

Timski rad u palijativnoj skrbi

Bender, Paula

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Law / Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:826076>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-15**



Repository / Repozitorij:

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Paula Bender

TIMSKI RAD U PALIJATIVNOJ SKRBI

ZAVRŠNI RAD

Mentorica: prof. dr. sc. Ana Štambuk

Zagreb, 2022.

IZJAVA O IZVORNOSTI

Ja, Paula Bender, pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica završnog te da u radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova te da se prilikom izrade rada nisam koristila drugim izvorima do onih navedenih u radu.

____Paula Bender, v.r _____

(potpis studenta)

Sadržaj

1. UVOD.....	1
2. DEFINICIJA PALIJATIVNE SKRBI	2
2.1. Razvoj palijativne skrbi u svijetu	4
2.2. Razvoj palijativne skrbi u Hrvatskoj	5
3. DEFINICIJA TIMSKOG RADA.....	7
3.1. Vrste timskog rada	8
3.2. Modeli timskog rada.....	8
4. TIMOVI U PALIJATIVNOJ SKRBI	10
4.1. Interdisciplinarni specijalistički tim	11
4.2. Bolnički tim za podršku palijativnoj skrbi	11
4.3. Mobilni palijativni tim.....	12
4.4. Volonterski hospicijski tim.....	12
5. ČLANOVI PALIJATIVNOG TIMA	13
5.1. Uloga liječnika u palijativnom timu.....	14
5.2. Uloga medicinske sestre u palijativnom timu.....	15
5.3. Uloga socijalnog radnika u palijativnom timu.....	16
5.4. Uloga duhovnika u palijativnom timu.....	18
5.5. Uloga volontera u palijativnom timu	19
6. KOMUNIKACIJA UNUTAR PALIJATIVNOG TIMA	19
7. VAŽNOST TIMSKOG RADA ZA PACIJENTA.....	20
8. ZAKLJUČAK	21
9. LITERATURA	23

Sažetak

Tehnološki napredak medicine, promjene u medicinskoj etici te prepoznavanje psihosocijalnih i duhovnih potreba umirućih bolesnika omogućili su razvoj palijativne skrbi. Palijativna skrb je definirana kao aktivna, ukupna skrb za bolesnika čija bolest više ne reagira na postupke liječenja pri čemu se kao najvažnije ističe suzbijanje boli i drugih problema te zadovoljavanje emocionalnih, socijalnih, duhovnih i drugih potreba, a kao glavni cilj se navodi očuvanje najbolje moguće kvalitete života prije smrti. Kako bi se taj cilj ostvario, a specifične potrebe bolesnika bile zadovoljene te njihovi kompleksni problemi bili riješeni potreban je timski rad stručnjaka iz različitih područja. To su najčešće liječnik, medicinska sestra, socijalni radnici i duhovnici. Osim njih u timu mogu biti volonteri i drugi stručnjaci prema potrebi. U okviru interdisciplinarnog pristupa, palijativni tim stručnjaka međusobno surađuje kako bi ostvarili zajednički cilj, pružanje najbolje moguće njege bolesniku. Svaki član tima ima određena znanja i vještine te iz svoje perspektive procjenjuje bolesnika čime se dobiva potpuniji uvid u njegovo stanje.

Ključne riječi: palijativna skrb, timski rad, palijativni tim, interdisciplinarni pristup, komunikacija, cjelovita skrb

Abstract

Tehnological progress in medicine, changes made in medical ethics and recognition of psychological and spirtual needs of dying patients have enabled the development of palliative care. Palliative care is defined as active, total care for a patient whose disease is no longer responsive to curative treatment with painf relief and meeting the patient's emotional, social, spirtual and other needs being the most important thing. Main goal of palliative care is providing the best possible quality of life before death. In order for that goal to be achived, all the patient's special needs met and complex problems solved, a teamwork of experts from different areas is needed. Palliative care team usually consists of a doctor, nurse, social workers and spirtualists. Besides them, palliative care team can consist of volunteers and other proffesionals if needed. Within a interdisciplinary approach, the team works together in order to achieve set mutual goal which is providing the best possible care for patient. Each member of the team has a range of skills that helps them to evaluate the patient from their own perspective which gives more detailed insight into patient's condition

Key words: palliative care, teamwork, palliative care team, interdisciplinary approach, communication, comprehensive care

1. UVOD

Nastojanja da se umirućim osobama pruži skrb te da im se kraj života što više olakša poznata su od davnih vremena. Stoga je različite načine na koje se skrbi za umiruće bolesnike moguće pratiti i do nekoliko tisuća godina unazad u različitim civilizacijama. U odnosu na prije, skrb za umiruće bolesnike se u mnogočemu promijenila. Do promjena su doveli napredak i tehnološki razvoj medicine, ali i promjene u medicinskoj etici zbog čega se promijenila i uloga pacijenta te je došlo do razvoja novog modela suradničkog partnerstva koji je polako počeo zamjenjivati dotadašnji paternalistički pristup. Psihosocijalne i duhovne potrebe umirućih bolesnika su prepoznate i uvažene. Sve te navedene promjene otvorile su put razvoju palijativne medicine i palijativne skrbi (Braš i sur., 2016).

Shvaćanje da je pojedincu najveća briga potrebna na početku i na kraju njegovog života podrazumijeva i shvaćanje kako je u razdoblju života koje prethodi smrti potrebna posebna skrb. Smrt je nezaobilazan dio svakog ljudskog života, sve što se jednom rodi jednom će i umrijeti. Činjenica da je netko zbog starosti, bolesti ili iz nekog drugog razloga, na kraju svog života nipošto ne umanjuje njegovu vrijednost. Čovjek do zadnjeg trenutka svog života ima svoja neotuđiva prava koja nalažu da se prema njemu ponaša dostojanstveno, uvažavajući njegove vrijednosti i pružajući mu pomoć i podršku. Pravo svakog čovjeka je da se uz što manju količinu boli i duševne patnje, uz poštivanje njegovog dostojanstva, suočava s krajem svog života, a to mu omogućuju pristupi i stavovi palijativne skrbi (Škrbina i sur., 2011).

Kroz ovaj rad nastoji se opisati značaj pružanja palijativne skrbi kroz timski rad. Na početku rada iznosi se definicija pojma palijativne skrbi osvrćući se na tijek razvoja palijativne skrbi u svijetu i Hrvatskoj. Nakon definicije timskog rada, njegovih vrsta i modela, pobliže su opisani timovi koji djeluju u području palijativne s skrbi. U sljedećem dijelu rada istaknuti su najčešći članovi palijativnog tima te značaj njihovih uloga u timu i pružanju skrbi pacijentima. Nakon toga objašnjen je značaj komunikacije unutar palijativnog tima te njezina uloga u uspješnom funkcioniranju koje rezultira pružanjem adekvatne njege pacijentima. Na samome kraju, naglasak je stavljen na važnost timskog rada za same pacijente. Koji su to benefiti koje pacijenti

dobivaju od činjenice da o njima brine palijativni tim obzirom na situaciju u kojoj se nalaze.

2. DEFINICIJA PALIJATIVNE SKRBI

Pedesetih godina dvadesetog stoljeća došlo je do napretka ljekovite terapije što je zajedno sa sve većim uvažavanjem psihosocijalnih i duhovnih potreba umirućih bolesnika stvorilo mjesta za napredak palijativne medicine i palijativne skrbi (Brkljačić Žagrović, 2010). Daljnji napredak i djelotvorni pristup, između ostalog, zahtijeva jednoznačnost korištenja izraza i dogovor oko definicije ključnih pojmova (Bijela knjiga, 2009). U Europi postoji velika raznovrsnost u terminologiji koja se ne očituje samo u znanstvenoj literaturi nego i u pravnim tekstovima i stručnim izvješćima različitih organizacija. U mnogim zemljama palijativna skrb je u odnosu na palijativnu medicinu širi pojam koji se osim na zdravstveno okruženje, odnosi i na rad u zajednici, sudjelovanje udruga, vjerskih i drugih organizacija (Braš i sur., 2016). U nastojanju kreiranja zajedničke definicije, uzimajući u obzir mnoštvo različitih jezika i kultura, Europsko udruženje za palijativnu skrb (eng. *The European Association for Palliative care – EAPC*) je predstavilo radnu definiciju palijativne skrbi: *Palijativna skrb je aktivna, ukupna skrb o bolesniku čija bolest ne reagira na postupke liječenja. Najvažnije je suzbijanje boli ili drugih simptoma te socijalnih, psiholoških i duhovnih problema. Palijativna skrb je interdisciplinarna u svom pristupu, te svojim djelokrugom obuhvaća bolesnika, obitelj i zajednicu. U nekom smislu, palijativna skrb nudi najosnovniji koncept zaštite – zbrinjavanje bolesnikovih potreba gdje god da se o njemu skrbi, bilo kod kuće ili u bolnici. Palijativna skrb afirmira život, a smrt smatra normalnim procesom, ona smrt ne ubrzava niti je odgađa. Ona nastoji očuvati najbolju moguću kvalitetu života sve do smrti.* Uz navedenu definiciju, u literaturi se koristi i nešto drugačija definicija Svjetske zdravstvene organizacije iz 2002. godine prema kojoj je palijativna skrb *pristup koji poboljšava kvalitetu života pacijenta i njihovih obitelji suočenih s problemima povezanim sa smrtonosnom bolešću, kroz prevenciju i olakšanje putem ranog prepoznavanja, te besprijekorne procjene i suzbijanja boli i drugih problema, fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih.* Iz ovih definicija može se zaključiti kako je osnovni cilj palijativne skrbi poboljšanje kvalitete života smrtno

