

Ključne kompetencije u palijativnoj skrbi: Bijela knjiga Europskog udruženja za palijativnu skrb o obrazovanju u području palijativne skrbi – 2. dio*

U drugome dijelu ove usuglašene Bijele knjige koju je izdalo Europsko udruženje za palijativnu skrb (EAPC) **Claudia Gamondi, Philip Larkin i Sheila Payne** detaljnije opisuju deset ključnih interdisciplinarnih kompetencija u palijativnoj skrbi.

Ovaj članak nadovezuje se na prvi dio objavljen u prethodnom broju časopisa *European Journal of Palliative Care* i u njemu se pobliže analizira deset ključnih interdisciplinarnih kompetencija u palijativnoj skrbi. Uz kratko obrazloženje smisla i težišta svake kompetencije nalazi se i popis njezinih sastavnica. Svaka sastavnica može biti relevantna za više kompetencija, no radi jasnoće navedena je samo ondje gdje je njezin učinak potencijalno najizraženiji.

Deset ključnih kompetencija

1. Primijeniti ključne komponente palijativne skrbi u okruženju u kojem se pacijenti i njihove obitelji nalaze

Palijativnu skrb treba pružati na mjestu koje odabere pacijent ili njegova obitelj, a prema potrebi se treba prilagoditi tome okruženju. Kada to nije moguće pacijentu bi trebalo ponuditi alternativna rješenja. Veći dio palijativne skrbi može se pružiti i u nespecijalističkom okruženju. Za uspješnu integraciju načela palijativne skrbi ključna je prilagodba, koja se odnosi na djelatnike u palijativnoj skrbi, a ne na pacijente i obitelji koji bi u tom slučaju morali značajno promijeniti životne okolnosti.

Djelatnici u palijativnoj skrbi trebali bi moći:

* Dokument su s engleskog jezika preveli studenti prevoditeljskog smjera diplomskog studija anglistike Filozofskog fakulteta u Zagrebu: Vedran Baotić, Katarina Barun, Sandra Juzbašić, Tiffany Krsnik, Maja Kurtagić, Lea Magdić, Jerko Močnik, Nikolina Petanjek, Domagoj Pozderac, Hrvoje Puh, Ana Ravnjak, Martina Šarić, Juraj Šutej i Anja Trconić. Prijevod je redigirala dr. sc. Nataša Pavlović.

- 1a: razumjeti značenje bolesti koja skraćuje životni vijek i bolesti opasne po život,
- 1b: primijeniti načela palijativne skrbi, koja afirmiraju život i nude pacijentima sustav potpore koji im pomaže da žive što aktivnije do smrti, stavljajući pritom naglasak na kvalitetu života i pomoć obiteljima tijekom bolesti,
- 1c: razumjeti važnost fizičkih, psiholoških, socijalnih i duhovnih pitanja koja utječu na osobe s bolestima koje skraćuju život i njihove obitelji,
- 1d: uvažiti vrijednosti, vjerovanja i kulturu pacijenata i njihovih obitelji,
- 1e: pokazati sposobnost primjenjivanja palijativnog pristupa čim je to primjereno,
- 1f: uvidjeti potrebe pacijenata i obitelji za prikladnom sveobuhvatnom skrbi u terminalnom stadiju te pružiti takvu skrb.

2. Omogućiti pacijentu da se tijekom cijele bolesti osjeća što udobnije

Fizička udobnost neizostavna je sastavnica kvalitete života osoba koje pate od bolesti koja skraćuje životni vijek i njihovih obitelji. Individualno prilagođen plan skrbi trebao bi obuhvaćati predviđanje, procjenu, liječenje i ponovnu procjenu teškoća koje uzrokuju tjelesni simptomi tijekom cijele bolesti.

Djelatnici u palijativnoj skrbi trebali bi moći:

- 2a: pokazati kliničku praksu koja promiče sprječavanje patnje bez obzira na svoju razinu iskustva,
- 2b: pokazati sposobnost da se aktivno brinu za pacijentovu dobrobit, kvalitetu života i dostojanstvo,
- 2c: uključiti procjenu tjelesnih simptoma i dobrobiti pacijenta u rutinski klinički rad,
- 2d: predvidjeti potencijalne komplikacije koje bi mogle povećati patnju te pripremiti odgovarajući plan skrbi,
- 2e: ponuditi izvrsnost u skrbi na kraju života bez obzira na to o kojem je okruženju riječ.

