

# Komunikacija i komunikacijske vještine u palijativnoj medicini

Marijana Braš<sup>1,2</sup>, Veljko Đorđević<sup>1,2</sup>, Lovorka Brajković<sup>3</sup>, Ana Planinc-Peraica<sup>4</sup>, Ranko Stevanović<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Klinika za psihološku medicinu, KBC Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

<sup>2</sup>Centar za palijativnu medicinu, komunikacijske vještine i medicinsku etiku (CEPAMET) Medicinskoga fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

<sup>3</sup>Sirius – Centar za psihološko savjetovanje, edukaciju i istraživanje, Zagreb

<sup>4</sup>Zavod za hematologiju, Klinika za unutarnje bolesti, Klinička bolnica Merkur, Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

<sup>5</sup>Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb

**SAŽETAK** Komunikacija u medicini smatra se fundamentalnom kliničkom vještinom na putu do uspješne dijagnoze i liječenja te uspostave odnosa s bolesnikom. Istraživanja jasno pokazuju da su komunikacija i odnos liječnika i bolesnika izrazito važni i imaju brojne utjecaje na ishode liječenja, kao i na zadovoljstvo liječenjem, suradljivost, klinički ishod i kvalitetu života, sigurnost bolesnika, timski rad, kulturalnu osjetljivost i smanjen broj pritužbi na liječnički rad. Jedno od najosjetljivijih područja medicine u smislu važnosti kvalitetne komunikacije jest pristup oboljelima od neizlječivih bolesti i članovima njihovih obitelji. Posebni su izazovi u komunikaciji u palijativnoj medicini priopćivanje loše vijesti, prepoznavanje emocionalnih reakcija bolesnika, uključivanje obitelji u komunikaciju, rasprava o prognozi i rizicima, prelazak na palijativnu skrb i komunikacija na kraju života. Svi članovi multiprofesionalnoga palijativnog tima trebaju kvalitetnu edukaciju posvećenu komunikacijskim vještinama.

**KLJUČNE RIJEČI** emocionalne reakcije; komunikacija; komunikacija na kraju života; obiteljski sastanak; priopćivanje loše vijesti; prognoza

Komunikacija je proces razmjene informacija dogovorenim sustavom znakova, a komunikologija je znanstvena disciplina koja proučava komuniciranje. Komunikacija je obično opisana prema trima glavnim dimenzijama: sadržaju, obliku i cilju. Komunikacija može biti verbalna i neverbalna. Verbalna komunikacija je izmjenjivanje poruka govorom, odnosno riječima. Riječi mogu izazvati različite emocije kao i neugodne reakcije. Verbalnim načinom uglavnom prenosimo informacije, a neverbalnim prenosimo stavove i emocionalni odnos prema informacijama koje primamo ili odnos prema osobi s kojom komuniciramo. U slučajevima kada pokušavamo interpretirati nečije neverbalno ponašanje, svakako moramo uzeti u obzir vlastite emocije koje prilikom percepcije vanjskoga svijeta djeluju tako da smanjuju objektivnost našeg opažanja. Neverbalni znakovi komunikacije mogu biti statični i dinamični. Statični znakovi su udaljenost tijela, međusobni položaj, stav tijela i tjelesni kontakt, a dinamični su znakovi izrazi lica, kretnje (geste), kontakt očima i dr. Sami oblici ponašanja, odjeća, rasna i etnička pripadnost pa čak i spol, konstitucija i visina osobe imaju važne, ako ne i odlučujuće utjecaje na neverbalnu komunikaciju i konačno stvaranje dojma o određenoj osobi ili o nama samima.<sup>1</sup>

## KOMUNIKACIJA U MEDICINI

Komunikacija u medicini smatra se fundamentalnom kliničkom vještinom na putu do uspješne dijagnoze i liječenja te uspostave odnosa s bolesnikom. Komunikacija u medicini izrazito je široko područje koje obuhvaća odnos zdravstvenog profesionalca, bolesnika i njegove obitelji, ali i komunikaciju među članovima medicinskoga tima te između zdravstvenih profesionalaca, volontera, organizacija civilnoga društva, vladinih i međuvladinih institucija, profitnog sektora i javnosti u cjelini. Smatra se da će u četrdesetgodišnjoj karijeri liječnik prosječno imati između 160 i 200 tisuća konzultacija, tako da je komunikacija najprimjenjivija klinička vještina koju bilo koji profesionalac u medicini primjenjuje. Nedavne promjene u zdravstvenim sustavima brojnih zemalja naglašavaju da je kvalitetna komunikacija prema bolesnicima temeljni zahtjev i obveza zdravstvenih profesionalaca, pri čemu procjenjujemo individualne potrebe bolesnika, pružamo sve potrebne informacije i dajemo osobama mogućnost izbora u liječenju i skrbi. Te su promjene proizašle ne samo kao rezultat istraživanja o potrebi poboljšanja vještina komunikacije, već i njihova utjecaja na tjelesno i emocionalno stanje bolesnika, obitelji i medicinskog osoblja.

Zakonske promjene nastale su i zbog činjenice da su problemi u komunikaciji uzrok velikog broja pritužbi na rad liječnika.

Komunikacija je umijeće, tako da su za nju važne i umjetničke komponente – intuicija, kreativnost, vremensko tempiranje, koji su često ključni pokretači za pravodobne i kvalitetne kliničke odluke. Komunikacija je sastavni dio svakog odnosa s bolesnikom i njegovom obitelji, a i ključ je uspjeha medicinskoga tima. Samo je dobra komunikacija put prema dobrom terapijskom savezu i odnosu. Dobri liječnici i sestre stvaraju smislene i dobre odnose s različitim strukturama ličnosti bolesnika i u različitim situacijama, uz odnos temeljen na razumijevanju, osjetljivosti i fleksibilnosti. Nemojmo zaboraviti da i liječnik i bolesnik imaju i pokazuju emocije te da prosuđuju emocije onoga drugoga. Sposobnost prosuđivanja izražavanja emocija nekoga drugog jedna je od definicija koncepta emocionalne inteligencije i temelj dobre komunikacije. Iskustvo ili talent nisu dovoljni za osiguravanje optimalne komunikacije zdravstveni profesionalac – bolesnik – obitelj.<sup>2</sup>

Odnos liječnika i bolesnika ključan je u medicinskoj struci. O njemu ovisi uspješnost dijagnosticiranja bolesti i kvaliteta liječenja. Zbog toga se je o tome mnogo pisalo. Odnos liječnika i bolesnika jedno je od osnovnih područja medicinske etike. Liječnici i terapeuti trebaju čuvati ljudsko dostojanstvo bolesnika, jer je on egzistencijalno ugrožen, a psihički i emocionalno promijenjen. Pri svemu tomu terapeut treba voditi računa i o obitelji bolesnika na koju utječe teret teške bolesti. Dobar odnos liječnika pomaže bolesniku da lakše primi „loše“ vijesti, podnese emocionalni pritisak zbog bolesti koja ugrožava život te da shvati i zapamti niz informacija o bolesti i liječenju. Bolesnik treba komunicirati s mnogim zdravstvenim radnicima, shvatiti statistiku koja se odnosi na prognozu i podnijeti neizvjesnost kad se održava nada. Dobra komunikacija pomaže u izgradnji povjerenja u kliničare s kojima će se bolesnik dugotrajno susretati. Osim toga, bolesnik treba donijeti odluku o liječenju, što uključuje i sudjelovanje u kliničkim istraživanjima, a uz dobru komunikaciju s liječnikom lakše će prihvatiti i savjete o ponašanju koje poboljšava zdravstveno stanje.<sup>3,4</sup>

Jedan od najčešćih pojmova koji se danas spominju u modernoj medicini jest medicina usmjerena prema osobi, odnosno prilagođivanje raznih oblika liječenja individualnim potrebama bolesnika. Kao što u farmakogenetici govorimo o prilagođivanju propisivanja lijekova individualnom genskom profilu bolesnika, ili o individualizaciji terapije onkoloških bolesnika sukladno obilježjima tumorskih stanica, danas znamo i da je izrazito važno individualnim pristupom prilagoditi komunikaciju pojedinom bolesniku i njegovoj obitelji.<sup>5</sup>

Komunikacijske vještine u medicini uče se tijekom cijeloga studija i poslije, tijekom trajnog usavršavanja, i to najčešće metodama iskustvenog učenja (redom u malim skupinama i igranjem uloga, intervjuima sa stvarnim bolesnikom ili intervjuima sa simuliranim bolesnicima).