bolesne osobe, ali i članova njezine obitelji kroz tretiranje kako fizičkih tako i psihičkih simptoma te zadovoljavanje duhovnih i društvenih potreba (Benko i Jurinić, 2019). Iako postoji više definicija, u literaturi se mogu prepoznati određene zajedničke vrijednosti i načela koja tvore filozofiju palijativne skrbi, a koja predstavlja temelj svih aktivnosti koje se provode u sklopu palijativne skrbi. Načelo autonomije odražava poštivanje i uvažavanje intrinzične vrijednosti svake osobe kao samostalnog pojedinca. Stoga se skrb pruža samo u slučaju kada su pacijent i/ili njegova obitelj spremni prihvatiti je (Štambuk, 2021). Palijativna skrb izvodi se na pristojan, otvoren i ljubazan način poštujući osobne, vjerske, kulturne ili neke druge vrijednosti čime se ostvaruje načelo dostojanstva. Vrlo je bitno da osoblje u palijativnoj skrbi ostvaruje suradnički, partnerski odnos s pacijentima, ali i njihovim obiteljima budući da su oni itekako važni partneri u planiranju skrbi za pacijenta. Ranije spomenuti temeljni cilj palijativne skrbi je ujedno i načelo rada. Postići najbolju moguću kvalitetu života pacijenta kroz pružanje podrške, uklanjanje i olakšavanje prisutnih neugodnosti je ono što svi pružatelji palijativne skrbi svojim radom nastoje i žele postići. U mnogim definicijama palijativne skrbi navodi se stav prema životu i smrti. U sklopu palijativne skrbi, uvažava se vrijednost života, ali i prirodnog procesa smrti. Na smrt se gleda kao na nedjeljivi dio života. I život i smrt pružaju mogućnosti za osobni rast i razvoj kada se kao takvi prepoznaju (Štambuk, 2021). Prema tome, ono što nikako ne spada u domenu palijativne skrbi je eutanazija i samoubojstvo uz liječničku pomoć. Dobre komunikacijske vještine su bitan segment koji pridonosi pružanju kvalitetne palijativne skrbi. Dobra komunikacija podrazumijeva dobru komunikaciju između pacijenata i zdravstvenih radnika, između pacijenata i njihovih obitelji te između različitih zdravstvenih radnika i ostalih službi koje su uključene u pružanje palijativne skrbi. Bitno načelo koje se slijedi, a koje može imati značajan učinak na buduću percepciju palijativne skrbi je obrazovanje javnosti (Bijela knjiga, 2009). Potrebno je informirati i obrazovati društvo o načinu na koji palijativna skrb funkcionira i tim putem polako stvarati ozračje u kojem se svi zajedno što manje bojimo smrti, umiranja i žalovanja sa spoznajom da kraj života ne mora biti tragičan. Iako je za pružanje palijativne skrbi dovoljna i jedna osoba, specifični, složeni problemi koji se javljaju zahtijevaju pružanje fizičke, psihološke, socijalne i duhovne podrške koja se može postići jedino trajnom komunikacijom i suradnjom između različitih struka i disciplina

čime se ostvaruje bitno načelo multidisciplinarnog i interdisciplinarnog pristupa. Kao ključna komponenta palijativne skrbi izdvaja se služba žalovanja. Tuga i žalovanje su prepoznati i priznati od strane pružatelja palijativne skrbi na način da se u sklopu palijativne skrbi pomaže u pripremi na gubitak, a nakon pacijentove smrti, nastavlja se pružati podrška članovima obitelji u žalovanju ukoliko je to potrebno (Bijela knjiga, 2009).

2.1. Razvoj palijativne skrbi u svijetu

Razvoj palijativne medicine pa tako i palijativne skrbi započeo je u Velikoj Britaniji šezdesetih te u SAD-u i Kanadi sedamdesetih godina prošlog stoljeća. Razvoj je započeo kao odgovor na određene promjene u medicinskoj kulturi vezane uz odvajanje od paternalističkog pristupa te razvoj suradničkog odnosa s pacijentima. Među najznačajnijim povijesnim ličnostima u medicini koje su doprinijele razvoju palijativne skrbi zasigurno se izdvaja Cicely Saunders. Saunders se smatra začetnicom hospicijskog pokreta koji je imao snažan utjecaj na međunarodni razvoj palijativne skrbi. Najveći i najznačajniji iskorak Saunders je napravila otvorivši hospicij Svetog Kristofora u Londonu 1967. godine. To je bio prvi hospicij koji se razvio u modernu medicinsku ustanovu koja je temeljem interdisciplinarnog pristupa brinula o oboljelima od neizlječivih bolesti (Braš i sur., 2016).

U SAD-u je veliki utjecaj imala psihijatrica Elisabeth Kubler-Ross koja je sa svojim radovima uzrokovala promjenu u komunikaciji između stručnjaka i javnosti prema umirućim bolesnicima (Braš i sur., 2016). Navedeni uspjesi doveli su do širenja hospicijskog pokreta te razvoja palijativne medicine i palijativne skrbi. Palijativna medicina uključujući palijativnu skrb sve se više razvija kao posebna specijalizacija i subspecijalizacija na raznim sveučilištima u svijetu. Posljedica toga je i ekspanzivni porast broja ustanova, odjela i timova za palijativnu skrb. Stoga danas u 120 država diljem svijeta postoje sustavi palijativne, hospicijske i suportivne skrbi različitog stupnja razvijenosti (Đorđević i sur., 2013). U Europi se izdvaja Poljska koja prednjači u organizaciji sustava palijativne skrbi. Gotovo svako mjesto u Poljskoj koje ima oko deset tisuća stanovnika ima hospicij i organiziranu kućnu hospicijsku ili palijativnu skrb, zatim Velika Britanija koja ima najveći broj palijativnih centara, njih 958

(Brkljačić i sur., 2013). U SAD-u, Kanadi i Australiji razvoj palijativne skrbi sve je više usmjeren na razvoj interdisciplinarnih timova za kućnu palijativnu skrb, a veliki se naglasak stavlja i na obrazovanje, ubrzano se razvija poslijediplomska nastava na mnogim medicinskim fakultetima (Brkljačić i sur., 2013).

Valja naglasiti kako stalan razvoj palijativne skrbi u Europi, ali i cijelom svijetu sa sobom nosi i određene izazove. Prilikom praćenja i omogućivanja razvoja, donosioci odluka trebaju uzeti u obzir način na koji sustav treba biti opremljen i ustrojen kako bi se postigla odgovarajuća strukturna kvaliteta koja je preduvjet za visoko kvalitetnu skrb (Bijela knjiga, 2009).

2.2. Razvoj palijativne skrbi u Hrvatskoj

Kada se govori o razvoju palijativne skrbi u Hrvatskoj u obzir treba uzeti ratna razaranja koja su obilježila prvu polovicu devedesetih godina prošlog stoljeća te koja zasigurno nisu jedini razlog usporenog razvoja palijativne skrbi na području Hrvatske, ali su itekako utjecala na cjelokupnu situaciju. Prvi značajniji iskorak napravljen je 1994. godine kada je s ciljem informiranja javnosti održan Prvi hrvatski simpozij o hospiciju i palijativnoj skrbi u Zagrebu. Te iste godine osnovano je i Hrvatsko društvo za hospicij i palijativnu skrb pri Hrvatskom liječničkom zboru čiji je osnivač i idejni začetnik bila prof. dr. sc. Anica Jušić. Uslijedile su broje inicijative diljem Hrvatske, a od 1994. godine do danas, zdravstveni djelatnici, socijalni radnici, farmaceuti i duhovnici su organizirali niz edukacijskih susreta i seminara, simpozija i konferencija u cilju podizanja zainteresiranosti i edukacije društva o važnosti pružanja stručne pomoći i njege umirućim bolesnicima i njihovim obiteljima (Brkljačić i sur., 2013).

