



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union



Данијела Ђукић-Ћосић  
Љиљана Тасић

# ИНТЕРПРОФЕСИОНАЛНО ОБРАЗОВАЊЕ

ИНТЕРПРОФЕСИОНАЛНО ОБРАЗОВАЊЕ

Данијела Ђукић-Ћосић и Љиљана Тасић



Унапређење и развој наставних планова и програма за образовање здравствених радника, засновано на практичном искуству у реалном радном окружењу.



Развој заједничких наставних планова и програма за интерпрофесионално образовање различитих профила здравствених стручњака.



Развој програма за терцијарно образовање и унапређење наставничких компетенција наставника факултета и ментора из праксе.



Београд, 2018

**Данијела Ђукић-Ђосић  
Љиљана Тасић**

# **ИНТЕРПРОФЕСИОНАЛНО ОБРАЗОВАЊЕ**

**Београд, 2018.**

## **Интерпрофесионално образовање**

Уреднице:

др Данијела Ђукић-Ћосић, ванредни професор  
др Љиљана Тасић, редовни професор

Рецензенти:

др Јелена Паројчић, редовни професор,  
Универзитет у Београду - Фармацеутски факултет  
др Владимир Јаковљевић, редовни професор,  
Универзитет у Крагујевцу - Факултет медицинских наука

Издавач: Универзитет у Београду, Студентски трг 1

Лектура и коректура: др Леонтина Керничан

Дизајн корица: Prototype d.o.o. Beograd

Прелом и штампа:

Prototype d.o.o. Beograd  
Unagraf d.o.o. Jovana Boškovića 114, Zemun

Тираж: 500 примерака

ИСБН: 978-86-7522-062-6

Место и година издања: Београд, 2018.

Издавања ове публикације финансира Европска комисија. Подаци и ставови изнети у њој одражавају само ставове аутора и не представљају одговорност Комисије.

This project has been funded with support from the European Commission. This publication [communication] reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

## ПРЕДГОВОР

Данас је скоро назамисливо да једна професија у здравственом систему сама може пружити одговор и решити бројне проблеме које пацијенти имају, било да су у питању болесна деца, пацијенти са хроничним незаразним болестима или старији пацијенти. Ово постаје нарочито тешко у време када се констатује значајно смањење броја здравствених радника на светском нивоу. Осим тога, према резултатима постојећих истраживања, професионалне грешке често настају из разлога неуспешне и неадекватне комуникације и недефинисаних односа између здравствених радника. Стога се очекује да заједничко образовање може побољшати сарадњу између здравствених професионалаца различитих профила, која ће допринети свеобухватном третману пацијената, смањити учесталост грешака и унапредити квалитет здравствене заштите.

Према препорукама Светске здравствене организације, интерпрофесионално образовање (ИПО) представља нови вид образовања здравствених професионалаца и неопходно је да се уврсти у студијске програме здравствених наука. Интерпрофесионално образовање подразумева да студенти различитих здравствених профила уче заједно, једни од других и једни о другима као основ за будућу међусобну сарадњу и бољи квалитет здравствене заштите. Сматра се да заједничко учење омогућава образовање здравствених професионалаца спремних за тимски рад, ефикасну комуникацију, свесних улога и одговорности свих чланова здравственог тима.

Приручник је произашао из активности чланова радне групе за интерпрофесионално образовање у оквиру Еразмус+ пројекта *Reinforcement of the Framework for Experiential Education in Healthcare in Serbia (ReFEEHS)* и намењен је за реализацију заједничког изборног предмета Интерпрофесионално образовање. Заједнички изборни предмет је развијен у оквиру поменутог пројекта уз учешће наставника и сарадника са факултета медицинских наука Универзитета у Београду, Крагујевцу, Нишу и Новом Саду. Предвиђено је да се предмет изводи по истом плану и програму на сва четири универзитета и за сва четири студијска програма (Медицина, Фармација, Стоматологија и Здравствена нега). Осмишљен је према сличним предметима/курсевима који се реализују у Европи и свету.

Приручник има форму уџбеника за студенте и комбинован је са водичем за наставнике и сараднике који учествују у извођењу наставе. Концепт интерпрофесионалног образовања не подразумева класичан приступ извођењу

теоријске и практичне наставе клиничких предмета; за квалитетно извођење ИПО потребно је добро познавање и разумевање концепта ИПО што укључује интегративни приступ *знању* медицинских дисциплина, клиничких и социјалних *вештина* и *ставова* социјалне одговорности. Успешна настава подразумева огромно залагање наставника и сарадника који настоје да мотивишу студенте да се активно ангажују, ефикасно комуницирају са студентима других здравствених професија, критички размишљају и износе лични став. На крају, студенти тимски постижу договор и креирају предлог пружања здравствене заштите за разматрану студију случаја (доносе заједничке одлуке). На овај начин, будући здравствени радници ће бити припремљени за тимски рад, ефикасну комуникацију и колаборативну праксу свесни улога и одговорности свих чланова тима, а у циљу постизање највеће добробити за пацијента.

Приручник се састоји из уводног дела, три поглавља и четири прилога. У уводном делу су дате основе ИПО и колаборативне праксе са коментари-ма студената и наставника који су похађали различите едукације из Интерпрофесионалног образовања. Прво поглавље детаљно описује појам и значај Интерпрофесионалног образовања, шта јесте, а шта није ИПО, постулате и препоруке за његово спровођење, као и искуства других универзитета који су успоставили одређене облике међупрофесионалног учења. Изнети су и зачеци интерпрофесионалног образовања у нашој земљи. Друго поглавље обрађује основне елементе тимског рада и вештина комуникације као предуслова за ефикасну колаборативну праксу која је детаљније описана у трећем поглављу. Приказани су модели колаборативне праксе између здравствених радника. Прва два прилога су креирана од стране групе аутора који су радили на изради водича и упутстава за извођење ИПО наставе, као и примери студија случајева који се разматрају и решавају у мултидисциплинарном тиму студената свих профила будућих здравствених радника. У даљим прилозима је дата листа удружења и организација које су формиране са циљем да пруже подршку и помогну да се Интерпрофесионално образовање као образовна стратегија развија широм света и имплементира у студијске програме медицинских наука, као и одабрани примери колаборативне праксе.

Ово је прва публикација на тему Интерпрофесионалног образовања у нашој земљи и шире у региону и унапред смо захвални свима, студентима свих здравствених профила, наставницима, здравственим радницима – лекарима, стоматолозима, фармацеутима и медицинским сестрама, на сугестијама и

коментарима који би допринели да наредно издање буде још садржајније и боље, а ИПО у блиској будућности буде обавеза свих студената будућих здравствених професионалаца.

др Данијела Ђукић-Ћосић, ванредни професор  
др Љиљана Тасић, редовни професор

Београд, септембар 2018.

## ЗАХВАЛНИЦА

Изражавамо велику захвалност свим члановима *ReFEEHS* пројектног тима, члановима радне групе ИПО, студентима и свим учесницима у реализацији ИПО наставе школске 2017/2018. године, на великом труду, ентузијазму, промишљању и постигнућима.

Руководства Универзитета у Београду, Нишу, Крагујевцу и Новом Саду су исказала подршку *ReFEEHS* пројекту, а руководства Медицинских факултета универзитета партнера, као и Стоматолошког факултета и Фармацеутског факултета у Београду, а посебно продекани и координатори факултета су учинили напор да реализујемо наставу, а којом приликом је грађен материјал за овај Приручник, те им исказујемо велику захвалност.

Темпус фондација-Ерасмус+ канцеларија у Србији нас прати од почетка (2015), као и ЕАСЕА - Education, Culture and Audiovisual Executive Agency, донатор гранта *ReFEEHS* пројекта, те смо захвални на саветима и подршци, и додељеним средствима за ову публикацију, која је исход пројектне активности.

Наши студенти, будући здравствени професионалци, су наш светионик који је посебно трептао и водио нас, прелепим путевима доброг, креативног, новог интерпрофесионалног образовања, те им се неизмерно захваљујемо на мотивацији.

И свакако, захвалност дугујемо и нашим породицама и пријатељима који су све време били уз нас.

### Уреднице и аутори

др Данијела Ђукић-Ћосић (Универзитет у Београду - Фармацеутски факултет)  
др Љиљана Тасић (Универзитет у Београду - Фармацеутски факултет)  
др Ивана Тадић (Универзитет у Београду - Фармацеутски факултет)  
др Зоран Комазец (Универзитет у Новом Саду - Медицински факултет)  
др Драгана Симин (Универзитет у Новом Саду - Медицински факултет)  
др Владмила Бојанић (Универзитет у Нишу - Медицински факултет)  
др Оливера Миловановић (Универзитет у Крагујевцу - Факултет медицинских наука)  
др Катарина Радовић (Универзитет у Београду - Стоматолошки факултет)

# САДРЖАЈ

<b>Увод</b>	<b>10</b>
Кључне чињенице	15
<b>Интерпрофесионално образовање – предуслов колаборативне праксе</b>	<b>17</b>
Појам интерпрофесионалног образовања	18
Значај интерпрофесионалног образовања	20
Потреба за увођењем интерпрофесионалног образовања	22
Искуства земаља које су примениле интерпрофесионално образовање и колаборативну праксу	25
Препреке за увођење интерпрофесионалног образовања	28
Тактике подршке за увођење интерпрофесионалног образовања	30
Улога професионалних организација и удружења	37
Организација и реализација ИПО наставе	37
Зачеци интерпрофесионалног образовања у Србији	43
Познавање и ставови наставника и сарадника према интерпрофесионалном образовању у Србији	43
Прва реализација ИПО наставе у Србији	49
<b>Тимски рад и вештине комуникације – основ ефикасне колаборативне праксе</b>	<b>50</b>
Тимови	51
Интердисциплинарни тимови	51
Лидерство	54
Конфликти	56
Кроз комуникацију до саветовања	57
Типови комуникације	58



Стилови комуникације	58
Комуникација здравствених професионалаца и пацијената	59
Баријере у професионалној комуникацији и начини њиховог превазилажења	62
<b>Колаборативна пракса – основ квалитетне здравствене заштите</b>	<b>63</b>
Значај колаборативне праксе	66
Изазови за успостављање колаборативне праксе	68
Улога образовног и здравственог система	74
Модели колаборативне праксе у оквирима здравственог система	78
Концепт колаборативне праксе лекара и фармацеута	79
Изазови и баријере у колаборативној пракси лекара и фармацеута	81
Изазови и баријере у колаборативној пракси медицинских сестара и осталих здравствених професионалаца	83
Концепт колаборативне праксе стоматолога и фармацеута	84
Примери колаборативне праксе	88
Палијативна нега	88
Ургентна стања	90
Примарна здравствена заштита	91
<b>Литература</b>	<b>93</b>
<b>Прилози</b>	<b>98</b>
Прилог 1. Водичи и упутства за извођење наставе интерпрофесионалног образовања	98
I - Водич за извођење наставе	100
II - Опште упутство за модераторе радионица	101
III - Опште упутство за студенте - радионице	103
IV - Водич за модераторе радионица	104

---

V - Водич за студенте за радионице	107
VI - Упутство за евалуацију студената	111
VII - Комуникација између факултета	111
Додатне инструкције	112
Додатак 1. Упутство за приступ електронској платформи – Интерпрофесионално образовање	112
Додатак 2. Упутство за израду домаћег задатка	113
Додатак 3. Упитник за евалуацију студента на радионицама	114
Прилог 2. Примери студија случајева	118
Приказ случаја пацијента са акутним коронарним синдромом	119
Приказ случаја пацијента са дијабетесом	127
Приказ случаја геријатријског пацијента	132
Прилог 3. Организације и удружења за подршку интерпрофесионалном образовању Светска здравствена организација	142
Прилог 4. Одабрани примери колаборативне праксе	151

## РЕЧНИК ПОЈМОВА И ТЕРМИНА

**Интердисциплинарно истраживање** (*Interprofessional Investigation*) – Систематско истраживање које се изводи у сарадњи између чланова различитих академских области/дисциплина.

**Интерпрофесионална нега** (*Interprofessional Care*) – Заједнички одговор на потребе појединаца, породица, групе и заједнице од стране чланова две или више професија.

**Интерпрофесионално образовање** (*Interprofessional Education*) – Када студенти две или више професија уче једни о, од и са другима како би омогућили ефикасну сарадњу и побољшали здравствене резултате (СЗО, 2010).

**Интерпрофесионално учење** (*Interprofessional Learning*) – Учење између студената две или више професија за унапређење знања и компетенција. Може бити резултат интерпрофесионалног образовања или се спонтано десити на радном месту или у образовним установама.

**Интерпрофесионална сарадња** (*Interprofessional Collaboration*) – Процес развијања и одржавања ефикасних интерпрофесионалних радних односа са ученицима, практичарима, пацијентима, клијентима, породицама и заједницама како би се омогућили оптимални здравствени исходи (*Canadian Interprofessional Health Collaborative*, 2010).

**Интерпрофесионална пракса** (*Interprofessional Practice*) – Сарадња у пракси између чланова две или више професија.

**Интерпрофесионална сарадња** (*Interprofessional Collaboration*) – Заједнички рад са једним или више чланова здравственог тима, различитих професија, где свако даје јединствени допринос у постизању заједничког циља, побољшавајући добит за пацијенте. То је процес комуникације и доношења одлука који омогућава одвојеним и заједничким знањима и вештинама различитих даваоца услуга/даваоца услуга различитих професија да синергистички утичу на негу пружену кроз промењене ставове и понашања, истовремено истичући циљеве и вредности које се односе на пацијенте (*Health Canada*).

**Интерпрофесионално тимско ангажовање** (*Interprofessional Team Engagement*) – Чланови два или више занимања/професија комплементарне надлежности у сталној сарадњи зарад постизања заједничких циљева.

**Колаборативна пракса** (*Collaborative Practice*) – Сарадња здравствених радника различитих професија који раде заједно са пацијентима, њиховим породицама и заједницом у циљу постизања највишег квалитета здравствене заштите у датим околностима (СЗО, 2010).

**Мултидисциплинарно образовање** (*Multidisciplinary education*) – образовање између различитих грана/више дисциплина исте професије или између академских дисциплина.

**Мултипрофесионално образовање** (*Multiprofessional education*) – Ситуације у којима две или више професија уче заједно без намерне и систематичне интеракције (на пример, студенти различитих студијских програма заједно присуствују предавањима).

**Мултипрофесионална пракса** (*Multiprofessional practice*) - Више пружалаца здравствене заштите брине о истом пацијенту, али недостаје интеграција и заједничко доношење одлуке о интерпрофесионалној сарадњи.

**Фацилитација** (*Facilitation*) – Процес пружања помоћи групама или појединцима за учење, проналажење решења или постизање консензуса без наметања или диктирања исхода; фацилитација омогућава студентима да уче из сопственог искуства и искустава других.

**Фацилитатор** (*Facilitator*) – Особа која модерира/води радионицу (групу) и која има улогу да укључује, саветује, охрабрује све учеснике, и омогућава им изражавање става и мишљења, интерпретацију и проналажење најбољег решења, дискусије алтернативних решења ситуације, обезбеђује подршку без наметања и сл.

**Унипрофесионално образовање** (*Uniprofessional education*) – Када студенти једног студијског програма/професије уче заједно.

**Е-учење** (*E-Learning*) – Учење које користи информационе технологије у виду електронских платформи за пружање информација, постављање наставних материјала, учење уз симулације и друге облике интерактивних метода учења.

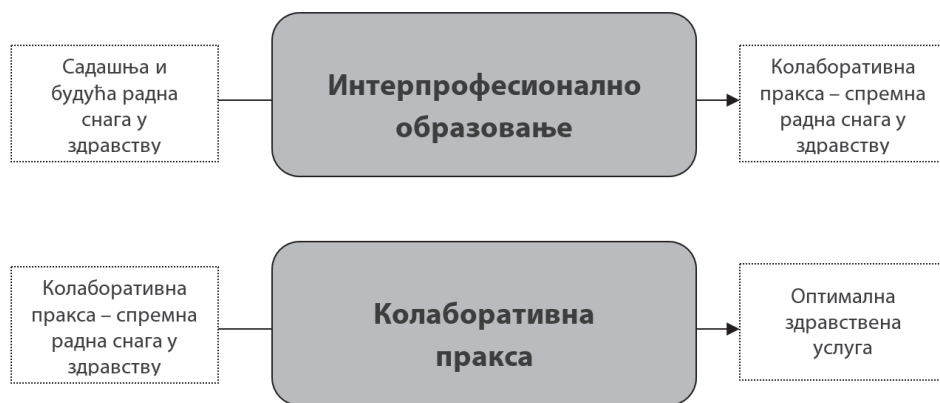
**„Мешовито“ учење** (*Blended Learning*) – Учење које комбинује информационе технологије и учење „лицем у лице“; назива се и хибридни тип учења.



## **Увод**

*Данијела Ђукић-Ђосић, Љиљана Тасић*

У времену када се свет суочава са смањењем броја здравствених радника, доносиоци одлука су у потрази за „иновативним стратегијама за учење у развијеним земљама и земљама у развоју“ које могу да помогну развоју програма за подстицај радне снаге у здравственом сектору на глобалном нивоу. Осим настале кризе радне снаге у здравству, резултати многих истраживања су показали да професионалне грешке често настају услед неадекватних међусобних односа и комуникације између здравствених радника. Ово указује на неопходност њихове међупрофесионалне сарадње ради постизања ефикасне здравствене заштите и највеће добити за пацијента. Препознајући актуелне проблеме, Светска здравствена организација је 2006. године оформила радну групу за интерпрофесионално образовање и праксу која је након четири године истраживања и анализа донела *Оквирни план активности за интерпрофесионално образовање и колаборативну праксу* (СЗО, 2010), документ намењен здравственим и образовним системима са циљем да се сагледају све погодности нових стратегија у образовању и пракси здравствених радника, као и начини за њихову имплементацију на националном нивоу ради повећања учинка здравственог система и унапређења здравствених исхода (слика 1).



**Слика1** *Интерпрофесионално образовање и колаборативна пракса су услов за постизање оптималне здравствене услуге у 21. веку (СЗО, 2010)*

Европски оквир политике „Здравље 2020“ донет 2012. године од стране Регионалног комитета СЗО за Европу у циљу јачање јавног здравља и ефикасног пружања здравствених услуга указује да је потребна реформа у образовању и обуци здравствених радника. Флексибилнија радна снага која поседује више вештина и усмерена је на тимски рад је у средишту здравственог система који одговара 21. веку. Ово обухвата: тимско пружање неге; нове облике пружања услуга (укључујући и кућну негу и дугорочну негу); вештине које подржавају оснаживање и самозбрињавање пацијента; и унапређено стратешко

планирање, управљање, рад широм сектора и вештине лидерства. То подразумева нову културу рада која подстиче нове облике сарадње између стручњака у јавном здрављу и здравственој заштити, као и између пружалаца здравствених и социјалних услуга у оквиру здравственог и других сектора.

Сагледавање тренутне ситуације у здравству и позитивних ефеката појединачних пракси у претходном вишедеценијском периоду указују да су интерпрофесионално образовање и колаборативна пракса неопходни здравственим радницима у савременом друштву. Представљају новину не само у њиховом образовању и пракси, већ и новину што се појављују као нови термини у српском језику. Назив на енглеском језику *Interprofessional Education* највише одговара преводу *Интерпрофесионално образовање* или *Међупрофесионално образовање*, али су се чланови радне групе у оквиру *ReFEENS* Еразмус+ пројекта усагласили да прихвате термин *Интерпрофесионално образовање* јер се префикс *inter-* (лат. међу) равноправно користи у нашем језику као и његово значење *међу*. Равноправно се у српском језику користе термини „интернационални“ и „међународни“. Термин *Интерпрофесионално образовање* у потпуности одражава његово значење када две или више професија здравствених радника уче заједно, једни од других и о другима да би побољшали међусобну сарадњу и квалитет здравствене заштите. Када је у питању други термин *Collaborative practice* на енглеском, за чланове поменуте радне групе најприхватљивији превод је *Колаборативна пракса* јер колаборација (активност појединаца или тимова усмерених ка остваривању заједничког циља) између професија представља двосмеран процес који се заснива на узајамном поштовању идентитета и подразумева спремност на слушање, вредновање туђег доприноса, пријемчивост за нове идеје и спремност да се мењају ставови и перцепција. Професије које раде заједно и сарађују у тиму не пружају само узајамну подршку већ и обострану контролу која смањује вероватноћу појаве грешке и ствара безбеднији систем здравствене неге. Према дефиницији СЗО колаборативна пракса укључује здравствене раднике различитих професија који пружањем свеобухватних услуга корисницима здравственог система, њиховим породицама и заједници обезбеђују највиши квалитет здравствених услуга у датим околностима (СЗО, 2010). Термин *Међупрофесионална сарадња* не би био у потпуности прикладан имајући у виду чињеницу да колаборативна пракса подразумева не само сарадњу између здравствених професионалаца већ и сарадњу са пацијентом и члановима његове породице, као и са другим професијама, нпр. социјални радници, психолози или представницима локалне заједнице. Адекватно значење би имао и термин *Здружена пракса*, али будући да је термин колаборација познат у нашем језику, *Колаборативна пракса* у здравству представља јасан и одређен појам.

Како би постигли виши ниво међусобне сарадње између свих пружаоца здравствених услуга, колаборативна здравствена заштита мора бити презентована



и изучавана кроз интерпрофесионално образовање на факултетима који образују будуће здравствене раднике. Кључни елемент интерпрофесионалног образовања јесте искуствено учење које подразумева да студенти имају праксу где ће разумети заједнички рад у ситуацијама „реалног живота“. Циљ оваквог учења је стицање знања, вештине и професионалних ставова како би студенти различитих студијских програма здравствене струке разумели рад у окружењу где је тимски рад основни метод рада. Чланови тима који добро функционишу имају исте циљеве, свако разуме своју улогу и што је најважније постоји међусобно поверење. Вештине које се стичу и преносе студентима јесу технике за одређивање јасног задатка и крајњих исхода тима, ко су његови чланови и зашто су баш они одабрани, њихова појединачна улога и како се оне заједно уклапају за постизање циљева. Ефективно интерпрофесионално образовање креира позитивну интеракцију, охрабрује сарадњу између професија и ограничава захтеве једне професије, а све то чини да су запослени задовољнији, а здравствена заштита унапређена. Међутим, треба нагласити да Интерпрофесионално образовање јесте важна али не и једина иновација која је потребна да би се побољшала здравствена заштита и здравље пацијента. Она у интеракцији са другим образовним стратегијама побољшава образовање здравствених професија како би унапредили целокупно јавно здравље али свакако није једино решење за све проблеме здравственог система.

Први корак ка ефективној и ефикасној колаборативној пракси је примена интерпрофесионалног образовања. Да би досегли виши нивои међусобне сарадње између свих пружаоца здравствених услуга, искуство, знање и вештине су неопходне како би било могуће функционисање интерпрофесионалних тимова. Међу неопходним вештинама за интерпрофесионално образовање и колаборативну праксу истичу се вештине комуникације и тимског рада. Стога су у приручнику кроз три поглавља описани управо кључни градивни корпуси - принципи интерпрофесионалног образовања, вештине комуникације и тимског рада и основни чиниоци колаборативне праксе у остваривању квалитетне здравствене заштите. Али, за крај уводних напомена, пре представљања кључних порука на тему интерпрофесионалног образовања и колаборативне праксе, биће приказани цитати, тј. коментари студената, здравствених радника, представника регулаторних органа који су прошли кроз одређени облик интерпрофесионалног образовања (у виду програма, курса, радионице и сл.) и изнели своје мишљење и став према овој образовној стратегији.

\*\*\*

“Интерпрофесионално образовање је алат који повезује образовни систем и систем пружања здравствене заштите. Алат за постизање боље неге и безбедности пацијента. Алат за постизање бољег јавног здравља. Алат за постизање приступачнијег и ефикаснијег система здравствене заштите.”

„Интерпрофесионално образовање... је прилика, не само за начин на који размишљамо о образовању будућих здравствених радника, већ и прилика да закорачимо уназад и преиспитамо традиционалне начине пружања здравствених услуга. Мислим да ово о чему говоримо, није само промена у образовној пракси, већ промена пружања ефикасне здравствене заштите.“

– *Представник студената*

„Са студентима се развила дискусија о улози здравствених радника на радном месту и како боље међусобно комуницирати. Провели смо доста времена разговарајући о чињеници да када нешто крене не баш како смо желели, најчешће је то због мањка разумевања домена рада других здравствених професија.“

– *Наставник студијског програма сестринство*

„Ми знамо да је колаборативна пракса кључна за пружање најбоље неге за пацијента. То значи да је потребно да обезбедимо студентима свих медицинских наука да добију знање и вештине које су им потребне и то у што ранијем периоду њиховог образовања.“

– *Помоћник министра здравља*

„Пре пројекта (интерпрофесионално образовање), људи једни друге нису посматрали као људе. Гледали су једни на друге као „лекар“ или „медицинска сестра“ и занемаривали хуманост. Сада међусобно комуницирају са више поштовања. Због интерпрофесионалног образовања виде једни друге као људе и то је огромна промена.“

– *Наставник Интерпрофесионалног образовања*

„Било је подстицајно осетити подршку студената других здравствених професија. Доприносило је да постанем свеснији заблуда које постоје између професија, као и ограничења за сопствену професију.“

– *Студент медицине*

„Курс је био од велике помоћи, разумели смо улогу и перспективу других професија у здравству радећи као тим.“

– *Студент студијског програма физиотерапије*

„Ми прихватamo белу браћу и сестре који раде заједно да би унапредили здравље наших људи. Ми ћемо поћи са вама, водити вас у нашу заједницу и подржати вас. Уочићете да свако из наше заједнице показује срдачност и флексибилност и да је сваки заједнички рад добродошао на путу ка колаборативној пракси.“

– *Вођа заједнице Аборицина*

„Интерпрофесионално образовање је допринело да схватим значај процеса промене. Тимови који раде добро доносе многе погодности за пацијенте. Схватио сам како желим да радим у будућности у пракси.“

– *Студент фармације*

„Ближи однос између чланова здравственог тима помаже јачању њиховог међусобног поверења, а колеге који верују једни другима су спремнији за међусобну сарадњу.“

– *Здравствени радник*

## Кључне чињенице

\* Светска здравствена организација (СЗО) препознаје међупрофесионалну сарадњу на нивоу образовања и праксе као једну иновативну стратегију која ће имати кључну улогу у смањењу све више очигледне глобалне кризе у здравству; након скоро пола века истраживања постоји довољно доказа да интерпрофесионално образовање пружа ефикасну колаборативну праксу.

\* Интерпрофесионално образовање је када студенти различитих здравствених професија уче о, од и заједно да би обезбедили ефикасну сарадњу у тиму и унапредили здравствене исходе.

\* Ова образовна стратегија је неопходан корак у припреми здравствених професионалаца за колаборативну праксу, спремних да боље одговоре на потребе савременог здравственог система; здравствени професионалац спреман за колаборативну праксу је неко ко је научио како да ради у интерпрофесионалном тиму.

\* Здравствена заштита у 21. веку захтева да здравствени радници буду не само професионални већ интерпрофесионални.

\* На увођење интерпрофесионалног образовања и колаборативне праксе утиче више препрека:

- менаџмент здравствених институција
- здравствени радници
- академске институције и воља да се ревидирају и ажурирају постојећи студијски програми
- регулаторни органи, тј. доносиоци легислативних докумената којима се уклањају баријере за спровођење колаборативне праксе.

\* Заступљеност и обим препрека за интерпрофесионално образовање и колаборативну праксу нису исте у свим здравственим системима; регулаторни органи у здравству би требало да их препознају на локалном нивоу и отклоне, омогућавајући међупрофесионално учење током основних студија медицинских наука; заједничким активностима регулаторних органа и академских институција могуће је промовисати интерпрофесионално образовање и колаборативну праксу.