3. Udovoljiti pacijentovim psihološkim potrebama

Svi djelatnici u palijativnoj skrbi moraju razumjeti pacijentove psihološke potrebe i trebaju biti sposobni ponuditi suportivnu intervenciju u skladu sa svojom strukom i vještinama. Dobra psihološka skrb zahtijeva dobre vještine procjene pacijenata, vještine obzirnog ispitivanja i kliničke procjene (primjerice

ako pacijenta treba uputiti psihologu ili psihijatru). Prihvaćeno je da nije svakome pacijentu i obitelji potrebna formalna psihološka intervencija. Dobre komunikacijske vještine nužne su za udovoljavanje pacijentovim psihološkim potrebama. Veoma je važno znati kad i kome treba uputiti pacijenta.

Djelatnici u palijativnoj skrbi trebali bi moći:

- 3a: uvažiti pacijentove osjećaje i obzirno ih podupirati,
- 3b: osnaživati pacijentove mehanizme suočavanja s bolešću,
- 3c: postaviti dijagnozu i plan skrbi te, kad je to prikladno, sustavno i vješto intervenirati uz stalnu procjenu pacijentovih psiholoških i psihijatrijskih simptoma, pri čemu bi trebali uzimati u obzir prognozu bolesti te pacijentove osobne želje i okruženje u kojem živi.

4. Udovoljiti pacijentovim socijalnim potrebama

Bolest koja skraćuje životni vijek snažno utječe na međuljudske odnose pacijenata i njihovih obitelji, koji trebaju dodatne resurse (kako unutarnje tako i vanjske) da bi održali dobru kvalitetu života. Zabrinutost pacijenata u vezi s odnosima s bliskim osobama, novčanom situacijom, smještajem i privatnim poslovima mogu predstavljati teškoću pri pružanju optimalne skrbi u kliničkom okruženju. Ponovno naglašavamo da je ključno znati kad i kako uputiti pacijenta specijalistu.

Djelatnici u palijativnoj skrbi trebali bi moći:

- 4a: uvažavati društveni kontekst pacijenata i obitelji te njegov utjecaj na njihovo iskustvo primanja palijativne skrbi,
- 4b: informirati pacijente o raspoloživim potporama i pravima iz područja zdravstvene i socijalne skrbi,
- 4c: omogućiti pacijentima da prema potrebi upravljaju privatnim poslovima.

5. Udovoljiti pacijentovim duhovnim potrebama

Bolest koja skraćuje životni vijek može potaknuti na razmišljanje o dubljim egzistencijalnim pitanjima kao što je smisao života. Duhovna skrb trebala bi biti sastavni dio pružanja palijativne skrbi. Duhovne se potrebe mogu, ali ne moraju zadovoljavati religijom. Mogućnost razgovora o duhovnim temama u brižnom okruženju punom podrške može pomoći pacijentima, a predan zdravstveni djelatnik može im to omogućiti. Zdravstveni bi djelatnici trebali biti spremni s pacijentima i njihovim obiteljima raspravljati o

duhovnim pitanjima ako oni to zatraže. Pacijentima i obiteljima može pomoći i upućivanje duhovnom savjetniku.

Djelatnici u palijativnoj skrbi trebali bi moći:

- 5a: pokazati sposobnost promišljanja i sagledavanja važnosti duhovnih i egzistencijalnih dimenzija u vlastitom životu,
- 5b: integrirati duhovne, egzistencijalne i vjerske potrebe pacijenata i obitelji u plan skrbi, poštujući pritom i njihov mogući izbor da se u plan uopće ne uključuje taj oblik skrbi,
- 5c: uz podršku i s poštovanjem pružiti pacijentima i obiteljima priliku da izraze duhovnu i/ili egzistencijalnu dimenziju života,
- 5d: biti svjesni granica koje se moraju poštivati u smislu kulturnih tabua, vrijednosti i životnih izbora.