Značajan trenutak u razvoju palijativne skrbi u Hrvatskoj bilo je stvaranje zakonskog okvira za organizaciju palijativne skrbi. U srpnju 2003. godine, stupanjem na snagu novog Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN 121/03), prema članku broj 8, palijativna skrb je postala jedna od mjera zdravstvene zaštite, a kao djelatnost je uključena u primarnu razinu zdravstvene zaštite. Novi zamah u razvoju dogodio se 2013. godine ulaskom Hrvatske u Europsku uniju. Neki stručnjaci će reći kako Hrvatska do ulaska u Europsku uniju nije imala organiziranu palijativnu skrb. Hrvatska se kao zemlja

članica obvezala uvesti određene promjene u zdravstvenom sektoru, a dio tih promjena se odnosio i na uvođenje palijativne skrbi u zdravstveni sustav (Brkljačić i sur., 2013). Ulazak u Europsku uniju je između ostalog značio i provedbu Strateškog programa razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj od 2012. do 2016. godine čime su stvoreni novi zakonski i organizacijski okviri za razvoj palijativne medicine i skrbi. Program je izrađen prema Bijeloj knjizi standarda i normativa za hospicijsku i palijativnu skrb koju je izdalo Europsko udruženje palijativne skrbi – EAPC. Nastavno na taj strateški plan, izrađen je Nacionalni program razvoja palijativne skrbi od 2017. do 2020. godine koji je postavljen kao prioritet u Nacionalnom planu razvoja zdravstvene zaštite (Vučevac, 2019).

Tijekom idućih godina, osim savjetova, osnovani su i prvi mobilni palijativni timovi u Puli, Rijeci, Zagrebu i Čakovcu te su uspostavljeni specijalizirani bolnički odjeli čime je ojačana palijativna skrb na primarnoj i sekundarnoj razini. Sukladno svemu, trenutna organizacija palijativne skrbi u Hrvatskoj može se prikazati kroz integrirani model koji se temelji na primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a razvija se i na bolničkoj razini, a trenutno se nalazi u fazi implementacije u zdravstveni sustav (Vuletić i sur., 2014).

Iz svega navedenog, vidljivo je da je u nekoliko zadnjih godina prisutan napredak u organizaciji palijativne skrbi u Hrvatskoj te postoje izvrsni primjeri dobre prakse. Unatoč tome, palijativna skrb u Hrvatskoj još uvijek nije na potrebnom i željenom stupnju razvoja. Još uvijek se neravnomjerno razvija u svim dijelovima zemlje, interes zdravstvenih djelatnika za provedbom palijativne skrbi je različit u različitim dijelovima Hrvatske, a iako broj stručnjaka palijativne skrbi raste, još uvijek postoji manjak stručnog osoblja – medicinskih sestara, liječnika, socijalnih radnika, psihologa i drugih stručnjaka (Vučevac, 2019).

3. DEFINICIJA TIMSKOG RADA

Iskustvo je pokazalo kako se najbolji rezultati postižu ujedinenjem kognitivnih sposobnosti i bogatstva koje posjeduju drugi. Neki autori smatraju kako unutar izvrsnog timskog rada najbolje sposobnosti jednog člana privlače najbolje sposobnosti onog drugog pri čemu nastaju puno bolji rezultati od onih koje bi ostvarila jedna osoba (Nikić, 2004).

Tim se može definirati kao posebna strukturna jedinica sastavljena od manjeg broja ljudi koji imaju određeni zajednički cilj, a za čije postizanje su međusobno odgovorni (Ronald, 2015). Svjetska zdravstvena organizacija tim definira kao skupinu dvoje ili više ljudi koji međusobno ovisni, rade na ostvarivanju zajedničkog cilja. Ono što tim razlikuje od grupe jest složenija komunikacija koja je i ravnopravnija među članovima. U timu je značajnije uvažavanje mišljenja svih članova podjednako dok u grupi dominira jedan vođa. Timski rad kao takav, zahtijeva prilagodbu članova tima jednog prema drugome kako bi se ostvario zadani cilj. Svatko od članova tima ima svoju specifičnu ulogu te posjeduje određena znanja i vještine koja međusobno nadopunjena znanjima i vještinama drugih članova omogućuju ostvarivanje zacrtanog cilja postižući najbolje moguće rezultate. Timski rad omogućuje brži protok informacija što uzrokuje veću fleksibilnost i produktivnost te bolju kvalitetu usluge. Predstavlja jako dobar način da se iskoriste znanja članova uz povećanje osobnog razvoja i zadovoljstva na poslu (Baker i sur., 2005).

Pružanje zdravstvene zaštite postaje sve kompleksniji posao koji danas, osim stručnog znanja liječnika i medicinskih sestara, zahtijeva i znanje koje imaju ostali stručnjaci- socijalni radnici, psiholozi, fizioterapeuti, duhovnici i drugi. Neka od glavnih obilježja timskog rada u zdravstvu su dinamičnost, brzo formiranje tima te sudjelovanje u više različitih timova (Katić i Švab, 2013). Timski rad u području palijativne skrbi predstavlja temelj pružanja aktivne i sveobuhvatne skrbi i njege. U skrbi za bolesnika koji boluje od kronične, neizlječive bolesti, timski rad i pristup su neophodni za ispunjavanje svih njegovih potreba, ali i potreba njegove obitelji (Ronald, 2015). Timski rad u sklopu palijativne skrbi podrazumijeva da profesionalci i stručnjaci različitih znanstvenih područja zajedno surađuju i dijele svoju stručnost u timu i na taj

način zajednički pridonose najboljoj mogućoj skrbi za pacijenta. Nadalje, timski rad u palijativnoj skrbi olakšava prepoznavanje vrijednosti i ciljeva pacijenta, ali i njegove obitelji, osigurava trajne mehanizme komunikacije između pružatelja skrbi te omogućuje sudjelovanje svakog člana u donošenju odluka bitnih u planiranju kvalitetne skrbi (Katić, 2014).

3.1. Vrste timskog rada

Usklađen timski rad i dobra organizacija glavne su komponente koje garantiraju postizanje zacrtanog cilja. Prilikom planiranja cjelovite skrbi i koordinacije zdravstvenog zbrinjavanja bolesnika i njegove obitelji, bitno je znati da postoje različite vrste timskog rada. Postoje jezgrovni ili osnovni timovi koji su sastavljeni od pojedinaca koji zajedno rade na točno određenim zadacima kroz većinu tjedna i koji su po svome sastavu multidisciplinarni. Primjer takvog tima je tim liječnika obiteljske medicine kojeg čine liječnik obiteljske medicine i medicinska sestra koja zajedno s njim radi u ordinaciji. Osim navedenog, postoji i prošireni tim koji, osim članova osnovnog tima, podrazumijeva i ostale suradnike koji se uključuju povremeno pri čemu pomažu u rješavanju određenih složenijih problema. Primjer takvog tima je suradnja s patronažnom sestrom, fizioterapeutom, farmaceutom, laboratorijskim tehničarom i drugima (Katić i Švab, 2013).

3.2. Modeli timskog rada

Obzirom na način na koji je organiziran i kako se provodi, timski rad se može predstaviti kroz tri osnovna modela: multidisciplinarni, interdisciplinarni i transdisciplinarni timski rad.

Najosnovniji model je multidisciplinarni timski rad. Temelji se na usporednim ili pojedinačnim i nezavisnim aktivnostima stručnjaka iz više različitih znanstvenih područja koja su potrebna kako bi se napravila procjena i plan skrbi. Sastav jednog multidisciplinarnog tima ovisi o različitim faktorima kao što je skupina pacijenata s kojom se radi ili opseg skrbi koja se pruža. U sklopu multidisciplinarnog timskog rada,

skupina stručnjaka se sastaje kako bi riješila određeni problem. Svaki stručnjak, sukladno svojoj disciplini promatra i pokušava pronaći rješenje za različiti aspekt određenog problema. Stoga se suradnja među disciplinama odnosi na paralelno, ali nezavisno djelovanje. Međusobno nadopunjavanje nezavisnih aktivnosti je prisutno, ali bez uzajamnog djelovanja (Norrefalk, 2003).