\* Интерпрофесионално образовање и колаборативна пракса као стратегије у образовању и пракси могу бити тешке за објашњавање, разумевање и имплементацију; многи здравствени радници верују да раде колаборативно, једноставно јер раде заједно са осталим здравственим радницима.

\* Колаборативна пракса подразумева да више здравствених радника различитих професионалних оријентација међусобно раде и заједно сарађују са пацијентима, њиховим породицама и представницима локалне заједнице у циљу пружања највишег нивоа здравствене заштите.

\* Колаборативна пракса ојачава здравствени систем и побољшава здравствене исходе.

**\* Заједничко учење је предуслов за ефикасну сарадњу у пракси са циљем побољшања здравља.**



# **Интерпрофесионално образовање – предуслов колаборативне праксе**

*Данијела Ђукић-Ђосић, Љиљана Тасић,  
Оливера Миловановић, Зоран Комазец*

## Појам интерпрофесионалног образовања

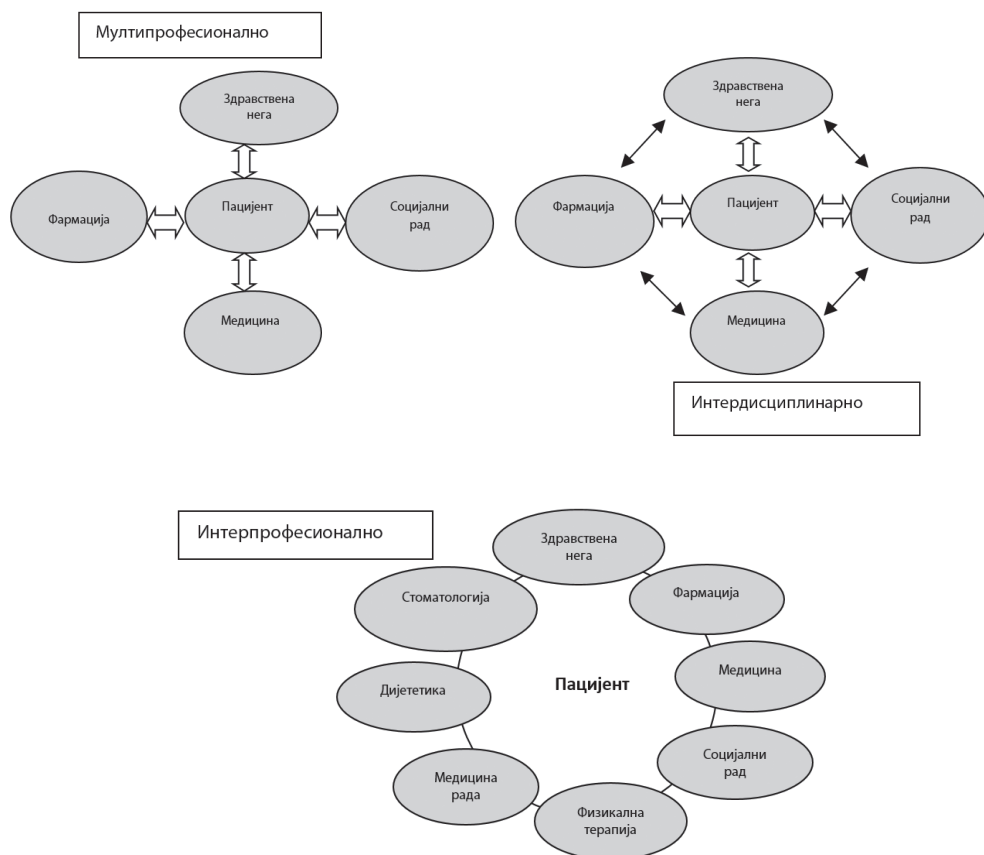
### Шта јесте интерпрофесионално образовање?

Интерпрофесионално образовање (ИПО) (енгл. *Interprofessional Education*) је иницијатива која је први пут уведена пре четрдесет година у Северној Америци и Европи у склопу здравственог система и социјалне заштите. Дефиниција која се најчешће користи јесте она коју је 1997. године предложио Центар за унапређење интерпрофесионалног образовања у Великој Британији (*CAIPE*) „Интерпрофесионално образовање је када две или више професија уче са другима, од других и о другима да би побољшали међусобну сарадњу и квалитет здравствене заштите.“

Врло често се у пракси термин интерпрофесионално замењује са терминима „мултипрофесионално“ или „интердисциплинарно“. У табели 1. дат је опис значења појмова „уни-, мулти-, интерпрофесионално и интердисциплинарно“, а на слици 2. шематски приказ различитих облика сарадње између здравствених и других професија.

Табела 1. Значење појмова уни/мулти/интерпрофесионално и интердисциплинарно

Појам	Значење
Унипрофесионално	Припадници исте професије уче заједно
Мултипрофесионално	Две или више професија уче заједно (минимална интеракција)
Интерпрофесионално	Две или више професија уче са другима, од других и о другима ради побољшања сарадње и квалитета здравствене заштите
Интердисциплинарно	Две или више професија које деле информације и одлуке са малом или без икакве интеракције



**Слика 2. Шематски приказ мултидисциплинарне/интердисциплинарне и интерпрофесионалне сарадње здравствених и других професија**

### *Шта није интерпрофесионално образовање?*

Интерпрофесионално образовање није у ситуацијима када групе студената различитих профила седе у истој учионици и слушају исто предавање. Такође, интерпрофесионално образовање није ни када студенти једног профила деле своја знања са студентима других профила у форми једносмерног предавања. Интерпрофесионално образовање треба разликовати и од мултипрофесионалног образовања који подразумева ситуације у којима две или више професија уче заједно без намерне и систематичне интеракције. Код мултипрофесионалног образовања постоји могућност да се „нешто случајно“ научи о другим професијама. Заједничка предавања се чешће примењују из економских разлога, а не образовних принципа. Мултипрофесионално образовање је можда заиста економски исплативо, међутим постоје спорадични докази да се њиме у ствари могу појачати постојећи интерпрофесионални стереотипи.





**Слика 3. Која од приказаних фотографија представља интерпрофесионалнообразовање?**

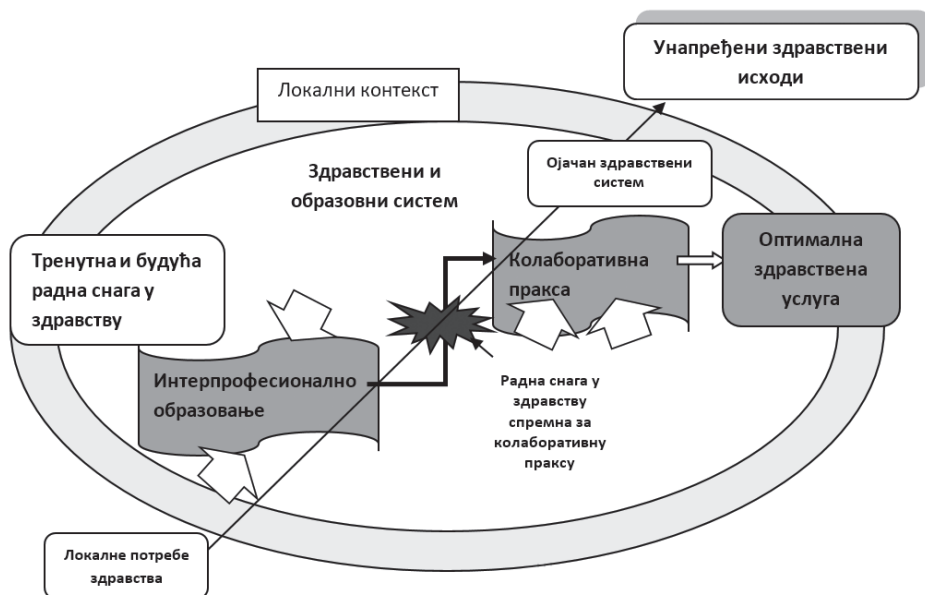
*Фотографија у доњем реду представља реалан приказ интерпрофесионалног образовања, Факултет медицинских наука, Универзитет у Крагујевцу, новембар 2017. (студенти различитих студијских програма медицинских наука седе у кругу ради постизања ефикасне комуникације, заједничког договора и максималне међусобне интеракције у сврху постизања оптималног плана пружања здравствене услуге)*

### **Значај интерпрофесионалног образовања**

Интерпрофесионално образовање је препознато као неопходно за стварање здравствене радне снаге која је спремна за колаборативну праксу, а здравствени радник који је спреман за овакву врсту праксе јесте онај који је научио и компетентан је да ради у интерпрофесионалном тиму (слика 3). Након много година истраживања, постоји довољно доказа да ИПО омогућава ефикасну колаборативну праксу која ће

заузврат оптимизовати и побољшати здравствене услуге, ојачати здравствени систем и унапредити здравствене исходе. Светска здравствена организација

истиче значај интерпрофесионалног образовања у решавању глобалних проблема у области људских ресурса. Сматра се да овакво образовање промовише: тимски рад, развија добре међусобне односе и сарадњу између професија, пружа успешније усвајање знања и вештина у раду са другим професијама, као и могућност бржег професионалног развоја (слика 4).



**Слика 4. Шематски приказ међусобних доприноса здравствено - образовног система и интерпрофесионалног образовања - колаборативне праксе за постизање унапређених здравствених исхода (СЗО, 2010)**

Интерпрофесионално образовање подстиче поштовање између професија, елиминише штетне стереотипе и ставља пацијента на прво место. Здравствени радници који су усвојили ово знање умеју да сарађују са колегама других професија, уважавају њихове вештине, остварују добре међусобне односе и заједно раде у тиму. Јасно је да је једна од предности имплементације ових стратегија та што се мења начин како здравствени радници комуницирају међу собом у пружању здравствене заштите. Мењањем размишљања здравствених радника о интеракцији са колегама и о њима самима, мењаће се и култура и ставови окружења, што ће побољшати њихово искуство о заједничком раду и самим тим цела заједница је на добитку.

## Потреба за увођењем интерпрофесионалног образовања

Један од најбитнијих изазова за регулаторна тела, здравствене раднике и чланове заједница свуда у свету јесте потреба за јачањем здравственог система који је базиран на принципима квалитетне примарне здравствене заштите. Светски дефицит од 4,3 милиона здравствених радника јасно показује да су људски ресурси за здравство у кризи. На основу ових података, 2006. године је усвојена резолуција од стране Светске здравствене скупштине која је захтевала повећање квалитета здравствене радне снаге кроз различите стратегије, а једна од иновативних стратегија је управо ИПО. Сматра се да ће ова нова стратегија у образовању здравствених радника имати важну улогу у ублажавању глобалне здравствене кризе. У скорије време је покренуто мноштво локалних, националних и регионалних удружења и академских центара за изврност са циљем да се укаже на све већу потребу за интерпрофесионалном сарадњом. У прилогу четири дат је преглед удружења и организација које својим активностима промовишу значај интерпрофесионалног образовања и доприносе његовој имплементацији. У многим земљама национални здравствени системи покренули су иницијативу да интерпрофесионално образовање постане саставни део образовања свих здравствених радника.

Увођење интерпрофесионалног образовања преусмерава фокус са традиционалног начина пружања здравствених услуга на иновативне стратегије које ће ојачати радну снагу у здравственом систему за будуће генерације. Препознато је на светском нивоу да чврста, флексибилна и колаборативна радна снага у здравству јесте један од најбољих начина за супротстављање комплексним изазовима у здравственом систему.

Међусобни односи различитих здравствених професија су се временом мењали. У 20. веку чланови здравственог тима су били подршка за лекара као доносиоца одлуке, док су у 21. веку чланови тима заједно са лекаром одговорни за кључне одлуке у третману пацијента. Овај помак захтева промену у начину припреме свих учесника за праксу. Здравствени професионалци морају разумети улоге и поља експертизе свих колега и бити оспособљени за интерпрофесионалну комуникацију. Такође, здравствени професионалци морају схватити да колективно знање групе значајно превазилази знање сваког појединца. Осим тога, у 21. веку су се променили принципи у пружању здравствене услуге, са централном улогом пацијента, оријентацијом ка тимском раду, активностима преусмереним са постављања дијагнозе и лечења на промоцију здравља, уз значајније учешће пацијента и његове породице (табела 2).

Табела 5. Промена принципа у пружању здравствене услуге у 21. веку

Стари принцип	Нови принцип
Лекар у центру	Пацијент у центру
Аутономија лекара	Тимска сарадња
Фокус на болести и лечење	Фокус на промоцију здравља
Пасивна улога пацијента	Учешће пацијента и породице
Лечење акутних болести	Лечење хроничних стања

Стога се очекује да интерпрофесионално образовање и колаборативна пракса позитивно допринесу неким од највећих светских изазова за здравље, као што су здравље породице и друштвене заједнице, глобалне болести, активности у кризним ситуацијама, безбедност пацијента, незаразне и менталне болести, као и здравствени систем и услуге.

#### *Здравље породице и друштвене заједнице*

Здравље мајки и деце је есенцијално за добробит једне земље. Сваког дана 1500 жена широм света умре од компликација током трудноће или порођаја. Здравствени радници који су способни да заједнички идентификују кључну снагу сваког члана тима здравствене заштите и употребе ту снагу да управљају комплексним здравственим проблемима целе породице играће кључну улогу у смањењу оваквих алармантних стања. Неопходан је тимски рад са превентивним дејством који идентификује и решава компликације мајке, детета или целе породице.

#### *HIV/AIDS, туберкулоза и маларија*

Дијагноза, третман и превенција глобалних болести попут *HIV/AIDS*, туберкулозе и маларије захтева сарадњу свих струка у здравственом систему. Интерпрофесионални тимови који поседују експертизу и ресурсе да прилагоде свој одговор на локално окружење ће бити критични фактор успеха за контролисање ових болести. Такође, интерпрофесионални тимови могу да пруже адекватно образовање и подизање нивоа свести о значају превенције ових болести.

#### *Здравствене активности у ванредним ситуацијама*

У ванредним ситуацијама добро испланирана хитна помоћ је есенцијална. Да би се превазишле препреке у снабдевању водом и храном, здравствени радници морају имати знања и вештине да мобилишу ресурсе али и експертизу у здравственом систему и широј друштвеној заједници. Интерпрофесионално образовање обезбеђује здравственим радницима да стекну вештине неопходне за координацију и пружање помоћи кад наступе хитне/ванредне ситуације.

### *Безбедност пацијента*

Епидемије и пандемије представљају огроман трошак у здравственом систему. Појединци који раде тимски могу да подигну капацитете у одговору на спречавање избијања епидемије птичијег грипа. У случају глобалне епидемије или природних катастрофа сарадња између здравствених радника представља једини начин за превазилажење кризе. Недавна «Токио декларација о безбедности пацијената» СЗО (април 2018) јасно даје поруке у прилог ИПО и колаборативне праксе јер колаборативна пракса значајно доприноси безбедности пацијената.

### *Незаразне болести и ментално здравље*

Интерпрофесионални тимови су често спремни да обезбеде најсвеобухватнији приступ у превенцији и лечењу хроничних болести попут деменције, малнутриције и астме. Ове болести су комплексне и захтевају колаборативну реакцију. Сарадња здравствених радника у области менталног здравља показала је да се пацијент осећа задовољније приликом примања здравствених услуга, овиме се промовише боље прихватање лечења, скраћује се време лечења, трошкови неге, амбуланте посете и инциденца самоубистава.

### *Здравствени систем и услуге*

Интерпрофесионално образовање и колаборативна пракса доприносе унапређењу знања и вештина здравствених радника. Тренутним смањењем броја здравствених радника, иновације овакве врсте ће бити све потребније за управљање изазовима који се намећу здравственом систему.

Интерпрофесионално образовање се може имплементирати у свим здравственим дисциплинама а ефекти његовог увођења су до данас познати у области хирургије, палијативне неге, рехабилитације, менталне хигијене и ургентне медицине као једне од основних грана. У ургентној медицини, на пример, збрињавање критично оболелог-повређеног пацијента захтева низ процедура чији је иницијални третман често веома комплексан и захтева добро уигран тим здравствених радника. Предности увођења ИПО јесте стварање тимских радника са професионалним и комуникационим вештинама где ће се групно решавање проблема показати ефикаснијим од индивидуалног приступа. Колаборативна сарадња се показала као неопходна и код превенције компликација везаних за орално здравље, било да су у питању системска обољења која имају манифестације у усној дупљи, нежељена дејства неких лекова при дуготрајној употреби или то да лоша орална хигијена и запаљенске промене могу имати утицај на одређене хроничне болести.

## Искуства земаља које су примениле интерпрофесионално образовање и колаборативну праксу

Од када је СЗО седамдесетих година прошлог века отпочела са концептом ИПО, многе земље су примениле ову стратегију учења у циљу побољшања здравствене заштите и највеће добити за пацијенте. Осим тога, неке од земаља су примениле и концепт колаборативне праксе кроз који су здравствени радници међусобно сарађивали и у виду тима пружили бољу здравствену услугу. Поводи за образовање здравствених тимова и ефикасну сарадњу између здравствених радника различитих професија су били условљени природним катастрофама, попут земљотреса, када је било неопходно пружити помоћ великом броју повређених људи или потребом да се пружи адекватна здравствена заштита члановима породица којима је то било неопходно. Њихова искуства су приказана у даљем тексту.

*Велика Британија 1970. година.* У Великој Британији се од раних седамдесетих година прошлог века уводи и развија интерпрофесионално образовање. 1987. године оснива се Центар за унапређење интерпрофесионалног образовања. Влада Велике Британије (Министарство здравља) је 1998. године пружила интензивну подршку развоју интерпрофесионалног образовања. Национални здравствени систем је 2001. године наложио да ИПО постане саставни део образовања свих здравствених радника уз образложење да овакво образовање промовише: тимски рад, међусобне односе и сарадњу између професија, усвајање знања и вештина у раду са другим професијама, као и могућност бржег професионалног развоја.

*Бразил 1980. година.* У овој јужноамеричкој држави је у овом периоду реформа устава довела до стварања породичних здравствених тимова који се састоје од доктора, две медицинске сестре и здравствених радника. Ови тимови су одговорни за праћење извесног броја породица са одређеним здравственим потребама. Тренутно постоји 2600 здравствених тимова за праћење породица и око 16000 здравствених тимова који се брину за орално здравље.

*Етиопија 1990. година.* Универзитет у Јими послао је двадесет до тридесет студената медицине, фармације, здравствене неге и јавног здравља у околне здравствене центре где студенти пружају услуге промоције здраве исхране, примарне заштите и основне лабораторијске услуге. На тај начин се упознају са радом здравствених центара у непосредном окружењу и уче са студентима других студијских програма остварујући са њима сарадњу током заједничког рада.

*Шведска 1996.-1998. година.* Линкопин универзитет у Шведској спровео је дванаест недеља плана и програма посвећено ИПО за све студенте здравствених



наука, што је био први тренинг ИПО типа у овој скандинавској земљи. Слично томе, у Каролинска институту у Стокхолму постоји двонедељни обавезни ИПО курс за студенте. На овим курсевима студенти су подељени у тимове од 5-7 чланова где раде на планирању и организацији пружања здравствене услуге пацијенту док су њихови супервизори/ментори наставници и сарадници са којима на крају размењују своја искуства.

*Пакистан 2005. година.* Када се у Пакистану догодио земљотрес који је резултирао хиљадама повређених, импровизирана клиника је била смештена у делимично изграђеном хотелу који није имао извор воде и било је веома тешко држати инфекције под контролом. Здравствени радници су схватили да је потребно обезбедити константан доток хигијенски исправне воде и у сарадњи са другим секторима су ово и обезбедили. На овај начин је повређеним особама осигурана квалитетнија здравствена услуга упркос тешким околностима. У оваквим ванредним ситуацијама смо сведоци да сарадња како у тиму здравствених радника тако и међу осталим секторима може бити од суштинског значаја јер помаже да се постигне шири здравствени значај.

*Њуфаунленд и Лабрадор 2005.-2008. година.* Током ове три године, Центар за едукацију о сарадњи у здравственом систему је на Меморијал Универзитету (*Memorial University of Newfoundland*) увео интерпрофесионално образовање. Циљ је био да се уведу ИПО које је одрживо у образовању и пракси, као и да се унапреде компетенције студената везане за међусобну сарадњу. Реакције студената су биле веома позитивне и цео пројекат је допринео њиховом разумевању ИПО и тимског рада који укључује и друге професије. Показано је такође да су највећи ентузијазам показивали за рад у групи заснован на дискусији о одређеном случају, рад са пацијентима и за панел дискусије, док су најмање симпатија имали за *on-line* сарадњу.

*Немачка 2010. година.* Да би био у корак са светским трендовима о ИПО и колаборативној пракси Медицински факултет Универзитета у Хајделбергу основао је програм интерпрофесионалне здравствене заштите намењен студентима медицинских наука. Студенти који су примљени у овај програм су у могућности да заврше студије паралелно са стручном праксом и на тај начин да стекну две квалификације, једну академску и једну професионалну за 4,5 године.

*Ирска.* Здравствени систем је такав да је омогућен директан приступ специјалистима што је успорило развој примарне заштите и допринело томе да су се здравствене професије развијале засебно, са ограниченим колаборативним приступом. На Тринити колеџу Универзитету у Даблину постоји Факултет здравствених наука који се састоји од четири школе: стоматологија, медицина, медицинске сестре/бабице и фармација. Факултет је идентификовао ИПО као неопходну стратегију која ће обликовати професионалце да раде у

колаборативним тимовима и обезбедио је радионице за студенте свих школа. Случајеве креира академско особље у коме студенти свако понаособ учествују у процени, планирању и праћењу пацијената, а наставници олакшавају рад и помажу студентима свих професија да препознају своју улогу у тиму. Формат ИПО је био прихваћен са свих страна и факултет је обезбедио сва потребна средства за креирање и спровођење овакве наставе.

*Индонезија.* Факултет медицине и здравствених наука у Индонезији желео је да уведе пилот ИПО у све медицинске образовне и здравствене установе. Међутим, нису све институције могле да имплементирају ову стратегију из сложених техничких разлога. Овај факултет има четири главна програма: медицину, здравствену негу, стоматологију и фармацију што је представљало велики изазов за нову стратегију. Захваљујући посвећености запослених, пилот ИПО је пружила драгоцену искуство и допринос за следеће извођење. Такође, откривене су разне препреке и баријере које могу бити отклоњене даљим залагањем. Заједнички став је био да спровођење ИПО треба увести што је раније могуће током студија како би се неговали позитивни ставови, поштовање, сарадња и добра комуникација у тиму здравствених професионалаца.

Светска здравствена организација је 2008. године формирала истраживачку групу у циљу да испита стање у вези са интерпрофесионалним активностима, да одреди његов тренутни статус и да се идентификују најбољи примери за отклањање препрека. Истраживачка група је бројала 396 чланова различитих здравствених професија из 42 земље који су пружили на увид њихове програме. За највећи број учесника спроведеног истраживања интерпрофесионално образовање је било обавезно и углавном у оквиру додипломске наставе са релативно малом заступљеношћу на последипломској настави. Студенти су у највећем броју случајева оцењивани групно, са индивидуалним приступом, писаним тестовима и другим методама. Иако се интерпрофесионално образовање нормално преноси „лицем у лице“, информационе технологије су се показале као веома значајне и веома заступљене у едукативној пракси. Показано је да се обуке особља за извођење интерпрофесионалног образовања на међународном нивоу ретко организују, да су курсеви кратки и разнолики по садржају и активностима и да се ова образовна стратегија, још увек, не пружа систематски. Констатовано је да се евалуација његовог утицаја (енгл. *impact*) на здравствене исходе и услуге ретко спроводи.

Упркос томе, учесници у истраживању су истакли да су увидели многе користи од увођења интерпрофесионалног образовања, како образовне тако и здравствене. Студенти добијају право искуство, упознају рад других учесника и уче која је њихова улога у тимском раду. Са друге стране, здравствени радници су продуктивнији на радном месту те остварују боље резултате, подигнут је морал особља и безбедност пацијената је већа. Такође, унапређени су исходи

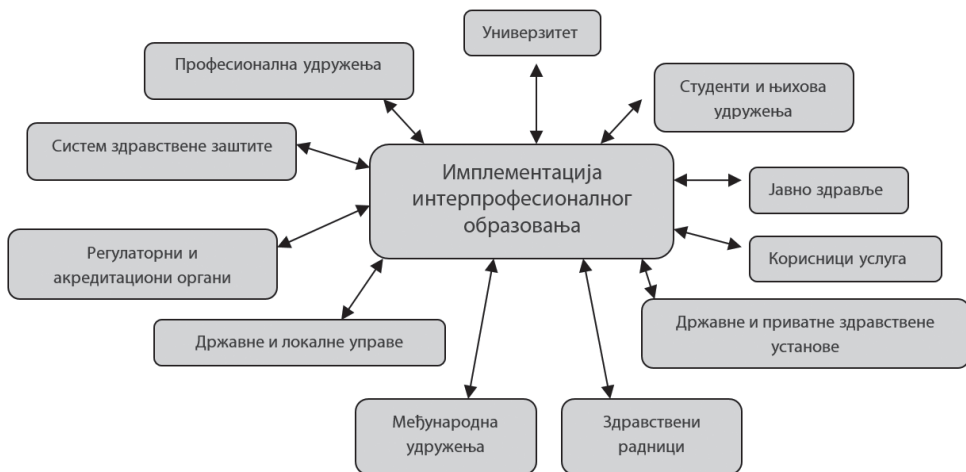


за пацијента и боља је доступност здравствене заштите. Закључено је да су још увек потребни значајни напори да би се обезбедила интерпрофесионална иницијатива и њен развој, извођење и евалуација у складу са међународно признатом добром праксом.

Испитивањем ставова наставника и сарадника према ИПО, али и студената у земљама где су покренуте ове иницијативе показало је да став са којом су се сви највише сложили јесте да вештине тимског рада студенти свих студијских програма на факултетима/школама здравствених наука треба да усвоје током студија. У складу са тим, многи национални здравствени центри широм света су покренули иницијативу да ИПО постане саставни део образовања свих здравствених радника са нагласком да би ову образовну стратегију требало применити што пре у току студија.

### **Препреке за увођење интерпрофесионалног образовања**

Интерпрофесионално образовање је први пут уведено у област здравства и социјалне заштите пре четрдесет година као спорадична иницијатива у Северној Америци и Европи. Светска здравствена организација је прихватила ову образовну стратегију двадесет година касније (1988. године) и промовисала је у интернационалну активност коју данас имамо. И друге међународне организације као што је Организација за економску сарадњу и развој (*Organization for Economic Co-operation and Development*) и Светска федерација за медицинско образовање (*World Federation of Medical Education*), такође су усвојили и подржали ову образовну иницијативу. Међутим, развој интерпрофесионалног образовања на националним нивоима је веома различит. Његова имплементација у образовне и установе здравствене и социјалне заштите представља веома сложен подухват за интегришуће системе, што је приказано на слици 5, а кључни елементи су студенти, наставници, и бројне институције међународног и националног значаја.



**Слика 5. Ресурси неопходни за имплементацију интерпрофесионалног образовања**

Препреке за увођење интерпрофесионалног образовања као нове образовне методе за будуће здравствене раднике могу бити психосоцијалне, културалне и логистичке природе.

