs (Sharma & Subedi, 2019).

This is why the creation of a special palliative care program for these patients is absolutely necessary, taking into account also the various problems caused by digestive problems or problems with intestinal stoma (Bahrami et al., 2022). Early rehabilitation begins in the pre-operative period and includes patient education on the intestinal stoma care. The main goal of this procedure is to allow patients with intestinal stoma to resume daily activities as soon as possible. Rehabilitation can be

physical (intestinal stoma care) and psychological (treatment of emotional problems) (Repić & Ivanović, 2017). It is important for all those providing a comprehensive care for cancer patients to be familiar with the principles of primary palliative care and interdisciplinary team approaches. Ideally, palliative care is provided by a team of doctors, nurses, social workers, psychologists and clergy, or people whom the patient believes provide a response to their needs (Swami & Case, 2018).

The collaboration of two or more experts from different professions with the aim of solving problems and questions, as well as achieving the best possible treatment outcomes, is called interprofessional collaboration (Green & Johnson, 2015; Serrano-Gemes & Rich-Ruiz, 2017).

Through interprofessional cooperation, the most effective treatment of the patient is achieved (Ciemins et al., 2016); however, health professionals are also required who have common goals, cooperation mindset and values (Rose, 2011), who trust and respect each other (Korenčan, 2020), and who are aware that each of them is an important and equal member in the process of treating the patient, regardless of their education. In this way, we will be able to satisfy and control the patient's needs (Bandelj et al., 2018).

In the process of palliative care of a patient with an intestinal stoma, where many different specialists enter, there can be obstacles in cooperation. Obstacles can relate to communication, which is the main component of interprofessional functioning (Wauben et al., 2011), because according to Suslow et al. (2023), the larger the team, the more demanding the communication, which must take place in a transparent and structured manner. Problems in interprofessional cooperation are also caused by the inadequate division of roles in the team, conflicts related to poor relations between the participants and the overload of health professionals (Vestergaard & Nørgaard, 2018).

The purpose of the research is to present the importance of interprofessional cooperation in the process of palliative care of a patient with intestinal stoma with the aim of determining the tasks of an individual health professional participating in the process of treating such patient, as well as the advantages and obstacles of interprofessional cooperation. The research is based on the qualitative research method in order to gain an in-depth understanding of the experiences and findings of various health professionals and to gain insight into the topic under discussion (Doyle et al., 2020). Data were collected through semi-structured interviews with various health professionals who responded to the invitation to participate in the research.

The interviewees agreed that preparation for surgery is crucial. This includes mental, physical and administrative preparation. Preoperative preparation of the patient is very important, as it contributes to the reduction of postoperative complications. Patient education and psychological support play an important role in improving long-term surgical outcomes, as they have been proven to reduce psychosocial complications and promote better quality of life and independence in patients with intestinal stoma (Mulita & Lotfollahzadeh, 2023). The purpose of preparing the patient for surgery is that, after a thorough diagnosis, the patient will be better prepared for

surgery and will be able to endure it more easily. Preparations intertwine and are not independent (Štemberger Kolnik et al., 2023).

The interviewees agree that the enterostomal therapist conducts the education on intestinal stoma care. They enter the patient care process already in the preoperative period and prepare the patient mentally and physically for the operation. After the procedure, they give instructions on how to handle intestinal stoma (Jelen, 2022). Possible intestinal stoma complications affect the quality of life.

Although the creation of intestinal stoma is considered as one of the most common interventions saving lives, it often leads to complications (Mulita & Lotfollahzadeh, 2023; Štemberger Kolnik et al., 2023).

In the past, surgical outcomes, complications, tumour response, survival, and disease recurrence were the most important indicators of treatment and management. Surgical outcomes have improved over time in several aspects. As more patients survive, with a reduced risk of disease recurrence, the quality of life becomes increasingly important (Näsvalld et al., 2017).

Based on the participants' statements, we find that interprofessional cooperation in the process of treating a patient with an intestinal stoma in palliative care leads to the most optimal and continuous treatment of the patient with the possibility of involving different medical experts according to the patient's needs. This is confirmed by Pullon et al. (2016), stating that the complexity of medical treatment requires the involvement of more and more different healthcare providers. In the process of palliative care of a patient with an intestinal stoma, where many different specialists enter, there can be obstacles in cooperation.

Obstacles can be related to communication, which is the main component of interprofessional cooperation (Wauben et al., 2011), because according to Suslow et al. (2023), the larger the team, the more demanding the communication, which must take place in a transparent and structured way. Problems in interprofessional cooperation are also caused by the inadequate division of roles in the team, conflicts related to poor relations between participants and the overload of health professionals (Vestergaard & Nørgaard, 2018).

Preparing the patient for surgery, after which the patient will receive intestinal stoma, is a demanding and very important process that begins as soon as the patient enters the hospital. Quality treatment of the patient, which includes good preparation for surgery and education on the care of intestinal stoma, leads to a quality continuation of life even after the formation of intestinal stoma.