Interdisciplinarni timski rad podrazumijeva suradnju koja se temelji na povezanom, usklađenom i interaktivnom djelovanju članova tima koji su stručnjaci iz različitih profesija i područja rada. Takav timski rad ne znači pukom okupljanje stručnjaka koji provode zasebne aktivnosti već implicira partnerstvo, primjerenu komunikaciju i poštivanje specifičnosti u pristupu i djelovanju pojedine discipline koja sudjeluje u ostvarivanju zacrtanog cilja. Uz liječnike i medicinske sestre, u interdisciplinarnom timu sudjeluju, osim drugih stručnjaka iz zdravstvenog područja i stručnjaci iz drugih, nezdravstvenih područja (Katić, 2014). Posljednjih godina, raste potreba za interdisciplinarnim timskim radom i formiranjem takvih timova u području zdravstva. Nekoliko je čimbenika koji su tome pridonijeli. Prvenstveno, napredak medicine koji za posljedicu ima veći broj ljudi s kroničnim zdravstvenim problemima koji nerijetko doživljavaju duboku starost te postaju gerijatrijski pacijenti koji zahtijevaju skrb od strane različitih stručnjaka. Sve je više pacijenata čiji su zdravstveni problemi kompleksni i zahvaćaju različite aspekte njihova života te zahtijevaju liječenje od više pružatelja zdravstvene skrbi stoga interdisciplinarni timski rad pomaže u pojednostavljenju procesa liječenja budući da sprječava duple procjene od strane zasebnih pružatelja usluga što rezultira točnijom i potpunijom sveobuhvatnom procjenom stanja pacijenta (O'Connor i sur., 2006).

Transdisciplinarni timski rad predstavlja najsloženiji model. Podrazumijeva problemsko djelovanje u sklopu kojeg se nastoji iskoristiti svo dostupno znanje, pri čemu konačne spoznaje u okviru rezultata ne pripadaju niti jednoj disciplini posebno. Prelazi granice jedne discipline te se temelji na zajedničkoj procjeni bolesnika. U okviru ovakve vrste timskog rada znanje članova tima o metodama rada i kompetencijama drugih disciplina je na visokoj razini te se izvođenje zajedničke procjene bolesnika i njegovih potreba odvija bez ikakvih problema do te mjere da nekome tko to promatra sa strane može biti dosta teško procijeniti tko pripada kojoj disciplini. Takvim pristupom se ističe visoki intenzitet postavljanja zajedničkog cilja i

referentnog okvira te brza interakcija među članovima tima. Opisana visoka razina suradnje i partnerskog odnosa podrazumijeva oslobađanje stereotipne percepcije nekih uloga, hijerarhijskih odnosa i žargona koji se često vežu za pojedine discipline i profesije (Vyt, 2008).

4. TIMOVI U PALIJATIVNOJ SKRBI

Priznanje palijativne medicine kao specijalističke medicinske discipline dovelo je do promjene u statusu palijativne skrbi. Pokrenut je razvoj novog pristupa palijativnoj skrbi prema kojem je za pružanje skrbi zadužen tim stručnjaka različitih znanstvenih područja što rezultira zadovoljavanjem složenih potreba bolesnika. Takav način rada za cilj ima podmiriti sve fizičke, psihološke, duhovne i emocionalne potrebe kroz međusobnu suradnju i zajedničko donošenje odluka s kojima se slažu svi članovi tima uključujući i bolesnika i njegovu obitelj (Donaghy i Devlin, 2015). Pomoć i njega ljudi koji se bore s terminalnim bolestima zahtijeva kompetentnost kakvu niti jedan pojedinac ne može sam pružiti. Stoga se palijativna skrb danas pruža kroz interdisciplinarni pristup koji se smatra ključnim faktorom za postizanje najbolje moguće kvalitete skrbi. Glavne zadaće tima su ukloniti ili barem ublažiti postojeću bol i ostale simptome, osigurati sve potrebne lijekove i sanitetski materijal, pomoći pacijentu s emocionalnih, psihosocijalnim i duhovnim aspektima umiranja, pružiti podršku obitelji i bližnjima te ih podučiti kako se brinuti o bolesniku (Đorđević i sur., 2013).

Snaga timova u palijativnoj skrbi ogleda se u uspješnoj komunikaciji, međusobnom povjerenju, kompetentnosti članova tima, ravnopravnoj ulozi te zajedničkom radu na ostvarivanju ciljeva. Tim prilikom pružanja skrbi s bolesnikom, ali i njegovoj obitelji stvara partnerski odnos u kojem se kao prioriteta postavljaju obostrano poštovanje, pristojno i ljubazno ponašanje, otvorena komunikacija, slušanje, poštivanje osobnih vrijednosti, konstruktivna rasprava o mogućim oblicima liječenja te prihvatanje odbijanja liječenja. Sve navedeno u okviru interdisciplinarnog pristupa označava preduvjet za uspjeh (Ozimec -Vulinec, 2014).

4.1. Interdisciplinarni specijalistički tim

Interdisciplinarni tim predstavlja temelj, odnosno glavni model timskog rada u palijativnoj skrbi. Definira se kao tim visokokvalificiranih stručnjaka koji međusobno surađuju kako bi zadovoljili fiziološke, psihološke, socijalne, duhovne potrebe bolesnika i njegove obitelji u kontekstu suočavanja s bolešću i gubitkom. Postojanje zajedničkog cilja, razumijevanje uloge svakog člana i njegove odgovornosti unutar tima te otvorena i primjerena komunikacija glavne su karakteristike interdisciplinarnog tima koji djeluje u palijativnoj skrbi. Ovaj tip tima se ponešto razlikuje od multidisciplinarnog tima koji je već poznat u području medicine. U interdisciplinarnom timu koji djeluje u palijativnoj skrbi, identitet tima je iznad identiteta člana što znači da nema nekog istaknutog vođe koji je na višem položaju u odnosu na druge članove. Sastav tima ovisi o načinu na koji je organizirana palijativne skrb u zajednici, obično se sastoji od liječnika, medicinske sestre, socijalnog radnika i duhovnika, ali valja naglasiti kako se tim uvijek formira i proširuje po prema potrebi bolesnika i obitelji (Ozimec – Vulinec, 2014).

4.2. Bolnički tim za podršku palijativnoj skrbi

Potvrđujući raznovrsnost stručne terminologije, bolnički timovi za podršku palijativnoj skrbi poznati su još i pod nazivima bolnički timovi za suportivne skrbi te bolnički mobilni timovi. Bolnički timovi za podršku palijativnoj skrbi pružaju specijalističke savjete o palijativnoj skrbi te osiguravaju podršku ostatku kliničkog osoblja, bolesniku, njegovoj obitelji i njegovateljima u bolnici. Bitne funkcije bolničkog tima za podršku palijativne skrbi jesu bliska suradnja s ostalim službama te poticanje razvoja održive mreže palijativne skrbi. U okviru toga, dodatne funkcije koje tim može obavljati su pružanje telefonskih savjeta medicinskom osoblju koji se tiču nekih posebno teških palijativnih pitanja ili regionalno obrazovanje i osposobljavanje u odabranim temama palijativne skrbi. Tim je sastavljen od multiprofesionalnog tima s barem jednim liječnikom i jednom medicinskom sestrom koja je specijalno educirana u području palijativne skrbi. Središnji cilj ovog tima je ublažavanje brojnih simptoma bolesnika na palijativnoj njezi koji se nalaze na različitim bolničkim odjelima na način

da se provodi mentoriranje bolničkog osoblja što uključuje posjetu pacijentima na različitim odjelima i savjetovanje osoblja. Međutim, valja istaknuti kako za odluke o provedbi terapije ostaju isključivo odgovorni kliničari i ostalo medicinsko osoblje. Bolnički tim za podršku palijativnoj skrbi sudjeluje na zahtjev medicinskog osoblja, pacijenta ili njegove obitelji i pružanje podrške bolesnicima i njihovim obiteljima (Bijela knjiga, 2009).

4.3. Mobilni palijativni tim

Mobilni palijativni tim je multiprofesionalni tim kojeg čine doktor specijalist ili doktor medicine, medicinske sestre, socijalni radnik, psiholog, duhovnik te stručnjaci iz drugih područja po potrebi. Ovaj tim pruža specijaliziranu palijativnu skrb pacijentima kojima je ona potrebna u kući te psihološku, socijalnu i duhovnu podršku njima i njihovim obiteljima i njegovateljima. Skrb i podrška pružaju se neprestano, 24 sata kroz svih sedam dana u tjednu, u suradnji s drugim dostupnim službama. Vrlo često, tim ima savjetodavnu i mentorsku funkciju u okviru pružanja specijalističkog savjetovanja liječnika opće prakse, obiteljskih liječnika te medicinskih sestara. S druge strane, rjeđe su situacije u kojima tim za kućnu palijativnu skrb obavlja praktične postupke neposredne skrbi u suradnji s liječnikom opće prakse. Međutim, u nekim slučajevima koje karakteriziraju složeni simptom i problemi, tim može preuzeti u potpunosti preuzeti tretman od liječnika opće prakse te pružati holističku palijativnu skrb. Vrlo je bitno da, za ostvarenje cijelog spektra usluga multiprofesionalnog tima u kućnom okruženju, tim usko surađuje s ostalim stručnjacima iz drugih profesionalnih službi poput specijaliziranih službi za njegu ili liječnika opće prakse s specijalističkom edukacijom (Bijela knjiga, 2009).