#### *Психосоцијални проблеми*

- Студенти су укључени у снажни развојни процес професионализације
- “Припадност” групи и утврђивање идентитета
- Студенти здравствене струке, нарочито медицине, имају тенденцију да све “држе под контролом”
- Студенти су перфекционисти са високим стандардима и ограничене толеранције за неуспех (свој или других лица) што доводи до значајних изазова када су чланови тима
- Динамика групе је непредвидива
- Без адекватног вођења радне групе су крхке
- Један дисфункционални члан може нарушити групу
- Тимови се могу распасти упаривањем или дељењем чланова тима

#### *Културални проблеми*

- Образовни програм промовише индивидуална постигнућа у односу на тимски рад
- Хијерархија и ауторитет – доминација у клиничком раду
- Самодовољност – америчка вредност

- Индивидуална одговорност
- Медији фаворизују херојске соло играче
- Култ “белог мантила” поставља студента медицине као “посебног”
- Факултети су слабо обучени за ИПО

#### *Логистички проблеми*

- Различити комплексни академски планови и календари
- Тешко укључивање интерпрофесионалног образовања у претрпане курикулуме
- Простор за извођење наставе
- Студенти имају различита предзнања и ниво искуства
- Одвојена руководства и изворе финансирања
- Новчана средства

Веома значајна препрека за увођење интерпрофесионалног образовања и колаборативне праксе може бити што су ове стратегије тешке за објашњавање и разумевање. Многи здравствени радници верују да функционишу колаборативно тиме што раде заједно са другим здравственим радницима. У реалним ситуацијама, сваки здравствени радник као појединац може пристати на то да ће у оквиру тима користити своје знање и вештине да би се постигао заједнички циљ. Колаборација се, међутим, не односи само на споразуме и комуникацију, већ на креирање и заједничко деловање у циљу пружања здравствене услуге високог квалитета. Када здравствени радници сарађују јавља се нешто чега раније није било, а једини начин да разумеју значај колаборативне праксе у остваривању здравствене заштите јесте да учествују у интерпрофесионалном образовању које ће им омогућити да буду спремни за праксу која представља основ здравствене заштите високог квалитета.

Кључни фактор за примену ових стратегија представљају људи: здравствени радници који пружају услуге и раде заједно да би пацијенту и друштву обезбедили најбољи могући третман; наставници и сарадници на универзитетима који разумеју значај здруживања студената различитих дисциплина да уче о, од и заједно; руководиоци у здравству и доносиоци одлука који се труде да уклоне баријере ради што боље имплементације колаборативне праксе у институције; и најважније, појединци којима је потребна здравствена услуга, и верују да ће њихови здравствени радници радити заједно да би им пружили најбоље могуће.

## Тактике подршке за увођење интерпрофесионалног образовања

Поред СЗО и остале институције, невладине и хуманитарне организације могу имати битну улогу у борби за интерпрофесионално образовање и колаборативну праксу тако што ће подржавати доносиоце политике да се ове стратегије уведу, омогуће и одрже, осигурати пројекте и програме, обезбедити финансије које ће олакшати напоре на свим нивоима и подржати координацију између здравственог и образовног система.

Законодавство је кључни механизам за организацију и управљање здравственим системом и његове промене могу имати значајан утицај како на здравствене раднике, тако и на развој, имплементацију и одржавање интерпрофесионалног образовања и колаборативне праксе. Такође, законодавство може имати важну улогу у залагању за интерпрофесионално образовање приликом доношења уредби које уклањају правне и регулаторне баријере за његово увођење.

Веома је битно да се препозна да здравствени систем није идеалан нити одржив у тренутној форми те да су ове стратегије један од начина да здравствени систем ојача. Како се мењају трендови у погледу здравствене радне снаге, регулаторни органи морају да обрате пажњу на то да прописи могу или би требало да препознају и подрже нове професије и иницијативе. Механизми подршке који служе за успостављање стандарда и подржавају безбедност пацијента се могу користити за имплементирање интерпрофесионалног образовања у образовни систем и колаборативне праксе унутар система здравствене заштите.

Постоји низ механизма/тактика које би регулаторни органи могли да предузму како би показали спремност за примену ове стратегије у својим локалним надлежностима. Неке од њих су: увођење едукација и програма који су намењени здравственим радницима, испитивање локалног становништва о њиховим потребама, охрабривање наставног особља да покажу ангажовање према овом програму, обнова и промена постојећих планова студијских програма и усклађивање начина на који су здравствени програми финансирани. Ове тактике подршке нису исте у свим здравственим системима, те је задатак доносиоца одлука да идентификују индивидуалне потребе и употребе онај механизам подршке који ће највише одговарати њиховом региону. Негде ће то бити промоција безбедности пацијента или ограничење људских ресурса док ће са друге стране фокус бити на запосленима и начину како повећати њихово задовољство и објаснити им јасну улогу у здравственом тиму. Приказ тактика подршке за увођење интерпрофесионалног образовања и колаборативне праксе дати су у табели 3.

Табела 5. Тактике подршке за увођење интерпрофесионалног образовања и колаборативне праксе (СЗО, 2010)

ИНТЕРПРОФЕСИОНАЛНО ОБРАЗОВАЊЕ	КОЛАБОРАТИВНА ПРАКСА	ЗДРАВСТВЕНИ И ОБРАЗОВНИ СИСТЕМ
Подршка едукаторима <ul style="list-style-type: none"> <li>• Добитак</li> <li>• Институционална подршка</li> <li>• Усаглашеност са менаџментом</li> <li>• Подела циљева</li> <li>• Тренинг особља Курикулум</li> <li>• Принципи учења одраслих</li> <li>• Процена</li> <li>• Присуство</li> <li>• Контекстуално учење</li> <li>• Исходи учења</li> <li>• Логистика и распоред</li> <li>• Садржај програма</li> </ul>	Институционална подршка <ul style="list-style-type: none"> <li>• Модели владања</li> <li>• Политика особља</li> <li>• Подела оперативних процедура</li> <li>• Структурирани протоколи</li> <li>• Подржавајућа пракса менаџмента</li> <li>Радна култура</li> <li>• Стратегије комуникације</li> <li>• Политика разрешавања конфликта</li> <li>• Подела процеса доношења одлука</li> <li>Радно окружење</li> <li>• Изградити га</li> <li>• Објекти</li> <li>• Дизајн простора</li> </ul>	Пружање здравствених услуга <ul style="list-style-type: none"> <li>• Капитална планирања</li> <li>• Доношење одлука о пружаоцу услуге</li> <li>• Финансирање</li> <li>• Фондови</li> <li>• Модели надокнађивања</li> <li>Безбедност пацијента</li> <li>• Акредитација</li> <li>• Професионална регистрација</li> <li>• Регулатива</li> <li>• Управљање ризиком</li> </ul>

Важно је истаћи да не постоје два идентична здравствена система у свету. Структура, процеси, кључна здравствена питања, здравствени радници и културолошки контекст су само неки од фактора који могу да утичу на пружање здравствених услуга. Светска здравствена организација предлаже да они који желе да развију здравствену радну снагу спремну за колаборативну праксу почну од процене шта је тренутно доступно, и наставе надовезујући се на оно што већ имају. Покретање имплементације интерпрофесионалног образовања и колаборативне праксе ће једино функционисати уколико постоје реалне могућности да се постигне успех и то на аутентичан начин, како је потребно заједници. Развијање, одржавање и неговање јаког партнерства у оквиру заједнице је кључно за трансформацију здравственог система.

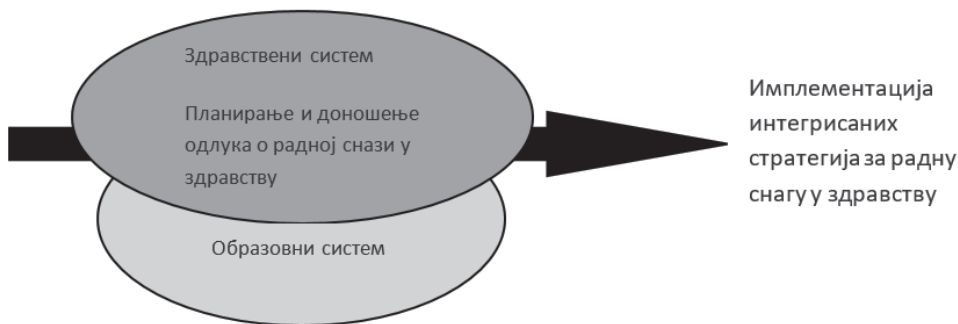
Примери активности регулаторних органа који могу допринети увођењу интерпрофесионалног образовања и колаборативне праксе су, најпре, сагледавање актуелног здравственог система кроз:

\* давање сагласности да интерпрофесионално образовање и колаборативна пракса могу допринети локалној заједници и смерница како групе у локалном окружењу, објекти и организације могу да раде заједно да би ово постигли;

\* увођење интегрисаног планирања капацитета и способности радне снаге кроз образовни и здравствени систем, на регионалном, националном и локалном нивоу.

Када постоји јасан увид у здравствени систем једне државе и када су идентификована кључна места где је могуће унети неку промену у циљу побољшања, могуће је предлагање интерпрофесионалног образовања као иновативне стратегије за реформу здравственог система. Оданост лидера у здравству и образовању да раде заједно на имплементацији иновативних начина за пружање интерпрофесионалног образовања и колаборативне праксе је често један од најважнијих корака унапред ка јаким здравственом систему. Заједно, лидерство може да обезбеди да традиционалне препреке за колаборативну праксу, попут законодавства и регулативе буду препознати и успешно савладани.

Без координације између два система, здравственог и образовног, која су суштински повезана, било би скоро неизводљиво здравственим радницима да испрате неопходне кораке да постигну спремност за колаборативну праксу (слика 6).



**Слика 6 . Интеграција здравственог и образовног система за побољшање ситуације у погледу радне снаге у здравству (СЗО, 2010)**

Као и највећи број иновативних идеја, интерпрофесионално образовање и колаборативна пракса захтевају изванредан број присталица ових стратегија који препознају да тренутно здравствени систем није идеалан или одржив у постојећој форми и спремни су да покрену образовање колаборативне радне снаге у здравству као један од начина за јачање и трансформацију здравственог система.

Током времена, циљ интерпрофесионалног образовања је да постане интегрални део едукације сваког здравственог радника, да буде инкорпориран у школовање сваког од њих, као и у пружање квалитетне здравствене услуге. Интерпрофесионално образовање и колаборативна пракса би требало да буду нешто чему треба тежити, али да би се постигао овај циљ, неопходне су бројне промене, промене у ставовима, промене у системима и промене у начину деловања.

\* Неопходно је охрабривање руководиоца у образовним институцијама да прихвате интерпрофесионално образовање, развију програме и узму активно учешће у припреми здравствених професионалаца спремних за колаборативну праксу;

\* Са друге пак стране, потребно је охрабривање менаџмента здравствених институција да подрже тимски рад и поделу одговорности у пружању здравствених услуга.

Сада је време за деловање и имплементацију ових стратегија које имају потенцијал да трансформишу пружање здравствених услуга, ојачају здравствени систем и унапреде здравствене исходе.

За постизање овог циља неопходно је сагледати све факторе који могу допринети да се интерпрофесионално образовање боље схвати и разуме, а тиме и пре прихвати и имплементира у образовни систем. Увидом у литературу и сагледавањем пракси где је спроведен одређени вид интерпрофесионалног образовања идентификован је већи број фактора и они су приказани на слици 7. Треба истаћи да се фактори утицаја на ИПО и фактори који утичу на имплементацију колаборативне праксе преклапају. Што се више буду уводиле и шириле ове стратегије, све ће се више прожимати што ће ојачавати здравствени систем и унапредити здравствене исходе.



**Слика 7. Фактори који утичу на увођење интерпрофесионалног образовања и његову реализацију (СЗО, 2010)**

Сви фактори се могу поделити у две категорије, једну представљају фактори који се односе на људе, предаваче/наставнике и сараднике који су одговорни за развој и одрживост ИПО наставе, док другу групу фактора чине сви они који се односе на сам курикулум, тј. план и програм наставе интерпрофесионалног образовања и његову реализацију.

**Предавачи/наставници и сарадници.** Развој плана и програма за интерпрофесионално образовање је комплексан процес и може представљати потребу да се укључи академско особље са различитих факултета, радних окружења и локација. Осим тога, његова одрживост и реализација кроз више генерација студената, такође може бити комплексно и захтевно. За одрживост интерпрофесионалног образовања је потребна:

- подршка руководства институција, тј. факултета
- добра комуникација између свих учесника
- ентузијазам за рад
- дељење визије и разумевање погодности од увођења новог предмета на студијама
- одговорност лидера за координацију активности и идентификацију баријера за развој.

Посебан значај представља пажљив одабир наставника који ће учествовати у развоју, реализацији и евалуацији интерпрофесионалног образовања. За највећи број наставног особља на универзитетима ова образовна иницијатива је ново и изазовно искуство. Да би се интерпрофесионално образовање успешно уградило у студијске програме неопходно је претходно позитивно искуство наставног особља кроз учешће у неком пројекту или присуство на ИПО настави током личног усавршавања итд. Ово ће обезбедити континуирани допринос наставника и сарадника даљем развоју плана и програма интерпрофесионалног образовања на основу студентских повратних информација.

**Курикулум/план и програм наставе.** Здравствена заштита и образовање широм света укључују различите предаваче и здравствене раднике који обављају своје радне задатке и пружају услуге у различитим терминима и на различитим локацијама. Ово даје значајан допринос координацији између предавача и оних који развијају курикулум. Доказано је да је потребан развој флексибилног распореда који може спречити логистичке изазове као препреке за интерпрофесионално образовање. Истраживања показују да је интерпрофесионално образовање много ефикасније када:

- користи принципе учења одраслих (нпр. учење засновано на проблему)
- методе учења које одражавају стварну светску праксу и искуства студената
- када постоји интеракција између студената.



Ефективно интерпрофесионално образовање се ослања на такав програм који повезује активности учења, очекиваних исхода и процене шта је научено. Важно је истаћи да ће очекивани резултати бити под утицајем студентског физичког и социјалног окружења као и претходног нивоа образовања. Добро формулисани исходи учења претпостављају да студент мора да зна:

- шта да уради (тј. знање);
- како да примени знање (тј. вештине);
- и када да примени те вештине у оквирима адекватних етичких оквира (тј. ставови и понашање).

Ови исходи могу се уочити из следећих компетенција које се стичу кроз интерпрофесионално образовања:

#### 1. Тимски рад

- бити оспособљен и за вођење тима и чланство у тиму
- познавати ограничења тимског рада

#### 2. Улоге и одговорности

- разумевање сопствених улога, одговорности и експертиза, као и све ово за друге здравствене раднике

#### 3. Комуникација

- изношење компетентног мишљења колегама
- слушање чланова тима

#### 4. Критички осврт

- критички се осврнути на сопствени однос у оквиру тима
- пренос интерпрофесионалног учења у радне услове

#### 5. Однос са пацијентима и препознавање њихових потреба

- радећи колаборативно у најбољем интересу за пацијента
- приближити се пацијенту, њиховим породицама и заједници као партнерима у управљању бригом о пацијенту

#### 6. Етичка начела:

- разумевање стереотипа у погледима осталих здравствених радника
- захвалност за поглед сваког здравственог радника јер су сви једнако валидни и значајни

Интерпрофесионално образовање пружа студентима да путем тренинга који им је потребан постају део колаборативне праксе и буду припремљена радна снага у здравству. Једном када здравствени радник постане спреман за колаборативну праксу, додатни фактори и активности могу само допринети његовом искуству (Табела 4). У колаборативним праксама у развоју, одговорни за планирање у здравственом систему морају се укључити у дискусију о могућностима како да помогну студентима и колегама који су тек дипломирали у транзицији од те позиције (тек дипломирани-стажер) до позиције лиценциран на радном месту.



Табела 4. Активности за унапређење интерпрофесионалног образовања у циљу побољшања здравствених исхода (СЗО, 2010)

Активност	Учесници	Примери степена укључености	Потенцијални исходи
1. Слагање са заједничком визијом и циљем интерпрофесионалне едукације са кључним учесницима свих факултета и организација	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Доносиоци одлука</li> <li>• Политичари</li> <li>• Руководиоци и менаџери здравствених установа</li> <li>• Руководиоци едукације/ Руководиоци и менаџери образовних установа</li> <li>• Едукатори</li> <li>• Здравствени радници</li> </ul>	<p>КОНТЕКСТУАЛИЗОВАТИ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Визија: “Да ли ће студенти у учионици или на пракси из ИПО бити подстакнути и усвојити принцип ИПО колаборативне праксе”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Едукације свих здравствених радника су усмерене визијама и циљем ИПО</li> </ul>
2. Развој курикулума за ИПО у складу са принципима добре праксе у образовању	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Људи за развој курикулума</li> <li>• Едукатори</li> <li>• Руководиоци едукација/ Руководиоци и менаџери образовних установа</li> <li>• Истраживачи</li> </ul>	<p>КОНТЕКСТУАЛИЗОВАТИ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Везу са локалним истраживачима да би се разумело како се на најбољи начин добра пракса у ИПО може применити у локалном контексту</li> <li>• Развој курикулума базираном на постојећим ресурсима и локалним потребама</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оквирни план ИПО је специфичан за регион и узима у обзир културу, географију, историју, изазове/ културолошке, географске и историјске оквире итд.</li> <li>• Ангажовање бројних учесника из заједнице, попут здравствених радника, истраживача и установа.</li> </ul>
3. Обезбедити организациону и адекватну финансијску подршку и време за: <ul style="list-style-type: none"> <li>• развој и спровођење ИПО</li> <li>• тренинг особља за ИПО</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Руководиоци и менаџери здравствених установа</li> <li>• Руководиоци едукација/ Руководиоци и менаџери образовних установа</li> </ul>	<p>ПОСВЕТИТИ СЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• постављању времена за упознавање лидера у ИПО, особља и свих других учесника</li> <li>• обезбедити подстицај особљу које учествује у ИПО</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Радна снага спремна за колаборативну праксу</li> <li>• Унапређено радно место у здравству и задовољство здравственог радника</li> </ul>

<p>4. Увођење ИПО у тренинге за здравствене раднике:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• све квалификационе програме</li> <li>• адекватне програме последипломског и континуираног професионалног развоја</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Лидери влада</li> <li>• Доносиоци одлука</li> <li>• Едукатори</li> <li>• Руководиоци едукација/ Руководиоци и менаџери образовних установа</li> <li>• Људи за развој курикулума</li> <li>• Руководиоци и менаџери здравствених установа</li> </ul>	<p>ПОСВЕТИТИ СЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• увести нови курикулум широм света</li> <li>• управљати резистенцијом средовечних здравствених радника на поновну едукацију/подстицати континуирану едукацију здравствених радника</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Радна снага спремна за колаборативну праксу</li> <li>• ИПО и колаборативна пракса уграђени у пружање услуга здравственог система</li> </ul>
<p>5. Обезбеђивање особља одговорног за развој, пружање и евалуацију ИПО који су компетентни за своје задатке, поседују експертизу конзистентну са природом планираног ИПО и подршку, попут лидера ИПО</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Едукатори</li> <li>• Руководиоци едукација/ Руководиоци и менаџери образовних установа</li> </ul>	<p>ПОСВЕТИТИ СЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• обезбедити едукаторима и особљу за тренинг прилике да дискутују о изазовима и успесима</li> <li>• обезбедити ресурсе за едукаторе и особље</li> <li>• фокус на континуирано унапређивање употребом алата за евалуацију</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Јачање едукације са фокусом на ИПО и колаборативну праксу</li> </ul>
<p>6. Обезбеђивање привржености лидера у образовним установама и свих удружених фактора из праксе и радног окружење ИПО</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Руководиоци едукација/ Руководиоци и менаџери образовних установа</li> <li>• Руководиоци и менаџери здравствених установа</li> </ul>	<p>БИТИ ПОБОРНИК</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• за дозволу едукаторима, супервизорима са клинике и особљу да деле позитивно интерпрофесионално искуство са њиховим супервизорима и руководиоцима</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Унапређен став у односу на остале здравствене професије</li> <li>• Унапређена комуникација између здравствених радника</li> </ul>

## Улога професионалних организација и удружења

Глобалне здравствене институције, невладине организације и донатори могу играти значајну улогу у подржавању интерпрофесионалног образовања и колаборативне праксе.

Неки од примера како глобалне здравствене организације могу да преузму водећу улогу у интерпрофесионалној сарадњи обухватају:

- Подршку националним доносиоцима одлука у њиховим напорима да уведу, обезбеде и одрже интерпрофесионално образовање и колаборативну праксу.
- Обезбеде пројекте за увођење интерпрофесионалног образовања и колаборативне праксе, као и да допринесу успостављању сарадње са образовањем и иницијативама из праксе.

- Обезбеде фондове који ће унапредити регионални, национални и локални ниво напора за колаборативну праксу.
- Подрже координацију између здравственог и образовног система.
- Промовишу интерпрофесионално образовање и колаборативну праксу и обезбеде да остану приоритет на агенди глобалног здравља.
- Раде на идентификацији могућности и прилика где интерпрофесионално образовање и колаборативна пракса могу бити ојачани и обogaћени новим програмима.

## Организација и реализација ИПО наставе

Модели и приступи ИПО настави који се примењују широм света нису идентични, нити уједначени. Углавном се примењују они модели ИПО наставе који су у складу са локалним потребама и ресурсима. Иако ИПО настава највише подразумева метод учења „лицем у лице“, информационе технологије имају огроман значај. Најбоље је комбиновати наставу „лицем у лице“ са електронским учењем, симулацијама и сл. Знање и вештине за тимски рад се стичу разматрањем студија случајева где студенти свих здравствених професија пружају лични допринос и заједнички креирају најбољи предлог пружања здравствене заштите. Интерактивност је кључна за интерпрофесионално учење. Настава није класична настава већ „отворено вођена“ (фацилитација). Отворено вођење (фацилитација) је процес помагања појединцима или тимовима да уче, пронађу решења или постигну консензус без наметања или диктирања исхода. Фацилитација подстиче оспособљавање појединца или група да уче за себе или пронађу заједничке одговоре за одређену тему. Процес фацилитације захтева посебне вештине и стратегије наставника и сарадника који учествују у ИПО настави. Наставници и сарадници су тзв. фацилитатори који помажу заједничко учење малих и великих група.

### *Отворено вођење учења (Фацилитатор)*

Фацилитатор је водич кроз процес који подржава дискусију и разумевање, истовремено подстиче заједничко одлучивање и решавање проблема. Фацилитатор помаже групи у стварању и постизању заједничких циљева и очекивања. Фацилитатори нису експерти за садржај/тему, не морају имати уже стручне квалификације за одређену област. Ово би посебно требало истаћи јер обично по инерцији подразумевамо да ИПО наставу и разматрање одређене студије случаја треба да води особа која је најстручнија за одређену област/тему, што је погрешно. Особа која пружа помоћ и подршку тиму не треба да „ради“ уместо тима, нити треба да намеће решење и диктира исход, већ да припомогне да сви чланова тима узму активно учешће и заједнички дођу до најбољег решења.

Фацилитатор је наставник или сарадник који:

- Негује пријатну атмосферу међу студентима
- Подстиче интеракцију међупрофесионалног тима
- Подстиче размишљање и генерисање идеја
- Истиче нове перцепције и схватања
- Подстиче појединачне и групне дискусије
- Пружа честе повратне информације
- Посматра, слуша, охрабрује, предлаже, сумира, пита, а не одговара итд.

### *Карактеристике доброг фацилитатора*

Фацилитатори треба да имају добре комуникационе вештине. Ефективни фацилитатори су неауторитарни, флексибилни, интуитивни, организовани, самопоуздани, поштовани и отворени. Осим тога, поседују толерантност за нејасноће и неизвесност и имају жељу за учењем. Ефикасна комуникација у тиму подразумева вештине слушања, говора и управљања групом. Неке од смерница за фацилитаторе су:

- Приликом говора треба бити јасан, концизан и искрен. Појединцима у тиму и целом тиму постављати ефикасна питања.
- Нејасноће треба разјаснити помоћу питања “шта” или “како” (избегавајте питања која почињу са “зашто” која могу довести до повлачења и неактивности). Јасно ставити до знања студентима да свако од њих има одговорност да пружи допринос.
- Потребно је тражити информације од свих чланова тима, чак и ако изгледа да су сви сагласни.
- Истаћи да се може доћи до више решења за било који проблем.
- Давати конструктивне повратне информације и похвалити успехе појединаца и групе.
- Пружити помоћ у постизању консензуса постављајући питање тиму: “Како би изгледало најбоље решење?”
- Идентификовати ко је одговоран за следећи корак и поставите временски рок.
- Препознати када се продуктивност смањује или ако се разговором тим удаљава од теме.
- Посматрати групу и размислити о групном процесу: да ли сви чланови учествују?
- Да ли постоји сукоб? Да ли су циљеви и улоге јасни? Да ли су проблеми решени ефикасно и благовремено?

## Примери начина реализације наставе

### Стицање комуникационих вештина „Како саопштити лоше вести пацијенту?“

Као пример наводи се анализа ефеката заједничког рада у малим групама студената медицине и здравствене неге где су принципи рада студената били засновани на интерпрофесионалном учењу, а циљ стицање комуникационих вештина са темом: Како саопштити лоше вести пацијенту? Поред методе „играње туђе улоге“ у раду се поштовао *SPIKES* метод, који подразумева:

*S (Setting and Listening Skills)* средина и вештина слушања. Средина/окружење: физички простор, поштовање приватности, без физичких баријера, избегавати прекиде, поштовање временских оквира; Слушање и посматрање: „језик тела“, контакт очима, отворена питања, паузе, тишине, осмехивање, разјашњавање, коришћење додира који не угрожава (нпр. руке, подлактице)

*P (Patient's Perception)* опажање пацијента. Какво је виђење пацијента у вези са здравственим стањем и озбиљношћу проблема? Питања усмерена на шта он/она зна или сумња? Како прати и схвата шта му се дешава? Да ли постоји неслагање између медицинске информације и опажања?

*I (Invitation)* Позив. Проверити да ли пацијент жели да зна детаље дијагнозе и/или лечења „Да ли сте ви од оних особа који желе да знају..“

*K (Knowledge)* Како саопштити „знање“ тј. нове информације о болести. Изнети чињенице у малим деловима, коришћењем одговарајућих термина. Почети од онога што пацијент зна. Корак по корак саопштавати нове информације, проверити разумевање после сваког дела, одговорати на вербалне и невербалне реакције пацијента. Користити упозорења типа нпр. „плашим се да тестови нису у реду, ствари су се показале озбиљнијим него што смо/сте мислили“. Употреба цртежа може бити од помоћи.

*E (Explore Emotions and Empathize)* Истражити емоције и наглашавати током говора, тако што ће се идентификовати емоције, идентификовати узрок и одговорити на начин који показује да је успостављена веза са пацијентом, нпр. „Видим да су вас ове вести прилично изненадиле“. Ова вештина помаже да пацијент схвати информацију и изнесе забринутост.

*S (Strategy and Summary)* Стратегија и сумирање. Предложити стратегију засновану на медицинским чињеницама и очекивањима пацијената. Проценити пацијентов одговор; договорити план. Сумирати главне чињенице; проверити да ли је постигнут договор и да нешто није изостављено. Питати да ли има било шта што он/она жели да пита. Договорити јасан план за следећи контакт.

Учећи заједно студенти су имали могућност упознавања са различитим професионалним улогама и приступима у саопштавању „лоших“ вести пацијенту. Анализа заједничког рада извршена је помоћу посебно креираних упитника са отвореним и затвореним питањима. Став студената оба студијска програма је да овакав приступ учењу омогућава усвајање комуникационих вештина у „безбедном“ окружењу, велику применљивост у будућој пракси, а посебно су позитивно биле оцењене дискусије.

#### *Учење засновано на примени симулације*

Вид учења заснован на симулацији саставни је део већине ИПО програма, а посебно оних за стицање знања, вештина и ставова за рад у ургентној медицини. Симулације се могу реализовати на различите начине играњем улога, методом приказа случаја, рачунарском симулацијом, применом модела пацијент-симулатора у окружењу које делимично или потпуно опонаша реалне клиничке услове. Од посебног значаја је примена модела симулатора. Модели који се користе у симулацији се разликују у реалности приказа одређене ситуације, неки су мање напредни (не постоје све компоненте реалне ситуације), док су неки напреднији и знатно реалнији. Примена ових модела је од великог значаја јер се копирају ситуације из клиничке праксе, с тим што се она у овом случају одвија у сигурном животном окружењу, без могућности да се нашкоди пацијенту. Данас већина факултета здравствене струке поседује симулационе центре опремљене софистицираним симулационим моделима и пропратном опремом. На слици 8 приказани су модели симулатора из Симулационог центра у Печују, Мађарска и Симулационог центра Медицинског факултета Универзитета у Новом Саду. Позитивни исходи примене ИПО у оваквим центрима, потврђени су многим добро дизајнираним студијама, а улагање у ове центре данас није више питање престижа већ реалне елементарне потребе образовања у области здравства.