Interprofessional collaboration is crucial. The complexity of healthcare increasingly demands the involvement of various healthcare professionals to address all patient's needs. During the patient's hospital stay, numerous individuals are involved, including nurses, surgeons, enterostomal therapists, psychologists, and care coordinators. At home, the patient is cared for by a community nurse.

All of them work toward the same goal: to prepare the patient for the procedure and to guide them through the entire process so they can return to their everyday life.

Despite the specificity of their tasks, the collaboration among all involved professionals overlaps and continues. The community nurse takes over the care process where hospital-based treatment concludes. Nevertheless, interprofessional collaboration also faces obstacles, including time constraints and workforce shortages, which leads to the overburdening of healthcare professionals.

In times of stress, tasks or responsibilities are shifted onto other team members. Poor relationships among employees also result in limited information exchange. A lack of knowledge about palliative care is a significant issue at all levels of the health-care system.

LITERATURA

1. Bahrami, M., Masoumy, M., Sadeghi, A. in Mosavizadeh, R. (2022). Development, implementation and evaluation of a palliative care program for colorectal cancer patients: A mixed methods protocol study. *BMC Cancer*, 22(1), 441. <https://doi.org/10.1186/s12885-022-09538-9>
2. Bavčar, K. in Škrabl, N. (2009). Kakovost življenja pacientov s stomo. *Obzornik zdravstvene nege*, 43(3), 243–251.
3. Brecej, E., Velenik, V., Reberšek, M., Boc, N., Oblak, I., Zadnik, V., Krajc, M., Frković Grazio, S., Gašljević, G., Novaković, S., Ebert Moltara, M., Anderluh, F., Šečerov Ermenc, A., Edhemović, I., Pilko, G., Petrič, R., Trotošek, B., Rotovnik Kozjek, N., Josimović, T. ... Benedik, J. (2020). Priporočila za obravnavo bolnikov z rakom debelega črevesa in danke. *Onkologija*, XXIV(2), 60–92. <https://doi.org/10.25670/oi2020-012on>
4. Ciemins, E. L., Brant, J., Kersten, D., Mulette, E. in Dickerson, D. (2016). Why the interdisciplinary team approach works: Insights from complexity science. *Journal of Palliative Medicine*, 19(7), 767–770. <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0398>
5. Davis, R. W., Sherif, Y. A. in Morrison, C. A. (2020). External stoma diversion: A palliative measure for peristomal wound healing in resource-limited settings. *Journal of Surgical Case Reports*, 2020(12), 1–3. <https://doi.org/10.1093/jscr/rjaa502>
6. Devery, K. (2020). End-of-life essentials: Increasing professionals' skills and confidence in end-of-life care. <https://eapcnet.wordpress.com/2020/05/27/end-of-life-essentials-increasing-professionals-skills-and-confidence-in-end-of-life-care/>
7. Doyle, L., McCabe, C., Keogh, B. in Brady, A. in McCann, M. (2020). An overview of the qualitative descriptive design within nursing research. *Journal of Research in Nursing*, 25(5), 443–455. <https://doi.org/10.1177/1744987119880234>
8. Earp, M. A., Sinnarajah, A., Kerba, M., Tang, P. A., Rodriguez-Arguello, J., King, S., Watanabe, S. M. in Simon, J. E. (2018). Opportunity is the greatest barrier to providing palliative care to advanced colorectal cancer patients: A survey of oncology clinicians. *Current Oncology*, 25(5), 480–485. <https://doi.org/10.3747/co.25.4021>
9. Ebert Moltara, M. (2013). Paliativna oskrba bolnikov z rakom debelega črevesa in danke. *Onkologija*, XVII(1), 54–58.
10. Ebert Moltara, M. (2014). Paliativna oskrba. *Onkologija*, XVIII(1), 53–55.
11. Ebert Moltara, M. in Bernot, M. (2023). Paliativna oskrba odraslih bolnikov z rakom v Sloveniji: Temeljni pojmi in priporočila. *Onkološki inštitut*.
12. Furman, B. in Lopuh, M. (2017). Paliativna oskrba – kaj je to. V P. Strnad, Š. Baznikin G. Prosen (ur.), *Zbornik V. šole urgence* (str. 146–151). Slovensko združenje za urgentno medicino.
13. Green, B. N. in Johnson, C. D. (2015). Interprofessional collaboration in research, education, and clinical practice: Working together for a better future. *Journal of Chiropractic Education*, 29(1), 1–10. <https://doi.org/10.7899/JCE-14-36>