4.4. Volonterski hospicijski tim

Volonteri predstavljaju bitne i cijenjene članove koji pomažu u pružanju palijativne i hospicijske skrbi tako da cijeli jedan volonterski tim ima veliko značenje za postizanje visokokvalitetne skrbi. Njegova važnost se odražava u pružanju podrške i njegovanje prijateljskog odnosa s palijativnim pacijentima i njihovim obiteljima u posebno

osjetljivom vremenu bolesti, patnje, tuge i žalovanja. Pružena podrška bitno pridonosi poticanju na održavanje i poboljšanje kvalitete života pacijenata, njihove obitelji i njegovatelja. Volonterski hospicijski tim čini deset do dvanaest posebno educiranih i osposobljenih volontera koje predvodi barem jedan profesionalni koordinator (Bijela knjiga, 2009). Volonteri završavaju akreditirane tečajeve čiji programi variraju od organizacije do organizacije, ali postoje određena područja koja većina njih obuhvaća. Znanje o uslugama koje nudi hospicij, univerzalne mjere opreza i postupci koje treba slijediti prilikom pružanja usluga pacijentu ili njegovom unutarnjem krugu njegovatelja, učinkovite komunikacijske vještine u razgovoru s pacijentom i njegovim bližnjima te osnovne informacije o tuzi, gubitku i žalovanje neka su od znanja i vještina potrebnih za adekvatan volonterski rad (NHPCO, 2022). Još jedna velika vrijednost volonterskog tima očituje se u zagovaranju palijativne i hospicijske skrbi u široj zajednici i društvu općenito što pridonosi upoznavanju i educiranju javnosti o načinu funkcioniranja hospicijske i njihovoj važnosti za bolesnike koji se bore s terminalnim bolestima. U nekim slučajevima, volonteri pomažu u prikupljanju potrebnih sredstava, obavljaju administrativne dužnosti te upravljaju hospicijima kao povjerenici (Bijela knjiga, 2009).

5. ČLANOVI PALIJATIVNOG TIMA

Već je prethodno navedeno kako se timovi u palijativnoj skrbi formiraju ovisno o potrebama i željama bolesnika i njegove obitelji. Međutim, za postizanje visoko kvalitetne skrbi, neizostavni članovi palijativnog tima su liječnik, medicinska sestra, socijalni radnik, duhovnik i volonter/i. Osim njih, tim mogu sačinjavati još i fizioterapeuti, nutricionisti, radni terapeuti, psihijatri, psiholozi te stručnjaci iz drugih područja. Valja naglasiti kako je, bez obzira na sastav tima, svaki član dužan cijeniti i razumjeti svrhu i ciljeve palijativne skrbi te poštivati i primjenjivati snagu i vještine drugih članova tima (Brkljačić – Žagrović, 2010). Način funkcioniranja palijativnog tima mogao bi se usporediti s načinom na koji funkcionira zajednica. U zajednici svaki član je individua za sebe, a istovremeno se nadopunjava s ostalim članovima što pridonosi uspješnom funkcioniranju cijele zajednice (Coury i Štambuk, 2002). Sukladno tome, svaki od članova tima posjeduje određene kompetencije i znanja

kojima pridonosi uspješnijem radu tima te iz svoje perspektive procjenjuje bolesnika čime se dobiva opsežniji i kvalitetniji uvid u njegovo stanje. Međusobna suradnja i partnerstvo ogledaju se u zajedničkom planiranju skrbi, planiranju potrebnih intervencija i dijeljenju informacija, a sve u svrhu ostvarivanja zajedničkog cilja (Ozimec – Vulinec, 2014). Doprinos svakog od članova jednako se vrednuje i jednako je bitan za pružanje kvalitetne skrbi u zbog toga je manja važnost pridana hijerarhiji. Kao bitna stavka u radu palijativnog tima ističe se interakcija između članova tima s jedne strane i pacijenata i njihovih obitelji s druge. Osim zadovoljavanja fizičkih potreba i ublažavanja fizičke boli i neugodnih simptoma, brinući o pacijentima, ali i njihovim obiteljima, članovi tima na njih ostavljaju snažan utisak omogućujući im iskustveno učenje i upoznavanje društvene okoline u kojima se nalazi pacijent (Coury i Štambuk, 2002). Poželjno je da članovi tima imaju potrebno iskustvo kako bi adekvatno mogli odgovoriti na bolesnikove potrebe i na potrebe njegove obitelji poštujući pritom njihovo pravo na privatnost. U timu ne postoji član koji se ističe kao vođa cijelog tima već se vođenje dijeli među članovima ovisno o zadacima koji su aktualni (Bijela knjiga, 2009). U nastavku su pobliže opisane uloge najčešćih članova palijativnog tima.

5.1. Uloga liječnika u palijativnom timu

Principi kojima se vodi opća palijativna skrb između ostalog promiču i snažniji odnos između liječnika i pacijenta. Time se i smanjuje fragmentacija same skrbi. Olakšavanje boli, empatično pružanje podrške te pružanje pomoći u donošenju pravih odluka u cilju postizanja dobrobiti pacijenta, temelj su onoga što čini liječnički poziv i na što se liječnici obvezuju ispunjavati tijekom svoje medicinske karijere. Iz toga proizlazi kako bi zapravo svi zdravstveni djelatnici koji rade s terminalno bolesnim pacijentima trebali poznavati osnove palijativne skrbi. Stoga je liječnik uistinu neizostavni član palijativnog tima. Ovisno o potrebama bolesnika, u timu može biti liječnik specijalist odnosno liječnik obiteljske medicine. Obiteljski doktor u okviru svojih kompetencija i znanja pruža trajnu skrb bolesniku i njegovoj obitelji. Pri pružanju skrbi, usko surađuje sa službama specijalističke palijativne skrbi kako bi osigurao da sve potrebe bolesnika budu zadovoljene. Ovisno o zdravstvenom stanju, liječnik bolesnika upućuje

na liječenje, hospicijsku skrb ili na liječenje u kućnim uvjetima u sklopu kojeg bolesniku dolazi u kućne posjete u suradnji s mobilnim palijativnim timom (Brajković i sur., 2016). Glavne zadaće liječnika su da organizira postupak liječenja, procijeni potrebe bolesnika, predvidi tijek bolesti i pojavu mogućih komplikacija, poduzme potrebne medicinske radnje kako bi na najučinkovitiji način otklonio ili barem olakšao bolne i neugodne simptome, da prevenira ili suzbije neželjene nuspojave liječenja te da propiše pomagala koja će pridonijeti samostalnosti bolesnika. Osim toga, bitan zadatak liječnika je kontrola boli (Coury i Štambuk, 2002). Značajni doprinos liječnika u pružanju palijativne skrbi najviše se očituje u primjeni njegovog znanja iz područja akutne medicine (Brkljačić Žagović, 2010). Kroz poznavanje procesa i razvoja bolesti te primjenu odgovarajućih medicinskih intervencija liječnici pridonose ranom prepoznavanju pogoršanja bolesti. Rano prepoznavanje pogoršanja stanja omogućuje i rano prepoznavanje potreba što za posljedicu ima bolje planiranje skrbi podrazumijevajući manji broj hospitalizacija. Valja naglasiti kako je, kod terminalnih bolesti i općenito kod životno ugrožavajućih stanja, postavljanje dijagnoze i prognoziranje puno više od samog informiranja o vrsti i tijeku bolesti. Uzima se u obzir osjetljivost na period testiranja i istraživanja koji za pacijenta može biti izuzetno napet, fizički nelagodan i izolirajući (Coury i Štambuk, 2002). Sve skupa dovodi do ishoda u kojem je skrb moguće u većoj mjeri prilagoditi željama i osobnim vrijednostima bolesnika omogućujući im da žive i umru na mjestu i na način na koji oni to žele. Zbog toga liječnik također ima i značajnu ulogu u naprednom planiranju skrbi (Brajković i sur., 2016).