**Слика 8. Симулациони центар у Печују, Мађарска (посета чланова ReFEHS пројекта, април 2017)**





**Слика 9. Симулациони центар Медицинског факултета Универзитета у Новом Саду (финансирано из средстава пројекта ReFEENS; посета чланова радне групе за Интерпрофесионално образовање, септембар 2017)**

## Зачеци интерпрофесионалног образовања у Србији

Интерпрофесионално образовање се као нова образовна стратегија у нашој земљи појављује по први пут са пројектом *ReFEHS* у оквиру Еразмус+ програма КА2. Носилац овог пројекта је Универзитет у Београду и финансиран је од стране Европске комисије у периоду 2015-2018. године. Осим Универзитета у Београду – Фармацеутског факултета у пројекту су учешће узели национални партнери Медицински и Стоматолошки факултет у Београду, Медицински факултети у Новом Саду и Нишу и Факултет медицинских наука у Крагујевцу и инострани Тринити колеџ Универзитета у Даблину, Универзитети у Лисабону, Печују и Медицински Универзитет у Софији. Поред циљева пројекта који су се односили на унапређивање наставних планова и програма и извођења студентских стручних/клиничких пракси студената медицинских и здравствених наука, као и унапређења компетенција наставника и ментора факултета, један од циљева пројекта је био да се развију заједнички планови и програми за интерпрофесионално образовање различитих профила здравствених радника и реализује настава. Реализацијом овог циља желело се постићи побољшање знања и вештина како студената здравствених студија тако и здравствених радника које би омогућило већи степен сарадње у оквиру тимова и здравствену заштиту пацијента вишег нивоа квалитета.

Предуслов за развој заједничких наставних планова и програма за ИПО различитих профила здравствених радника подразумева да се наставници и сарадници, али и студенти упознају са овом образовном стратегијом и испитају њихови ставови према њој који би указали на спремност да се ИПО развија и имплементира у студијске програме медицинских наука у Србији.

### ***Познавање и ставови наставника и сарадника према интерпрофесионалном образовању у Србији***

Анкетним упитником за наставнике и сараднике високошколских установа на универзитетима у Србији који образују будуће здравствене раднике испитивало се:

- познавање интерпрофесионалног образовања;
- утицај социо-демографских карактеристика наставника и сарадника на њихове ставове;
- постојање разлике у ставовима наставника и сарадника између различитих студијских програма здравствених професионалаца (медицина, стоматологија, фармација, здравствена нега), као и између различитих универзитета у Србији на којима се ови студијски програми реализују;
- које препреке, према мишљењу испитаника, у највећој мери представљају баријеру за увођење ИПО у студијске програме медицинских наука;

- спремност наставника и сарадника за усвајање нових знања, креирање и реализацију ИПО наставе на високошколским установама медицинских наука у Србији.

Према добијеним подацима истраживања учествовало је знатно више особа женског пола међу којима је више сарадника и млађих наставника у односу на ванредне и редовне професоре. Од укупног броја испитаника (303), највећи број учесника у истраживању је са Медицинских факултета што је и разумљиво јер на Универзитетима у Новом Саду, Нишу и Крагујевцу исти наставници изводе наставу на више студијских програма здравствених струка.

#### *Познавање ИПО као образовне стратегије здравствених радника*

Већина испитаника је препознала да је ИПО учење са другима, о другима и од других. Незнатан број наставника и сарадника, највише са Медицинског факултета је сматрало да је ИПО учење са другима. У погледу информисаности о ИПО нешто више од половине испитаника је делимично информисано, потом су бројнији они који су не информисани и само непуних 8% испитаника је потпуно информисано о овом виду учења. Према мишљењу испитаника потребе за развојем и увођењем ИПО базиране су на ефективном тимском раду, мањим трошковима за образовне и здравствене установе и побољшању услуга здравствене заштите.

#### *Препреке за увођење ИПО у Србији*

Испитивање је обухватило и мишљење наставника и сарадника које су то препреке, системске, као и функционалне и оперативне кључне за увођење ИПО на факултетима који образују будуће здравствене професионалце. На основу искуства развијених образовних система, међу системским препрекама били су понуђени следећи одговори: менаџмент образовних и здравствених установа, ресорна министарства, фокус на професионалне квалификације, а не на компетенције, као и могућност да се дода нешто друго према мишљењу испитаника. Око половине испитаника (50,2%) сматра да је кључна системска препрека за увођење ИПО фокус на професионалним квалификацијама, а не на компетенцијама. Чак 59,2% оваквих одговора је било од стране наставника и сарадника са Медицинског факултета, 17,1% са Стоматолошког, 13,2% са Фармацеутског факултета, 8,6% са одсека фармације, 1,3% са одсека стоматологије и 0,7% са одсека здравствене неге. Нешто више од четвртине испитаника (27,4%) мишљења је да је кључна системска препрека за увођење ИПО менаџмент образовних и здравствених установа, док је 18,8% наставника и сарадника као кључну системску препреку препознало ресорна министарства. Приближно сличан број испитаника са Медицинског факултета сматра да су кључне препреке за увођење ИПО ресорна министарства и менаџмент образовних и здравствених установа. У мишљењу наставника и сарадника Стоматолошког и Фармацеутског факултета има извесних разлика, испитаници са

Стоматолошког факултета су били бројнији у одговору да кључну системску препреку представљају ресорна министарства док наставници и сарадници Фармацеутског факултета су више става да је кључна препрека менаџмент образовних и здравствених установа. Запослени на одсецима фармације су били приближно сличног мишљења у погледу ове две ставке као системских препрека за увођење ИПО.

Код овог питања, било је понуђено да испитаници могу дописати своје мишљење у одељку “остало” ако међу понуђеним ставкама нису пронашли одговор са којим се највише слажу. Неки од коментара су били:

*„Све претходно наведено.“*

*„Неразвијена свест о потреби за личним развојем и развојем тима или тимова у којима се ради.“*

*„Неуједначеност дефиниције, тумачења и циља ИПО.“*

*„Одсуство одговарајућих стандарда за акредитацију и обезбеђење квалитета студијских програма у оквиру образовно научног поља медицинских наука.“*

Изнети коментари указују да системска препрека може бити недовољно познавање ИПО, али и недостатак одговарајућих стандарда који би у циљу обезбеђења квалитета студијских програма медицинских наука препознали потребу и значај ИПО у настави будућих здравствених професионалаца.

Као кључна функционална и оперативна препрека код увођења интерпрофесионалног образовања у понуђеним одговорима су били наведени студенти, сарадници и наставници, здравствени радници, систематизација радних места, као и опција „друго” уколико се мишљење разликовало од понуђених одговора.

Више од половине учесника у анкети (57,1%) сматрало је да је кључна функционална и оперативна препрека код увођења ИПО систематизација радних места, потом да су то сарадници и наставници (21,8%), док је 14,5% испитаника навело здравствене раднике као кључну функционалну и оперативну препреку за увођење ИПО. Није било одговора да кључну функционалну препреку представљају студенти. У погледу мишљења испитаника са различитих студијских програма по овом питању код сваке наведене функционалне препреке око половине одговора су запослени на Медицинском факултету, а приближно сличан број истомишљеника је међу запосленима на Стоматолошком и Фармацеутском факултету (табела 5).

Табела 5. Кључна функционална и оперативна препрека за увођење ИПО у Србији

Факултет/одсек	Функционалне и оперативне препреке за увођење ИПО (%)				
	Студенти	Наставници и сарадници	Здравствени радници	Систематизација радних места	Друго
Медицински факултет	/	48,5	59,9	58,4	
Стоматолошки факултет	/	25,8	15,9	17,3	
Фармацеутски факултет	/	18,2	15,9	16,8	
Одсек фармација	/	/	9,1/	6,4	
Одсек стоматологија	/	/	/	1,2	
Укупно	/	21,8	14,5	57,1	6,6

Известан проценат испитаника (6,6%) своје мишљење у погледу кључне функционалне и оперативне препреке за увођење ИПО-а навело је у одељку “друго”. Неки од коментара су:

*“Недостатак информација о програму ИПО и начину реализације овог вида образовања.”*

*“Значај и корист од ИПО нису довољно препознатљиви, тако да постоји недовољна мотивисаност сарадника и наставника и студената.”*

*“Међуљудски односи и сујета.”*

*“Свест људи о тимском раду и конзилијарном приступу и мултифакторијалном приступу свакој проблематици без сујета и предрасуда.”*

Интересантно је да и у овом случају, као и у претходном код системских препрека, наведен одговор је недостатак информација о ИПО, а посебно недостатак информација о начину реализације овог вида образовања. Стога је наведена препрека један од повода за припрему овог приручника. Из само неколико коментара може се видети да сујета међу здравственим радницима може бити једна од функционалних препрека за увођење ИПО наставе у нашој земљи.

Сумарно, према мишљењу више од половине испитаника кључна системска препрека за увођење ИПО је фокус на професионалним квалификацијама, а не на компетенцијама. Као следеће системске препреке препозната су ресорна министарства и менаџмент образовних и здравствених установа. Када је реч о функционалним и оперативним препрекама, нешто више од половине испитаника сматра да је то систематизација радних места, а потом да зависи од наставника и сарадника и здравствених радника. Известан број испитаника

навео је да је нешто друго кључна препрека међу којима се издвајају недовољна информисаност о ИПО и начину реализације наставе, недовољно познавање значаја ИПО, као и сујета међу здравственим професионалцима. Систематизација радних места у здравству и образовању Србије је у знатном заостатку у односу на потребе и очекивањима друштва, а што је предуслов за свеукупно здравље, успешније и богатије друштво.

### *Ставови према ИПО*

Ставови наставника и сарадника према ИПО испитани су *RIPLS* упитником (енгл. *Readiness for Interprofessional Learning Scale*) тврдњама према Ликертовој скали. Добијени висок коефицијент *Cronbach's alpha* указује да је овај део упитника поуздан за испитивање датих ставова. Укупан *RIPLS* скор показује позитиван став наставника и сарадника према ИПО, а испитаници су се највише усагласили и сложили у вези с двема тврдњама: вештине тимског рада студенти свих студијских програма на факултетима/школама здравствених наука треба да усвоје током студија и заједничко учење студената током студија ће побољшати комуникацију између здравствених радника и осталих чланова здравственог тима. И у вези с осталим тврдњама ставови су били прилично усаглашени и статистичком обрадом података није добијена значајна разлика у мишљењу наставника и сарадника са различитих универзитета и међу наставницима и сарадницима који наставу изводе на различитим студијским програмима здравствених професионалаца.

### *Спремност наставника и сарадника за учешће у креирању и дељењу наставних материјала*

Скоро сви учесници истраживања (94,4%) потврдили су своју заинтересованост да усвоје нова знања о ИПО и колаборативној пракси. Такође, већина наставника и сарадника (91,4%) заинтересована је и вољна да креира наставне материјале и учествује у интерпрофесионалном образовању. На питање да ли су сагласни и вољни да наставне материјале које буду креирали деле са колегама свих студијских програма који учествују у интерпрофесионалном образовању, 93,7% учесника је одговорило потврдно, док је 6,3% одговорило одрично.

На крају упитника је испитаницима остављена могућност да напишу свој коментар у погледу интерпрофесионалног образовања и колаборативне праксе. Од укупног броја наставника и сарадника који су учествовали у истраживању, 10% је оставило свој коментар за овај вид учења на студијским програмима медицинских наука. Сви дати коментари су позитивни, а неки од њих дати су у наставку текста.

„Надам се да ће ИПО иницијатива заживети у установи у којој сам наставник.“

„Поздрављам иницијативу за покретање интерпрофесионалног образовања.“



„Недостаје више информација о: искуствима других земаља у погледу основних програма за интерпрофесионално образовање, основним садржајима интерпрофесионалног образовања, начинима реализације програма наставе интерпрофесионалног образовања за студенте различитих студијских програма.“

„Волела бих да поред ове анкете коју решавамо једном годишње дође и до неке конкретне реализације оваквог вида образовања, а не да се све заврши на решавању анкете и прикупљању статистичких података.“

„Интерпрофесионално образовање је будућност савремене здравствене услуге са пацијентом у фокусу и апсолутно је неопходно у образовном систему за креирање здравствених професионалаца.“

„Време је за дела.“

„Треба разјаснити суштину потребе интерпрофесионалног образовања као вида едукације, креирати стратегију интерпрофесионалне активности, створити услове за практичну реализацију и бити свестан бројних лимита у тимском раду.“

„Сматрам да би новина овакве врсте била право освежење и видим само велике добити како по колеге тако и по пацијенте.“

„Као фармацеут, сматрам да би интерпрофесионално образовање омогућило фармацеутима да постану боље прихваћени (од стране лекара и пацијената, пре свега), да искажу боље своје компетенције и обављају све оно за шта се школују. Због тога сматрам да је интерпрофесионална сарадња још током студија изузетно важна.“

Из изнетих коментара може се закључити да наставници и сарадници верују да ће овај вид учења заживети на студијским програмима медицинских наука у Србији уз неопходне активности у смислу доношења стратегије за ИПО, као и бројних других активности кроз семинаре и радионице за наставнике и сараднике за више упознавање са ИПО, искуствима других земаља и спознаје о методама реализације ИПО наставе која се у много чему разликује од извођења традиционалне наставе каква се данас углавном изводи. Међу испитаницима је и оних који верују да је ИПО настава будућност савремене здравствене услуге.

\*\*\*

*- Показан је позитиван став наставника и сарадника сва четири Универзитета у Србији према ИПО, а испитаници су се највише усагласили и сложили у вези с два тврдњама: вештине тимског рада студенти свих студијских програма на факултетима/школама здравствених наука треба да усвоје током студија и заједничко учење студената током студија ће побољшати комуникацију између здравствених радника и осталих чланова здравственог тима;*

- Већина наставника и сарадника који су учествовали у истраживању је сагласно (није уочена статистички значајна разлика у ставовима наставника и сарадника са различитих универзитета, као и међу наставницима и сарадницима који наставу изводе на различитим студијским програмима здравствених професионалаца) да ће овакав вид учења, тј. заједничко учење допринети ефикаснијем раду здравственог тима, бољем разумевању проблема пацијента, бољем сагледавању својих професионалних ограничења, бољој комуникацији са пацијентима и њиховим породицама и да ће општа добит за пацијента бити већа ако студенти свих здравствених профила буду учили и сарађивали током студија, а тиме ће и ефикасност здравствене заштите бити већа;

- Испитивани наставници и сарадници су изразили заинтересованост за ИПО као вид учења будућих здравствених радника и спремност да сазнају више о ИПО настави, начину на који се изводи, као и да своје креиране материјале за ИПО наставу деле са другим наставницима и сарадницима, свесни да је ИПО настава будућност савремене здравствене услуге;

Управо је и намена овог приручника да пружи значајне информације о ИПО, потреби за њеним увођењем, појашњену препрека и могућим решењима за њихово превазилажење, али и начинима реализације наставе.

### **Прва реализација ИПО наставе у Србији**

Радна група за интерпрофесионално образовање је у оквиру *ReFEEHS* Еразмус-пројекта креирала јединствен план наставе за сва четири универзитета: Универзитет у Београду, Новом Саду, Крагујевцу и Нишу. Током школске 2017/2018. године ИПО настава је реализована на овим универзитетима. Коришћен је „мешовити“ вид учења. Постављена је електронска платформа са материјалима које су креирали чланови радне групе. Организоване су радионице на којима су студенти уз помоћ фацилитатора/модератора радионице решавали студије случајева и заједнички долазили до најбољег решења за пацијента. Наставу је похађало око 80 студената на Универзитету у Београду, 40 студената на Универзитету у Нишу, 15 студената на Универзитету у Новом Саду и 12 студената на Универзитету у Крагујевцу. Неопходни су даљи кораци на развијању стратегије за ИПО наставу на дужи временски период са циљем да се постигне одрживост и да у што скорије време ИПО настава буде обавезна за све студенте медицинских и сродних наука у Србији.





# **Тимски рад и вештине комуникације – основ ефикасне колаборативне праксе**

*Љиљана Тасић, Ивана Тадић*

## Тимови

### *Интердисциплинарни тимови*

Тим је скуп две или више особа које су у динамичној интеракцији, самостално функционишу, и које се прилагођавају према заједничким вредносним циљевима/мисији, у ком свако има додељену специфичну улогу или задатак који треба да обави, и који постоји ограничено време.

Појам „тим“ треба разликовати од „радне групе“. Чланови радне групе задржавају своју индивидуалност током рада (нпр. рад лекара и медицинских сестара) док су чланови тима међусобно зависни. У радним групама је више присутна традиционална хијерархијска структура у којој лидер носи одговорност.

Бити ефикасан члан тима захтева разумевање вредности и ставова чланова, као и разумевање организационих култура и вредности у оквиру којих тим функционише обзиром да то утиче на интеракцију између чланова. Јасно дефинисање улоге чланова тима могу да допринесу бољем функционисању и спречавању неспоразума. Треба узети у обзир и психолошке факторе појединачца у циљу што бољег управљања тимом.

Потреба за тимским радом је пре свега препозната у области анестезиологије. Познато је да здравствени професионалци из ове области морају да раде са лекарима, медицинским сестрама и другим здравственим професионалцима у ситуацијама хитног збрињавања пацијената.

Лекари, фармацеути, медицинске сестре, техничари морају да координирају активности како би збрињавање пацијената било ефективно. Здравствени професионалци обављају међусобно-зависне задатке у истом, заједничком циљу који је добробит/бољитака за пацијента тј. квалитетна здравствена заштита. Међутим, иако испорука здравствене заштите захтева тимски рад, чланови тимова су ретко тренирани заједно и уобичајено бивају обучени из посебних дисциплина и различитих едукативних програма.

Интердисциплинарни рад у тиму је комплексан процес у коме људи различитих образовних профила раде заједно, размењују своја искуства, знања и вештине. Концепт тимског рада у здравственом окружењу сагледава се из угла више дисциплина: менаџмента кадровима, понашања у организацији (тиму) и медицинских научних дисциплина које поседују чланови тима. Узимајући све у обзир тимски рад може да се дефинише на следећи начин:

„Динамички процес који укључује два или више здравствена професионалца са комплементарним знањима и вештинама, који стреме ка истим здравственим циљевима и који улажу физички и ментални напор у циљу приступа, пла-

нирања и евалуације здравствене неге пацијената. Овај циљ се достиже кроз међузависну колаборацију, отворену комуникацију и заједничко доношење одлука. На овај начин се постиже додатна вредност за пацијенте, здравствене установе и здравствене професионалце.

Исходи као производ тимског рада могу да буду значајни. Здравствени тимови често доприносе смањењу грешака током лечења пацијената. Исходи тимског рада могу да буду постигнути на три нивоа (личних добити, здравствених установа и здравствених тимова) и могу да утичу на задовољство здравствених професионалаца, квалитет здравствене заштите, контролу трошкова и побољшање здравља пацијената (табела 6).

Индикатори који могу да покажу колико ће тимски рад бити успешан јесу:

1. лични квалитет запослених и њихова посвећеност
2. комуникација у тиму
3. могућност за развој креативних метода за рад

Табела 6 Исходи здравствених тимова

Допринос здравственој установи	Допринос тимова	Лични бенефити	
		Пацијената	Чланова тима
Смањење времена и трошкова хоспитализације	Унапређена координација у пружању здравствене заштите	Веће задовољство	Постизање задовољства послом
Ефективна испорука здравствених услуга	Лакше прихватање третмана од стране пацијената	Веће разумевање здравствених радника	Бољи приступ пацијентима
Појачана комуникација и професионална разноликост	Побољшани исходи лечења и квалитета здравствене заштите	Смањење грешака током лечења	Побољшање лечења пацијената

Потреба за интердисциплинарним тимским радом је све већа у следећи ситуацијама:

1. за збрињавање пацијената старе животне доби и код повећаног броја пацијената који имају комплексне потребе у вези са хроничним болестима

2. када је потребна примена комплексних вештина и знања да би се пружи адекватна заштита пацијентима
3. када због већег броја уско-стручних специјализација и фрагментације знања различитих медицинских дисциплина ниједна особа није способна да сама збрине комплексне потребе пацијената
4. када је мултидисциплинарни рад подржан законским актима
5. када се у циљу што боље заштите пацијената тежи ка сталном унапређењу квалитета здравствене заштите. Према *Nancarrow* и сарадницима (2013) карактеристике добрих интердисциплинарних тимова приказане су у табели 7.

*Tabela 7. Карактеристике добрих интердисциплинарних тимова*

Карактеристике		Опис
1.	Лидерство и менаџмент	Лидер треба да буде јасно препознатљив са јасним правцима и начином управљања, да буде демократа, да може да пружи подршку и врши надзор, да развија личне особине у складу са менаџментом, особа која дела и слуша
2.	Комуникација	Особе које имају добро развијене вештине комуникације; потребно је обезбедити одговарајући систем како би се промовисала комуникација у тиму
3.	Личне награде, обука и развој	Учење, обука и развој; могућности за обуком и развојем каријере. Укључује личне награде и пружање могућности, моралне подршке и мотивације.
4.	Одговарајући параметри структуре и процедуре	Структура (нпр. састанци тимова, фактори организације, чланови тима запослени у истој установи). Обезбеђење да су процедуре подржане како би се обезбедила услуга (нпр. комуникациони системи)
5.	Одговарајући микс вештина	Довољно потребних вештина, компетенција, више професионалаца различитих здравствених профила, контрола личних особина; обезбеђење потпуне комплементарности чланова тима, и обезбеђење замене чланова тима (нпр. када је неко од чланова одсутан)
6.	Радно окружење	Развој културе поверења, значајних доприноса, потпуног слагања и потребе за стварањем интерпрофесионалне атмосфере.
7.	Индивидуалне карактеристике	Знање, искуства, иницијативе, спознаја предности и слабости, вештине слушања, учење кроз рефлексију, жеља за достизањем истих циљева у току тимског рада

8.	Јасноћа визије	Имати јасан скуп вредности који теже ка пружању услуге/ здравствене заштите. Приказивање униформне и конзистентне слике о тому.
9.	Квалитет и исходи здравствене заштите	Фокус орјентисан ка пацијентима, исходима и задовољствима; циклус подстицања у пружању повратних информација и бележења доказа о ефикасности здравствене заштите. Чињенице из овог циклуса служе за унапређење квалитета здравствене заштите.
10.	Улоге поштовања и разумевања	Размена снага, заједничког рада и аутономије.

### 1. Основни тимови

Основни тимови састоје се од тим лидера и чланова који су директно укључени у пружање здравствене заштите. Основни тимови обухватају здравствене професионалце лекаре, медицинске сестре, фармацеуте и позиционирани су у јединицама где се врши збрињавање.

### 2. Тимови који врше координацију

Ови тимови су групе чланова које врше свакодневно управљање кадровима и ресурсима.

### 3. Тимови који се формирају у непредвиђеним ситуацијама

Тимови који се формирају у хитним ситуацијама и за специфичне догађаје. Они су временски ограничени (нпр. тим у току реанимације срца, тимови који се формирају када се деси епидемија и сл.). Чланови ових тимова обично бивају преузети из других, већ постојећих, тимова.

### 4. Помоћни тимови

Тимови помоћног особља који пружају одређену директну, временски ограничену бригу пацијентима. То су углавном услуге подршке (тим за припрему хране и оброка према специфичним потребама пацијената) које олакшавају бригу о пацијентима, и често се не пружају на местима где пацијенти примају рутинску негу.

### 5. Службе подршке

Тимови који пружају индиректне специфичне услуге у оквиру објекта у ком се пружају услуге. Циљ ових тимова је да обезбеде ефикасна, сигурна, и чиста окружења у којима се пружа здравствена заштита и тиме допринесу бољем квалитету здравствене заштите.

### 6. Административни тимови

Ови тимови имају за циљ да обезбеде све ресурсе потребне за пружање здравствене заштите пацијентима. Они значајно доприносе култури организације (референца горе).

Постоји више фаза у формирају тимова: формирање (енгл. *forming*), конфузија (енгл. *storming*), нормирање (енгл. *norming*) и перформанс (енгл. *performing*). Формирање је окарактерисано нејасноћом и конфузијом када се тим први пут формира. Чланови тима су уздржани и треба да крену у заједнички рад са циљевима који им још увек нису блиски. Фаза конфузије је период када су могући конфликти међу члановима тима и када постоји отпор према постављеним задацима. У овој фази може да постоји конкуренција за позиције других чланова тима и фрустрације уколико изостане добар резултат при решавању задатака. Нормирање је фаза када се успоставља отворена комуникација међу члановима тима и када тим почиње да се бори са постављеним задацима. Уопштено, ово је фаза када се прихватају процедуре и облици комуникације. Фаза перформансе настаје када су сви чланови тима оријентисани ка постизању истог циља. Тим у овој фази је отворен, пун поверења и жеље за пружањем подршке међу члановима тима, снажљив и ефикасан.

### **Лидерство**

Ефективно руковођење је кључна карактеристика ефикасног тима. Ефективни лидери тима могу да олакшају и координирају активности осталих чланова тима прихватањем водеће улоге. Ова улога подразумева праћење актуелних стања, постављање приоритета и доношење одлука. Особине лидера су да: користи ресурсе за максималне перформансе; поседује вештине решавања конфликта који се јављају међу члановима тима; балансира оптерећење чланова тима; поседује вештине делегирања задатака; оснажује чланове тима да слободно говоре и постављају питања; да организују активности усавршавања и обуке чланова тима; инспирише друге људе; обезбеђује позитивну атмосферу за рад тима. Лидери могу да затраже помоћ од осталих чланова тима када је потребно. Према теорији понашања, природа лидерства је да стимулише, усмерава, мотивише напоре подређених, а у правцу остварења постављених задатака и циљева. Лидери здравствених тимова су уобичајено здравствени професионалци. Потребно је да лидери тимова интерпрофесионалне здравствене заштите поседују различите вештине и компетенције како би се успешно спровела здравствена заштита.

Стилови лидерства су пре свега одређени за шире организације, али када је у питању збрињавање пацијената можемо издвојити следеће стилове лидерства:

1. Трансформационо лидерство - стил који се одликује стварањем односа и мотивације међу члановима тима. Особине ових лидера јесу да имају способност уливања поверења и поштовања чланова тима. Својом лојалношћу тиму утичу на дељење заједничке визије што доприноси повећању продуктивности, моралној подршци запослених и повећаном задовољству послом.
2. Колаборативно лидерство – укључује комуникацију са члановима тима и организацијама које треба да подрже рад тима, како би омогућило самостално информисано доношење одлука чланова тима. Овај тип лидерства подстиче комуникацију међу члановима тима, помаже у размени знања и искустава, повећава мотивисаност, подржава самостални рад појединца и смањује ниво комплексности процеса који треба да се обаве. Лидер треба да обезбеди услове за синергистичко деловање тима, односно да уједини чланове тима око заједничког циља.
3. Аутократско лидерство - сматра се идеалним за хитне случајеве у којој лидер доноси све одлуке не узимајући у обзир мишљење особља. Штавише, грешке се не толеришу и кривица се преноси на чланове тима.
4. Конфликтни менаџмент стил лидера - у овом стилу лидер подржава конфликтне ситуације. Особине чланова тима су: индивидуализам чланова тима, лоша комуникација, присутни конфликти личности или конфликти у групи, организациона структура. Лидер који предводи овакав тим за пружање здравствених услуга мора да пронађе одговарајући приступ за решавање конфликта у циљу стварања позитивних исхода свих укључених у тиму. Пожељно је да лидер подстакне међу запосленима такмичарски дух, склоност ка компромису, прилагођавање, колаборацију/спремност за сарадњу, олакшану комуникацију, постизање консензуса и да предложи могућа решења проблема.
5. Дељење улоге лидера – многе студије су показали да здравствени професионалци тешко прихватају ауторитативне лидере, обзиром да су многи лично одговорни за процес пружања здравствене заштите. Лидерство у овим ситуацијама мора да буде фокусирано на колаборативност, делегирање задатака, расподелу одговорности и дела лидерства појединцима. Овај тип лидерства поспешује самостално доношење одлука појединца.
6. Лидерство оријентисано ка циљевима – обухвата планирање радних активности, јасну поделу улога појединца унутар тима или групе, постављање јасних циљева и континуирано праћење перформанси процеса.