## KOMUNIKACIJA U PALIJATIVNOJ MEDICINI

Jedno od najosjetljivijih područja medicine u smislu važnosti kvalitetne komunikacije jest pristup oboljelima od neizlječivih bolesti i članovima njihovih obitelji. Bolesnici s neizlječivom bolešću nužno trebaju kontinuiranu podršku i dobro educiran tim, a upravo je komunikacija okosnica te podrške. Komunikacija u palijativnoj medicini izrazito je težak i zahtjevan proces, a bez dobre komunikacije nema ni dobre palijativne medicine.<sup>6</sup>

Zbog multidisciplinarnosti palijativnoga tima, dvosmjerna komunikacija liječnik-bolesnik u palijativnoj medicini ustupa mjesto mreži raznovrsnih komunikacija. Potrebno je poznavati dinamiku, procese, odnose, uloge i odgovornosti svakog člana tima. U bolesnika s neizlječivom bolešću nastojimo postići što aktivnije suočavanje u svrhu uspješnije prilagodbe situaciji. U tom su kontekstu svi članovi tima koji rade s tim bolesnicima suočeni s potrebom pomoći svim bolesnicima u toj prilagodbi. Nema bolesnika u palijativnoj medicini kome ne treba podrška i dobro educiran tim u smislu komunikacije.<sup>7</sup>

Nedovoljna edukacija o komunikacijskim vještinama u palijativnoj skrbi vjerojatno je jedan od važnih razloga zašto zdravstveni profesionalci često izbjegavaju otvorene razgovore s oboljelima i njihovim obiteljima, opravdavajući se da su prezaposleni, nemaju vremena za dulji razgovor, komuniciraju u žurbi na bolničkom hodniku, preumorni su ili uplašeni. Ne zaboravimo da nisu samo bolesnici i članovi obitelji oni koji će patiti na razne načine ako je komunikacija u palijativnoj skrbi loša. Često će liječnici koji se sami osjećaju nedovoljno kompetentnima u komunikaciji pokazivati simptome izgorijevanja na poslu i imati manje zadovoljstvo poslom koji rade.

Jedna od najvažnijih poruka koju bolesniku treba prenijeti jest činjenica da smo spremni i voljni dijeliti neke od njegovih briga i nemira. Rad s umirućim bolesnikom zahtijeva izvjesnu zrelost, koja dolazi s iskustvom. Moramo se dobro zagledati u naše vlastito stajalište prema smrti i umiranju prije negoli možemo tiho i bez tjeskobe sjesti pokraj smrtno bolesnoga. Intervju koji otvara vrata u palijativnoj skrbi jest susret dvoje ljudi koji mogu komunicirati bez straha i tjeskobe.<sup>8</sup>

## IZAZOVI U KOMUNIKACIJI U PALIJATIVNOJ MEDICINI

U palijativnoj medicini postoje brojne situacije koje označuju posebne izazove u komunikaciji, kao što su priopćivanje loše vijesti, prepoznavanje i optimalno postavljanje prema akutnim i kroničnim emocionalnim reakcijama bolesnika, rasprava o prognozi i rizicima, zajedničko donošenje odluka s bolesnikom, situacije kada se dogodi recidiv, uključivanje obitelji u komunikaciju, komunikacija o prelasku na palijativnu skrb i komunikacija na kraju života te komunikacija s obitelji nakon smrti bolesnika.

**Priopćivanje loših vijesti.** Loša vijest za bolesnika općenito podrazumijeva svaku informaciju koja negativno

utječe na njegova očekivanja i planove u sadašnjosti i budućnosti. Na primjer, za onkološkog bolesnika, loša je vijest prije svega sama dijagnoza zloćudne bolesti, ali to je tek početak cijeloga spektra informacija koje će primati tijekom liječenja i koje može percipirati kao loše. Tako loša vijest može biti vezana uz nuspojave liječenja, prognozu, recidiv, progresiju bolesti, nemogućnost daljnega aktivnog liječenja itd. Iz zapisa bolesnika iz vlastite prakse:

*„Ja sam Marka došla 13 mjeseci, a nekoliko mjeseci poslije počela me je peći i boljeti lijeva dojka. Otišla sam kod svojih na poslu na ultrazvučni pregled, uvjeren da mi se upalio neki mliječni kanalčić. Što se lijeve dojke tiče bila sam u pravu, ali nisam se ni u snu nadala onom što su mi vidjeli na desnoj. Doktor je samo stavio sondu i prve riječi su mu bile: „Prvo, pa muško!“ Moj se život poput jako ubrzanog filma počeo vrtjeti pred mojim očima. U toj jednoj minuti kroz moju glavu je prošlo sve, strah, neka bolesna vrsta olakšanja, užasna tuga jer sam se sjetila onog što će ostati iza mene – moja djeca“ (M.C.).*

U svakodnevnoj kliničkoj praksi liječnici moraju bolesnicima priopćiti lošu vijest nebrojeno puta tijekom radnoga vijeka. Priopćivanje loših vijesti kompleksan je komunikacijski zadatak koji uključuje verbalnu i neverbalnu komponentu onih koji priopćavaju vijest, prepoznavanje i odgovaranje na bolesnikove emocije, uključivanje bolesnika u donošenje odluka i pronalaženje načina za buđenje nade i pružanje podrške. Način kako priopćavamo lošu vijest neobično je važan jer može izrazito traumatizirati bolesnika, ali i poboljšati psihosocijalnu prilagodbu i suradnju.<sup>9</sup>

Priopćivanje loših vijesti je proces, a ne jednokratni događaj. Važan je obziran i empatičan pristup. Treba ispitati bolesnikovo razumijevanje ili sumnje. Važno je biti svjestan vrlo velikoga raspona individualnih strahova i briga koje bolesnici mogu imati vezano uz njihovu bolest pa tako i uz loše vijesti. Utjecaj na pojedinoga bolesnika može se procjenjivati samo u kontekstu njegovih osobnih životnih okolnosti. Svako ljudsko biće, kad je suočeno s lošom viješću, pokazuje spektar emocionalnih reakcija koje su izraz njegovih uobičajenih obrazaca nošenja sa stresom, minijturni portret načina na koji se osoba nosila s drugim traumatskim događajima u prošlosti, a modificirano s dobi, zrelošću, iskustvom itd.