5.2. Uloga medicinske sestre u palijativnom timu

Sestrinstvo se može opisati kao spoj humanosti, pružanja profesionalne njege te izgradnje terapijskih relacija s uključivanjem medicinskih sestara i tehničara u proces donošenja za pacijenta bitnih odluka. Primarna uloga medicinskih sestara u palijativnoj skrbi se tijekom vremena nije puno mijenjala, ostala je više-manje jedinstvena tijekom 20. stoljeća sve do danas. Šest je dimenzija koje se navode kao temeljne u opisu uloge medicinske sestre u palijativnoj skrbi: procjenjivanje, povezivanje, osnaživanje, rad za bolesnika, pronalaženje svrhe i očuvanje integriteta.

Kao primarna odgovornost medicinske sestre ističe se njega pacijenta (Iveta i sur., 2022). Medicinska sestra je član tima koji provodi ponajviše vremena s bolesnikom te je kao takva neizostavna za pružanje kvalitetne skrbi. Ona provodi, planira i evaluira pružanje zdravstvene skrbi, kontinuirano prati stanje bolesnika te usko surađuje s ostatkom tima. Osim toga, zadužena je za informiranje i edukaciju bolesnika, ali i njegove obitelji o načinima pružanja zdravstvene njege. Medicinska sestra mora biti pronicljiva u procjeni verbalnih, ali i neverbalnih poruka vezanih za svaki oblik tjelesne i emocionalne utjehe (Brkjačić, 2019). Poseban izazov u radu medicinskih sestara predstavlja rad s pacijentima i njihovim obiteljima koji su zapostavljeni ili loše tretirani od strane liječnika zbog čega je važno promicati praksu liječnika prema suradničkom pristupu (Coury i Štambuk, 2002). Bitan dio rada medicinske sestre odnosi se i na komunikaciju kroz koju medicinska sestra pruža podršku. Pacijenti također vrlo često imaju bliži odnos s medicinskom sestrom nego s doktorom pa im je puno puta lakše njoj postaviti pitanja ili izreći svoje želje ili strahove koje imaju, a koji su vezani za daljnje postupke liječenja i skrbi što govori o povjerljivoj prirodi odnosa između medicinske sestre i pacijenta (Kirby i sur., 2014). Medicinska sestra kroz svoj rad empatično pruža podršku bolesniku te kako bi ga što bolje razumjela, preispituje njegovo nužno znanje i razumijevanje u određenim fazama bolesti, a pritom je iskrena i optimistična, ali bez davanja lažnih nada. Značaj uloge medicinske sestre je u tome što ona povezuje članove tima uz uvažavanje potreba bolesnika promičući pri tom što bolju kvalitetu života bolesnika i nastojeći profesionalno odgovoriti na njegove potrebe (Kirby i sur., 2014).

5.3. Uloga socijalnog radnika u palijativnom timu

Moglo bi se reći da je srž socijalnog rada kao pomažuće profesije unaprjeđivanje dobrobiti pojedinca te pružanje pomoći u zadovoljavanju ljudskih potreba s naglaskom na potrebe i osnaživanje onih najranjivijih. Jedno od načela rada kojima se vodi socijalni rad jest poštivanje dostojanstva svake osobe. Prema tome ne čudi činjenica kako su socijalni radnici u područje palijativne skrbi bili uključeni već od samih početaka njenog razvoja u drugoj polovici 20. stoljeća, a danas ih se smatra jednim od ključnih članova palijativnog tima. Socijalni radnik na temelju svojih

profesionalnih vještina i iskustva prepoznaje pravu strategiju zadovoljavanja potreba i poticanja pozitivnih promjena kod pacijenata, stručnog tima, ali i šire zajednice (Coury i Štambuk, 2002). Uloga socijalnog radnika unutar palijativnog tima nije jednaka u svim državama, ali potrebu za pružanjem kvalitetne skrbi su svi prepoznali. Socijalni radnik u tim donosi znanja o funkcioniranju medicinskih i društvenih sustava koji se u mnogim slučajevima bolesnicima mogu činiti izrazito kompliciranim. Jedan od bitnih zadataka socijalnog radnika je izrada psihološke i socijalne procjene bolesnika. Procjena ima veliko značenje u procesu osnaživanja bolesnika jer mu omogućuje prepoznavanje vlastitih snaga i talenata, ali i raspoloživih društvenih resursa. Na temelju izrađene procjene, socijalni radnik planira provedbu intervencija koje mogu uključivati različite aktivnosti i biti usmjerene na razna područja. Posebnu ulogu socijalni radnik ima u intervencijama usmjerenim na kontrolu boli i simptoma u sklopu kojih zagovara način kontrole koji odgovara isključivo bolesniku i njegovim vrijednostima i potrebama. Osim zadovoljavanja procijenjenih potreba bolesnika, još jedan cilj intervencija je i osnaživanje bolesnika i njegove obitelji. Socijalni radnik je član tima koji je upravo za to zadužen. Osnaživanjem bolesnik dobiva određenu moć utjecaja na tretman, dobiva „svoj glas“ te iskazuje vlastite osjećaje. Zastupanje bolesnika i njegove obitelji još je jedan zadatak u opisu posla socijalnog radnika unutar palijativnog tima. Taj zadatak on ispunjava povezivanjem bolesnika s dostupnim resursima u zajednici, pružanjem pomoći u snalaženju u sustavima koji pružaju skrb, savjetovanjem i pružanjem podrške te poticanjem na razgovor o problemima vezanim za kraj života. Sve svoje postupke socijalni radnik dokumentira u dokumentima bolesnika, liječničkom kartonu, u fizičkom ili elektroničkom obliku. Vođena dokumentacija je važna iz nekoliko razloga: predstavlja temelj za stvaranje kvalitetne i sveobuhvatne njege te olakšava interdisciplinarnu suradnju i koordinaciju usluga (Štambuk i Obrvan, 2016).

Budući se radi o stresnom razdoblju života za sve uključene, obavljanje socijalnog rada u palijativnoj skrbi može itekako biti izazovno, ali stvaranje povezanosti s bolesnikom, olakšavanje njegove boli i patnje te mogućnost ostvarivanja pozitivnog utjecaja na njega i njegovu obitelj u takvom izazovnom i osjetljivom razdoblju je svakako vrijedno truda.

5.4. Uloga duhovnika u palijativnom timu

Posljednjih dvadesetak godina raste interes za povezanošću vjerskih i duhovnih pitanja s područjem medicine, kako na razini znanstvenih spoznaja tako i na razini susreta i odnosa s bolesnicima. U ispunjavanju uloge u pružanju skrbi, duhovniku pomažu osnovna znanja iz ostalih disciplina koje su zastupljene u sustavu palijativne skrbi tako da on raspolaze osnovnim znanjima iz opće medicine, psihologije, socijalnog rada, rada medicinskih sestara i ostalih područja. Duhovnik je zadužen da, uzimajući u obzir, različita poimanja smisla života, smrti i patnje, različite vjeroispovijesti i svjetonazore pronade primjeren pristup svima bolesnicima, njihovim obiteljima, ali i onima koji rade u sustavu palijativne skrbi, a kojima je potrebna njegova pomoć. Duhovnik slušajući pacijenta pomaže u sagledavanju prošlosti, ali i percipiranju života iz nove perspektive čime se kod pacijenta povećava svijest i spremnost za ono što dolazi (Coury i Štambuk, 2002). U djelovanju duhovnika u palijativnom timu mogu se izdvojiti tri osnovna područja. Prvo se odnosi na pružanje duhovne pomoći pacijentu. Kroz razgovor pun razumijevanja i empatije, koristeći pacijentu razumljiv rječnik, duhovnik pacijentu pruža podršku i nastoji, u okviru svojih znanja, odgovoriti na njegova pitanja koja mogu biti povezana sa smrću, smislom, gubitkom i žalovanjem ili nečim drugim. Drugo područje djelovanja obuhvaća pružanje duhovne pomoći i potpore članovima bolesnikove obitelji. Prema obitelji bolesnika, duhovnik kroz razgovor zauzima ulogu tješitelja, dobrog savjetnika i povjerljivog prijatelja. Na taj način obitelj može ojačati kako bi mogli pomoći bolesniku, ali i sebi. Treće područje djelovanja vezano je uz pružanje duhovne pomoći ostalim članovima palijativnog tima što je podjednako važno. U središtu palijativne skrbi jest dobrobit bolesnika, ali da bi je palijativni tim mogao osigurati mora kvalitetno obavljati svoj posao, a primanje duhovne pomoći tome uvelike pridonosi. Duhovnik u tom smislu s ostalim članovima gradi kolegijalan, suradnički odnos poštujući njihovu stručnost i pružajući im podršku u radu. Uloga duhovnika u palijativnom timu je neizmjereno važna i zbog toga što je on svakodnevni poticaj ostalim članovima tima u djelatnosti koja je nerijetko još uvijek podcjenjivana i smatrana nepotrebnom (Bešlić, 2017).