Према СЗО фармацеут је један од чланова здравствених тимова и има важну улогу у пружању здравствених фармацеутских услуга друштву. Концепт „седам звезда фармацеута“ према ИФФ (Интернационална федерација фармацеут)



обухвата следеће улоге фармацеута: пружање здравствених услуга, доношење одлука, комуникацију, менаџерски дух, усавршавање током целог живота, улогу учитеља и лидера.

### **Конфликти**

Све више постоје захтеви да се у здравственим установама ради у интердисциплинарним тимовима. Са друге стране ефективни рад у тиму наилази на многе потешкоће. Једна од њих је и конфликт – процес који настаје услед разлика/неслагања чланова тима. Лош интердисциплинарни тимски рад може да доведе до грешака у лечењу, незадовољства пацијената, непотребних трошкова. Конфликт у здравственим установама може да настане услед различитих фактора: лоше комуникације, присутне конкуренције између здравствених професионалаца и разлике у позицији/моћи.

У теорији о понашању конфликти су саставни део сарадње и кооперације. Конфликти се не сматрају нужно негативним. Током конфликта може доћи до позитивне размене мишљења, да се подстакне дискусија и генеришу нове идеје (позитивни конфликти). Квалитет здравствене заштите може значајно да буде угрожен уколико су у болницама присутни негативни конфликти и обрнуто.

Конфликти се могу поделити према актерима који у њима учествују. У том смислу постоје: интраперсонални, интерперсонални, конфликти у групи и конфликти међу групама.

1. Интраперсонални конфликти су лични конфликти унутар појединца. Овај конфликт има психолошку димензију и настаје унутар мисли појединаца, услед вредности, принципа, веровања појединца и може значајно да утиче на функционисање у здравственој установи. У оваквим ситуацијама појединци често бивају фрустрирани што се манифестује апатијом до агресивности. Лидерима је уобичајено тешко да утичу на ове конфликти. Кроз разговор са појединцима могуће је доћи до позитивних промена (мисли/идеја) код појединаца.
2. Интерперсонални конфликти - конфликти између два појединца у групи. Средина из које долазе појединци, њихова култура и вредносни систем се могу разликовати, што може да допринесе инкомпатибилним ставовима. Узроци интерперсоналних конфликта могу бити лични и функционални. Лични конфликти настају између два појединца када постоји потреба да међусобно сарађују упркос разликама у њиховим постављеним циљевима и знањима. Уколико не дође до разумевања између појединаца, овакви конфликти могу да угрозе квалитет при збрињавању пацијената. Функционални извор конфликта настаје када се пред здравственим професионалци-

ма нађу преобимни, недовољно јасни задаци што може бити узрок осећаја незадовољства и фрустрације појединаца.

3. Конфликти у групи – дешавају се између појединаца унутар групе углавном због некомпатибилности међу њима и погрешног разумевања. Позитивни конфликти унутар групе могу да допринесу: здравим и енергичним идејама, веровањима и закључцима. Негативни конфликти, који неретко укључују и изражавање емоција код појединаца, не само да не доприносе да се појединци понашају ефективно, већ могу да умање успешност групе и да доведу до изостанка резултата. Решавање негативних конфликта може да буде прилично исцрпљујуће и да траје дуже време.
4. Међугрупни конфликти - између више група унутар организације услед погрешног разумевања (нпр. одељење хитне службе и одељење интензивне неге). Узроци могу да буду ограничена средства која су им на располагању за рад, различити положаји група, лоша комуникација између група, величина група и сл. Некада су ови сукоби узроковани разликама у опажањима стварности, разликама у циљевима итд.

Решавање конфликта по класичном концепту може се обавити на три основна начина, и то: прихватањем доминације једне стране у сукобу; доказом да ниједна страна није у праву те је решење *status quo*; компромисом међу странама до кога се долази преговарањем.

Веома је важно да појединци обезбеде здраву средину за рад и избегавају стресне ситуације уважавањем вредности и ставова других појединаца. За добар тимски рад је важно овладати вештинама комуникације и вештинама функционисања у мултикултуралним организацијама.

### **Кроз комуникацију до саветовања**

Реч „комуникација“ потиче од латинске речи *communicatio* што значи саопштавање. Под комуникацијом се у ширем смислу подразумева преношење информација, идеја или осећања, односно размена мишљења или интеракција између два или више учесника. У процесу комуникације се остварује утицај једног учесника на други. Интеракција схваћена као процес којим се остварује друштвени утицај, може се описати следећим карактеристикама:

- општост - подразумева да се интеракција јавља у свим областима социјалног понашања
- сврсисходност - подразумева да сваки учесник интеракцију схвата као средство за остварење једног или више циљева

- узајамност - подразумева да учесници своје циљеве опажају као више или мање међузависне
- организованост - подразумева да сваку интеракцију карактерише извешан степен стандардизованости модела понашања и тежња ка формализацији односа
- персонализованост - суштинско обележје сваке социјалне интеракције. Степен персонализованости понашања учесника у интеракцији је тесно повезан са њиховом самосталношћу и степеном аутономности у односу на социјално окружење. Интеракција је персонализована у оној мери у којој се особе које у њој учествују осећају лично одговорним за своје поступке и последице својих поступака. По правилу највећи степен персонализованости карактерише оне врсте интеракција које се јављају у групама од две јединке (дијадама) и неформалним малим групама.

Сваки комуникациони процес се структурално описује помоћу следећих елемената:

- Пошиљалац поруке - који представља извор информација. Пошиљалац мора да зна шта жели да саопшти и на који начин то жели да уради, да при томе на јасан и директан начин пошаље поруку.
- Прималац - онај који прима поруку.
- Медиј – начин на који се преноси информација (е-маил, лекарски извештај, рецепт, усмено изражавање и др.)
- Порука - информација која се преноси од пошиљалоца до примаоца. Порука треба да садржи тачне и релевантне информације, да буде јасно структурирана, треба да је прилагођена могућностима медија преносилаца и мора да буде прилагођена примаоцу.
- Исход - реакција на примљену поруку која се најчешће огледа као промена у понашању и представља доказ да је дошло до комуникације.

### **Типови комуникације**

У односу на то да ли се комуникација одвија путем медија за пренос информација, разликује се посредна и непосредна комуникација. Посредна комуникација се обавља путем неког медија, док се непосредна комуникација обавља директно међу учесницима.

У зависности од начина на који се преносе поруке непосредна комуникација може бити вербална и невербална. Вербална комуникација се остварује путем говора и она је директна, брза, ефикасна и не зависи ни од каквих технолошких помагала.

Вербална комуникација је, великим делом, под свесном контролом. Главни чиниоци вербалне комуникације су: реч, контекст и конструкција реченице.

Невербална комуникација се односи на све друге начине комуникације осим речи (говор тела, израз лица, гестикулација). Невербална комуникација поред изговорених речи има још две компоненте: глас (боја, тон, јачина, паузе, изговор, брзина говора) и изглед (положај тела, гестикулација, израз лица, мимика, лични простор и додир). Додир често обавља функцију успостављања комуникације, нпр. када се рукујемо или поздрављамо са неким, али најчешће показује блискост са неком особом. Битан сегмент нечијег визуелног доживљаја су одећа, шминка и фризура, и на тај начин се шаље порука о сопственом идентитету. Лични простор које тело заузима, показује став који саговорник има у односу на друге актере комуникације и дели се на четири зоне: интимну (до пола метра), личну (од пола метра до 120 цм), друштвено-консултацијску (од 120 цм до 3 метра) и јавну (од 3 метра навише). И неки типови посредне комуникације могу имати поред вербалне и невербалну компоненту, али је она код посредне комуникације слабије приметна. За разлику од говора, кроз невербалну комуникацију изражава се наш став и емоционални однос према тим информацијама. Невербална комуникација или језик тела, увек допуњује вербалну и често је нисмо ни свесни, јер невербална комуникација је само делимично под нашом контролом.

### **Стилови комуникације**

Стил комуникације представља несвесну технику обликовања комуникације. То је посебан, карактеристичан начин или тон у изражавању који обележава целокупну активност понашања једне особе. Постоје три основна стила комуникације (карактеристике ових стилова приказане су у табели 8):

- Пасиван (не-асертиван)
- Самопоуздан (асертиван)
- Агресиван

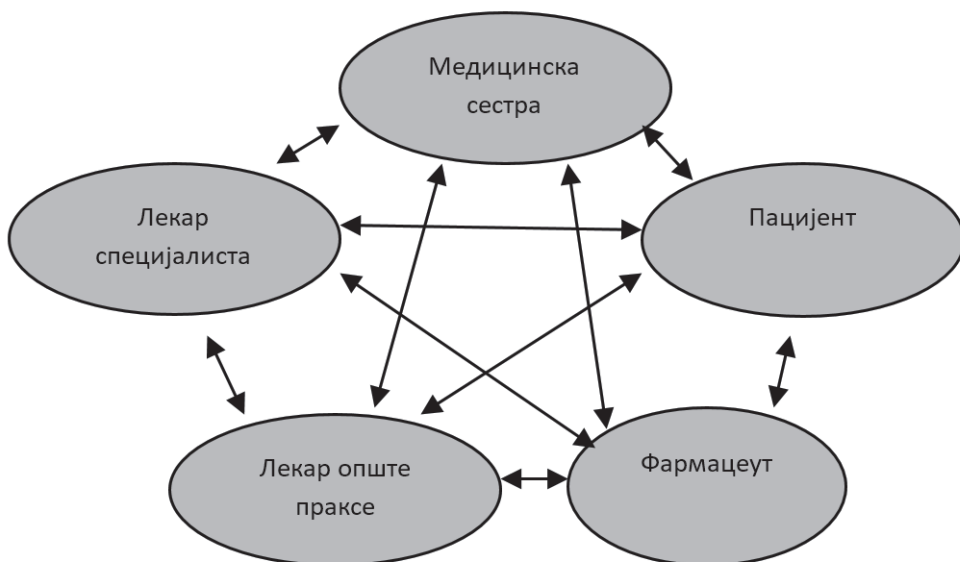
Табела 8. Основни стилови комуникације

СТИЛ	ПАСИВАН	САМОПУЗДАН (АСЕРТИВНИ)	АГРЕСИВАН
ДЕФИНИЦИЈА	права других испред сопствених	особа тражи своја права, али поштује и права других	особа тражи своја права, али не уважава права других
КАРАКТЕРИСТИКЕ	особа је неодлучна, индиректна, не изражава сопствене жеље и осећања, избегава и игнорише сукобе	особа је директна, изражава сопствене жеље и осећања, отворена, флексибилна, свестрана, оријентисана на акцију, ефикасан, активан слушалац	особа остварује циљеве на рачун других, прекида друге у говору, доминира у комуникацији, улази у сукоб са другима, лош слушалац
ИМПЛИКАЦИЈЕ У ПРАКСИ	особа негира сопствено самопоуздање, осећај инфериорности	особа је самопоуздана, показује осећање једнакости са другим људима	особа је самопоуздана на рачун других, осећање супериорности
ВЕРБАЛНА КОМУНИКАЦИЈА	нејасна, прикривена; слаб, несигуран, оклевајући глас	„ја изјаве“, отворена, искрена, директна; сигуран, убедљив, топао глас	„ти изјаве“, арогантна, оптужујућа, заповедна непријатан, увредљив, дрчан глас
НЕВЕРБАЛНА КОМУНИКАЦИЈА	особа је напета, затворена, скреће поглед	особа има сигурно и опуштено држање, отворени, директан контакт очима, пажљиви, заинтересован израз лица	особа делује напето, заповеднички и осионо
ПОТЕНЦИЈАЛНЕ ПОСЛЕДИЦЕ	особа има смањено самопоштовање, потиснут бес, лажно осећање инфериорности, непоштовање од других	особа има повећано самопоуздање, самопоштовање, поштовање од других	код особе је присутан осећај кривице, осећај љутње, беса, особа је нестрпљива, фрустрирана, гнев уперен од стране других, непоштовање од стране других, поседује смањено самопоштовање, уплашеност од стране других
ВЕРОВАЊА	„Други имају више права него ја“ „Ја никада нисам у праву“	„И ја сам у праву, али и други“ „Ја сам вредан, али и други су вредни“	„Свако треба да буде попут мене“ „Ја сам увек у праву“

## Комуникација здравствених професионалаца и пацијената

Здравствени професионалци око 60% радног времена проведу у комуникацији. Од укупног времена око 50% комуникације односи се на директну комуникацију, док је писана комуникација у виду е-маил поруке заступљена са 25%. Само 10% комуникације односи се на писану комуникацију у виду лекарских извештаја. Овакав резултат може да варира у зависности од позиције и одељења на ком здравствени професионалци раде.

Сложеност усмене комуникације се повећава бројем учесника у комуникацији. Нпр. уколико су присутна три учесника у комуникацији (нпр. лекар, медицинска сестра и пацијент) могуће је остварити три различите интеракције (процеса комуникације) између свака два учесника (лекар – мед. сестра, лекар-пацијент, мед. сестра-пацијент). Уколико се број учесника повећа на пет, број интеракција расте на десет (слика 10). Током четири дана болничког лечења једног пацијента могуће је остварити до педесет интеракција међу здравственим професионалцима и помоћним радницама.



Слика 10. Број процеса комуникације када је укључено пет учесника

Недостатак или неадекватна комуникација може допринети настанку медицинских грешака, што може да доведе до погрешног лечења, неадекватног лечења, погоршања здравственог стања пацијената или чак смртног исхода.

Корисници здравствене услуге се приликом доношења одлуке о сопственој болести или третману ослањају на:

- сопствено искуство са болешћу и различитим третманима
- информације наметнуте од стране породице, пријатеља и културе
- интеракцију са здравственим професионалцима.

Успешна комуникација са пацијентима у здравственим установама у циљу побољшања здравља пацијената може да допринесе:

- тачности у дијагностици на основу чињеница прикупљених у разговору са пацијентима. Уколико се пацијентима не дозволи да изнесу све чињенице, чак и чињенице које се пацијентима чине као небитне у вези са здравственим стањем, одлука коју донесе здравствени професионалац може бити неадекватна.
- повећаном степену адхеренце. Адекватном комуникацијом пацијенти могу да буду охрабрени да користе потребну терапију. Процесом комуникације пацијентима може бити разјашњено због чега треба да користе терапију и на који начин, што у значајној мери може да убеди пацијента да се правилно лечи.
- повећаном задовољству пацијената. Фактори који доприносе повећаном задовољству пацијената јесу:
  - очекивања: пружање могућности пацијентима да испричају како се осећају
  - комуникација: задовољство пацијената се повећава када здравствени професионалци озбиљно приступе проблему пацијената, јасно изнесу информације и када се труде да разумеју поступке и искуства пацијената
  - контрола: задовољство пацијената се повећава када се пацијенти охрабрују да изнесу своје идеје, бриге и очекивања
  - доношење одлука: уважавање пацијентовог физичког и менталног функционисања доприноси задовољству
  - дужина проведеног времена са пацијентом
  - однос и комуникација са целокупним здравственим тимом не само лекаром
  - континуирано праћење пацијената и спровођење здравствене заштите
  - уважавање пацијената. Пацијенти који се третирају са пуно поштовања бивају на неки начин укључени и у заједничко доношење одлука када је у питању лечење.
- безбедности пацијената. Више научних студија је показало да лоша комуникација у здравственим установама може да допринесе настанку медицинских грешака.

- задовољству унутар здравственог тима. Након постизања резултата здравственог тима, чланови тима стичу осећај вредности, поштовања, јасноће задатка и једнакости у раду.
- изостанку „погрешног“ лечења.

Психолошка истраживања показују да је вероватније да људи сарађују у терапији када разматрају важност и релевантност сопствене терапије. Студије у области здравствене комуникације подржавају ово мишљење. Пацијенти који у току процеса комуникације схвате сврху и важност терапије много прецизније интерпретирају сопствене симптоме и управљају сопственом терапијом, за разлику од пацијената који о овоме нису дискутовали са пружаоцем здравствене заштите. Истиче се важност извесних препорука које повећавају утицај на процес управљања терапијом од стране пацијента, што је потврђено експерименталним студијама. Други доказан метод који повећава пацијентово придржавање савета упућених од стране здравствених професионалаца је репетиција (понављање) оних карактеристика за које је вероватније да се могу погрешно схватити или заборавити. Иако понављање нема увек предиктивни ефекат, показало се да 20 до 35% пацијената одговара на савете упућене од стране здравствених професионалаца.

Неки од принципа ефективне комуникације здравствених професионалаца са пацијентима су:

- представљање пацијентима – јасно представљање и објашњење улоге здравственог професионалца
- постављање отворених питања пацијентима. Пацијенте не треба прекидати током пружања одговора.
- дупла провера да ли су информације које су изнели пацијенти довољно јасне. Овај поступак може да се изврши понављањем онога што је навео пацијент до пацијентовог слагања.
- запажање елемената невербалне комуникације код пацијената. Обзиром да је невербална комуникација углавном несвесна кроз понашање пацијената (његове мимике, директног погледа, положаја тела) може да се примети колико пацијент пажљиво слуша, колико су му информације јасне или како перципира здравственог радника са ким је у комуникацији.
- избегавање „нагађања“. С обзиром на то да медицински термини углавном нису познати пацијентима, треба пронаћи начине како да се пацијентима објасни начин лечења/терапије. Треба избећи ситуацију да пацијент „нагађа“ о чему у суштини здравствени професионалац говори, већ пацијенту заиста треба да буде јасна свака информација.
- обзирност према пацијентима. Пацијентима треба детаљно објаснити процедуру која треба да се спроведе у сврху лечења. Објашњење треба



да буде јасно и реално. На крају, пацијентима треба дати могућност да постављају питања у вези са процедуром.

- вођење белешки. Информације у вези са лечењем треба да буду јасно и детаљно написане. Такође треба навести и време/датум како би лечење пацијента могло да се прати дужи временски период.

### **Баријере у професионалној комуникацији и начини њиховог превазилажења**

Здравствени професионалци теже да раде самостално иако представљају свој рад као рад у здравственом тиму. Напори да се побољша безбедност и квалитет здравствене заштите често бивају угрожени лошом комуникацијом и баријерама у сарадњи здравствених професионалаца. Иако је свака организација/здравствена установа јединствена, баријере за ефикасну комуникацију имају неке заједничке одлике:

- личне вредности и очекивања
- различит тип личности
- хијерархија
- неадекватно понашање
- култура и национална припадност
- разлика у генерацијама
- пол
- интерпрофесионално и интрапрофесионално неслагање
- језичке/жаргонске баријере
- разлике у радном распореду и професионалним рутинама
- различитим нивоима припреме, квалификације, и статуса
- разлике у захтевима, прописима и нормама професионалног образовања
- страхова од непрепознавања професионалног идентитета
- разлика у одговорности, плати, и наградама
- бриге око одговорности у лечењу
- сложености поступка лечења
- потребе за брзим доношењем одлука

# **Колаборативна пракса – основ квалитетне здравствене заштите**

*Драгана Симин, Владмила Бојанић, Катарина Радовић,  
Данијела Ђукић-Ћосић, Љиљана Тасић*

Термин колаборативна пракса подразумева сарадњу здравствених радника различитих професија који раде заједно са пацијентима, њиховим породицама и заједницом у циљу постизања највишег квалитета здравствене заштите у датим околностима (СЗО, 2010).

Савремени системи здравствене заштите трудећи се да одговоре на све изазове условљене рапидним демографским и епидемиолошким транзицијама постају све сложенији, скупљи а постављају и додатне захтеве здравственим радницима.

И поред заједничког интереса за оптимизацијом квалитета рада здравствене установе и минимизацијом потенцијалних ризика по пацијенте, лекари, фармацеути, стоматолози и медицинске сестре су у прошлости углавном тежили за самосталним радом, радом у изолацији, уз минимални интерпрофесионални контакт.

Студенти медицинских факултета учећи традиционално, унипрофесионално, само са студентима своје студијске групе/професије и уз мало (или нимало) прилика за учење са студентима других група/професија не могу знати шта други здравствени професионалци знају и како размишљају. Такође, у оваквом образовном систему могу се развити стереотипи о другим професијама у форми која ће створити препреке за ефикасно пружање свеобухватне/целовите неге/здравствене заштите пацијенту. Стручно образовање, које је фрагментирано са застарелим и статичким наставним плановима, „производи лоше припремљене дипломце“ уз системске проблеме као што су неусклађеност компетенција за решавање проблема пацијента, лош тимски рад и узак технички (стручни) фокус без ширег контекстуалног разумевања. У развоју већине ових проблема значајно доприноси тзв. трибализам професија односно тенденције појединих професија да раде самостално или да су конкуренција другим професијама. Тако је на пример у литератури однос између лекара и фармацеута често описиван као историјски конфликтан. Насупрот томе, резултати истраживања прикупљани током више од пет деценија указују да интерпрофесионално учење обезбеђује ефективну колаборативну праксу која оптимизује здравствене услуге, ојачава здравствени систем и унапређује здравствене исходе. Имајући у виду глобални фокус здравствене заштите ка њеној ефикасности и ефективности у остваривању позитивних резултата за пацијенте, али и да смањи економско оптерећење (умањење трошкова здравствене заштите), може се рећи да су створени сви предуслови за даље јачање колаборативне (заједничке, удружене) праксе здравствених професионалаца.

Колаборативна пракса у систему здравствене заштите према Канадском интерпрофесионалном здравственом конзорцијуму дефинише се као: „партнерство између тима давалаца здравствених услуга и пацијента/клијента у узајамно

партиципирајућем колаборативном и координисаном приступу у циљу доношења заједничких одлука за здравствена и социјална питања“ (*Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010*).

Колаборативна пракса се дефинише и са аспекта појединих професија, тако нпр. колаборативна фармацеутска пракса представља „унапређену фармацеутску праксу која пружа опипљиве бенефите за пацијенте кроз интерпрофесионалну сарадњу фармацеута и других давалаца здравствених услуга, а све у циљу унапређења фармацеутских услуга у оквиру система здравствене заштите. Иста укључује, али се не ограничава само на: иницирање, усклађивање и мониторинг прописане терапије; захтевање и/или спровођење лабораторијских и сличних тестова; процењивање реакција пацијената на терапију; саветовање и подучавање пацијената у вези са употребом прописаних лекова; издавање лекова (*International Pharmaceutical Federation, 2009*).

У Минхенској декларацији, донетој 2000. године на конференцији медицинских сестара и бабица европске регије, већ у полазним тачкама се препоручује развој могућности да медицинске сестре, бабице и лекари уче заједно. Заједничким учењем обезбедили би већу сарадњу у интересу боље здравствене заштите пацијента. Сходно томе у препорученом плану рада предложено је да се размотре постојећи едукативни професионални програми развоја. Такође је сугерисано да се приступи изради нових програма да би се медицинске сестре и бабице припремиле за њихове професионалне улоге и створиле могућности за заједничко учење са лекарима и другим профилима здравствених радника. Неопходно је установити и интерсекторске механизме за примену националне стратегије едукативног и професионалног развоја здравствених радника. Да би се припремиле за колаборативну праксу са лекарима и другим здравственим радницима, медицинске сестре и бабице имају потребу за интерпрофесионалним учењем. У Декларацији се наводи чињеница да што је више образовање обликовано за интерактивне улоге, боље су шансе за стварну сарадњу у свакодневној пракси. То ће бити сарадња заснована на међусобном поштовању, и обележена новим професионалним самопоуздањем и када год је то потребно конструктивним и предиктивним мишљењем.

Колаборативни систем здравствене заштите је усмерен на тимски приступ здравственој заштити појединца и његове породице што би у крајњем случају резултовало вишем нивоу континуиране здравствене заштите. Њен настанак и развој се везује за период Другог светског рата када су здравствени професионалци сарађивали заједно како би обезбедили ефикасан третман и лечење рањених војника. Ипак усвајање овог модела, било је одложено због одсуства закона и регулатива, отпора пружаоца здравствених услуга који су се осетили угроженим, као и недостатка неког вида компензације (надокнаде) од треће стране (платиоци, фондови здравствених осигурања) такве здрав-

ствене заштите. Последњи подстицај развоју и имплементацији колаборативне праксе био је од стране регулаторних органа и националних организација које се баве квалитетом здравствене заштите. Како су докази почели да указују на повезаност између одсуства континуиране, координиране и колаборативне здравствене заштите са негативним исходима, колаборативна пракса међу здравственим радницима различитих професија, постала је национални задатак. Нови, тимски базирани приступ повезује здравствене професионалце као што су лекари опште праксе, фармацеути, стоматолози и медицинске сестре. Овакав приступ, интердисциплинарних колаборативних тимова, обезбеђује приступ подацима пацијента свим здравственим радницима тима и стога су они упознати са комплетним стањем и очекивањима ка најпозитивнијим исходима за пацијенте, а кроз очекивање свих чланова тима да заједно пруже комплетне здравствене услуге и да исте прате унутар здравственог система. Добра колаборативна пракса укључује, понекад, и чланове породице/неговатеље и остале социјалне професије, те тада треба пратити учинак колаборативне праксе и изван здравственог система. Свеукупно, данас се очекује да здравствене услуге буду високо квалитетне, ефикасне (што колаборативна пракса омогућава) и да обезбеде добро здравље друштву. У фокусу на негу/збрињавање појединца, понекад нисмо свесни свеукупних доприноса, из перспективе здравог друштва; колаборативна пракса, извесно даје свеобухватни приступ пацијенту, али и популацији.

## Значај колаборативне праксе

Данас се зна да колаборативна пракса може побољшати задовољство пацијента примљеним услугама и омогућити бољу координацију између здравствених радника чиме се повећава брига за пацијента и његова безбедност. Она може умањити компликације, дужину боравка у болници, број болничких пријема, стопу морталитета, конфликт међу запосленима и професионалне грешке. Колаборативна пракса оптимизује здравствене услуге, ојачава здравствени систем и унапређује здравствене исходе. Искуства показују да како у ургентној медицини и збрињавању ургентних стања, тако и у примарној здравственој заштити, пацијенти говоре о високом степену задовољства, бољем прихватању бриге и унапређеним здравственим исходима који су последица активности колаборативног тима.

\* Колаборативна пракса може да унапреди:

- приступ и координацију здравствених услуга;
- адекватно коришћење клиничких специјалистичких ресурса;
- здравствене исходе за пацијенте са хроничним болестима;

- бригу о пацијенту и безбедност пацијента;

\* Колаборативна пракса може да уштеди ресурсе и умањи грешке у раду због умањења:

- укупног броја пацијената са компликацијама;
- дужине боравка у болници;
- конфликта између пружалаца здравствених услуга;
- броја пријема у болницу;
- степена клиничких грешака;
- степена морталитета.

\* У оквиру друштвене заједнице колаборативна пракса у третману менталних стања може:

- повећати задовољство пацијената и пружалаца услуге;
- промовисати веће прихватање третмана;
- смањити дужину трајања третмана;
- смањити трошкове здравствених услуга;
- смањити инциденцу суицида;
- повећати број мониторинг третмана психијатријских поремећаја;
- смањити број ванредних/додатних прегледа пацијената.

\* Пацијенти у терминалним стадијумима болести или хронични болесници који су корисници услуга неге колаборативног тима у својим домаћинствима:

- задовољнији су пруженим услугама и
- опште здравље је унапређено.