6. *Odgovoriti na potrebe obiteljskih negovatelja u odnosu na kratkoročne, srednjoročne i dugoročne ciljeve skrbi za pacijenta*

Skrb za pacijenta treba uključivati obiteljske negovatelje, uzimajući pritom u obzir njihovo okruženje, zdravstveni sustav i, naravno, njihov odnos sa zdravstvenim djelatnicima koji postaju dio njihovog života. Obiteljski negovatelji često su pružatelji skrbi i poveznica između pacijenata i stručnjaka. Ključno je podržavati i poticati njihovu ulogu gdje god je to moguće, uočiti postojanje teškoća pri pružanju skrbi te ih riješiti na odgovarajući način, što po potrebi uključuje upućivanje stručnom vodstvu. Podršku bi negovateljima trebalo pružiti i u ranoj fazi žalovanja. Izuzetno je važna sposobnost zdravstvenih djelatnika da zatraže savjet stručnjaka.

Ključno je prepoznati kad i kako pacijente uputiti na stručnu pomoć

Djelatnici u palijativnoj skrbi trebali bi moći:

- 6a: priznati i podržati obiteljske negovatelje u njihovim obvezama prema pacijentu te među njima prepoznati one koji su u opasnosti od proživljavanja nepotrebne patnje ili neprimjerenog opterećenja zbog stalnog tereta skrbi,
- 6b: poštivati odluke obiteljskih negovatelja u vezi s njihovim radnim odnosom te posljedice prekida tog odnosa,
- 6c: prepoznati druge uloge i zahtjeve koji se postavljaju pred obiteljske negovatelje (moguće je, primjerice, da osoba skrbi i o djeci ili drugim ljudima),

- 6d: ako je potrebno, omogućiti obiteljskim njegovateljima psihološku i emocionalnu podršku zasebnu od one koja se pruža pacijentu,
- 6e: unaprijediti sposobnosti obiteljskih njegovatelja za interakciju s različitim zdravstvenim djelatnicima,
- 6f: unutar tima palijativne skrbi razviti strategije za rješavanje obiteljskih sukoba,
- 6g: omogućiti kratkotrajno savjetovanje u žalovanju ako se za time ukaže potreba,
- 6h: prepoznati složene potrebe osoba u žalovanju i u slučaju potrebe uputiti ih stručnjaku.

7. *Odgovoriti na izazove povezane s kliničkim i etičkim odlučivanjem u palijativnoj skrbi*

Djelatnici u palijativnoj skrbi suočavaju se s teškim etičkim i moralnim dvojabama koje uključuju pitanja hidratacije i ishrane, primjene sedativa, potpomognutog samoubojstva i/ili eutanazije. Mnoge od vještina potrebnih za suočavanje s takvim dvojabama poučavaju se tijekom stručnog osposobljavanja, ali ono što je važno jest pravilna primjena tih vještina u kontekstu palijativne skrbi. Međutim, neki postupci (primjerice, palijativna sedacija izvedena po preporuci EAPC-a¹) zahtijevaju dodatna znanja i obuku. Odgovornost je svakog djelatnika osigurati stjecanje potrebnih kompetencija za suočavanje s etičkim izazovima koje postavljaju suvremeni načini pružanja palijativne skrbi. Isto tako, svaki bi djelatnik trebao temeljito poznavati etički kodeks vlastite struke i njegovu povezanost s pružanjem palijativne skrbi. EAPC je objavio niz dokumenata o stajalištu i savjetodavnih dokumenata o ovim složenim problemima. Ti dokumenti djelatnicima pružaju smjernice za postupanje u složenim etičkim situacijama.

Djelatnici u palijativnoj skrbi trebali bi moći:

- 7a: djelovati u skladu s bioetičkim načelima, državnim i međunarodnim zakonima te pacijentovim željama i vrijednostima,
- 7b: poticati pacijentovu autonomiju, uzimajući pritom u obzir ostala etička načela poput dobročinstva, neškodljivosti i pravednosti,
- 7c: poticati pacijente na izražavanje preferencija i želja u vezi s vlastitom skrbi i liječenjem tijekom cijele bolesti,
- 7d: omogućiti pacijentima, njihovim obiteljima i njegovateljima pravo sudjelovanja u procesu donošenja odluka,

- 7e: biti svjesni da se najprikladnija etička skrb uvijek ne podudara s pacijentovim željama i preferencijama.