U svakodnevnoj praksi priopćavanja loših vijesti, razlika je između vještoga i nevještoga liječnika najizraženija u sposobnostima i tehnikama koje primjenjuju u suočavanju s emocionalnim reakcijama bolesnika. Osim sadržaja vijesti, važan je i način njezina priopćavanja. Ako je liječnik empatičan, iskren i suosjećajan, bolesnici će takvu vijest lakše prihvatiti i biti suradljiviji.<sup>2</sup>

U palijativnoj medicini često se naglašava konflikt između želje za znanjem i straha od loših vijesti. Zbog toga većina bolesnika želi da ih liječnik najprije pita žele li biti informirani i koliko žele znati. U većini istraživanja oko 80% bolesnika želi kvalitativnu procjenu, a samo 50% kvantitativnu procjenu. Osim toga, bolesnici žele pozitivno obojen jezik, što, na primjer, podrazumijeva

uporabu riječi „preživljenje“, a ne „smrt“ od neke bolesti.<sup>7</sup>

Bolesnici najčešće žele čuti prognozu u obliku riječi, manje u postocima, a najmanje u grafičkim prikazima koje doživljavaju kao „prehladne, surove i nerazumljive“. Istraživanja pokazuju da su depresivni bolesnici otvoreniji za rasprave o prognozi, kao i oni bez djece, te bolesnici s čvrstim religijskim uvjerenjima. Kulturalne su razlike velike. Treba imati na umu da većina istraživanja pokazuje kako liječnici misle da je bolesnik sve razumio, a bolesnik govori da puno toga nije razumio!<sup>6,7</sup>

*„Gospodine, vi imate zapletaj crijeva izazvan polipom, koji je najvjerojatnije karcinom debeloga crijeva – izgovori to naizust i pogledaju me oboje, očekujući moju reakciju. Srce mi zalupa i uzdahnuh duboko nekoliko puta kako bih mogao progovoriti, sabrati misli.*

*– Vijest je teška, ali ne gubite nadu, budite hrabri, mi ovdje imamo dobra iskustva i bit ćete u dobrim rukama, vrlo je važan vaš osobni stav i povjerenje – kao nekakav recital izgovori nešto što bi trebalo biti ohrabrenje, a tek što sam se pribrao. Udahnem još nekoliko puta da dođem k sebi, uspijem se smiriti, pa znao sam, ma vraga sam znao, samo sam se bojao i nadao da nije – mislio sam u sebi.*

*– Dobro, sad mi, molim vas, recite najgoru opciju i budite iskreni do kraja jer ja sam vojnik i samo mi možete pomoći ako sam potpuno informiran, moram to u sebi slomiti, ako me razumijete – začujem sebe kako govorim“ (T.G.)*

Način na koji priopćujemo lošu vijest može utjecati na brojne odluke koje će bolesnik donijeti, uključujući odluke o liječenju, uključivanje obitelji u skrb, smještaj i sl. Treba paziti na ravnotežu i često tanku liniju između realistične nade i lažnih očekivanja o dugom preživljenju. Dok danas velika većina liječnika u zapadnome svijetu jasno bolesniku kaže dijagnozu, ipak još uvijek manje govore o prognozi, a osobito kod uznapredovalih slučajeva pri čemu su česte tzv. „urote šutnje“ u liječnika i bolesnika. Kod multidisciplinarnih palijativnih timova osobito treba izbjegavati situacije u kojima jedan član tima nešto kaže, a drugi prešuti. Liječenje kojim se očekuje dugoročnija korist bit će češće izabrano ako je liječnik posvetio više vremena za razgovor s bolesnikom jer dodatna objašnjenja povećavaju razumijevanje, nasuprot stavu „nemam ja staklenu kuglu“.

Pokazalo se da odabir određenih riječi utječe na izbor liječenja. Bolesnici će izabrati i rizičnije oblike liječenja ako je informacija rečena pozitivno (prilika za preživljenje), nego ako je izrečena negativno (slutnja smrti). Potreba za priopćivanjem loših vijesti u liječnika otvara niz pitanja i problema. To je često neugodan zadatak za profesionalce koji u svoj posao ulaze radi pomaganja izlječenju ljudi. Oni ne žele oduzeti nadu i biti nosioci loše vijesti. U susretu s bolesnikom aktiviraju svoje empatijske snage, što im pomaže da bolje razumiju bolesnika, ali u zdravstvenog profesionalca mogu izazvati osjećaj bespomoćnosti, tjeskobe, straha, depresije i frustracije.<sup>6</sup>

U svijetu postoji više protokola za priopćivanje loših vijesti, od kojih je najčešće u uporabi SPIKES protokol (prilog 1).<sup>2</sup>

**Emocionalne reakcije bolesnika.** Sve osobe uključene u proces skrbi o bolesniku (bolesnik, člano-

vi obitelji, zdravstveni profesionalci) mogu pokazivati spektar najrazličitijih emocija koje mogu biti akutne i kronične. Liječnici moraju biti pripremljeni za izražavanje najrazličitijih emocija u teških i neizlječivih bolesnika. Katkad možemo unaprijed očekivati snažne

## PRILOG 1.

### SPIKES protokol za priopćivanje loših vijesti

SPIKES protokol sastavili su Baile i suradnici. Sastoji se od šest koraka koji se nude kao predložak o tome kako voditi razgovor u kojemu bolesniku treba priopćiti lošu vijest. Naziv je dobio prema šest ključnih riječi na engleskom jeziku, od kojih svaka govori o jednom od koraka koje treba napraviti:

**Korak: S – priprema za razgovor.** Prije razgovora s bolesnikom predlaže se mentalna priprema liječnika za težak zadatak priopćivanja loše vijesti. Potrebno je da si liječnik osvijesti da je on donositelj loše vijesti te da je normalno da i on u tom procesu ima negativne osjećaje, osjeća frustraciju i odgovornost. Korisno je da ima pripremljen okvirni plan kako bi razgovor trebao teći i kakve bolesnikove reakcije može očekivati da bi imao pripremljene odgovore na moguća pitanja.

Vrlo je važno da taj razgovor teče u intimnoj atmosferi, a idealno bi bilo da se odvija u liječničkoj sobi bez nazočnosti drugoga medicinskog osoblja i bolesnika. Treba misliti i na to da bolesnik možda želi da s njim bude netko od njemu bliskih osoba pa mu to treba ponuditi kao mogućnost. Prije započinjanja razgovora poželjno je da liječnik sjedne i da između njega i bolesnika nema barijere koja bi umanjila osjećaj bliskosti. Za uspostavu dobrog odnosa važnu ulogu imaju održavanje kontakta očima te, iako može biti neugodno, i fizički dodir, kao što je na primjer dodir po ramenu ili držanje bolesnikove ruke u svojoj, naravno, ako je to bolesniku prihvatljivo.

Da bi preduhitrio događaje koji bi mogli omesti razgovor, idealno bi bilo da liječnik zamoli kolegu da preuzme obveze koje bi za vrijeme razgovora mogle nastati, a ako to nije u mogućnosti, bolesnika treba obavijestiti o vremenskim ograničenjima ili prekidima koje očekuje.

**Korak: P – procjenjivanje bolesnikove informiranosti.** Na samom početku razgovora, a prije iznošenja nalaza pretraga, korisno je orijentirati se o bolesnikovu znanju o njegovoj bolesti, odnosno izvidjeti što on uopće

zna i kakav je njegov doživljaj situacije i bolesti. Pri tomu pomaže metoda postavljanja otvorenih pitanja, kao na primjer, „Što vam je dosad rečeno o vašoj bolesti“ ili „Razumijete li razlog zbog kojeg ste bili na CT-u?“. U nastavku se razgovora na informacije koje bolesnik već zna ili sluti može njegovim rječnikom jednostavno nadograditi onaj dio koji još ne zna. Takav je uvod koristan i zato da bi se registrirali oni bolesnici koji se nalaze u fazi poricanja bolesti ili imaju nerealna očekivanja od liječnika i liječenja.