\* Здравствени систем може да има добити од увођења колаборативне праксе која смањује трошкове, и то кроз:

- успостављање и имплементацију тимова примарне здравствене заштите за геријатријске пацијенте са хроничним обољењима;
- смањење непотребних клиничких лабораторијских анализа и њихових трошкова;
- имплементацију мултидисциплинарних стратегија за надзор пацијента са кардиоваскуларним обољењима;
- имплементацију колаборативних тимова за парентералну/ентералну исхрану у болницама тј. болничким одељењима.

Бројни докази јасно указују на потребу за колаборацијом радне снаге која укључује здравствене раднике из регулаторних али и других професија по-

пут радника из локалне заједнице, економиста, информатичара, менаџера и социјалне раднике.

Укрштена интерпрофесионална колаборација између здравственог и здружених сектора је такође значајна јер помаже у достизању широког спектра здравствених детерминанти као што су доступност хигијенски исправне воде, безбедност хране, унапређења јавног здравља и стварање друштва без насиља.

Многи здравствени радници већ функционишу у тимовима и активно комуницирају са колегама. Док су координација и кооперација основ за колаборацију, оне нису исто што и колаборативна пракса, која кооперацију сматра кораком напред ради остварења радне снаге која функционише на бази колаборативне праксе, спремне да реагује на комплексне и ургентне проблеме и решава их заједно. Колаборативни здравствени радници знају како да сарађују са колегама из других професија, имају способност да искористе своје клиничке и социјалне вештине и вреднују допринос других колега, као и да са њима изграде однос пун међусобног поверења. Интерпрофесионално образовање и колаборативна пракса нису једина решења за сваки изазов са којим здравствени систем може да се сусретне. Међутим, када се адекватно примене, могу да изграде ефикасну радну снагу у здравству спремну да се сусретне са све комплекснијим изазовима новог доба које треба да очува и унапреди здравље популације и одржи квалитет здравствених услуга у здравственом систему.

## **Изазови за успостављање колаборативне праксе**

Енергија која покреће жељу за успостављањем колаборативне праксе, долази са једне стране од здравственог система и економских постулата, док са друге стране постоји и позитивни регулаторни притисак ка имплементацији колаборативних модела. Постоје свакако, позитивни примери у пракси апотека отвореног типа, амбулантној нези, стационарним здравственим установама које поседују добро документоване протоколе, индикаторе, као и квантификацију клиничких и економских исхода. Међутим, имплементација праксе још увек није широко распрострањена. Изазови у концептуализацији и имплементацији колаборативне праксе сусрећу се у професионалном тренингу (пракси и практиковању модела у свакодневним професионалним задацима и изазовима), ставовима, веровању у те моделе, озбиљности комуникационих изазова/ проблема, логистичким баријерама, обиму посла, отпору према прихватању и имплементацији регулативе, али и моделима плаћања. Неки од психолошких изазова у перцепцији концепта, могу бити ублажени имплементацијом и хармонизацијом интерпрофесионалних тренинга у оквиру здравствених установа (назив ових тренинга на енглеском језику *academic detailing*) као и у оквиру

континуиране професионалне (медицинске) едукације здравствених радника. Остали изазови треба да буду упућени на цео систем здравствене заштите, имајући у виду недостатке и проблеме који су проузроковани недостатком комуникације и координације неге пацијената укључујући и непридржавање правилне употребе лекова (адхеренца), питања безбедности пацијената итд.

Регионална питања, непрепознате здравствене потребе и локални услови утичу на организацију здравственог и образовног система широм света. Практично не постоје два идентична система тј. модела, но елементи система се могу разматрати кроз шест домена. Колаборативна пракса се може сагледати у следећих шест домена сваког здравственог система:

1. радна снага у здравству
2. пружање услуга
3. лекови, вакцине и технологије
4. финансирање здравственог система
5. информациони систем у здравству
6. менаџмент у здравству.

Због јединствене природе здравственог система сваке државе/региона, стратегија колаборативне праксе мора да се разматра у складу са локалним потребама и изазовима. У неким регионима, ово може да значи да колаборативни приступи, засновани на тимском раду, јесу они који се брину о промоцији безбедности пацијената, максимизују ограничења здравствених ресурса, пребацују негу са акутне на примарну заштиту или подстичу више интегрисани рад. Код других здравствених система, фокус може бити усмерен ка јачању људских ресурса попут повећања задовољства здравствених радника својим послом или јаснијом улогом здравствених радника када функционишу у тимовима.

Панел интерпрофесионалне едукације колаборативних експерата 2011. године (колаборација америчких колеџа фармације, медицинских сестара, медицинских колеџа, стоматолошких колеџа и сл.), препознао је четири домена кључних компетенција за интерпрофесионалну колаборативну праксу:

1. Уверења/етичност за интерпрофесионалну праксу;
2. Улоге и одговорност;
3. Интерпрофесионалну комуникацију;
4. Тимски рад.

Сваки домен чини више компетенција, а извештај појашњава принципе на којима су засноване поједине компетенције. Значајно је споменути да је овај извештај послужио многим универзитетима као основни оквир интерпрофесионалне едукације.



Светска здравствена организација идентификује ИПО као иницијални и кључни корак у припреми здравствених радника за колаборативну праксу. Дакле, први корак ка ефективној и ефикасној колаборативној пракси је примена интерпрофесионалног образовања. Да би досегли виши ниво међусобне сарадње између свих пружаоца здравствених услуга, искуство, знање и вештине су неопходне како би било могуће функционисање интерпрофесионалних тимова. Такође, намера да се смање или ограниче предрасуде које можда постоје између професија, и да се повећа обострано знање и разумевање професија да би се побољшао тимски рад и вештина сарадње, што је углавном прихваћено као циљ интерпрофесионалног учења. Фокусирањем на прва два домена, тј. указивањем на промену у ставу, дељењем улога и препознавањем сфере одговорности, трећи циљ ће бити олакшан. Превазилажење структуралних и организационих тешкоћа може бити тешко, али промена ставова је најтежа. Тако су постављена четири циља интерпрофесионалног образовања који студентима омогућавају да:

- процене однос између сопствене професије и делокруга других професија,
- изврше евалуацију сопствених могућности да раде тимски,
- учествују заједнички, као чланови здравственог тима, у пружању подршке пацијентима у постизању њихових очекиваних здравствених исхода,
- оцене утицај ширих законских и етичких оквира на професионалну праксу.

Значи, колаборативна здравствена заштита мора бити презентована и изучавана кроз интерпрофесионално образовање на медицинским факултетима, медицинским школама али и у основним школама. Вредна помена је и чињеница да је укључивање студената у колаборативне праксу у клиничком окружењу, показало изузетне резултате. Специфично је креиран ИПО курс за студенте здравствених факултета који су били ангажовани у клиничким истраживањима, где су узели учешће студенти различитих студијских група као интерпрофесионални тим. Студенти су учили о разним питањима и изазовима са којима се сусрећу у колаборативној пракси, као и о начину формирања интерпрофесионалних тимова, о улогама и одговорностима појединих чланова, а свеукупно у циљу унапређења квалитета живота и промовисања културе безбедности пацијената и окружења. Овај програм је такође дозвољавао и охрабривао студенте да примене научене принципе и тиме стекну клиничке вештине, кроз клиничку праксу. Резултати примене овог специфичног ИПО курса показали су позитивне ставове студената ка професионалном развоју и практиковању интерпрофесионалне колаборације. Остали фактори који утичу на успостављање колаборативне праксе су комуникација између свих интересних страна, тимска сарадња/колаборација, прилагођене обуке, успостављање модела плаћања, време и обим посла.

Интерпрофесионално образовање може да постоји током стицања квалификација и након квалификације у различитим едукативним програмима (нпр. основни тренинг програми, постдипломски програми, континуирани професионални развој и учење у радном окружењу (у пракси) и кроз праксу са циљем обезбеђивања квалитетне услуге. Интерпрофесионално образовање је генерално добро прихваћено од учесника колаборативног тима који развијају комуникационе способности, и способности да се критички осврну, где науче да поштују изазове и корисности рада у тиму. Ефективно колаборација подстиче поштовање између професионалаца у здравству, елиминише опасне стереотипе и истиче етику у чијем центру је пацијент у болничком/амбулантном/кућном окружењу.

Без обзира на контекст који доносиоци одлука изаберу да уведу у колаборативну праксу, резултати истраживања искустава у овој области показују да је приступ у пружању здравствене заштите базиран на тимовима такав да пружа максимално знање и вештине сваком здравственом раднику који доприноси тиму. На овај начин се повећава ефикасност тимова смањеним дуплирањем активности у процесима спровођења услуга, подстиче се континуитет и координација неге и колаборативно доношења одлука за пацијента. Једна од корисности имплементације интерпрофесионалног образовања и колаборативне праксе је и да ове стратегије мењају начин како здравствени радници међусобно сарађују у току пружања здравствене заштите. Обе стратегије се односе на људе: лидере у здравству и доносиоце одлука који теже да обезбеде да уклоне баријере између институција за имплементацију колаборативне праксе; здравствене раднике који пружају услугу; едукаторе који пружају неопходне тренинге здравственим радницима; и најважније, односи се на појединца/пацијента који прима услугу. Значајан помак представља промена начина размишљања здравствених радника о међусобној интеракцији и како сарађују међусобно. Култура у радном окружењу и ставови радне снаге се мењају са интерпрофесионалним образовањем и колаборативном праксом, унапређујући радно искуство особља и доприносећи заједници као целини.

Колаборативна пракса најбоље функционише када је организована према потребама здравственог система одређене популације и узима у обзир начин на који се пружа здравствена нега у локалној заједници. Приступ заснован на потребама локалне заједнице, неопходан је када је потребно да се уведу нови колаборативни концепт. Нема дилеме да радну снагу спремну за колаборативну праксу припрема и на прави начин оспособљава тренинг интерпрофесионалног образовања и његова примена. Међутим, важно је истаћи да сама спремност здравствених радника за колаборативну праксу јесте есенцијални механизам за покретање ефективне колаборативне праксе, но то само по себи не гарантује пружање оптималне или високо квалитетне здравствене услуге, односно здравствене заштите (слика 11).



**Слика 11. Тактике подршке за успостављање коллаборативне праксе (СЗО, 2010)**

На слици 11 приказане су тактике подршке за успостављање коллаборативне праксе међу којима су подршка институција и механизми који се односе на непосредно окружење и општу радну културу здравствених радника.

**Институционална подршка.** Менаџмент институција може утицати на то да здравствени радници унутар институције раде коллаборативно, стварајући атмосферу поверења и негујући дух заједништва. Особљу које учествује у коллаборативној пракси потребно је јасно представити модел управљања, уз упознавање са протоколима и доступним оперативним процедурама. Коллаборативни здравствени радници треба да знају да менаџмент подржава тимски рад и верује у расподелу одговорности између чланова тима у пружању здравствених услуга.

Табела 9. Од активности до потенцијалних исхода колаборативне праксе (СЗО, 2010)

АКТИВНОСТ	ПАРТИЦИПАНТИ	НИВО УКЉУЧЕНОСТИ примери	ПОТЕНЦИЈАЛНИ ИСХОДИ
1. структурирање процеса који промовишу подељено доношење одлука, коректну комуникацију и укљученост друштвене заједнице	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Менаџери здравствених установа и директори</li> <li>• Здравствени радници</li> </ul>	<b>КОНТЕКСТ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Дискусија и подела идеја за процес унапређења комуникације</li> <li>• развити смисао за друштвено окружење кроз интеракцију и подршку особљу</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Модел колаборативне праксе који препознаје принцип доношења одлука и успешне комуникације која превазилази потенцијалне професионалне баријере</li> </ul>
2. Дизајн окружење зграде који промовише, подстиче и проширује интерпрофесионалну колаборативну праксу и између и у оквиру самих служби/установа	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Доносиоци одлука</li> <li>• Менаџери здравствених установа и директори</li> <li>• Здравствени радници</li> <li>• Менаџери за капиталне инвестиције</li> <li>• Архитекте и менаџери за уређење простора</li> </ul>	<b>КОНТЕКСТ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Релоцирати и прилагодити опрему за бољи ток комуникације у установи</li> <li>• Унапредити комуникационе канале</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Унапређено задовољство здравствених радника</li> </ul>
3. Развој политике о особљу/људским ресурсима која ће препознати и подржати колаборативну праксу и понудити фер/коректне и уједначене моделе за вредновање	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Влада/ресорна министарства</li> <li>• Менаџери здравствених установа и директори</li> <li>• Доносиоци одлука</li> <li>• Регулаторна, радна тела</li> </ul>	<b>ПРЕДАТИ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Преглед политике о особљу/људским ресурсима и разматрање иновативног плана накнаде и подстицаја</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Унапређено здравље на раду и добробит за раднике</li> <li>• Унапређено радно окружење</li> </ul>
4. Развој модела за пружање услуга који ће дозволити адекватан простор и време за особље да се фокусира на интерпрофесионалну колаборацију и пружање услуге	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Менаџери здравствених установа и директори</li> <li>• Доносиоци одлука</li> <li>• Здравствени радници</li> </ul>	<b>ПРЕДАТИ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Обезбедити додатно време за особље да се састане и дискутује случајеве, изазове и успехе</li> <li>• Обезбедити прилику особљу да буде укључено у развој нових процеса и стратешко планирање</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Унапређена интеракција између менаџмента и особља</li> <li>• Повећање кохезије и комуникације између здравствених радника</li> </ul>
5. Развој модела управљања који ће успоставити тимски рад и поделу одговорности за пружање здравствених услуга између чланова тима као нормативне праксе	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Менаџери здравствених установа и директори</li> <li>• Доносиоци одлука</li> <li>• Лидери владе/ ресорна министарства</li> </ul>	<b>ПРВОКЛАСНО</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Преглед и ажурирање постојећег модела управљања</li> <li>• Развој стратешког плана модела неге за интерпрофесионалну едукацију и колаборативну праксу</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Одрживо обезбеђење интерпрофесионалне комуникације на радном месту</li> <li>• Ажуриран модел управљања, описа послова, визије, мисије и сврхе</li> </ul>

**Радна култура.** Колаборативна пракса је ефикасна када постоје могућности за заједничко доношење одлука и дељење информација на састанцима тима. Ово обезбеђује здравственим радницима да заједнички одлуче о циљевима и плановима за бригу о пацијенту. Структуриран систем информација и процеса, ефективне стратегије комуникације, јасна политика за ублажавање и отклањање конфликта и регуларан дијалог између чланова тима игра значајну улогу у успостављању добре радне културе.

**Радно окружење.** Дизајн простора и објеката могу значајно да увећају или угрозе колаборативну праксу на клиници. У неким случајевима, ефикасан дизајн ентеријера се захтева унапред и слушају се захтеви друштвене заједнице и пацијената, као и чланова здравственог тима. Најважније, изглед простора не би требало да рефлектује хијерархију позиција у установи. Додатна разматрања могу да укључе развој заједничког простора ради боље комуникације у објекту или организацију простора и соба на начин да се елиминишу баријере за ефикасну колаборацију.

### ***Улога образовног и здравственог система***

Здравствени и образовни систем морају да буду координирани у напорима да обезбеде будућу радну снагу у здравству коју ће чинити адекватно квалификовано особље, позиционирано на право место у право време. Институције и појединци који раде у оквиру здравственог и образовног система могу да помогну неговањем климе подршке за интерпрофесионалну колаборацију. У колаборативним праксама у развоју, здравствени радници и академско особље на универзитетима морају дискутовати о начинима за спровођење транзиције од едукације до радног окружења.

Кључни принципи који могу бити смернице за покретање интерпрофесионалног образовања и колаборативне праксе укључују контекст релевантности, интеграције политика, систем размена на више нивоа и колаборативно лидерство. Важно је такође нагласити да корисници квалитетне здравствене услуге, пацијенти као и њихове породице требало би да буду укључени у процес колаборативне праксе.



**Слика 12. Утицај здравственог и образовног система на квалитет здравствене заштите (СЗО, 2010)**

Легислатива је кључни механизам преко којег се организују здравствени и образовни систем, прате и њима се управља. Због промена у законодавству може доћи до промена у начину како се образују здравствени радници, обавезности акредитације, регулативи система остваривања надокнада за рад (плаћање услуга и плаћање пружаоца услуга). Законодавство има значајан утицај на развој, имплементацију и одрживост интерпрофесионалног образовања и колаборативне праксе (слика 12). Регулатива је веома важан део законодавне агенде и доносиоци одлука морају да доделе такве улоге да легислатива може или би требало да препозна и подржи нове и неопходне професије, нове компетенције постојећих професија, што обухвата здруживање вештина тј. да вреднује квалитет услуга према исходима.

*Пружање здравствених услуга.* Начин на који се здравствени и образовни систем финансирају, различити фондови и донације могу да утичу на успех интерпрофесионалног образовања и колаборативне праксе. На пример, начин како је здравствени радник финансиран може да утиче на време које проводи у сарадњи са другима или време које користи за демонстрирање студентима тимског рада у пракси.

Увид у стање колико модели финансирања, фондови и процеси управљања ризиком могу да утичу на бригу о пацијенту и учење студената је есенцијално за покретање интерпрофесионалног образовања и колаборативне праксе. Истовремено, политика координације за пружање здравствених услуга, које се развијају у моделу интегрисаних услуга (колаборација) базираног на тиму, ће:

- укључити друге области јавног живота попут социјалне заштите и правног система;
- систематизовати интерпрофесионалну колаборацију у образовању и здравству као националну стратегију;
- олакшати увођење у радну праксу здравствених и образовних установа које подржавају принципе колаборативне праксе.

*Безбедност пацијента.* Механизми управљања који успостављају широке стандарде система и подржавају безбедност пацијента могу да се користе да уграде интерпрофесионално образовање и колаборативну праксу у здравствени систем. Многи механизми управљања који су примењени широм света постоје да би заштитили пацијента и друштвену заједницу.

Уколико је законодавство превише ригидно, процес може бити фрагментисан и резултати ескалацијом трошкова и додатних услуга здравствених система. Алтернативно, уколико је регулатива флексибилна, прилика за укључивање интерпрофесионалног образовања у праксу се повећава. У скоро свакој држави постоје регулаторне структуре које могу бити и баријера али и подстицај интерпрофесионалном образовању и колаборативној пракси. Захтеви акредитације за здравствене центре и регистрациони критеријуми за студенте могу трансформисати образовање и праксу. Једна влада, на пример, може да укључи клаузулу у здравствену регулативу која захтева од регулаторних тела да уврсти интерпрофесионално образовање као део подзаконских аката. Неке друге владе укључују захтеве да чланови друштва буду део селекционог панела за пријем студената на студије здравствене струке и заједно са професионалним телима који надзиру образовање у здравству, указујући да би студент требало да искуси интерпрофесионално образовање као део иницијалног професионалног образовања.

Имплементација колаборативне праксе у легислативу, захтеве акредитације и/или критеријуме за регистрацију установе и доносиоце одлука може бити добитак за интерпрофесионалну колаборацију, тј. колаборативну праксу. Као одговор на питање безбедности пацијента Институт за медицину Сједињених Америчких Држава је 2003. године у извештају „Образовање здравствених професија: Мост ка квалитету“ (*Health Professions Education: A Bridge to Quality*) нагласио потребу за интерпрофесионалним образовањем и колаборативном праксом и сет активности на системском нивоу у циљу њиховог увођења представљен је у табели 10.



Табела 10. Активности на системском нивоу које подржавају интерпрофесионално образовање и колаборативну праксу (СЗО, 2010)

АКТИВНОСТ	ПАРТНЕРСТВО	НИВО УКЉУЧЕНОСТИ примери	ПОТЕНЦИЈАЛНИ ИСХОДИ
1. Изградити капацитете радне снаге људских ресурса на националном и локалном нивоу	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Лидери влада</li> <li>• Менаџери и директори здравствених установа</li> <li>• Руководиоци едукација/ менаџери и директори образовних установа</li> <li>• Доносиоци одлука</li> </ul>	<p>КОНТЕКСТУАЛИЗОВАНО</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• укључивање у дискусије са партнерима и лидерима у здравственом систему</li> <li>• развијање стратегија краткотрајног и дуготрајног планирања за регрутовање, задржавање и едукацију</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Краткорочно, средњорочно и дугорочно планирање радне снаге/ људских ресурса у здравству</li> <li>• јасна и дефинисана упутства за хумане/ људске ресурсе при планирању потреба система здравствене заштите</li> </ul>
2. Креирати стандарде акредитације за програме образовања здравствених радника који укључују интерпрофесионално образовањем базирано на доказима	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Руководиоци едукација/ менаџери и директори образовних установа</li> <li>• Регулаторна тела</li> <li>• Законодавци</li> <li>• Лидери влада/ ресорна министарства</li> <li>• истраживачи</li> </ul>	<p>КОНТЕКСТУАЛИЗОВАНО</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Преглед тренутних акредитационих стандарда и обезбеђивање будућих стандарда који ће укључивати компоненте интерпрофесионалног образовања и колаборативне праксе</li> <li>• Обезбеђивање акредитационих стандарда за све професије укључујући и сличност језика за интерпрофесионално образовање и колаборативну праксу</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ажурирани акредитациони стандарди за све професије са заједничком тематиком – интерпрофесионално образовање и колаборативна пракса</li> </ul>
3. Креирати политику и регулаторне оквире који подржавају наставнике и здравствене раднике да промовишу праксу рада у колаборацији, укључујући и нове моделе улога	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ресорна министарства</li> <li>• Професионална удружења</li> <li>• Регулаторна тела</li> <li>• Менаџери и директори образовних установа</li> <li>• Законодавци</li> </ul>	<p>УРАЂЕНО</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Подстакнути развијање модела законодавства који подржавају колаборативну праксу</li> <li>• удружени партнери и здравствени радници у дискусији о улогама и одговорностима за нове професије</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Законодавни и регулаторни оквири који подржавају интерпрофесионално образовање и колаборативну праксу</li> </ul>
4. Креирати оквире и доделити средства за добијање јасних здравствених исхода као дела целоживотног учења за радну снагу у здравству	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Професионална удружења</li> <li>• Регулаторна тела</li> <li>• Ресорна министарства</li> <li>• Владине агенције</li> <li>• Менаџери и директори образовних установа</li> <li>• Законодавци</li> </ul>	<p>УРАЂЕНО</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• развијени програми и курсеви који одговарају пре- и пост-квалификационој едукацији</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• целоживотно учење за здравствене раднике да би им се обезбедило да постану део и задрже се у колаборативној пракси током своје каријере</li> </ul>
5. Креирати окружење у коме се дели најбоља пракса између радника у здравству, финансија, руководиоца фондова и процеса награђивања који су подршка	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ресорна министарства</li> <li>• Истраживачи</li> <li>• Менаџери и директори образовних установа</li> <li>• Менаџери и директори здравствених установа</li> </ul>	<p>ДОБИТАК</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Скупови који спајају регионалне лидере да поделе своје успехе и изазове са осталима</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кохерентни модел фондације за интерпрофесионално образовање</li> <li>• Унапређена комуникација између свих нивоа у здравственом систему</li> <li>• развој базе података о најбољој пракси/ доказима из праксе</li> </ul>



## Модели колаборативне праксе у оквирима здравственог система

Основни модел колаборативне праксе представља онај у ком пацијент у првом кораку, приступа здравственој заштити кроз посету лекару опште праксе. Потом, лекар опште праксе делегира одређену одговорност (фармацеуту, медицинској сестри, и др.), у зависности од дефинисаног споразума између лекара и фармацеута, лекара и медицинске сестре, а све у циљу да се остваре што бољи исходи за пацијенте. Одговорност фармацеута варира (сходно споразуму) од идентификовања и решавања проблема насталих од једног прописаног лека који сачињава укупну терапију (или више лекова), уз додавање, или рестрикцију терапије, до наручивања лабораторијских анализа, до одређивања физичког стања пацијента итд. Кроз значајније укључивање фармацеута, евидентна је боља изbalансираност терапије и самим тим су се и позитивни исходи за пацијенте увећали. Са „приближавањем“ међусобног рада фармацеута и лекара опште праксе, интерпрофесионална комуникација је значајније узнапредовала. Сваки од модела колаборативне праксе има одређене специфичности у односу на друге моделе, међутим, заједнички им је циљ који гравитира око остваривања што позитивнијих исхода за пацијенте. Пружање услуга у систему здравствене заштите, у сваком моделу колаборативне праксе укључује комуникацију у смеру пружаоца услуга ка пружаоцу услуга, као и између пружаоца услуга и пацијента, координацију и континуираност здравствене заштите.

Неколико концептуалних модела колаборативне праксе лекара и фармацеута (колаборативна фармацеутска пракса) су развијени у савременим здравственим ситемима, и то:

Менаџмент болести (*Disease Management - DM*) се фокусира на пацијенте са специфичним високо превалентним хроничним болестима. Активности фармацеута су: едукација пацијената о правилној примени лекова, очекиваним учинцима и континуирани мониторинг у сарадњи са лекарима.

Менаџмент терапије лековима (*Medication Therapy Management - MTM*) је програм америчког Центра за услуге које су намењене сиромашним и социјално угроженима ( *Center for Medicare and Medicaid Services - CMS*) а представља део Акта за модернизацију и побољшање здравствене заштите ових група (*Medicare Modernization and Improvement Act - 2003*). У овом акту су постављени темељи колаборације фармацеута и лекара у циљу побољшања адхеренце и терапијских исхода, што су активности фармацеута који раде у јавној апотеци. Активности су следеће: провера терапије, фармакотерапијске консултације, менаџмент антикоагулационе терапије, имунизација и здравствени програми и многе друге клиничке услуге. Пружање услуга и колаборација са лекаром амбулантне праксе је регулисана споразумом.

*Patient Centered Medical Home (PCMН)* или *Advanced Primary Care* је модел организације примарне здравствене заштите заснован на тимском приступу, који

може укључивати лекаре, медицинске сестре, фармацеуте, нутриционисте, социјалне раднике, едукаторе и координаторе здравствене заштите. Овај модел је конципиран кроз пет домена: свеобухватна нега, нега усмерена на пацијента, пацијент у средишту, координација, безбедност и квалитет.

*Accountable Care Organizations (ACO)* у оквиру *Medicare* програма су организације здравствених радника који су се усагласили да буду одговорни за квалитет, трошкове и целокупну здравствену заштиту.

### **Концепт колаборативне праксе лекара опште праксе и фармацеута**

У концептуалном моделу колаборације између фармацеута и лекара опште праксе идентификују се три главне фазе/нивоа колаборације:

Ниво 1 - Изолација

Ниво 2 - Комуникација

Ниво 3 - Колаборација (табела 11).

Такође, дато је и седам фактора који утичу на остваривање колаборативне праксе и који су описани на сва три нивоа. Фактори од утицаја су: близина радних места, провизија тј. делегирање услуга, поверење, међусобно познавање, комуникација, професионалне улоге, професионално поштовање.

Табела 11. Концептуални модел колаборације између лекара опште праксе и фармацеута

	Ниво 1- Изолација	Ниво 2- Комуникација	Ниво 3- Колаборација
Лојалност	Географска одвојеност	Географска одвојеност у већини али са изузецима	Ко-лоцирани или географски блиски
Провизија службе	Фармацеут обезбеђује ограничене услуге или не обезбеђује додатне услуге осим издавања	Фармацеут обезбеђује додатне услуге - повећавајући неопходан контакт што путем ових сервиса може резултовати могућношћу погоршања или побољшања релације	Фармацеут обезбеђује напредан ниво услуга - радећи заједно на пружању услуга што може формулисати или утемељити релацију

Поверење	Лекар показује слаб ниво поверења у фармацеута/фармацеуте; са сумњом на материјалне аспекте фармације	Одређени степен поверења је изграђен и завистан је од поузданости фармацеутовог понашања; Неповење лекара је повезано са одређеним типом фармацеута. Потреба за повењем у лекара је и даље питање разматрања за фармацеута.	Историјска повезаност-обострано повење се гради током одређеног времена. Поседовање позитивног искуства у сарадњи са фармацеутом, доводи до тога да лекари више верују професији.
Међусобно познавање	Лекари и фармацеути „немају осећај“ да познају једни друге	Лекари могу наводити да познају одређене фармацеуте у свом окружењу али исказују забринутост услед непознавања „сезонских“ фармацеута и њихових пацијената	Обе стране „осећају“ да познају једни друге. Одређени ниво забринутости лекара услед непознавања нових фармацеута заправо указује на одређени ниво независности.
Комуникација	Ограничена комуникација која је углавном једносмерна од стране фармацеута ка лекару.	Умерена комуникација. И даље већински једносмерна, при чему фармацеут иницира већину контаката. Комуникација је добра на почетку рада, али се временом тешко одржава. Ограничена комуникација може бити пожељна ако се посматра као жељени индикатор настанка одређених проблема.	Редовна узајамна комуникација је норма понашања. Обе стране су слободне у комуникацији, била она формална или не.