8. *Provoditi koordinaciju sveobuhvatne palijativne skrbi i interdisciplinarni timski rad u svim okruženjima u kojima se pruža palijativna skrb*

Kako bi se osigurao kontinuitet pružanja skrbi između različitih bolničkih službi i mjesta skrbi, nužno je jasno odrediti specifične uloge članova tima i odgovornosti u vezi s koordinacijom skrbi, pritom uvažavajući stvaran i/ili potencijalan doprinos drugih osoba pružanju skrbi za pacijente i njihove obitelji. Uviđamo važnost uloge koju volonteri mogu odigrati u koordinaciji skrbi. Interdisciplinarno učenje također pridonosi boljem razumijevanju dužnosti, uloga i funkcija.

Djelatnici u palijativnoj skrbi trebali bi moći:

- 8a: pružiti potrebnu podršku pacijentima tijekom promjene okruženja skrbi,
- 8b: poticati interdisciplinarni timski rad,
- 8c: prepoznati dužnosti pojedinih članova tima pri planiranju i pružanju skrbi pacijentima i njihovim obiteljima,
- 8d: ojačati ulogu volontera u suportivnoj skrbi za pacijente i obitelji gdje je to moguće,
- 8e: ponuditi pacijentima i obiteljskim njegovateljima najprikladniji model skrbi s obzirom na njihove trenutne potrebe za palijativnom skrbi.

9. *Razvijati odgovarajuće interpersonalne i komunikacijske vještine primjerene palijativnoj skrbi*

Učinkovite su komunikacijske vještine ključne kako za primjenu načela palijativne skrbi tako i za pružanje palijativne skrbi. Osobito su važne kada treba priopćiti loše vijesti, donijeti teške odluke o nastavku ili prekidu liječenja, kad su okolnosti nejasne ili neizvjesne te kad se pojave snažne emocije i tjeskoba.

Djelatnici u palijativnoj skrbi bi trebali moći:

- 9a: izgraditi terapijski odnos s pacijentima i obiteljskim njegovateljima,
- 9b: poticati kvalitetnu komunikaciju unutar tima, ali i s ostalim kolegama,
- 9c: izabrati prikladne metode povezivanja i interakcije s obzirom na dob, želje i intelektualne sposobnosti pacijenta i obiteljskih njegovatelja te biti sigurni da su razumjeli donesene odluke,

- 9d: pravilno tumačiti različite oblike komunikacije (na primjer verbalnu, neverbalnu, formalnu i neformalnu) pacijenata i obiteljskih njegovatelja,
- 9e: upotrijebiti smjernice za priopćavanje loših vijesti, ako su dostupne,
- 9f: prilagoditi način izražavanja različitim stadijima bolesti, uvažavati kulturološke razlike i izbjegavati upotrebu medicinskog žargona,
- 9g: podupirati pacijentove informirane odluke o količini informacija koju želi primiti i podijeliti s obitelji,
- 9h: uskladiti tempo priopćavanja informacija sa sklonostima i kognitivnim sposobnostima pacijenata i obiteljskih njegovatelja.

10. Razvijati samosvijest i kontinuirano se profesionalno usavršavati

Kontinuirani profesionalni razvoj, čije zahtjeve obično određuje svaka pojedina struka, trebao bi biti

Potrebno je prepoznati načine jačanja otpornosti i sprječavanja sindroma izgaranja

sastavni dio kliničke prakse. Dodatno stručno usavršavanje treba tražiti kad god se ukaže prilika. Dio te edukacije trebalo bi posvetiti razvijanju svijesti o sebi (na primjer, kako sigurno raditi, biti svjestan svojih ograničenja te znati kad je upućivanje drugim specijalistima u interesu pacijenata i njihovih obitelji). Treba biti svjestan kakve sve posljedice skrb za osobe s bolestima koje skraćuju život

može imati po zdravstvenog djelatnika te je potrebno pronaći načine jačanja otpornosti i sprječavanja sindroma izgaranja. To se može postići strategijama strukturirane ili neformalne vršnjačke supervizije.

Djelatnici u palijativnoj skrbi bi trebali moći:

- 10a: aktivno sudjelovati u procesu cjeloživotnog obrazovanja kako bi održavali i razvijali svoje stručne kompetencije,
- 10b: razvijati samosvijest, poznavajući svoje slabe i jake točke kao i moralna i duhovna uvjerenja,
- 10c: prepoznati rane znakove sindroma izgaranja i potražiti prikladnu pomoć,
- 10d: pomagati drugim članovima tima ako je potrebno,
- 10e: obratiti pozornost na kolege koji proživljavaju teškoće, a nisu svjesni mogućih posljedica po sebe same i po one za koje se skrbe.