**Korak: I – dobivanje bolesnikova pristanka na informaciju.** U trećem koraku liječnik traži pristanak da bolesnik želi čuti informaciju koju mu liječnik može dati. Iako većina bolesnika želi znati sve o svojoj bolesti te žele potpunu istinu o prognozi i sve druge detalje, liječnik treba imati na umu da neki to ne žele. Izbjegavanje informacija postaje češće kako bolest postaje teža. Ako bolesnik ne želi znati detalje, takav stav treba poštovati i ostaviti mogućnost da se pitanja postave kasnije.

**Korak: K – prezentiranje informacija bolesniku.** Budući da razgovor o lošoj vijesti nije lak ni za liječnika ni za bolesnika, trebalo bi ga započeti kratkim uvodom u kojemu liječnik bolesnika upozorava da slijede loše vijesti. Dok odugovlačenje i potpuna izravnost povećavaju vjerojatnost nijekanja situacije, okrivljivanja drugoga ili shvaćanja vijesti kao šale, nagovijestanje se pokazalo učinkovitijim u pomoći primatelju da prihvati lošu vijest i da se smanji šok koji može uslijediti nakon priopćivanja. Treba misliti na to da bolesnici uglavnom nisu medicinski obrazovani i da neće shvatiti medicinske izraze. Razgovor treba voditi na njihovoj razini razumijevanja i treba biti prilagođen njihovom rječniku.

Pri iznošenju dijagnoze treba izbjegavati isticanje loše strane bolesti. Informacije treba davati postupno, u manjim dijelovima, a periodično treba provjeriti razumije li bolesnik što mu je rečeno. Kad su iscrpljene sve moguće opcije liječenja, liječnik

treba izbjegavati rečenicu: „Više se ništa ne može učiniti za vas.“ Takav je stav pogrešan jer unatoč neizlječivosti bolesti postoje drugi terapijski ciljevi i potrebe bolesnika. Tada liječnik svoje djelovanje treba usmjeriti na kontrolu boli i oslobađanje od drugih simptoma. Treba pokazati da uvijek može nešto napraviti za bolesnika.

**Korak: E – bolesnikove emocije i odgovor empatijom na njih.** U procesu priopćivanja loše vijesti, jedan od najvećih izazova za liječnika jest adekvatno odgovoriti na bolesnikove emocije. Emocionalne reakcije bolesnika mogu biti različite. Bitno je da liječnik razumije i očekuje takve reakcije kako bi pružio potporu i pokazao empatiju. Liječnik može priznati svoje osjećaje i reći da je ta vijest teška i za njega. Bolesniku može dati na znanje da razumije njegove osjećaje koji su normalni te da i drugi imaju takvo iskustvo i reakciju.

Katkad bolesnici ne izražavaju svoje osjećaje, nego šute. Tada bi liječnik trebao postaviti pitanje sa svrhom razumijevanja razloga šutnje. Treba imati na umu da mnogi bolesnici neće otkriti svoje emocionalne probleme ako vjeruju da liječnička uloga nije njihovo rješavanje. Tu se liječnici koji priopćuju lošu vijest nameću kao jedan od najvažnijih izvora psihološke potpore.

**Korak: S – postavljanje terapijskoga plana.** Razrađivanje terapijskoga plana s bolesnikom važan je korak za njega. Prije započinjanja te teme potrebno je bolesnika pitati je li spreman za taj razgovor. Bolesniku trebaju biti predložene terapijske opcije te prednosti i nedostaci svake od njih. Time se bolesniku šalje informacija da liječnik poštuje njegove želje. Zajedničkim donošenjem odluke dijeli se i odgovornost, a to može smanjiti liječnikov osjećaj neuspjeha kad terapija zakaže. Tijekom razgovora važno je provjeriti razumije li bolesnik rečeno. Ako bolesnik ne razumije dobro svoju situaciju, dovodi se u pitanje i njegova kompetentnost za donošenje autonomne odluke.<sup>10</sup>

emocionalne odgovore, primjerice nakon dijagnoze, recidiva, neuspješnoga liječenja, itd. No, događa se da kliničar uopće nije svjestan nekoga specifičnog poticaja za emocionalni distress bolesnika, a dodatni okidači emocionalnih reakcija mogu biti potpuno nepovezani s bolešću, a povezani, recimo, s odnosom s bolesnikovim partnerom, financijskim problemima ili nečim sasvim trećim. Samo liječnik koji je dobro educiran u komunikacijskim vještinama može adekvatno odgovoriti na cijeli spektar bolesnikovih emocija.<sup>11</sup>

Nakon priopćivanja loših vijesti, dolazi do izražavanja emocija koje bolesnik vrlo često drži u sebi ili ih dijeli samo s obitelji, tako da ih liječnik često i nema prilike vidjeti. Bolesnici često liječnika doživljavaju kao osobu povezanu samo s tjelesnim liječenjem pa o emocijama govore obitelji, svećeniku ili psihijatru. Emocije treba uzimati u obzir, prepoznavati im uzrok i ne izbjegavati ih te poticati bolesnika da o njima govori. Potrebno je razlikovati akutne i kronične emocionalne reakcije.

U akutnim reakcijama, bolesnici mogu pokazivati nevjericu, biti u stanju „emocionalnog šoka“, anksiozni, depresivni, imati pojačan osjećaj krivnje, biti u stanju potiskivanja, poricanja, imati velike projekte i sl. Takve emocije treba uvažavati, prepoznavati im uzrok i pokušati ne primjenjivati izbjegavajuće ponašanje ili strategije. Postojat će situacije i konzultacije kada će bolesnikovo akutno emocionalno stanje jako otežavati komunikaciju (npr. strah do užasa, psihotične reakcije ...). Takozvani „težak bolesnik“ može biti onaj koji je pod izrazitim distressom, prezahtjevan, nesposoban da donese odluku, jako ljut. Možemo naići i na „teške obitelji“, jer članovi obitelji mogu imati jako aktivnu ulogu u podršci i skrbi. Istraživanja pokazuju da je oko jedne šestine svih konzultacija „teško“, tako da zapravo često govorimo o teškim komunikacijama, a ne o teškim bolesnicima.

Kronične emocionalne reakcije su patnja i demoralizacija. Često vidimo da se patnja poistovjećuje s boli, iako to nije isto. Bolesnik može osjećati bol, ali ne patiti, i vice versa. Teško je opisati čovjeka koji pati, ali se često rabe pridjevi očajan, bespomoćan, melankoličan, demoraliziran. Ako je patnja dezintegracija, cilj je pomoći bolesniku pokušajem reintegracije. Primjena otvorenih pitanja, aktivno slušanje, ili poticanje da nam bolesnik ispriča svoju životnu priču može pomoći u toj reintegraciji. Korisna je fraza „recite mi kakvi ste bili na vrhuncu svog života“. Kada čujemo kako je bolesnik sebe opisao u vrijeme kada je bio najbolje, to nije samo njemu/njoj podsjetnik da oni postoje i izvan te trenutne bolesti već ih vraća i u vrijeme kad su bili potpuno integrirani. To nekima pomaže u ponovnoj uspostavi selfa i putu prema reintegraciji. Demoralizaciju možemo shvatiti kao osobitu i specifičnu reakciju na prijetnju u bolesnika koji je teško bolestan, karakteriziranu izrazitom anksioznošću i nesposobnošću da vidi put prema naprijed. Беспomoćnost može progredirati u totalno beznađe, kada bolesnik ima osjećaj gubitka daljnjeg smjera u svom životu. Demoralizirani bolesnik može se u nekom trenutku smijati ili uživati, ali ne može zamisliti

nikakvu ugodu u budućnosti, dok depresivni ne može osjetiti ugodu ni na kojoj razini. Demoralizirani ne zna što činiti i kako, s okorjelom беспomoćnošću o svojem stanju, dok depresivni možda zna put djelovanja, ali nema motivacije. Vještine koje pomažu uključuju slušanje s empatijom, otvorena pitanja kako bi se izrazili osjećaji, izbjegavanje strategija koje će povećati distanciju, pružanje informacija, ohrabrivanje, poticanje vještina suočavanja u bolesnika. Iznenadujuće je, ali i tužno koliko bolesnika prolazi taj put s malo pomoći ili bez pomoći svojega liječnika.