Професионалне улоге	Дефинисане, одвојене и традиционалне улоге. Лекар одржава територијални приступ. Фармацеут може нерадо да проширује његову улогу.	Лекар сматра да фармацеут може бити користан у постизању адекватне здравствене услуге ако је адекватно обучен, ако је његова улога ограничена на „управљање“ минорним стањима и помагање при њиховом превазилажењу. Лекар је и даље у одређеној мери територијалан. Фармацеут поседује реактиван више него проактиван приступ и верује да је у домену лекара да одабере пацијента за одређену службу.	Лекар верује да фармацеут може да понуди један напредан ниво службе као резултат његове експертизе. Лекар посматра фармацеута као једну врсту корисног извора за консултације. Мотивација за обе стране је пацијентов бенефит, који се сматра много значајнијим од професионалних територија.
Професионално поштовање	Ограничени докази професионалног поштовања и поверења у фармацеута од стране лекара	Одређени докази поштовања лекара према фармацеуту постоје што је подстакнуто постајањем различитих типова фармацеута- „неки су бољи од других“	Примери обостраног поштовања постоје.

**Локација и удаљеност** – Показано је постојање директно пропорционалне везе између удаљености између радних места здравствених професионалаца и јачања радних односа. У истраживању су били укључени и фармацеути и лекари опште праксе који су обављали своје пословање у руралним срединама и који су потврдили значај близине радних места за јачање интерпрофесионалних односа између фармацеута и лекара опште праксе.

**Међусобно познавање** - Лекари су често наводили историјско међусобно познанство са фармацеутима, али и њихов раскол ставова према међусобним улогама. Ипак, познанство представља први услов за стицање поверења и стога оно свакако представља темељ будуће надоградње и напретка интерпрофесионалних односа.

**Поверење** - Неповерење у односима између лекара и фармацеута је изнето у контексту општег мишљења лекара да је комерцијални аспект апотека преузео примат у односу на струку. Лекари су нагласили да сматрају тешким рад са више ланаца апотека, који имају велики број запослених, и такође су изнели одређену сумњу ка мотивацији ових ланаца, као и мишљење да у њима могу бити запослени просечни фармацеути са аспекта професионалних вештина. Главна критика упућена лекарима од стране фармацеута је несвесност према потенцијалном доприносу фармацеута нези пацијента, као и о специфичним услугама које фармацеути пружају и покушавају да пруже пацијентима. Брза решења ових баријера у односима између лекара и фармацеута, углавном су заједничке обуке и тренинг.

**Комуникација** - Испитаници су указивали на разне видове и квалитет саме комуникације. Опречна су била и мишљења у вези са комуникацијом после успостављања неког колаборативног модела сарадње. Неки су лекари су чак истакли да у колаборативном моделу имају мању дневну комуникацију са фармацеутима. Смер комуникације је такође битан. На нижем нивоу колаборације, за комуникацију се може рећи да је била индиректна и углавном једносмерна. Док је успостављањем вишег степена колаборације, комуникација описана као директна и непосредна.

**Професионалне улоге** - У колаборативном моделу фармацеутске праксе, било је заступљено мишљење да је улога фармацеута и њихови погледи на исту напредовала до нивоа да се фармацеути сматрају наставком и вредним појачањем професионалних вештина лекара, а не као њихов сервис.

**Професионално поштовање** - Лекари који су изјавили своју незаинтересованост за колаборацијом са фармацеутима, изразили су своју забринутост за ниво професионалне обуке фармацеута, као и забринутост за њихову поузданост.

Прва истраживања концепата и модела колаборативне праксе у интегрисаној здравственој и социјалној заштити старих су започета у Србији (Илић и сар. 2017), те се надамо да ће заједничким снагама академских образовних институција, здравствених и социјалних установа, доћи до оптималне колаборативне праксе.

### ***Изазови и баријере у колаборативној пракси лекара и фармацеута***

Истраживање је показало да студенти фармације, школе за медицинске сестре и студенти социјалног усмерења генерално показују већи ентузијазам ка интерпрофесионалној едукацији у односу на студенте медицине. Пример позитивног случаја је колаборативни подухват Фармацеутског факултета Ха-

ваји универзитета (*University of Hawai at Manoa*) и *John A. Burns* Медицинског факултета (*John A. Burns School of Medicine*) где су студенти радећи са својим професорима, ступали у колаборативне односе са лекарима опште праксе и здравственим радницима других специјалности.

Било да фармацеути сарађују (или не) са лекарима опште праксе у границама дефинисаним споразумом о колаборацији, први корак је формирање успешних пословних односа. У литератури је предложен модел који треба да да пример како фармацеути могу да успоставе такве пословне односе са лекарима опште праксе. Кроз овај модел, они су предложили пет фаза развоја у правцу колаборативних пословних односа (*CRW* модел). Како фармацеути и лекари опште праксе напредују кроз овај модел, колаборација се постепено ојачава, и пропорционално расте и преданост да се везе очувају и ојачају, и како свака професија буде учила и научила да се ослања и на друге професије за потребне улазне податке, везе се даље јачају. Везе унутар *CRW* модела су такође условљене и личним карактеристикама сваког од учесника (године, едукација), удаљеношћу између учесника колаборативне праксе, као и разменом (пре свега информација) између учесника. Потребна су даља истраживања и тестирања овог специфичног модела, а фармацеуте је потребно охрабривати да ојачају своје односе са лекарима опште праксе, као и са осталим учесницима система здравствене заштите.

Колаборативна пракса има за циљ да унапреди квалитет менаџмента терапије и стандард здравствене заштите. Добри радни односи између фармацеута и других здравствених радника, нарочито лекара опште праксе, чине примарни и најбитнији услов за постизање ваљаног колаборативног модела. Ипак одређене баријере још увек егзистирају приликом развоја, имплементације и функционисања модела колаборативне фармацеутске праксе. Ове баријере настају из разних разлога, као што су радни односи између различитих пружаоца здравствених услуга, организационе и финансијске подршке, као и подршке закона и регулатива.

Традиционално, фармацеути су били позиционирани у здравственом систему као подршка лекарима опште праксе, и самим тим нису значајније доприносили у доношењу главних клиничких одлука у нези пацијената. Могуће је и да неким фармацеутима недостаје напредно клиничко знање и вештине о конкретном пацијенту. Као резултат тога, за фармацеуте може бити изазов да стекну поверење лекара опште праксе за доношење клиничких одлука. Ово је такође проблем чак и у земљама где структура система здравствене заштите дозвољава фармацеутима да врше одређене клиничке услуге, као што је контрола лабораторијских резултата и прилагођавања терапеутског режима.

Такође, недостатак расположивог простора за обављање праксе и обука за колаборативне моделе пословања, такође може умањити искуство, и самим тим и поуздање и ентузијазам фармацеута за такав вид обављања пословања.

Обим посла фармацеута је још један од проблема које су фармацеути препознали као баријеру ка имплементацијом колаборативне праксе са здравственим радницима других специјалности. Литература указује на податак да су фармацеути често мишљења да им интервенције и услуге које пруже у колаборативном моделу само још један додатни посао и да им одузима време које им је неопходно за само издавање лекова.

Из перспективе лекара опште праксе, они сматрају, будући да су тако и учени још на факултету, да су потпуно обучени и способни да самостално доносе све битне одлуке које се тичу пацијента унутар здравственог система. Иако су одређени напори уложени како би улоге фармацеута и лекара биле благо модификоване и самим тим, како би фармацеути били више укључени у праксу и рад лекара опште праксе, значајан отпор према таквим променама је вршен од стране лекара, будући да су осетили да им је угрожена њихова независност. Нови терапијски системи, биолошки лекови, велики су изазов за безбедност пацијената, те је колаборација лекара и фармацеута добродошла.

Још једна од препрека успостављања колаборативне праксе је у укључивању фармацеута у дневно пословање лекара опште праксе. Постоји забринутост да ли ће лекари пронаћи довољно слободног времена за рад са фармацеутима, имајући у виду и њихов обим посла.

### ***Изазови и баријере у колаборативној пракси медицинских сестара и осталих здравствених професионалаца***

Бројни изазови одређују успешност колаборативне праксе медицинских сестара и осталих здравствених професионалаца. Посебно због тога што оваква пракса захтева комплексну и динамичну сарадњу која мора пацијенту обезбедити свеобухватну негу.

У литератури се наводе многе баријере за ефикасну и ефективну колаборативну праксу медицинских сестара са осталим здравственим професионалцима. Према појединим ауторима ове баријере могу настати на микро, мезо и макро-нивоу.

Потенцијалне микро-структурне баријере, настају на нивоу установе, одељења, тима, а укључују непостојање:

- колегијално развијених протокола припремљених од стране свих здравствених професионалаца који су укључени од самог почетка сарадње (искуства, знања, јединствене заједничке вештине);
- јасно дефинисане улоге чланова тима (дуплирање, делегирање задатака);
- учења о колективном одлучивању и тимском раду.

Организациони фактори и идентификоване мезо-структурне баријере на нивоу локалних и регионалних административних јединица су:

- управљање и експертиза руководства
- управљање људским ресурсима (доступност квалификованих менаџера)
- обука пружаоца услуга
- приступ кључним структуралним сегментима, посебно финансијском.

Макро-структурне баријере настају на нивоу регионалних и државних регулаторних тела и удружења, а идентификовани су:

- фактори који су условљени професионалним надлежностима: поједини законски акти захтевају ревизију да би се омогућиле флексибилне професионалне улоге,
- традиционално планирање и усмеравање ресурса, а не засновано на објективним- реалним потребама,
- недостатак јасне политике која регулише професионалну праксу, посебно од удружења или организација које издају Лиценце за рад медицинским сестрама и лекарима,
- медицинско-правни аспекти - значајно могу ометати истинску колаборативну праксу.

### ***Концепт колаборативне праксе стоматолога и фармацеута***

Тимски рад стоматолога и фармацеута значајно би побољшао ефекте пружања здравствене заштите и бриге о пацијенту. На жалост, у пракси постоји мали број примера који указују на међусобну сарадњу између ових здравствених дисциплина. Имајући то у виду, у Минесоти (САД) је спроведено истраживање са циљем да се процени изводљивост и потенцијална корист од интерпрофесионалног образовања и колаборативне праксе на Стоматолошком факултету и Колеџу фармације Универзитета у Минесоти. Интерпрофесионални тим су чинили студенти стоматологије и фармације, академско и стручно особље међу којима је било и фармацеута и стоматолога. Критеријум за одабир 190 пацијената са клинике на Стоматолошком факултету био је да болују од две или више болести и узимају већи број лекова. Сви пацијенти су током посете



стоматологу, добили свеобухватни стоматолошки преглед, анализу историје болести и процену узимања терапије од стране интерпрофесионалног тима. Осим тога, спроведене су основне мере примарне здравствене заштите мерења крвног притиска, пулса, нивоа глукозе и процене пушачког статуса. Резултати су показали да је међу колаборативно прегледаним пацијентима њих чак 64% имало хипертензију, 34% дијабетес, а 10,5% је пријавило да конзумира цигарете. Идентификовано је неколико случајева где су предложене промене у терапији, с обзиром на то су поједини пацијенти узимали од два до чак десетине лекова. Закључено је да је рад у интерпрофесионалном тиму помогао у решавању потреба пацијената у примарној здравственој заштити. Овакве активности и мере довеле су до значајног побољшања неге пацијента у односу на праксу када здравствену негу пацијенту пружа само стоматолог радећи самостално без присуства/консултације фармацеута.

У САД су сагледани постојећи односи између стоматолога и фармацеута и предложени нови модели интерпрофесионалне сарадње са циљем да се побољша здравствена заштита која се пружа пацијентима. Уочено је да је тренутна сарадња између ове две здравствене професије ограничена на телефонске позиве који се односе на наручивање рецепата, њихово појашњење и корекцију терапије из медицинских разлога или због чињенице да се неки лекови могу добити на рецепт док други нису покривени фондом здравственог осигурања. Међутим, постоје и многа друга подручја, укључујући превенцију и лечење инфекције и контролу бола, које могу да се побољшају кроз интерпрофесионалну сарадњу између стоматолога и фармацеута. Обе здравствене професије су суочене са јединственим изазовом да ако раде колаборативно могу повећати квалитет здравствене услуге и безбедност пацијента, а за то најпре мора постојати жеља да се ради тимски, затим да сви чланови тима поседују поштовање и поверење, као и разумевање доприноса сваке здравствене професије.

Препреку за извођење колаборативне праксе између стоматолога и фармацеута представља њихова ограничена физичка интеракција, односно просторна удаљеност. Традиционални системи образовања су усмерени ка едукацији „изолованих“ здравствених професионалаца, а не усмерених ка њиховом интерпрофесионалном тимском раду здравствених професионалаца. Имајући у виду да стоматолози пружају здравствене услуге у оквиру стоматолошких ординација, а да су фармацеути физички изоловани у апотекама, интеракција се заснива на комуникацији телефоном, факсом или другим електронским средствима комуникације. Такође, кључна разлика између ове две дисциплине лежи у приступу пацијената на њихове услуге. Док су стоматолози обично доступни само по договору, односно заказивању прегледа, приступ фармацеутима је без заказивања. Фармацеути су најдоступнији здравствени професионалци и могу значајно помоћи у превенцији оралног здравља саветујући пацијенте о могућностима терапије за одвикавање од пушења.

## Стоматолог и фармацеут: комплементарне улоге и одговорности

Чињеница је да се опште одговорности стоматолога и фармацеута се разликују, али и поред тога дају велики број могућности за сарадњу како би се побољшала нега пацијента и ефикасност пружене здравствене заштите.

*Tabela 12. Појединачне одговорности стоматолога и фармацеута и заједнички циљеви усмерени на побољшање општег здравља пацијента*

<b>Одговорности стоматолога</b>	<b>Одговорности фармацеута</b>	<b>Заједнички циљеви</b>
Дијагностика оралних болести	Издавање лекова	Излечење болести
Промоција оралног здравља и превенција болести	Мониторинг пацијентовог здравља и прогресија у постизању максималног ефекта примењене терапије	Елиминисање или редуција симптома
Израда плана за одржавање и опоравак оралног здравља	Едукација пацијената о прописаним лековима и ОТЦ препаратима	Контролисање или успоравање тока болести
Тумачење рентгенских снимака и дијагностичких тестова	Саветовање лекара, медицинских техничара и других здравствених радника о лековима	Превенција болести
Обезбеђивање безбедне примене анестетика. Мониторинг раста и развоја зуба и виличних костију		Препознавање болести
Извођење хируршких процедура на зубима, костима и меким ткивима у оралној дупљи		Постизање адекватних резултата у погледу здравља пацијента

Иако се основне одговорности стоматолога односе на здравље усне дупље, а фармацеута на употребу лекова за опште здравље, деловање обе професије има за циљ укупно побољшање здравља пацијента, промоцију здравља, спречавање болести, лечење и праћење болести и безбедну примену лекова (табела 12).

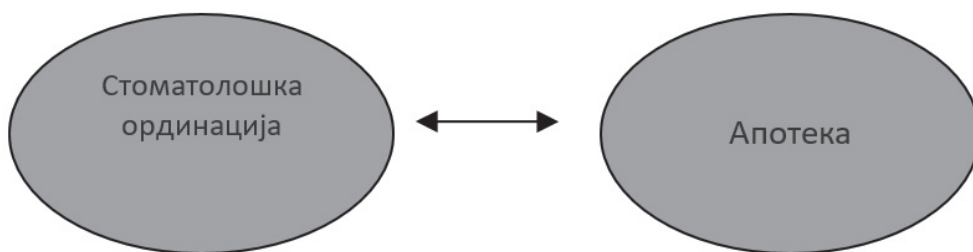
Стоматолози и фармацеути такође деле одговорности у вези са бригом о пацијенту о претходно примењеним лековима, контролисању болова, превенцији и управљању инфекцијама. Значајна препрека за колаборативни рад представља и чињеница да ове две здравствене професије немају увид у целокупну медицинску документацију пацијента, као ни увид у лабораторијске анализе и евентуално друге здравствене параметре. Пацијенти би требало да буду добро обавештени и да постоји адекватан проток информација од значаја за њихово здравствено стање. Стоматолог и фармацеут се могу консултовати о употреби лекова код пацијената са алергијама, контраиндикацијама или другим стањима која могу бити повезана са нежељеним ефектима, интеракцијама лекова или другим проблемима. На пример, сарадња између ове две здравствене професије се може сагледати при лечењу бола које може бити врло компликовано због чињенице да је често потребно ублажити бол врло различитих интензитета уз способност да се препозна и избегне потенцијал злоупотребе одређених аналгетика. Наиме, трајање болова пре и после стоматолошких интервенција обично је кратко, али изванредно број пацијената у стоматолошкој пракси може захтевати и хроничну терапију за оваква стања. Са друге стране, контрола хроничног бола је далеко комплекснија и захтева дугорочно праћење ефикасности, злоупотребе, зависности и штетних ефеката. Сарадња стоматолога и фармацеута у контроли хроничног бола може бити веома корисна у погледу избора и коришћења аналгетика и упутстава за примену.

Превенција и лечење инфекција је такође сложен клинички проблем за стоматолога и фармацеута. Здравствено стање пацијента и примена лекова могу утицати на то да се идентификују пацијенти који су изложени великом ризику од инфекције и стога је потребна одговарајућа антибиотска профилакса пре стоматолошке интервенције. Како анамнестички подаци на алергију значајно утичу на избор антибиотика, док резистенција на антибиотике ограничава избор антибиотика, неминовна је неопходност колаборативне праксе између стоматолога и фармацеута. Такође, у циљу побољшања општег здравља, стоматолози могу упутити пацијенте да се са фармацеутом посаветују у вези вакцинације и превенције инфекције. Саветовање је неопходно и код пацијената који су на терапији одређеним антикоагулантним лековима како би се током извођења стоматолошке интервенције спречило крварење. Чак и ургентне ситуације које се могу јавити у стоматолошкој ординацији или апотеци лакше се могу решити уколико су ресурси и стручност здравствених професионалаца

удружени. Поред тога, стоматолог и фармацеут се могу консултовати о потреби упућивања лекару опште праксе.

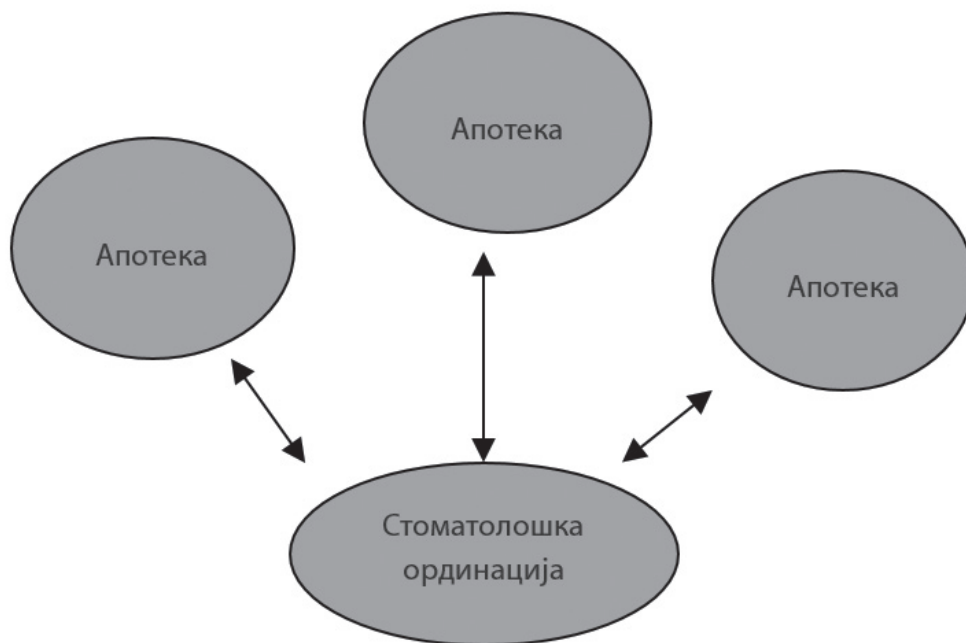
### Модели колаборативне сарадње између стоматолога и фармацеута

Описана су три модела колаборативна праксе између ове две здравствене професије. Снажна интерпрофесионална сарадња између стоматолога и фармацеута, може се развити уколико су стоматолошка ординација и апотека у непосредној близини и пружају здравствену услугу одређеним броју истих пацијената (слика 13). Овај први модел колаборативне сарадње обезбеђује консултације између стоматолога и фармацеута, и свако од њих би био на располагању да на позив другог пруже заједничку здравствену услугу.



**Слика 13. Први модел колаборативне праксе стоматолога и фармацеута: стоматолошка клиника/ординација и апотека су у непосредној близини**

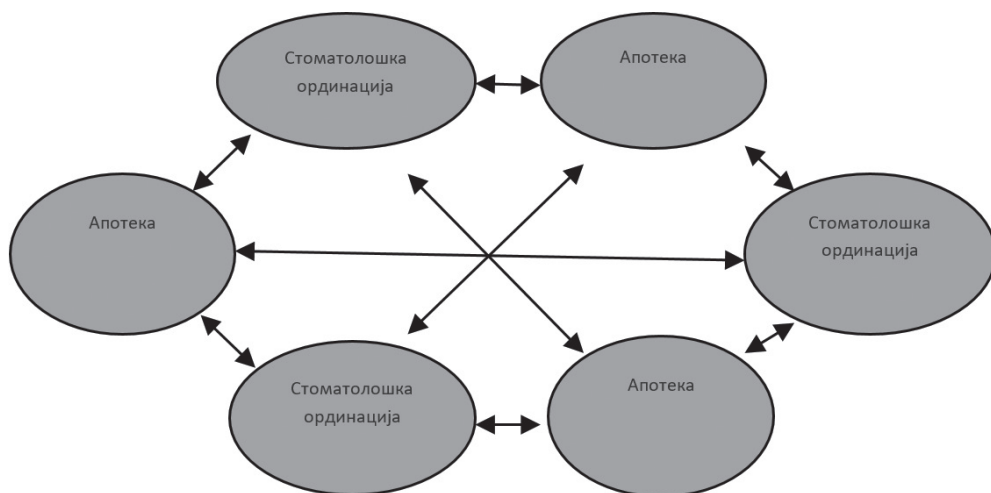
Други модел би подразумевао да једна стоматолошка ординација развија међусобну сарадњу са више локалних апотека (слика 14). Ово би било посебно корисно када постоји неколико заједничких пацијената који користе услуге ове стоматолошке ординације, као и услуге више апотека, тј. мреже апотека. У оваквом моделу сви би били упућени једни на друге, стоматолози би упућивали пацијенте у апотеке из мреже, док би фармацеути исте те пацијенте слали у стоматолошку ординацију која је у сарадњи са мрежом апотека



**Слика 14. Други модел колаборативне праксе стоматолога и фармацеута: стоматолошка клиника/ординација у сарадњи са више апотека**

Трећи модел, модел “у мрежи” укључивао би мрежу стоматолошких ординација и мрежу апотека, што би функционисало веома слично са претходним моделом (слика 15).

Мрежа апотека постала би они којима стоматолошке ординације упућују пацијенте и позивају их за консултације. Ове апотеке, заузврат, упућују пацијенте у стоматолошке ординације које су у мрежи.



**Слика 15. Трећи модел колаборативне праксе стоматолога и фармацеута: мрежа стоматолошких клиника/ординација у сарадњи са мрежом апотека**

Представљени модели би могли послужити као примери интерпрофесионалног образовања студената стоматологије и фармације током основних студија, али, такође и на последипломским студијама.

Основни изазов за успостављање презентованих модела јесу финансијска средства. Иако би идеалан модел био онај који подразумева да стоматолог и фармацеут пружају здравствене услуге у оквиру исте локације, овај модел није изводљив за већину здравствених професионалаца. Осим тога, учешће једне професије у оквиру друге би захтевало додатна финансијска улагања. Такође, успостављање сарадње између мреже стоматолошких ординација и мреже апотека захтева креирање протокола о сарадњи и развој партнерства за шта је неопходно доста времена.

Описани модели сарадње би обезбедили свеобухватнији приступ неге пацијента, где су обе здравствене професије оспособљене да пруже заједнички оптималну негу пацијента. Међутим, будућа истраживања би требало спровести са имплементацијом предложених модела како би се утврдило постојање и обим добити за пацијента.

## Примери колаборативне праксе

### **Палијативна нега**

Добар пример колаборативне праксе огледа се кроз палијативну негу пацијената. Модели пружања палијативне неге су организовани кроз: кућне посете тима за палијативну негу, амбуланте и саветовалишта при примарној здравственој заштити, болничке кревете, специјализоване установе (одељења, домове за стара лица), дневне болнице, службе за психолошко саветовање, референтне центре.

Основна палијативна нега представља активности било које здравствене службе у циљу помоћи болеснику и породици болесника.

Специјалистичка палијативна нега представља специфично организовану активност мултидисциплинарног карактера у циљу пружања професионалне неге пацијенту и пацијентовој породици, у установама специјализованог карактера, са сопственим научним, образовним, управљачким и финансијским ресурсима.

Европско удружење за палијативну негу *EAPC (European Association for Palliative Care)*, основано је 12. децембра 1988. године са циљем промоције палијативне неге широм Европе и окупљањем свих здравствених и других професионалаца који су заинтересовани за рад и развој палијативне неге било кроз свој образовни, клинички или социјални ниво доприноса у деловању.

Интердисциплинарни тим за палијативно збрињавање укључује лекара, медицинске сестре и социјалног радника. Други стручњаци се укључују у тим, према потребама пацијента. Ту спадају фармацеути, дијететичари, рехабилитациони специјалисти, терапеути, здравствени сарадници.

Нема јединственог модела тима за палијативну негу. Болнице имају своје врсте програма палијативног збрињавања. Велике болнице имају веће услуге палијативног збрињавања, али мање болнице, домови за негу старих такође нуде палијативну негу.

Непрепознавање фармацеута у здравственом систему Републике Србије, као једног од чланова тима за палијативно збрињавање, смањује квалитет палијативног збрињавања о чему говоре и резултати анализе постојећих научних радова о квалитету палијативног збрињавања у свету, у поређењу са регистрованим подацима о квалитету палијативне заштите у здравственом систему Републике Србије.

Литературни подаци указују да фармацеути у палијативном збрињавању могу да имају више улога које се односе на:

- *полимедикацију*: проверу прописане терапије, препознавање појаве алергијских реакција услед полимедикације, процену и евалуацију потенцијалних лек-лек интеракција;
- *оптимизацију терапије*: процену и евалуацију могуће дисфункције органа праћењем појаве нежељених реакција на лек, препоруку адекватних дозних облика, процену опција фармакотерапије заснованим на цени лекова и нежељеним реакцијама лекова, препоруку адекватних замена лекова у циљу побољшања ефеката фармакотерапије
- *саветовање пацијента*: пружање препорука о смањењу симптома примарног бола и менаџмента нежељених реакција, пружање препорука о коришћењу дозатора који помажу пацијентима и њиховим старатељима, саветовање о фармакотерапијским опцијама које ефикасно могу регулисати симптоме депресије, анксиозности, несанице
- *саветовање чланова тима за палијативну негу*: кроз едукацију чланова тима палијативне неге о лековима и едуковање медицинских сестара о блиском праћењу терапеутских одговора
- *регистровање промена у понашању и психолошких промена*.