Priželjkivani ishodi i oblici ponašanja

Provedba ovih deset ključnih kompetencija trebala bi u konačnici omogućiti bolje iskustvo palijativne skrbi za pacijente i obitelji. Što se tiče ponašanja, cilj je da zdravstveni djelatnici razviju veću sigurnost kako bi mogli predvidjeti potrebe pacijenata za palijativnom skrbi, učinkovito reagirati te razumjeti vlastita ograničenja i potrebu za traženjem pomoći. Budući bi napori na ovom području trebali osigurati da ishodi i ponašanja jasno odražavaju očekivanja regulatornih tijela koja nadziru kliničku praksu svake struke (medicina, sestrinstvo, socijalni rad, itd.) u svakoj europskoj državi.

Kako omogućiti interdisciplinarno učenje u palijativnoj skrbi

O ključnim se sastavnicama kvalitetne edukacije o palijativnoj skrbi pisalo u raznim publikacijama EAPC-a koje su dosad uvijek odražavale potrebe zasebnih struka. Mnoge je od tih sastavnica moguće primijeniti i na druge obrazovne programe kojima je cilj zadovoljavanje potreba za interdisciplinarnim učenjem.

Iako razvoj interdisciplinarnih nastavnih planova i programa predstavlja velik izazov, a vrednovanje i dokazi koji podupiru interdisciplinarno učenje su relativno malobrojni², uvjerljive su njegove prednosti u smislu stjecanja znanja i uvažavanja uloga. Unatoč tome, na općoj je razini uvriježeno mišljenje da je interdisciplinarno učenje teško ostvarivo te da bi prihvatljivije rješenje bilo integracija načela palijativne skrbi u jezgru nastavnih planova i programa svake zasebne struke. Na specijalističkoj razini zabilježene su prednosti interdisciplinarnog učenja te postoje modeli učenja koji uključuju kako znanje zajedničko mnogim strukama tako i ono specifično za pojedine struke.³⁻⁴

Smatramo da bi elementi pojašnjeni u pet paragrafa koji slijede trebali biti dio svakog obrazovnog programa čiji je nastavni sadržaj zajednički većem broju različitih disciplina, ali ovaj popis nije iscrpan.

Korištenje prikladnih metoda poučavanja i pojmova za obrazovanje odraslih, uključujući specijalističko učenje ako je potrebno

Svi bi djelatnici trebali naučiti načela kvalitetne komunikacije. Također bi svi trebali usvojiti načela uspješnog ublažavanja simptoma. No liječnicima i medicinskim sestrama moglo bi biti potrebno dodatno stručno usavršavanje u potonjem.⁵⁻⁷ Socijalnim radnicima i psiholozima mogle bi zatrebati naprednije vještine za udovoljavanje specifičnim potrebama obiteljskih njegovatelja.⁸

Zapošljavanje interdisciplinarne skupine edukatora, sastavljene od kliničara i znanstvenika, za provedbu obrazovnog programa

Ključne vještine potrebne u pružanju skrbi poput pregovaranja, pojašnjavanja, preciznosti, utvrđivanja konteksta i procjenjivanja polaznici će prije steći putem obrazovnog programa koji provode zdravstveni djelatnici iz različitih područja i s različitim iskustvima. Korištenje stvarnih slučajeva iz kliničke praxe i uključivanje praktičara u planiranje, provedbu i procjenu akademskog programa povećavaju njegovu intrinzičnu vrijednost. Pri poučavanju palijativne skrbi jednako je važno poticati učenike na razmišljanje o vlastitim stavovima, uvjerenjima i ponašanjima, kao i pomagati im u unapređivanju znanja i vještina.^{9,10}

Razmotrite mogućnosti suvremene tehnologije u učenju

Poželjno je kontinuiranu edukaciju temeljiti na različitim modalitetima učenja. Postoje dokazi da korištenje digitalnih pomagala za učenje, kao što su video konferencije, može poboljšati razumijevanje teorije palijativne skrbi i njezinu primjenu u praksi.¹²⁻¹⁴ E-učenje omogućava polaznicima programa edukacije da uče vlastitim tempom te da koriste niz sredstava koja im ne bi bila dostupna u učionici.¹⁵

Međutim, kada je u pitanju obrazovanje o palijativnoj skrbi, e-učenje ne zadovoljava potrebe polaznika za praktičnom obukom, osobito onom vezanom uz vještine koje su potrebne za komunikaciju u osjetljivim situacijama i interdisciplinarnu interakciju. Nadalje, EAPC priznaje da se pristup e-učenju znatno razlikuje od jedne europske zemlje do druge. Kako bi se podržao razvoj obrazovanja u području palijativne skrbi, potičemo stvaranje prilika za zajedničko učenje u većem broju zemalja.