#### Rasprave o prognozi i komunikacija o rizicima.

Procjena o tome koliko neki bolesnik može živjeti ili koji su mogući ishodi liječenja nije laka, a razgovarati o tome s bolesnicima na način koji je istodobno jasan i podržavajući, još je teže. Posljednjih se tisuću godina filozofski u medicini raspravlja je li informacija korisna ili šteti bolesniku, a mnogo je liječnika nesigurno o tome koliko informacija o prognozi dati i u kojemu obliku. Npr. često se kaže da informacije moraju biti dane o svemu, ali prilagođene okolnostima bolesnika, ličnosti, očekivanjima, strahovima, vjerovanjima, vrijednostima i kulturi, a to opet ostavlja liječniku puno prostora za odlučivanje.

U zapadnome svijetu bolesnici uglavnom žele dobiti što više informacija o prognozi, iako je tu uvijek manjina (do 10%) koja kaže da ne želi znati prognozu i ne raspravljati o njoj. Taj se postotak uvijek penje u palijativnih bolesnika. Važna je uravnotežena prezentacija činjenica, uz dovoljno vremena i objašnjenja kojima pomazemo bolesniku da razumije i prilagodi se činjenicama koje je čuo. Ujedno je važno voditi medicinsku dokumentaciju o tome što smo rekli bolesniku o prognozi i rizicima.

Način na koji se daju informacije jednako je važan kao i sadržaj. Važno je biti empatičan, iskren, suosjećajan te čuvati optimizam i nadu. Treba paziti na ravnotežu i tanku liniju između realistične nade i lažnih očekivanja o dugom preživljenju.<sup>2,6,11</sup>

Recidiv. Nakon postavljanja dijagnoze, npr., karcinoma, bolesnici često kažu da se više nikad ne mogu opustiti i uživati zbog stalnoga straha da će se bolest ponovno vratiti, što u medicini često nazivamo Damoklovim sindromom. Nažalost, jedna će skupina bolesnika imati recidiv – bolest će se vratiti. Reakcija opet ovisi o osobnosti bolesnika i načinima suočavanja pa su emocionalne reakcije raznolike.

Nove terapijske procedure danas omogućuju da osobe s metastatskim karcinomom mogu živjeti mnogo godina uz dobru kvalitetu života. U reakcijama na recidiv bolesnici su često još iscrpljeniji („Ja to ne mogu ponovno proći.“), iako mnogi od njih reagiraju iznenadujuće snažno. U tom je procesu iznimno bitno razgovarati, vidjeti razumije li bolesnik ono što mu govorimo, ima li i koliko ima snage i je li uopće shvatio informaciju. Razumiju li da recidiv ne znači odmah smrt? Kod recidiva i liječnik često osjeti razočaranje, gorčinu, krivnju, frustraciju, jer i on je uspostavio odnos s bolesnikom i to teško proživljava. Loše je ako tada liječnik skraćuje

vrijeme koje provodi s bolesnikom, koristi se nekim eufemizmima i sl. Pravila prilikom priopćivanja vijesti o recidivu jednaka su kao pri priopćivanju loše vijesti u drugim situacijama. Liječnik treba procijeniti koliko informacija bolesnik želi primiti i koristiti se zajedničkim donošenjem odluka te aktivno raspravljati o pojedinim oblicima daljnega liječenja.<sup>2,12</sup>

**Komunikacijske vještine radi zajedničkoga donošenja odluka.** Velik broj odluka u palijativnoj medicini uključuje teške izbore između raznih oblika liječenja, s brojnim mogućim rizicima i koristima. Budući da je liječenje danas postalo sve složenije, pravodobna informiranost i zajedničko donošenje odluka izrazito su važni. Bolesnici imaju različite kulturološke obrasce odrastanja pa i razna vjerovanja o bolesti, tako da zajedničko donošenje odluka pojačava povjerenje između liječnika i bolesnika, ali i osigurava međusobno razumijevanje, što je važno i za suradnju u liječenju.<sup>13</sup> U svakom slučaju, neizlječivi su bolesnici, u pravilu, spremni na veći rizik od potencijalnih nuspojava i manju mogućnost koristi od pojedine terapije u odnosu na opću populaciju, što je i logično, jer znaju da se bore za život i u posebnoj su poziciji – sve ili ništa! Isto tako, dokazano je da, ako bolesniku detaljno objasnimo moguće terapijske procedure i uključimo ga u odlučivanje, to ima mnogo pozitivniji utjecaj na njegovu psihičku prilagodbu. Osobe se osjećaju uvažanima jer je ipak riječ o njihovu tijelu, a anksiozniji su i nezadovoljniji ako se osjećaju „izoliranima“ ili samo kao objekti terapijskih procedura.

Cilj zajedničkoga konzultiranja o odlukama vezanima uz liječenje jest osigurati da je bolesnik dobro razumio sve informacije o poremećaju i dostupnim terapijskim opcijama, koristima i rizicima za svaku od mogućnosti liječenja te važnosti svakoga od mogućih ishoda za životni stil i vrijednosti osobe. Mlađe osobe često žele više informacija od starijih koji se pak vole „osloniti“ na liječnika koji će donijeti odluku. Važno je izravno pitati bolesnika koliko detalja on želi u opisu pojedinih terapijskih opcija.

*„Nakon dugog čekanja našli smo se moj muž i ja oči u oči s onkologom. Naš je razgovor trajao doslovno pet minuta. Rekao je da krećem na kemoterapiju, da će mi biti zlo, da će mi otpasti kosa, da ću imati 6 ciklusa, i da prije svake kemoterapije moram izvaditi krvnu sliku i napraviti EKG, i da ću naravno ići na pregled prije toga. Ja jednostavno nisam mogla vjerovati da ti netko takve stvari može priopćiti bez imalo emocija, bez promjene na licu ... Moj muž je snimao taj razgovor mobitelom, tu snimku još uvijek imamo, mada je ne želim nikad više čuti. Liječnik ne smije biti emocionalno kao stroj, nego čovjek koji će sjesti s tobom, objasniti ti, dati priliku da prožvačeš, da ga možeš upitati sve što te zanima. Stvarnost je, nažalost, kod mene bila drugačija. Bila sam samo broj.“ (M.C.)*

**Uključivanje obitelji u komunikaciju.** Liječnici su u radu s bolesnicima s neizlječivim bolestima često u

situaciji trijadnoga odnosa: liječnik – bolesnik – obitelj. Obitelj je najčešće primarni skrbnik o bolesniku. Ona ima svoju dinamiku, ona dijeli bolest svojega člana i prolazi s njim teška razdoblja. Glavni je skrbnik u oko 70% slučajeva bračni partner, djeca u oko 20% slučajeva, a u oko 10% slučajeva prijatelj ili daljnji rođak. Obitelj je ono što bolesnik smatra obitelji! A to znači i susjed i partner i najbolji prijatelj ako to smatra bolesnik i ako mu to pomaže.