14. Jelen, A. (2022). Ambulanta za obolenja parastomalne kože. V R. Batas (ur.), *Vloga enterostomalne terapije v zdravstvenem sistemu – oskrba ran, stom ter kontinenca* (str. 39–43). Zreče: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije; Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji.
15. Kamberi, F. in Jaho, J. (2020). A retrospective study for colorectal cancer in Vlore, Albania – suggestions for further implications. *Archives of Cancer Science and Therapy*, 4(1), 3–6.
16. Korenčan, A. (2020). Učinkovitost interdisciplinarnih timov v slovenskem zdravstvu [Magistrsko delo, Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede]. DKUM. <https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?id=77742&lang=slv>
17. Koštomaj, S. (2021). Paliativna oskrba starejših v socialnovarstvenem zavodu: Pomen ambienta v paliativni oskrbi. V M. Kaučič, M. Poredošin in A. Presker Planko (ur.), *Čas za sistemsko ureditev paliativne oskrbe: Simpozij s področja paliativne oskrbe z mednarodno udeležbo: E-zbornik prispevkov z recenzijo: XI. stiki zdravstvene nege* (str. 99–102). Visoka zdravstvena šola Celje.
18. Kow, A. W. C. (2019). Hepatic metastasis from colorectal cancer. *Journal of Gastrointestinal Oncology*, 10(6), 1274–1298. <https://doi.org/10.21037/jgo.2019.08.06>
19. Mulita, F. in Lotfollahzadeh, S. (2023). *Intestinal stoma*. StatPearls Publishing.
20. Näsval, P., Dahlstrand, U., Löwenmark, T., Rutegård, J., Gunnarsson, U. in Strigård, K. (2017). Quality of life in patients with a permanent stoma after rectal cancer surgery. *Quality of Life Research*, 26, 55–64. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1367-6>
21. Paterson, C. L., Lengacher, C. A., Donovan, K. A., Kip, K. E. in Tofthagen, C. S. (2016). Body image in younger breast cancer survivors: A systematic review. *Cancer Nursing*, 39(1), 39–58. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000251>
22. Pullon, S., Morgan, S., Macdonald, L., McKinlay, E. in Gray, B. (2016). Observation of interprofessional collaboration in primary care practice: A multiple case study. *Journal of Interprofessional Care*, 30(6), 787–794. <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1220929>
23. Repić, G. in Ivanović, S. (2017). Impact of the level of education on the quality of life of colostomy patients. *Acta Medica Medianae*, 56(1), 75–81. <https://doi.org/10.5633/amm.2017.0112>
24. Rose, L. (2011). Interprofessional collaboration in the ICU: How to define? *Nursing in Critical Care*, 16(1), 5–10. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2010.00398.x>
25. Serrano-Gemes, G. in Rich-Ruiz, M. (2017). Intensity of interprofessional collaboration among intensive care nurses at a tertiary hospital. *Enfermeria Intensiva* (English ed.), 28(2), 48–56. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2016.10.007>
26. Sharma, S. in Subedi, B. (2019). Enterostomal therapy service: Ten-year experience at BP Koirala Memorial Cancer Hospital. *Nepalese Journal of Cancer*, 3(1), 39–43. <https://doi.org/10.3126/njc.v3i1.25914>
27. Sumarsono, E. in Respati, H. (2020). Case managers as agent of change. V B. Ngarawula (ur.), *1st international conference in social science* (str. 72–76). University of Merdeka Malang.
28. Suslow, A., Giehl, C., Hergesell, J., Vollmar, H. C. in Otte, I. (2023). Impact of information and communication software on multiprofessional team collaboration in outpatient palliative care – A qualitative study on providers' perspectives. *BMC Palliative Care*, 22(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01141-4>
29. Swami, M. in Case, A. A. (2018). Effective palliative care: What is involved? *Oncology*, 32(4), 180–184.
30. Škufca Smrdel, A. C. in Markovič, J. (2019). Obravnava bolnikov z rakom v duševni stiski. V *Celostna obravnava kot odgovor na potrebe onkoloških bolnikov v sodobni družbi: Zbornik predavanj z recenzijo* (str. 31–38). Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
31. Štemberger Kolnik, T., Batas, R., Majcen Dvoršak, S., Klemenc, D., Oberstar, A., Vilar, V., Zima, M., Jelar, A., Bizjak, M., Hribar, B., Mrevlje, I., Strojín, M., Kalan, I., Franko-Hren, A., Tomc, D., Markelič, I., Prodan, I., Jelen, A. in Jošar, D. (2023). Stoma – nov začetek: Učimo se živeti s stomo: Priročnik za paciente s stomo in zdravstvene delavce. *Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije*.

32. Velenik, V., Oblak, I., Breclj, E., Ocvirk, J., Edhemović, I., Anderluh, F., Omejc, M., Potrč, S., Štabuc, B., MaroltMušič, M., Popović, P., Reberšek, M., Zadnik, V., ButHadžić, J., Trotošek, B., Krajc, M., Ebert Moltara, M., Benedik, J., Volk, N. ... RotovnikKozjek, N. (2011). Priporočila za obravnavo bolnikov z rakom debelega črevesa in danke. *Onkologija*, 21(2), 26–49.
33. Vestergaard, E. in Nørgaard, B. (2018). Interprofessional collaboration: An exploration of possible prerequisites for successful implementation. *Journal of Interprofessional Care*, 32(2), 185–195. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1363725>
34. Wauben, L. S. G. L., Dekkervan Doorn, C. M., van Wijngaarden, J. D. H., Goossens, R. H. M., Huijsman, R., Klein, J. in Lange, J. F. (2011). Discrepant perceptions of communication, teamwork and situation awareness among surgical team members. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(2), 159–166.