5.5. Uloga volontera u palijativnom timu

Unatoč tome što u Hrvatskoj volonterstvo još uvijek nije ukorijenjeno kao jedna od vrijednosti društva, rad volontera u palijativnoj skrbi prepoznat je kao bitan u razvoju pružanja kvalitetne, cjelokupne skrbi. Valja naglasiti kako volonteri ne zamjenjuju rad stručnjaka već daju doprinos skrbi u okviru svojih znanja i kompetencija te u interdisciplinarnom timu ne zauzimaju ničiju stranu već doprinose radu tima surađujući podjednako sa svim članovima tima. Kako bi adekvatno ispunjali svoju ulogu u timu, volonteri prolaze potrebnu edukaciju iz područja palijativne skrbi te su vođeni od strane koordinatora. Volonter je tu da sasluša bolesnika te je spreman razgovarati o bilo kojoj temi koja je važna za bolesnika, može mu biti pratnja u odlasku na kontrole, a ukoliko bolesnik nema obitelj, volonter može sudjelovati u organizaciji sahrane. U nekim slučajevima, volonter je taj koji bolesnika upoznaje s njegovim pravima ili mogućnostima ostvarivanja prava na još neki oblik pomoći. Nerijetko volonter omogućuje članovima obitelji bolesnika da odvoje vrijeme za sebe, daje im mogućnost da izraze svoje osjećaje, te ukoliko im je potrebno, nakon smrti bolesnika im pruža podršku. Veliki značaj volontera u palijativnom timu, ali i cijelom sustavu palijativne skrbi je u njihovoj koristi za širu zajednicu u smislu resocijaliziranja smrti. Organiziranjem različitih edukacija, predavanja te dijeljenjem vlastitog volonterskog iskustva mogu skrenuti pažnju društva na značaj palijativne skrbi čime bi se moglo pokazati kako smrt nije samo pitanje zdravstva nego i društva općenito (Recommendation of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care, 2003).

6. KOMUNIKACIJA UNUTAR PALIJATIVNOG TIMA

Dobre komunikacijske vještine bitne su za sve zdravstvene radnike, a pogotovo one koji svakodnevno rade s bolesnicima koji se bore s terminalnim bolestima. Poznavanje metoda koje omogućuju održavanje kvalitete komunikacije na visokom stupnju preduvjet je za pružanje sigurne i učinkovite zdravstvene skrbi pa tako i palijativne skrbi. Moglo bi se reći da je komunikacija jedan od ključnih faktora u pružanju palijativne skrbi. Bez dobre komunikacije nema ni kvalitetne skrbi pri tom uzimajući

obzir komunikaciju između pacijenta, njegove obitelji i palijativnog tima, ali i između članova unutar samog palijativnog tima. Kao preduvjet za kvalitetnu komunikaciju unutar tima ističe se postojanje dvosmjerne komunikacije u kojoj članovi tima šalju i primaju poruke te primaju pozitivne ili konstruktivno negativne povratne informacije (Krešić, 2013). Da bi tim uspješno pružao adekvatnu skrb na visokoj razini potrebno je uspostaviti dobru komunikacijsku mrežu unutar tima te poštovati određena pravila takvog modela rada (Rakošec i sur., 2014). Svaki član tima, polazeći iz perspektive svoje discipline, sa svojim znanjima i vještinama pridonosi ukupnoj učinkovitosti tima. Stoga svaki član ima pravo izraziti svoje mišljenje kojeg ostali članovi tima moraju poštivati i uvažiti prilikom vođenja rasprave o bitnim postupcima koji vode ostvarivanju zacrtanog cilja. Prethodno navedeno ukazuje na to da je komunikacija konstruktivna što znači da je koncentrirana na rješavanje problema pri čemu se sugovornici poštuju uz dopuštanje neslaganja koje se obrazlaže na primjeren, konstruktivan način. Razgovor je otvoren i taktičan što pridonosi učinkovitom planiranju cjelokupne skrbi. Uspješna komunikacija unutar tima zahtijeva spremnost svih članova na komunikaciju, aktivno sudjelovanje, izgrađivanje novih komunikacijskih odnosa, svakodnevni rad na komunikaciji te prepoznavanje opasnosti i otklanjanje eventualnih nesporazuma. Bitno je da članovi tima uspostave dobru komunikaciju jer se na taj način razvijaju i kvalitetniji profesionalni odnosi čime se pospješuje rad tima što rezultira kvalitetno pruženom skrbi bolesniku (Rakošec i sur., 2014).

7. VAŽNOST TIMSKOG RADA ZA PACIJENTA

Mogli smo dosada zaključiti kako je timski rad neizostavno načelo rada u palijativnoj skrbi, naposljetku, to je vidljivo i iz definicije palijativne skrbi navedene na početku rada. Sukladno specifičnim i kompleksnim potrebama i problemima s kojima se susreću pacijenti kojima je potrebna palijativna skrb, timski rad stručnjaka različitih područja od presudne je važnosti kako bi se pacijentu pružila najbolja moguća skrb. Interdisciplinarni tim kakav najčešće djeluje u području palijativne skrbi je

multifunkcionalan tim i kao takav je fleksibilan i u stanju brže odgovoriti na potrebe pacijenta kada se pojavi krizna situacija. Članovi tima nadopunjuju jedan drugoga u smislu pružanja podrške pacijentu što itekako može pomoći njegovom mentalnom stanju. Postoji osjećaj timske odgovornosti za dobrobit pacijenta čime mu se može pokazati kako uz sebe ima skupinu ljudi koja mu nastoji pružiti najbolju moguću njegu, otkloniti mu ili ublažiti bol te ga podržati poštujući njegova prava i uzimajući u obzir njegove želje i vrijednosti. To je od velike važnosti za sve pacijente, pogotovo one čije obitelji nisu uz njih. Timski rad u određenoj mjeri uključuje i samog pacijenta. Kao dio tima, pacijent dobiva priliku za istinsko savjetovanje i suradnju što mu može pomoći u načinu na koji se nosi sa svojim stanjem ili bolešću (Crawford i Price, 2004). Navedeno potvrđuju i određena istraživanja provedena na tu temu. U istraživanju kojeg su, proveli Jack i suradnici (2004), navodi se kako je rad interdisciplinarnog palijativnog tima omogućio pacijentu bolji uvid u njegovu bolest čime se povećalo njegovo razumijevanje situacije. Također se u nekim istraživanjima navodi kako su pacijenti veoma pozitivno ocijenili rad interdisciplinarnog palijativnog tima temeljem samoiskaza o razini boli, simptomima bez boli, kvaliteti života i komunikaciji sa stručnjacima te zadovoljstvom cjelokupnog tretmana. Isto tako, određena istraživanja su pokazala kako su pacijenti, koji su skrb primali od stručnog tima, doživjeli značajno poboljšanje tjelesnih simptoma (Crawford i Price, 2003). Timski rad povećava učinkovitost pružene skrbi i brži dolazak do cilja budući su svi stručnjaci dostupni i u kontaktu s pacijentom. Nekada u medicinskoj praksi može doći do sukoba oko toga tko ima posljednju riječ. U palijativnoj skrbi, posljednju riječ ima pacijent. Ta odluka je često donesena na temelju vlastitih intrinzičnih vrijednosti pacijenta, ali i uz podršku i na temelju mnogih informacija pruženih od strane stručnjaka koji pružaju skrb (O'Connor i sur., 2006).

8. ZAKLJUČAK

Kraj života značajan je, osjetljiv i neizbježan dio ljudskog života. Njegova posebnost i važnost zahtijevaju empatiju i solidarnost koje uključuju konkretno djelovanje prema onima koji se bore s bolestima u terminalnim fazama na kraju svog života. Konkretno djelovanje podrazumijeva cjelovitu skrb o pacijentu poštujući prije svega njegovo

dostojanstvo (Poslon, 2022). Upravo to je palijativna skrb, cjelokupna briga za čovjeka u okviru koje se zadovoljavaju njegove fizičke, psihičke, emocionalne, socijalne i duhovne potrebe te pruža podrška i njemu i njegovoj obitelji. Glavni cilj je osigurati najbolju moguću kvalitetu života bolesniku koji se suočava s problemima kada nastupi neizlječiva, uznapredovala bolest. Takva vrsta skrbi teško je ostvariva bez timskog rada i multidisciplinarnog odnosno interdisciplinarnog pristupa u sklopu kojeg svaki član tima zna što treba raditi, kako surađivati s ostalim kolegama članovima tima te kako od njih zatražiti pomoć onda kada je potrebna, a sve u svrhu osiguravanja dobrobiti pacijenta. Palijativna skrb ne može izliječiti osobu, ali joj može olakšati i ublažiti bol (Braš i sur., 2016). Palijativna medicina, pa tako i palijativna skrb, nisu samo struka ili zanimanje, oni su poziv. Objedinjuju kompetencije, znanja i vještine različitih stručnjaka i profesionalaca, ali ujedno i testiraju humanost. Potreba za humanošću najviše se intenzivira u ljudskoj borbi za život. Palijativna skrb je zato humana skrb za pacijenta u njegovoj posljednjoj borbi za što kvalitetniji život do smrti (Brkljačić, 2008). Svojim pristupom i načinom na koji skrbe o umirućim pacijentima okviru timskog rada u palijativnoj skrbi, liječnici, medicinske sestre, socijalni radnici, psiholozi, duhovnici, volonteri i ostali stručnjaci i pružatelji skrbi nam pomažu da shvatimo da umiranje možemo percipirati kao posljednje čovjekovo ostvarenje, a ne kao potpuni gubitak. To nam pomaže da se lakše nosimo s vlastitim poimanjem smrti, ali i smrti voljene nam osobe.