*„Tako smo se tješili i hrabрили, rješavali naše tekuće obveze koje stižu. Komu sam dužan i tko je meni, koje račune treba platiti, kako stoje krediti i police životnog osiguranja, komu predati ključeve ureda i koja je dijagnoza za javnost. Kad i što javiti mojoj majci u Njemačkoj (strah me bilo njezine reakcije), kad i što ostalima iz obitelji i rodbine. Odjednom je stigao velečasni ... Pozdravili smo se riječima ohrabrenja i tad sam se izmirio s Bogom, znajući da nemam vremena popraviti ono što je ostalo da se popravi.“ (T.G.)*

Obitelji s povećanim rizikom i osobito povećanim potrebama za palijativnom skrbi jesu one u kojima malo dijete gubi roditelja, gdje samohrani roditelj umire i ostavlja djecu kao siročad, obitelji starih roditelja s tjelesno hendikepiranim ili mentalno bolesnim djetetom, obitelji izolirane migracijom i sl. Uključivanje obitelji u skrb još više pojačava izazove i složenost razmjene informacija i komunikaciju. Istraživanja pokazuju važan utjecaj člana obitelji na kreiranje odnosa liječnik – bolesnik jer on unosi dodatnu dinamiku u kliničku interakciju svojom osobnošću, načinima suočavanja, željom za postavljanjem pitanja liječniku, prijašnjim iskustvima itd. Liječniku treba njihova potpora za najbolju skrb o njegovu bolesniku. Partneri su često nazočni na ambulantnim pregledima. Važno je dijeliti li oni slična ili ista očekivanja i poglede na situaciju kao bolesnik i liječnik. Partneri i članovi obitelji, kao i bolesnik, suočavaju se s nizom različitih emocija koje utječu na njihov život i normalno funkcioniranje. Važni su naša komunikacija s partnerom, empatija i poznavanje odnosa, a cijeli proces komunikacije koji vrijedi za bolesnika vrijedi i za partnera.<sup>14</sup>

U okviru komunikacije s obitelji trebali bi se redovito održavati obiteljski sastanci, na kojima se raspravlja o tome što je najbolje za bolesnika. Pri vođenju osnovnoga, planski pripremljenog obiteljskog sastanka u bolesnika s uznapredovalom bolešću, ciljevi su edukacija o bolesti i njezinu liječenju, procjena potreba skrbnika, razumijevanje želja o skrbi na kraju života i želja o mjestu umiranja, analiza tko donosi odluke u obitelji i koje su pragmatične direktive za buduće liječenje, rasprava o tome što nakon otpusta iz bolnice, procjena suočavanja obitelji i procjena članova pod većim rizikom za psihičku dekompenzaciju u dr.<sup>15</sup> Važno je na takvom sastanku da se svi predstave i kažu u kakvoj su vezi s bolesnikom. Središnja je tema i fokus „Što je najbolje za bolesnika?“ Najčešće se sastanci odvijaju u dva dijela. Prvi dio vodi liječnik, a drugi netko iz

medicinskoga tima tko se bavi psihosocijalnom skrbi, a vezano uz probleme, kao što su suočavanje, emocionalne reakcije, utjecaj na obitelj i obitelji na bolesnika. Potrebno je redovito voditi i medicinsku dokumentaciju s obiteljskoga sastanka.

Obično se kaže da bolest cijelu obitelj okuplja i približava, no u nekim slučajevima produbljuje nespornost i teškoće koje postoje otprije. Bitno je da se stresna situacija što prije prevlada i da se komunikacija održava kako bi se postigla nova ravnoteža koja uvažava novonastale prilike. Članovi obitelji mogu preispitivati je li njihovo ponašanje odgovarajuće, nisu li previše opušteni ili s druge strane, napeti i ozbiljni. Oni su često prestrašeni, nespretni i nesigurni, ali svoja psihička stanja prikrivaju. U svakom slučaju, obiteljski je sastanak jako važan u cjelokupnoj skrbi o bolesniku te nezaobilazna točka u palijativnoj medicini.

*„Teško je opisati točne osjećaje djeteta kada vidi mamu kako se muči, bez obzira na to što je ona pokušavala da se to ne primijeti. Dijete vidi. Dijete osjeti. Dijete ponekad okrene glavu i poželi da to što vidi nije istina. Dijete se ponekad pravi da nema bolesti i da je sve „normalno“. Dijete plače prije spavanja, tiho, da ga nitko ne čuje. Dijete se boji gubitka svoje mame. Dijete je uvijek dijete, bez obzira na dob. Dijete se budi s tim i liježe s tim. I ne može pomoći i često ne zna kako postupiti u tim teškim situacijama. Jer to nitko ne zna. Jer i ostatak se obitelji isto koprca sa svojim emocijama i nosi kako zna i umije. I od djeteta se očekuje, s obzirom na to da to dijete više nije malo, da mami ne pokaže koliko se boji. Jer, ne razgovara se o strahovima i smrti, to nije opcija. Očekuje se da svojim optimizmom pomogne mami. Tako, u stvari, dijete je samo, samo sa sobom, isto kao i oboljeli. I nosi tu tugu kud god krene. I nemoć da pomogne. Ne zna kako. Nitko ga za to nije pripremio.“ (I.I.)*

**Komunikacija o prelasku bolesnika na palijativnu skrb i komunikacija na kraju života.** Unatoč napretku u liječenju, znatan će broj bolesnika s neizlječivim bolestima ipak umrijeti zbog bolesti. Za te bolesnike, cilj skrbi se mijenja iz kurativnog u dominantno palijativni u jednoj točki tijekom trajanja bolesti. U bolesnika s jako proširenom bolešću već je u vrijeme dijagnoze cilj od početka palijativno liječenje. Komunikacija o prelasku na palijativno liječenje i prebacivanje na palijativnu jedinicu može biti velik izazov za bolesnika, obitelj i liječnika. Potenciraju se strahovi od smrti, bespomoćnosti, napuštanja. Treba biti jako pažljiv i oprezan, surađivati s bolesnikom, staviti naglasak na kvalitetu života i postupno razvijati prihvaćanje da imaju životno ograničavajuću bolest, ali i dalje držati nadu o životu koji je još preostao. Osim toga, takva se komunikacija događa tijekom vremena i tijekom više susreta, a ne u jednom kratkom razgovoru. Treba stalno čuvati dostojanstvo bolesnika, pružati odličnu kontrolu simptoma, stvoriti klimu u kojoj se vjeruje liječniku, ali se pripremati i za umiranje, uključujući sposobnost da se kaže zbogom.<sup>2,6,16</sup>

*„Štovana gospođo Marijana!  
vimputem vas molim zapomoć.dravstveno stanje  
mi se dostaa pogoršalo, tako dA  
12.7.KREĆEMna novu liniju kemoterapije.(crvenim  
lijekom.S obzirom na  
obiteljsku situaciju u kojoj se nalazim, neophodno  
mi je potrebna pihička  
potpora, riječ utjehe.., sim toga brinem kako ću „izvesti i taj tehnički dio  
terapije. <<dolazak i odlazK S TERAPIJE, TKO ĆE  
MI SKUHATI, ČAJ, PRESVUČI  
POSTELJINU odvesti me na tretman i dovesti sa.I  
SL. ÍJETILA s AM SE DA STE  
PRIČaLI O HOSPIC IJU.ISLIM DA BI MI TO POMOGLO U DALJNJEM LIJEČENJU. VAKO Sam  
zatvorena u kući, bez mogućnosti ikakve humane komunikacije.“ (J.V.)*

Način pisanja upućuje na loše stanje.