Čini se da je najbolje rješenje pristup mješovitog učenja, u kojem se određeni dijelovi programa poučavaju u učionici. Takav pristup također potiče kolegijalne odnose, koji polaznicima mogu biti korisni jer tako uče o svjetonazorima kolega iz različitih struka. Neformalna rasprava među učenicima može doprinijeti učenju, neovisno o tome odvija li se izvan učionice ili preko interneta.

Potičite kliničku stručnu praksu

U svim je programima učenja kliničkih vještina iznimno važno moći povezati teoriju s praksom.¹⁶ Polaznici programa trebaju priliku da usavrše svoje vještine naučene u teoriji u sigurnom okruženju za učenje u kojem dobivaju potporu i koje potiče preispitivanje samoga sebe i kritičko razmišljanje. Klinička stručna praksa polaznicima pruža priliku da upoznaju drugačije metode rada od onih kojima se sami služe. U slučajevima u kojima se od njih traži da se podvrgnu procjeni temeljenoj na kompetencijama, a za to ne

postoje uvjeti u njihovom vlastitom radnom okruženju, procjena se može provesti dok rade u okruženju koje pogoduje dobroj praksi.

Palijativnu skrb može se poučavati i učiti u raznim okruženjima, uključujući odjele za hitnu medicinu te odjele intenzivnog liječenja. Uz odgovarajuću potporu, praksa u ustanovi koja nije specijalizirana za palijativnu skrb može biti jednako korisna kao i praksa u ustanovi za specijalističku palijativnu skrb. Učenje u različitim ustanovama korisno je za procjenu kvalitete vlastitog rada te za prepoznavanje mogućnosti za unapređenje službi na lokalnoj razini.

Omogućite odgovarajuću procjenu kvalitete obrazovnog programa

Za uspješan ishod obrazovnog programa vrlo je važno podastrijeti dokaze, ne samo radi dobivanja novčanih sredstava, nego i radi budućeg marketinga programa te njegove održivosti.¹⁷ Važno je da su prilikom procjene zastupljena gledišta raznih struka te da ih se, ukoliko se uoče neki ključni problemi, uzme u obzir prilikom planiranja sljedećeg programa. Međutim, za procjenu je ključno utvrditi u kojoj je mjeri interdisciplinarno učenje bilo od koristi polaznicima te koliko će ga moći primijeniti u praksi u budućnosti.

Zaključci

Deset ključnih kompetencija koje su navedene u ovoj Bijeloj knjizi temelji se na ključnim načelima prema kojima će timski rad, razmjena specijalističkih vještina s kolegama i spremnost na učenje jednih od drugih poboljšati cjelokupne ishode palijativne skrbi za pacijente i njihove obitelji. Predložene bi kompetencije trebale nadopuniti vještine i stavove koje su zdravstveni djelatnici već stekli tijekom kliničke prakse. Zamišljeno je da će na taj način oni moći integrirati svoje nove kompetencije u svakodnevnu praksu.

Kao što je slučaj s bilo kojom kompetencijom, u kojoj će se mjeri ovih deset kompetencija palijativne skrbi usvojiti ovisi jednako o djelatnikovoj procjeni vlastitih sposobnosti kao i o tome koliko ga sposobnim smatraju drugi. Kompetencije ne treba shvaćati kao sredstvo ocjenjivanja praktičara, nego kao cilj kojemu bi svi trebali težiti. Nadalje, ponovno ističemo važnost razvijanja kompetencija koje su u skladu s razinom pružanja usluga palijativne skrbi u pojedinoj europskoj zemlji. Neki aspekti određene kompetencije isprva se mogu shvatiti tek kao dalek cilj te se mogu ostvariti tek onda kad se razviju službe palijativne skrbi. Usprkos tome, smatramo da deset kompetencija definiranih u ovoj Bijeloj knjizi može pomoći pri utvrđivanju uloga i odgovornosti timova palijativne skrbi u njihovim nastojanjima da pruže skrb unutar različitih zdravstvenih sustava.