9. LITERATURA

1. Baker, D.P., Horvath, L., Champion, M., Offermann, L. i Salas, E. (2005). The all Teamwork Framework. U Murray, T.S., Clermont, Y. i Binkley, M. (ur.), *Mesasuring Adult Literacy and life skills: New Frameworks for Assessment* (229 – 272). Ministarstvo industrije: Ottawa.
2. Benko, S. i Jurinić, A. (2019). Uloga fizioterapeuta u palijativnoj skrbi. *Zbornik sveučilišta Libertas*, 4(4), 31- 41.
3. Bešlić, V. (2017). Duhovnost i duhovnik u palijativnoj skrbi. *Nova prisutnost: časopis za intelektualna i duhovna pitanja*, 15(1), 88 – 99.
4. Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi: 1. dio, Preporuke Europskog udruženja za palijativnu skrb, *European journal of palliative care*, 16(6), 279, 2009.
5. Braš, M, Đorđević, V., Kondić-Splavski, B. i Vučevac, V. (2016). Osnovni pojmovi o palijativnoj medicini i palijativnoj skrbi. *Medix*, 22(119/129), 69 – 76.
6. Brajković, L., Pavić, J., Ozimec-Vulinec, Š., Grahovac, I., Grgić, O., Kraljević, N. i Nikić, M. (2016). Multidisciplinarni tim u palijativnoj skrbi. *Medix*, 119/120, 83 – 89.
7. Brkljačić, M. (2008). Bioetika i bioetički aspekti palijativne medicine. *Medicina*, 44(2), 146 – 151.
8. Brkljačić Žagrović, M. (2010). Palijativna medicina u Hrvatskoj – nužnost implementacije u zdravstveni sustav. *Medicina* 46(1), 37 – 42.
9. Brkljačić, M., Šamija, M., Belev, B., Strnad, M. i Čengiđ, T. (2013). *Palijativna medicina*. Rijeka: Markulin, d.o.o.
10. Brkljačić, M. (2019). Medicinska etika u palijativnoj skrbi. *Obnovljeni život: časopis za filozofiju i religijske znanosti*, 74(4), 513 -526.
11. Coury, J.E. i Štambuk, A. (2002). Problemi vezani uz s krajem života u zajednici: povezivanje profesionalnoga i javnog obrazovanja. *Revija za socijalnu politiku*, 9(3), 245 – 257.

12. Crawford, G.B. i Price, S.D. (2003). Team working: palliative care as a model of interdisciplinary practice. *The medical journal of Australia*, 179(6), 32.
13. Donaghy, K. i Devlin, B. (2013). An evaluation of teamwork within a specialist palliative care unit. *International Journal of Palliative nursing*, 8(11), 518 – 525.
14. Đorđević, V., Braš, M., i Brajković, L. (2013). *Osnove palijativne medicine*. Zagreb: Medicinska naklada.
15. Iveta, V., Županić, M., Bartolek Hamp, D. i Miljas, A. (2022). Razmišljanja i razina znanja o palijativnoj skrbi kod studenata studija sestrinstva u Dubrovniku. *Časopis za primijene zdravstvene znanosti*, 8(1), 67 – 82.
16. Jack, B., Hillier, V., Williams, A. i Oldham, J. (2004). Hospital based palliative care team improve insight of cancer patients into their disease. *Palliative Medicine*, 18, 46 – 52.
17. Katić, M. i Švab, I. (2013), *Obiteljska medicina*. Zagreb: Alfa d.d.
18. Katić, M. (2014). Timski rad u obiteljskoj medicini u zbrinjavanju bolesnika koji boluju od kroničnih bolesti. U Soldo, D. (ur.), *Zbornik radova XIV. Kongresa HDOD-HLZ: Sekundarna prevencija kardiovaskularnih bolesti; Timski rad i uloga medicinske sestre; Što je donio novi sustav ugovaranja PZZ-a; Slobodne teme* (21 – 30). Hrvatsko društvo obiteljskih doktora, Hrvatski liječnički zbor: Zagreb.
19. Kirby, E., Broom, A. i Good, P. (2014). The role and significance of nurses in managing transitions to palliative care: a qualitative study. *BJM Open*, 4(9).
20. Krešić, V. (2013). Komunikacija u sestrinstvu – međuljudski odnosi zdravstvenih djelatnika. *Nursing journal*, 18(1), 41 – 43.
21. NHPCO (2022). Volunteering with Hospice and its Benefits. Posjećeno 17.06.2022. na mrežnoj stranici: <https://www.caringinfo.org/types-of-care/hospice-care/volunteering-with-hospice/>
22. Nikić, M. (2004). Temeljna načela timskog rada. *Diacovensia: teološki prilozi*, 12(1), 115 – 129.
23. Norrefalk, J.R. (2003). How do we define multidisciplinary rehabilitation? *Journal of rehabilitation medicine*, 35(2).

24. O'Conner, M., Fisher, C. i Guilfoyle, A. (2006). Interdisciplinary teams in palliative care: a critical reflection. *International Journal of Palliative nursing*, 12(3), 132 – 137.
25. Ozimec Vulinec, Š. (2014). *Palijativna skrb*. Zagreb: Zdravstveno veleučilište.
26. Poslon, L. (2022). Ljudsko dostojanstvo i kraj života. *Obnovljeni život: časopis za filozofiju i religijske znanosti*, 77(2), 235 – 248.
27. Rakošec, Ž, Juranić, B., Mikšić, Š., Jakab, J. i Mikšić, B. (2014). Otvorena komunikacija – temelj palijativnog pristupa. *Mediji, kultura i odnosi s javnostima*, 5(1), 98 – 103.
28. Recommendation of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care: Council of Europe, 2003.
29. Ronald, A.H. (2015). *Interdisciplinary palliative care teams: insights and experiences of chaplain interns and social work interns*. Neobjavljena doktorska disertacija. Louisville: University of Louisville.
30. Škrbina, D., Šimunović, D., Šantek, V. i Njegovan-Zvonarević, T. (2011). Upotreba glazbe u palijativnoj skrbi. *Acta medica Croatica: Časopis Akademije medicinskih znanosti Hrvatske*, 65(5), 415 – 423.
31. Štambuk, A. i Obrvan, T. (2017). Uloga, standardi i kompetencije socijalnih radnika u palijativnoj skrbi. *Ljetopis socijalnog rada*, 24(1), 119 – 146.
32. Štambuk, A. (2021). Palijativna skrb – skrb na kraju života. (Power Point prezentacija). Preuzeto 20.05.2021. na mrežnoj stranici Merlin sustav za e-učenje 2020/2021.
33. Vučevac, V. (2019). Palijativna skrb u Hrvatskoj: Umirući i teško bolesni ne smiju biti samo dodatni teret i trošak. Posjećeno 15.06.2022. na mrežnoj stranici: <https://www.rtl.hr/vijesti/hrvatska/palijativna-skrb-u-hrvatskoj-umiruci-i-tesko-bolesni-ne-smiju-biti-samo-dodatni-teret-i-trosak-5c6ef50e-b9f2-11ec-b14c-0242ac130018>
34. Vuletić, S., Juranić, B., Mikšić, Š. i Rakošec, Ž. (2014). Palijativna skrb i medicinsko-duhovne potrebe terminalnih bolesnika. *Bogoslovska smotra*, 84(4), 881 – 906.

35. Vyt, A. (2008). Interprofessional and transdisciplinary teamwork in health care. *Diabetes Metab Res Rev*, 24(1), 106- 109.
36. Zakon o zdravstvenoj zaštitu. Narodne novine, br. 100/18, 125/19, 147/20.