Još uvijek se čini da su liječnici nesvjesni koliko je brojnim bolesnicima važno da budu mentalno svjesni nadolazeće smrti, da ne budu pretežak teret za obitelj, da imaju isplaniran pogreb i da se pomogne onima oko njih te da imaju osjećaj da njihov život završava, ali ispunjen. Važno je individualno procijeniti bolesnika, kao i uvijek u medicini. Drugi je važan aspekt izbjegavanje preskupog i nepotrebnog liječenja, u kojem se uzaludno troše golema sredstva, muči bolesnika skupim pretragama i zahvatima i ne prihvaća stvarnost. Jako je važno pitati bolesnika koji su mu ciljevi, vrijednosti, što dalje. Naglasak treba biti na sadašnjem životu, životu u njegovoj punini ovdje i sada unatoč teškoj bolesti, što može poboljšati stanje bolesnika. Velik se broj bolesnika jako boji procesa umiranja i pita o tome. Opet treba procijeniti što bolesnik želi tim pitanjima, prihvatiti otvorena pitanja, empatijsko slušanje te ići korak po korak.

U brojnim su zemljama u svijetu razvijeni protokoli upućivanja na palijativnu skrb. Dobra edukacija o komunikacijskim vještinama uvelike poboljšava proces donošenja odluka bolesnika i obitelji, emocionalnu, duhovnu i praktičnu podršku, liječenje simptoma, duljinu boravka i cjelokupni teret obitelji. Važno je naglasiti da to prebacivanje u palijativnu jedinicu ne znači i prekid terapije, već druge oblike liječenja, uz napomenu da je cilj skrbi usmjeren na očuvanje osobnosti i rad s obitelji, a ne samo na praćenje fizioloških parametara. Važni su edukacija obitelji i bolesnika te zajedničko donošenje odluka.

Kad bolesnik pita o eutanaziji, odnosno mogućnosti ubrzanе smrti, ne treba mu odmah grubo reći kako je to nelegalno i slično, jer je bolesnikova reakcija često znak demoraliziranosti, depresije, suicidalnih ideja, straha ili intenzivne boli pa je važno pokušati riješiti te simptome. Treba otvoriti razgovor, ne pobjeći te doznati od bolesnika odakle te misli zapravo dolaze. Zdravstveno osoblje educirano je za unapređenje života i zdravlja, a umirući bolesnik izravno je proturječne te obveze pa zato ponekad liječnici i medicinske sestre reagiraju na umiruće bolesnike kao na neuspjeh svoje stručnosti i njege.

Smrt se ne može spriječiti, no mnogo se može pomoći umirućem bolesniku i njegovoj obitelji. Važno je unaprijediti odnos zdravstvenog osoblja prema umirućim bolesnicima. Način na koji neka osoba umire je individualan, kao što je i njezin život. U zdravstvenih radnika često postoji konflikt između „afektivne neutralnosti“ i potrebe da se suosjeća s bolesnikom. Komunikacija s umirućim bolesnikom jest veliko emocionalno opterećenje pa je zdravstveni radnici radije izbjegavaju.

Jedna od najčešćih dvojbi jest treba li ili ne treba bolesniku reći da se nalazi u fazi umiranja. Liječnik treba bolesnika postupno pripremiti za oproštaj od života pri čemu valja očuvati njegovo ljudsko dostojanstvo. Najvažniji je razlog nedostatak odgovarajuće edukacije osoblja iz područja komunikacije. Mnogi i ne znaju kako treba razgovarati s umirućim bolesnikom.

Za komunikaciju treba naći vremena i saslušati bolesnika, jer i samo slušanje može biti emocionalno olakšanje. Liječnik treba biti spreman i na to da neki bolesnici ne žele razgovarati o smrti. Takav razgovor treba završiti zaključkom da je bolesnik razumio svoju bolest i mogući ishod, dogovoriti daljnje postupke, provjeriti ima li bolesnik pitanja i predložiti daljnji plan tako da bolesnik i obitelj znaju gdje nas mogu naći i postaviti moguća daljnja pitanja. Komunikacija s umirućim bolesnicima može se poboljšati educiranjem zdravstvenih radnika na tečajevima gdje bi se raspravljalo o primjerima iz prakse.<sup>17,18</sup>

**Umiranje.** Umiranje dakle nije samo medicinski, nego i širi društveni problem. Zdravstveni djelatnici se, u pravilu, nalaze u pratnji bolesnika na tom posljednjem putu za koji i oni sami trebaju biti odgovarajuće pripremljeni. Članove obitelji liječnik će obavijestiti da

je bolesnik umro. Prvo će reći samo osnovne činjenice i dopustiti im da pokažu svoje emocije. Prvi razgovor i obavijest o smrti treba biti kratak. Kasnije treba pozvati sve bliske članove obitelji na dulji razgovor kako bi im se pružile sve obavijesti i podrška u suočavanju s tom teškom stresnom situacijom. Posebna je tema rad na zalovanju, vrlo važnom aspektu kvalitetne palijativne skrbi.

*„Kada duboko u sebi shvatimo da život neće trajati zauvijek, nešto se mijenja u značenju života. Dublje se obvezujemo svojoj sreći kada potpuno shvatimo da je naše preostalo vrijeme ograničeno i da stvarno moramo učiniti da nam ono nešto znači.“*

Elizabeth Kubler Ross<sup>19</sup>

#### ZAKLJUČAK

Komunikacijske vještine jedno su od najvažnijih područja kojima se bavi palijativna medicina. Samo iskustvo i talent nisu dovoljni za primjenu optimalnih komunikacijskih vještina, već je potrebna kvalitetna i kontinuirana edukacija za sve članove palijativnog tima. Medicina, ali i sve srodne struke koje se bave ljudima, s jedne su strane profesija, ali još više i umijeće, umijeće koje proizlazi iz odnosa stručnjaka sa svakim pojedincem koji treba pomoć, ali i s osobama drugih profesija koje u tome sudjeluju. To je umijeće, ali i kreacija jer ne postoje dva ista čovjeka ni dva identična problema, i svaki je jedinstven za sebe. Raditi u palijativnom timu različitih profesionalaca, dobro se osjećati i rasti iz dana u dan, znači vrhunski profesionalni iskorak koji mogu učiniti samo ljudi koji su spremni komunicirati i vježbati komunikaciju.

## Communication and communication skills in palliative medicine

Marijana Braš<sup>1,2</sup>, Veljko Đorđević<sup>1,2</sup>, Lovorka Brajković<sup>3</sup>, Ana Planinc-Peraica<sup>4</sup>, Ranko Stevanović<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Clinic of Psychological Medicine, Clinical Hospital Center Zagreb, University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia

<sup>2</sup>Center for Palliative Medicine, Medical Ethics and Communication Skills (CEPAMET), University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia

<sup>3</sup>Sirius – Centre for psychological counseling, educational training and research, Zagreb, Croatia

<sup>4</sup>Division of hematology, Department of internal medicine, Clinical hospital Merkur, University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia

<sup>5</sup>National Institute of Public Health, Zagreb, Croatia

**SUMMARY** Communication in medicine is considered to be a fundamental clinical skill for successful diagnosis and treatment, and for establishing a relationship with the patient. Studies clearly show that the communication and relationship between doctors and patients are crucial and have a number of effects on treatment outcomes, as well as on the overall satisfaction of treatment, adherence, clinical outcomes and quality of life, safety of patients, team work, cultural sensitivity, and leads to a reduced number of complaints about the medical practitioners. One of the most sensitive areas of medicine, in terms of the importance of good communication, is the approach towards those suffering from a terminal illness and their families. In palliative care, specific communication challenges include the bearing of bad news, identifying emotional reactions of patients, the inclusion of families in the communication, discussion about prognosis and risks, transition to palliative care and communication at the end of life. All members of the multi-professional palliative team need quality education dedicated to communication skills.