Zahvale

Autori bi željeli izraziti svoju zahvalnost stručnjacima koji su uložili vrijeme i trud da revidiraju ovu Bijelu knjigu, a to su: Inger Benkel, Karl Bitschnau, Marilene Filbet, Mai-Britt Guldin, Christine Ingleton, Saskia Jünger, Don Tullio Proserpio, Lukas Radbruch i Esther Schmidlin. Autori bi također željeli zahvaliti Upravnom odboru EAPC-a na njegovu doprinosu revidiranju ovog dokumenta.

Referencije

1. Cherny N.I., Radbruch L. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care [Preporuke Europskog udruženja za palijativnu skrb o upotrebi sedacije u palijativnoj skrbi]. *Palliat Med* 2009; 23: 581-593.
2. Singh H. Building effective blended learning programs. *Educational Technology* 2003; 43: 51-54.
3. Taylor J., Swetenham K., Myhill K. i sur. IMhPaCT: an education strategy for cross-training palliative care and mental health clinicians. *Int J Palliat Nurs* 2012; 18: 290-294.
4. Zwarenstein M., Goldman J., Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2009: CD000072.
5. Mason S.R., Ellershaw J.E. Preparing for palliative medicine: evaluation of an education programme for fourth year medical undergraduates. *Palliat Med* 2008; 22: 687-692.
6. von Gunten C.F., Mullan P., Nelesen R.A. i sur. Development and evaluation of a palliative medicine curriculum for third-year medical students. *J Palliat Med* 2012; 15:1198-1217.
7. Wee B., Hillier R., Coles C. i sur. Palliative care: a suitable setting for undergraduate interprofessional education. *Palliat Med* 2001; 15:487-492.
8. Bosma H., Johnston M., Cadell S. i sur. Creating social work competencies for practice in hospice palliative care. *Palliat Med* 2010; 24:79-87.
9. Jünger S., Payne S. Guidance on postgraduate education for psychologists involved in palliative care. *European Journal of Palliative Care* 2011; 18: 238-252.
10. Kizawa Y., Tsuneto S., Tamba K. i sur. Development of a nationwide consensus syllabus of palliative medicine for undergraduate medical education in Japan: a modified Delphi method. *Palliat Med* 2012; 26:744-752.
11. Centeno C., Clark D., Lynch T. i sur. *EAPC Atlas of palliative care in Europe* [EAPC-ov Atlas palijativne skrbi u Europi]. Houston: IAPC Press, 2007.
12. McConigley R., Aoun S., Kristjanson L. i sur. Implementation and evaluation of an education program to guide palliative care for people with motor neurone disease. *Palliat Med* 2012; 26:994-1000.
13. Pulsford D., Jackson G., O'Brien T., Yates S., Duxbury J. Classroom-based and distance learning education and training courses in end-of-life care for health and social care staff: A systematic review. *Palliat Med* 2013; 27:221-235.
14. van Boxell P., Anderson K., Regnard C. The effectiveness of palliative care education delivered by videoconferencing compared with face-to-face delivery. *Palliat Med* 2003; 17: 344-358.
15. Ellman M.S., Schulman-Green D., Blatt L. i sur. Using online learning and interactive simulation to teach spiritual and cultural aspects of palliative care to interprofessional students. *J Palliat Med* 2012; 15:1240-1247.

16. Dando N., d'Avray L., Colman J., Hoy A., Todd J. Evaluation of an interprofessional practice placement in a UK in-patient palliative care unit. *Palliat Med* 2012; 26:178-184.
17. Haugen D.F., Vejlggaard T. The Nordic Specialist Course in Palliative Medicine: evaluation and experiences from the first course 2003-2005. *Palliat Med* 2008; 22: 256-263.

Claudia Gamondi, liječnica palijativne skrbi, Odjel za palijativnu skrb, Onkološki institut južne Švicarske, Ticino, Švicarska; Philip Larkin, red. profesor kliničke zdravstvene njege u palijativnoj skrbi, Fakultet za sestinstvo, primaljstvo i zdravstvene sustave, Sveučilište u Dublinu i Hospicij „Naše Gospe“, Dublin, Irska; Sheila Payne, red. profesorica i ravnateljica Međunarodnog instituta za palijativnu skrb, Sveučilište u Lancasteru, Velika Britanija.