**KEY WORDS** communication, bad news communication, emotional reactions, end-of-life communication, family meeting, prognosis



## LITERATURA

1. **Đorđević V, Braš M.** Osnovni pojmovi o komunikaciji u medicini. U: Đorđević V, Braš M (ur.) Komunikacija u medicini – Čovjek je čovjeku lijek. Zagreb: Medicinska naklada; 2011:1–6.
2. **Braš M, Đorđević V.** Komunikacija u palijativnoj medicini. U: Đorđević V, Braš M, Brajković L. (ur.) Palijativna skrb – brinimo zajedno. Zagreb: Medicinska naklada; 2014:54–82.
3. **Planinc-Peraica A.** Komunikacija s teško oboljelim osobom. U: Đorđević V, Braš M, Brajković L. (ur.) Palijativna skrb – brinimo zajedno. Zagreb: Medicinska naklada; 2014:83–92.
4. **Planinc-Peraica A.** Odnos liječnika prema bolesniku s malignom bolešću. U: Znidarčić Ž (ur.) Medicinska etika 1. Zagreb: Centar za bioetiku, Filozofsko-teološki institut Družbe Isusove u Zagrebu; 2004:103–112.
5. **Đorđević V, Braš M, Brajković L.** Person-centered medical interview. Croat Med J. 2012 Aug;53(4):310–3.
6. **Braš M, Lončar Z, Kandić-Splavski B, et al.** Komunikacijske vještine u palijativnoj medicini; Medix. 2011. Feb/Mar; 17(92/93, Supl 1):70–6.
7. **Kissane D, Finlay I, Phyllis B, Bultz B.** Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care. New York: Oxford University Press; 2010.
8. **Kubler Ross E.** O smrti i umiranju. Zagreb: Hlad i sinovi; 2007.
9. **Buckman R.** How to break bad news: A guide for healthcare professionals. Baltimore, MD; Johns Hopkins University Press; 1992.
10. **Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al.** SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist. 2000;5(4):302–11.
11. **Braš M, Đorđević V.** Psihijatrijski aspekti u palijativnoj medicini. U: Braš M, Đorđević V. (ur.) Suvremene spoznaje iz palijativne medicine – Uloga ljekarnika u palijativnoj skrbi. Zagreb: Medicinska naklada; 2012; 143–158.
12. **Daniels J, Kissane DW.** Psychosocial interventions for cancer patients. Curr Opin Oncol. 2008 Jul;20(4):367–71.
13. **Epstein RM, Street RL.** Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering. Bethesda, MD: National Cancer Institute; NIH Publication No 07–6225, 2007.
14. **Gueguen JA, Bylund CL, Brown RF, et al.** Conducting family meetings in palliative care: themes, techniques, and preliminary evaluation of a communication skills module. Palliat Support Care. 2009 Jun; 7(2):171–9.
15. **Ho A.** Family and informed consent in multicultural setting. Am J Bioeth. 2006 Jan–Feb;6(1):26–8.
16. **Wenrich MD, Curtis JR, Shannon SE, et al.** Communicating with dying patients within the spectrum of medical care from terminal diagnosis to death. Arch Intern Med. 2001 Mar 26;161(6):868–74.
17. **Braš M, Đorđević V.** Palijativna medicina – civilizacijski iskorak. U: Osnove palijativne medicine – Ars medica prema kulturi zdravlja i čovječnosti. Zagreb: Medicinska naklada; 2013:1–6.
18. **Đorđević V, Braš M, Brajković L.** Od utopije do nade. U: Đorđević V, Braš M., Brajković L. (ur.) Palijativna skrb – mostovi nade i čovječnosti. Zagreb: Roketa; 2012:4–5.
19. **Kubler-Ross E, Kessler D.** Pouke života. Kako nas naša smrtnost može poučiti životu i življenju. Zagreb: Biovega; 2001.

## ADRESA ZA DOPISIVANJE

Doc. dr. sc. Marijana Braš, dr. med.  
 Klinika za psihološku medicinu, KBC Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu  
 Kišpatičeva 12, 10000 Zagreb  
 E-mail: predstojnik.cmz@kbc-zagreb.hr; mbras@kbc-zagreb.hr  
 Telefon: +385 1 2376 450

## Model organizacije palijativne skrbi na području Doma zdravlja Vukovar

Potreba za organiziranjem tima koji će pružati palijativnu zdravstvenu skrb u Domu zdravlja Vukovar prepoznana je 2011. godine. U ljeto 2011. godine uprava Doma zdravlja Vukovar posjetila je hospicij u Tuzli kako bi dobili bolji uvid o načinu i mogućnosti organizacije palijativne skrbi na našem području. Ugovor s direkcijom HZZO-a od 28. lipnja 2013. godine, omogućio je Domu zdravlja Vukovar provođenje posebnoga programa – palijativne zdravstvene skrbi.

Program palijativne zdravstvene skrbi započeo je 1. rujna 2013. godine. Palijativna zdravstvena skrb u Domu zdravlja Vukovar organizirana je kroz rad palijativnoga mobilnog tima. U provođenje i rad palijativne zdravstvene skrbi uključeni su glavna sestra Doma zdravlja kao voditelj Centra za koordinaciju palijativne skrbi za područje Vukovara i Iloka, prvostupnica sestrinstva kao voditelj mobilnoga palijativnog tima

– puno radno vrijeme, liječnik specijalista sa završenom edukacijom za terapiju boli, vanjski suradnik (parcijalno radno vrijeme) te stručni suradnik magistar psihologije – vanjski suradnik (parcijalno radno vrijeme).

Aktivnosti koje provodi voditelj Centra za koordinaciju palijativne zdravstvene skrbi Doma zdravlja Vukovar su sljedeće: povezuje sve sustave zdravstvene zaštite, organizira rad posudionice pomagala i nabavu pomagala, organizira edukacije iz palijativne skrbi, provodi promociju palijativne skrbi (edukativni tiskani materijali), uključuje volontere u rad tima, vodi registar palijativnih bolesnika, sudjeluje u izradi dokumentacije za palijativnoga bolesnika, izrađuje i predlaže plan razvoja palijativne zdravstvene skrbi stručnom i upravnom vijeću Doma zdravlja.

Voditelj palijativnoga mobilnog tima – prvostupnica sestrinstva prva odlazi u kuću palijativnog bolesnika nakon što je došao kući te procjenju-

je njegove potrebe i potrebe njegove obitelji u palijativnoj skrbi. Medicinska sestra iz tima provodi sljedeće postupke iz palijativne skrbi u kući bolesnika: primjenjuje postupke iz zdravstvene njege (primjena supkutane infuzije, primjena terapije boli po nalogu liječnika anesteziologa iz tima i u dogovoru s obiteljskim liječnikom, izvodi aspiraciju dišnih puteva bolesnika i educira obitelji o postupcima, educira bolesnika i obitelj o prehrani, educira bolesnika i/ili obitelj o održavanju trahealne kanile), educira obitelj bolesnika i o drugim potrebnim radnjama, daje informaciju i pomaže obitelji pri nabavi potrebnih pomagala, pomaže obitelji u rješavanju socijalnih problema, zajedno sa psihologom pruža psihološku podršku bolesniku i obitelji, dogovara s obitelji mogućnost uključivanja u skrb duhovnika, volontera, izrađuje mjesečna izvješća o postupcima u palijativnoj zdravstvenoj skrbi.

*Ahnetka Stjepanović, mag. med. tehn.*