Такође у литератури су описани начини организовања семинара за студенте медицине и здравствене неге са темом палијативна нега. На овим семинарима је примењено интерпрофесионално образовање. Студенти су учили кроз критичку анализу одређене области палијативне неге. Циљеви семинара су усмерени на задатке који су студенти решавали: препознати етичке дилеме и какве су исте у њиховом окружењу; одредити професионалне квалитете сваке професије; анализирати интерпрофесионалне сукобе и сарадње; продискутовати различите професионалне и личне перспективе у односу на проблеме приказане у научној литератури; препознати значајне физичке, психичке и социјалне проблеме пацијента у терминалној фази болести, као и проблеме њихових породица; размислити о личним вредностима пацијента и њихових породица и утицају на негу; демонстрирати примере могуће сарадње са осталим учесницима семинара. Студенти су водили и белешке које су укључиле: културолошки аспект смрти у медицини и у друштву; верску димензију смрти; професионалне и личне ставове оних који чине здравствени тим у палијативној нези и етичке димензије еутаназије. Кроз овај вид едукације приказана је могућност интерпрофесионалне сарадње и рада у окружењу које није непосредна клиничка пракса. Ефективном комуникацијом и заједничким дискусијама усвојена су знања и ставови примењиви у будућој професионалној колаборативној пракси.



### **Ургентна стања**

Примена интерпрофесионалног образовања данас представља и први корак ка ефективној и ефикасној колаборативној пракси у збрињавању критично оболелог-повређеног пацијента. Збрињавање критично оболелог-повређеног пацијента захтева низ процедура у чијој реализацији партиципирају здравствени радници различитих професија и различитих дисциплина унутар једне професије. Иницијални третман ових пацијената често је комплексан и захтева добро уигран тимски приступ са јасном поделом улога и одговорности сваког члана тима. Традиционално највећи број услуга у области ургентне медицине пружају лекари и медицинске сестре, међутим у савремено оријентисаном приступу у овој области медицине, тимови су све сложенији по свом саставу. Промене у пружању услуга у ургентној медицини често мењају и границе које дефинишу улоге и одговорности различитих здравствених професија. Имајући у виду захтеве савремене ургентне медицине, како током иницијалног збрињавања, тако током даље неге и континуиране бриге за пацијента на различитим нивоима здравствене заштите примена ИПО је круцијална. Посебно са аспекта да су кључни елементи ИПО засновани на потреби да се развију флексибилни тимски радници са високим нивоом професионалних и комуникационих вештина који разумеју допринос сваке здравствене професије и дисциплине.

У литератури се наводе пример пилот програма ургентне медицине, у коме су учествовали студенти медицине и парамедицине. Програм се састојао из три дела: ургентна стања у педијатрији, унапредовале мере животне потпоре (*Advanced life support ALS*) и мере животне потпоре повређених (*Trauma life support TLS*). Заједничко учење пружило је студентима могућност ефективнијег усвајања знања и вештина. Од пилот пројекта, интерпрофесионално образовање је постало саставни део образовног програма ургентне медицине.

Посматрајући међусобне односе и људске факторе који утичу на ефективност траума тима, посебно су анализирани комуникацију унутар тима. Током едукативног програма заснованог на интерпрофесионалном учењу, учесници су интервјуисани путем структурираног упитника којим је било обухваћено пет категорија од значаја, и то: руковођење (кроз одговорност, положај у тиму, усавршавање), улоге и одговорности, конфликте, комуникацију и факторе средине. Уочени су многи фактори који утичу на тимски рад. Резултати едукативног програма указују на побољшање интерпрофесионалних односа унутар тима, што доприноси бољем раду сваког члана тима посебно медицинских сестара и млађег медицинског особља.

### **Примарна здравствена заштита**

Пружање услуга на примарном нивоу здравствене заштите захтева мултидисциплинарну и мултипрофесионалну сарадњу великог броја здравствених професионалаца. Према литературним изворима тај број може да укључи и до 30

професионалаца из области здравства и социјалне заштите укључујући лекаре, медицинске сестре, бабице, стоматологе, физиотерапеуте, фармацеуте, дефектологе, дијететичаре, психологе, педагоге, социјалне раднике, административно особље и др.

У прегледном раду о мултидисциплинарној сарадњи у примарној здравственој заштити (*Multidisciplinary collaboration in primary care: a systematic review*) аутори су према саставу тима идентификовали да се издвајају четири типа:

- специјализовани тимови,
- мултидисциплинарни тимови,
- тријаде: лекар- медицинска сестра-фармацеут и
- тимови које чине само медицинска сестра и лекар.

Такође на основу резултата студија сарадњу унутар тима су идентификовали као колаборативну, нехијерахијску, сарадњу путем заједничких консултација, сарадњу путем упућивања и сарадњу путем контра упућивања. Забележено је да је нехијерахисјка сарадња посебно била присутна код тимова састављених од већег броја чланова различитих професија и специјалистичких дисциплина у специјализованим тимовима.

Колаборативне активности у пружању услуга на примарном нивоу здравствене заштите укључују пет модела:

- интерпрофесионални тимски модел,
- модел под вођством медицинских сестара,
- модел управљања случајем,
- пацијенту усмерен модел,
- модели подељене неге.

Премиса да је интерпрофесионална едукација иницијални и први корак ка ефективној и ефикасној колаборативној пракси потврђена је у студији коју су спровели *Pearson* и *Pandya* (2006). Наиме они истичу значај примене интерпрофесионалног образовања управо у примарној здравственој заштити. Заједнички рад више здравствених професија подразумевао је активно учење о кардиоваскуларним обољењима, шећерној болести, астми, здравственој заштити деце, аутизму и прогресивним неуролошким обољењима. Посматрајући сваку област посебно и генерални став више од хиљаду полазника, оценило је да заједничким стицањем знања, умећа и вештина, као и уочавањем различитих професионалних улога интерпрофесионално образовање доноси више добити у односу на унипрофесионално.

## Литература

Al-Sawai A. Leadership of Healthcare Professionals: Where Do We Stand? *Oman Med J.* 2013;28(4):285–7.

Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth D. *Effective Interprofessional Education: Argument, Assumption and Evidence.* Malden, MA: Blackwell Publishing. 2005; pp. 204.

Barr H, Low H. *Introducing Interprofessional Education Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE) 2013.*

Berger S, Mahler C, Krug K, Szecsenyi J, Schultz J. Evaluation of interprofessional education: lessons learned through the development and implementation of an interprofessional seminar on team communication for undergraduate health care students in Heidelberg. *GMS Journal for medical Education* 2016; 33(2): 1-17.

Chan LK, Ganotice F, Wong FKY, Lau CS, Bridges SM, Chan CHY, et al. Implementation of an interprofessional team-based learning program involving seven undergraduate health and social care programs from two universities, and students' evaluation of their readiness for interprofessional learning. *BMC Med Educ* 2017;17(1).

Coiera E. *Communication Systems in Healthcare.* *Clin Biochem Rev.* 2006;27(2):89-98.

Cole E, Crichton N. The culture of a trauma team in relation to human factors. *J Clin Nurs.* 2006;15(10):1257-66.

Communication principles - The MDU [19.09.2018]. Dostupno na:file:///C:/Users/ivanak/OneDrive%20-%20Farmaceutski%20fakultet/Downloads/A2%20Communication%20principles%20(2).pdf.

Deutschlander S, Suter E. *Interprofessional Mentoring Guide for Supervisors, Staff and Students.* Alberta Health Services 2011.

Drynan D, Murphy S. *Understanding and facilitating interprofessional education. A Guide to Incorporating Interprofessional Experiences into the Practice Education Setting, IPE Guide 2nd edition, 2013.* Dostupno na: [www.chd.ubc.ca](http://www.chd.ubc.ca)

*Education and Collaborative Practice.* Palgrave Macmillan 2016, pp. 400.

Emanuel LL, Taylor L, Hain A, Combes JR, Hatlie MJ, Karsh B, Lau DT, Shalowitz J, Shaw T, Walton M, eds. The Patient Safety Education Program – Canada (PSEP – Canada) Curriculum. PSEP – Canada, 2011.

Forman D, Jones M, Thistlethwaite J. Leadership and Collaboration: Further Developments for Interprofessional Education. Palgrave Macmillan 2015, pp. 285.

Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010;376(9756):1923-58.

Hall P, Weaver L, Fothergill-Bourbonnais F, Amos S, Whiting N, Barnes P, Legault F. Interprofessional education in palliative care: a pilot project using popular literature. *J Interprof Care*. 2006;20(1):51-9.

Hall P, Weaver L. Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. *Med Ed*. 2001;35:867-75.

Health Sciences Education and Research Common. Interprofessional Facilitation Handbook, University of Alberta 2018. Dostupno na: <http://www.hserc.ualberta.ca/>

Helmreich RL, Foushee HC. Why crew resource management? Empirical and theoretical bases of human factors training in aviation. In: Weiner EL, Kanki BG, Helmreich RL, editors. *Crew Resource Management*. San Diego, CA: Academic Press; 1993. p. 3-46.

Ilić O. V, Marinković V, Tasić Lj. Conceptual model of collaborative pharmaceutical practice in healthcare and social care for the elderly, *Vojnosanitetski pregled* (2017), doi: 10.2298/VSP161209024I

Impact of Communication in Healthcare [21.09.2018]. Dostupno na: <https://healthcarecomm.org/about-us/impact-of-communication-in-healthcare/>.

Institute of Medicine (IOM). Interprofessional education for collaboration: Learning how to improve health from interprofessional models across the continuum of education to practice: Workshop summary. Washington, DC: The National Academies Press, 2013; pp.179.

Johnson A. Interprofessional Education and Interprofessional Practice in Communication Sciences and Disorders: An Introduction and Case-Based Examples of Implementation in Education and Health Care Settings. American Speech-Language-Hearing Association, 2016. pp. 75

King HB, Battles J, Baker DP, Alonso A, Salas E, Webster J, Toomey L, Salisbury M. TeamSTEPPS™: Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety. In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, et al., editors. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol 3: Performance and Tools)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008.

Lygre H, Lisbet R, Kjome S, Choi H, Autumn L, Stewart AL. Dental providers and pharmacists: a call for enhanced interprofessional collaboration. 2017; 67(6): 329-331.

Molyneux J. Interprofessional teamworking: what makes teams work well? *J Interprof Care*. 2001;15:29-35.

Nancarrow SA, Booth A, Ariss S, Smith T, Enderby P, Roots A. Ten principles of good interdisciplinary team work. *Hum Resour Health*. 2013;11(19).

Nelson C, Tassone M, Hodges BD. *Creating the Health Care Team of the Future The Toronto Model for Interprofessional Education and Practice*. Cornell University Press 2014; pp. 175

O'Daniel M, Rosenstein AH. Professional Communication and Team Collaboration. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008.

Olson R, Bialocerkowski A. Interprofessional education in allied health: a systematic review. *Med Educ*. 2014;48(3):236-46.

Pearson D, Pandya, H. Shared learning in primary care: Participants' views of the benefits of this approach. *J Interpr Care*. 2006; 20(3): 302–313.

Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: Effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev* 2013;2013(3).

Reeves S, Xyrichis A, Zwarenstein M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *Journal of Interprofessional Care* 2018; 32(1):1

ReFEEHS Erasmus+ projekat, Univerzitet u Beogradu, [20.09.2018]. Dostupno na: <https://refeehs.com>.

ReFEEHS Erasmus+ projekat, Univerzitet u Beogradu. ReFEEHS istraživanje - Interprofesionalno obrazovanje, mart 2018. [20.09.2018]. Dostupno na: [http://refeehs.com/wp-content/uploads/2017/04/ReFEEHS\\_RG-IPO\\_lzvestaj.pdf](http://refeehs.com/wp-content/uploads/2017/04/ReFEEHS_RG-IPO_lzvestaj.pdf)

ReFEEHS Erasmus+ projekat, Univerzitet u Beogradu. ReFEEHS istraživanje – Interprofesionalno obrazovanje, maj 2017. Dostupno na: [http://refeehs.com/wp-content/uploads/2017/04/ReFEEHS\\_RG-IPO\\_Izvestaj.pdf](http://refeehs.com/wp-content/uploads/2017/04/ReFEEHS_RG-IPO_Izvestaj.pdf)

ReFEEHS Erasmus+ projekat, Univerzitet u Beogradu. Aktuelna praksa i izazovi u interprofesionalnom obrazovanju zdravstvenih radnika–simpozijum, Novi Sad, 2016. Dostupno na: <http://refeehs.com>. Datum pristupa 24.04.2018

ReFEEHS Erasmus+ projekat, Univerzitet u Beogradu. Dostupno na: <http://refeehs.com>

San Martín-Rodríguez L, Beaulieu MD, D'Amour D, Ferrada-Videla MT. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *J Interprof Care*. 2005; 19 Suppl 1:132-47.

Sfantou DF, Laliotis A, Patelarou AE, Sifaki-Pistolla D, Matalliotakis M, Patelarou E. Importance of Leadership Style towards Quality of Care Measures in Healthcare Settings: A Systematic Review. *Healthcare (Basel)*. 2017;5(4):73.

Sharpe D, Curran V. Collaborating for education and practice: An interprofessional education strategy for Newfoundland and Labrador. Centre for Collaborative Health Professional Education Memorial: University of Newfoundland, 2008; pp.34.

Smith SC, Gerrish WG, Weppner WG. Interprofessional Education in Patient-Centered Medical Homes Implications from Complex Adaptive Systems Theory. Springer 2015; pp. 124.

Tasić Lj KD, Jocić D, Jović S. Komunikacija u farmaceutskoj praksi. Beograd: Unverzitet u Beogradu - Farmaceutski fakultet; 2012.

Tasić Lj. Farmaceutski menadžment i marketing. Beograd: Placebo; 2008.

The Interprofessional Education Consortium. Creating, Implementing, and Sustaining Interprofessional Education (Volume III); Stuart Foundation, 2002. pp 140

Valle-Oseguera C, Boyce EB. Dentists and Pharmacists: Paradigm Shifts and Interprofessional Collaborative Practice Models. *CDA Journal* 2015; 43:10.

World Health Organization. Regional Office for Europe, Copenhagen. Moving on from Munich EU/ICP/OSD 631 AS 00 5019309 (2001). Dostupno na: URL [http://www.euro.who.int/document/e\\_74474](http://www.euro.who.int/document/e_74474). Pdf

World Health Organization. Seven-star pharmacist concept by World Health Organization 17.09.2018. Dostupno na: [https://www.jyoungpharm.org/sites/default/files/10.5530\\_jyp.2014.2.1.pdf](https://www.jyoungpharm.org/sites/default/files/10.5530_jyp.2014.2.1.pdf).

World Health Organization. Third Global Ministerial Summit on Patient Safety Tokyo Declaration on Patient Safety 2018.

World Health Organization. Topic 4: Being an effective team player [17.09.2018]. Dostupno na: [http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/who\\_mc\\_topic-4.pdf](http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/who_mc_topic-4.pdf).

World Health Organization: Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice. Geneva, WHO, 2010. Dostupno na: <http://www.int.hrh/resources/framework-action/en/>

Xyrichis A, Ream E. Teamwork: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2008;61:232-41.

Yufenyuy CS. The Impact of Interprofessional Conflict on Quality care - The Nurse's Role. Degree Thesis. Arcada University of Applied Sciences. Helsinki, Finland 2018.

## Прилози

### Прилог 1. Водичи и упутства за извођење наставе интерпрофесионалног образовања

#### ***I - Водич за извођење наставе***

У складу са препорукама за савремено извођење универзитетске наставе предмет Интерпрофесионално образовање (ИПО) се реализује као мешовити (хибридни) вид наставе, комбинујући електронско учење и *in situ* наставу.

Електронско учење је заједничко за сва четири Универзитета и реализује се на електронској платформи Универзитета у Београду (<http://elearning.rcub.bg.ac.rs/moodle/>). Приступ електронској платформи имају продекани за наставу свих студијских програма (медицине, стоматологије, фармације и сестринства) и наставници и сарадници који учествују у реализацији наставе. Студенти се самостално уписују на електронску платформу према упутству датом у прилогу (Додатак 1, Упутство за приступ електронској платформи – Интерпрофесионално образовање).

Настава *in situ* (радионице) се изводи у оквиру сваког појединачног универзитета. Динамика извођења наставе се утврђује за сваку школску годину према следећим смерницама:

1. термин – (амфитеатар, 45-60 минута); присуствују студенти свих студијских програма и наставници и сарадници који ће учествовати у реализацији предмета (излаже се кратак увод у интерпрофесионално образовање, појашњавају активности и њихова реализација у оквиру изборног предмета; врши се подела студената у групе);
2. – 4. термин – три радионице у трајању од 90 минута по радионици; на свакој радионици се анализира клинички случај пацијента са акутним стањем, хроничном болешћу или вулнерабилне групе.

#### ***Електронска платформа***

На електронској платформи студенти имају на располагању наставне материјале у чијој припреми су учествовали чланови *ReFEENS* ИПО групе и одговорни наставници са свих Факултета. Студенти се упознају са постављеним материјалима и у оквиру предиспитних активности раде постављене лекције из области:

- **Појам и значај интерпрофесионалног образовања**



- **Тимски рад за интерпрофесионално образовање и колаборативну праксу**

Осим лекција, студенти су у обавези да ураде и три домаћа задатка, тј. напишу кратке есеје (до 300 речи) на једну од тема у оквиру одређеног акутног стања, хроничне болести или пацијента вулнерабилне групе.

Кратке есеје студенти ће написати према упутству датом у прилогу (Додатак 2, Упутство за израду домаћег задатка) пре одржавања радионица са одређеном темом и тиме потврдити да су се упознали са наставним материјалима. У зависности од студијског програма написани есеји се бодују у оквиру предиспитних активности и указују наставнику на спремност студента за активно учешће на радионици са одређеном темом. Предложено је да наставници/сарадници сваког студијског програма оцењују есеје својих студената (нпр. наставници Стоматолошког факултета написане есеје студената Стоматологије), с тим да, према договору, постоји могућност и оцењивања домаћих задатака од стране више од једног наставника/сарадника са различитих студијских програма.

### **Радионице**

За извођење радионица студенти свих студијских програма (медицине, стоматологије, фармације и здравствене неге) се равномерно распоређују по групама које садрже од 8 до 12 студената у групи. Укупан број група зависи од броја пријављених студената. Упутства и водичи за студенте и модераторе радионица су доступни на електронској платформи. Пре извођења радионице на електронској платформи ће бити доступан клинички случај који ће студенти разматрати, дискутовати и решавати на радионици.

Радионица за одређени термин се реализује у трајању од 90 минута. Групе студената су распоређене по могућству у посебне просторије. Једну групу води један модератор који евалуира активност студената током радионице према упитнику датом у додатку 3 (Упитник за евалуацију студената на радионицама).

Уколико је планом и програмом предвиђен завршни испит, исти се реализује на електронској платформи у форми есеја или се написан есеј доставља наставницима електронским путем. За завршни испит студент анализира задати клинички случај који је сличан случају који је разматран и решаван на радионицама.

### **II - Опште упутство за модераторе радионица**

Модератор радионице има улогу фацитатора. Термин фацитација представља процес помагања групи или појединцима да уче, пронађу решења или

постигну консензус без наметања или диктирања исхода. Фацилитатор је водич кроз процес у чијем фокусу је дискусија и разјашњење проблема, истовремено подстиче заједничко одлучивање и решавање проблема. Фацилитатор помаже групи у стварању и постизању заједничких циљева и очекивања.

Према ИПО стратегији, фацилитатори не морају бити стручњаци за садржај/ тему радионице. Треба да поседују добре вештине комуникације. Ефективни фацилитатори нису ауторитарни, флексибилни су, интуитивни, организовани, самопоуздани и отворени. Осим тога, имају добру толеранцију за нејасноће и неизвесност као и поштовање жеље за учењем.

Са једном групом студената ради један модератор. Група има до 12 студената и обухвата студенте различитих студијских група: медицине, стоматологије, фармације и сестринства.

Предлаже се поштовање следећих смерница током припреме и извођење ИПО радионице:

1. Столице разместити у облику круга;
2. Студенти треба да се потпишу чиме верификују своје присуство;
3. Замолите студенте да изаберу столицу и узму материјал за припрему белешки (папир, фломастере);
4. Захтевајте да се студенти представе једни другима и међусобно упознају;
5. Обезбедите радну дисциплину у групи;
6. Подстакните дискусију и дијалог;
7. Истакните циљеве учења;
8. Изнети приказ случаја (корисно је да студенти на папиру направе белешке);
9. Дајте време студентима да у оквиру групе сами дискутују и подстичите дискусију (студенти треба да дискутују о главним тегобама и припадници сваке професије у оквиру ИПО тима са свог становишта треба да дају процену стања и понуде активности и поступке), у другом делу часа дискутујте са њима; подстичите их на заједничку израду плана пружања здравствене услуге;
10. На крају радионице један од студената из групе треба да презентује договорени план пружања здравствене услуге пацијенту уз активну дискусију свих студената;
11. Евалуирајте активност студената током радионице на евалуационом листу (Додатак 3, Упитник за евалуацију студената на радионицама); потпишите се на евалуациони лист да сте одржали радионицу.

**Временски оквир радионице:**

10 мин – увод и презентовање случаја;

30 мин – самостално сваки студент анализира случај са становишта своје професије;

10 мин – групна дискусија;

30 мин – студенти раде и разматрају случај заједнички;

10 мин – група дискутује са модератором и износи свој став.

**Задаци ИПО радионице**

- Утицати на формирање правилног става према улогама и одговорно-стима сваког члана тима током решавање студије случаја.
- Подстицање мотивације за тимски рад, осећај одговорности према сопственом раду, осећај сопствене вредности унутар тима, смисла за прецизност и тачност.
- Подстицање прихватања интерпрофесионалног образовања као образовне стратегије учења са другима, од других и о другима а са циљем унапређења квалитета пружених услуга у систему здравствене заштите.

**Циљеви ИПО учења**

- Значај јасне комуникације и тимског рада у пружању здравствене услуге.
- Значај јасне улоге и одговорности сваког члана здравственог тима.
- Значај интерпрофесионалног стицања знања.

**III - Опште упутство за студенте - радионице**

Група за радионицу има од 8 до 12 студената и обухвата студенте различитих студијских група: медицине, стоматологије, фармације и сестринства. Са једном групом студената ради један модератор.

На радионицу треба понети мантил, свеску или папире за белешке.

Током радионице студенти седе у кругу, на почетку се представљају једни другима и међусобно упознају.

Модератор радионице ће изнети циљеве радионице, а потом и студију случаја која ће се анализирати, а која је студентима била доступна на електронској платформи недељу дана пре термина одржавања радионице. Студенти су у

обавези да се припреме за радионицу упознајући се са случајем и разматрајући га у складу са својим знањима и вештинама.

Временски оквир радионице: 10 минута – увод и презентовање случаја; 30 минута самостално и у групи студенти анализирају случај са становишта своје професије, 10 минута групна дискусија; 30 минута студенти свих здравствених професија раде и разматрају случај заједнички; 10 минута група дискутује са модератором и износи свој став.

Током радионице предлаже се поштовање следећих смерница:

1. Студенти треба да дискутују о главним тегобама пацијента и припадници сваке професије у оквиру ИПО тима са свог становишта треба да дају процену стања и понуде активности и поступке. При томе треба да се концентришу на истицање главних приоритета у оквиру сваке дисциплине (медицине, стоматологије, фармације, здравствена нега).
2. Док тече дискусија корисно је забележити листу проблема присутних код приказаног случаја.
3. Студенти активно међусобно дискутују и заједнички креирају план пружања здравствене услуге за дати случај.
4. Договарају се и бирају међу собом студента који ће план њихове групе изложити пред свим студентима.

Током радионице модератор ће процењивати и бодовати активно учешће студента у дискусији, препознавање значаја других професија и међусобне сарадње, препознавање значаја ИРЕ и тимског рада, као и креирање плана пружања здравствене услуге пацијенту.

Модератор радионице има улогу фацитатора и према ИПО стратегији не мора бити стручњак за област/тему радионице. Фацитатор је водич кроз процес у чијем фокусу је дискусија и разјашњење проблема, истовремено подстиче заједничко одлучивање и решавање проблема. Фацитатор помаже групи у стварању и постизању заједничких циљева и очекивања.

#### ***IV - Водич за модераторе радионица***

Након излагања студије случаја указати студентима да прво треба да истакну који део случаја представља домен њихове здравствене дисциплине. На овај начин показују да су заједнички разматрали сваки налаз случаја. Захтевати од студената да користе доле понуђена питања како би продискутовали кључне налазе процене за сваку дисциплину. Питања користити и приликом састављања мултидисциплинарне листе проблема које има пацијент/пацијенткиња. Ове детаљне смернице имају за циљ да помогну и олакшају дискусију

међу студентима током групног рада. Не морају се све чињенице размотрити током радионице.

### ***Студентска разматрања (1. део); индивидуални и групни рад у оквиру исте здравствене професије – 30 минута***

#### **Студенти медицине**

Кључни налази

- Идентификовати узрок пријема пацијента/пацијенткиње у здравствену установу
- Поставити дијагнозу на основу добијених резултата
- Предложити терапију по пријему, током хоспитализације и при отпусту
- Размотрити хируршка решења уколико за њима има потребе
- Продискутовати даљи ток лечења

#### **Студенти стоматологије**

Кључни налази

- Идентификовати узрок пријема пацијента уз узету општу и стоматолошку анамнезу
- Поставити дијагнозу и направити план терапије
- Анализирати припрему пацијента пре стоматолошких интервенција
- Према потреби анализирати препротетску терапију
- Према потреби размотрити протетске индикације у односу на статус и стање преосталих зуба

#### **Студенти фармације**

Кључни налази

- Разматрање биохемијских параметара
- Усклађивање терапије пре и након пријема
- Анализа прописане терапије: преглед свих лекова које пацијент/пацијенткиња користи; процена оптималне терапије; интеракција и сл.
- Саветовање пацијенткиње о примени лекова при отпусту из болнице

- Размотрити даљи ток лечења и праћење терапијских исхода пацијента/пацијенткиње

## Студенти здравствене неге

### Кључни налази

- Антропометрија - укључујући тежину, висину, BMI (енгл. *Body mass index*)
- Према потреби процена могућности за обављање свакодневних активности (купање, облачење, коришћење тоалета, устајање из кревета или са столице)
- Према потреби планирање и реализовање неге пацијента/пацијента
- Процена независних дневних активности пацијента/пацијенткиње – могућност самосталне примене или самолстаног узимања прописане терапије; могућност да себи спрема храну; одржавање хигијене у кући, одлазак до продавнице.

### **Групна дискусија (сви студенти у групи) - 10 минута**

Шта ће бити главни налази о којима ћете као тим расправљати у погледу приказаног случаја? Да ли се бринете за здравствено стање овог пацијента/ове пацијенткиње? Сумирајте укратко листу проблема пацијента/пацијенткиње и направите план за период након одласка из здравствене установе или отпуста из болнице.

### **Студентска разматрања (2. део); сви студенти у групи – 30 минута**

Дизајн ефикасног програма лечења и неге.

Размислите о томе како свако од вас као члан здравственог тима може допринети лечењу и нези пацијента/пацијенткиње и како ћете координирати и комуницирати једни са другима да би се постигао најбољи могући исход.

## Студенти медицине

- Детаљна анамнеза; физички преглед; процена стања пацијента/пацијенткиње
- Упућивање на детаљне лабораторијске анализе
- Упућивање на специјалистичке прегледе

### Студенти стоматологије

- Дискусија о општем стању пацијента/пацијенткиње и неопходним припремама за стоматолошке интервенције
- Разматрање дилема у вези са одабиром анестетика, применом антибиотика
- Разматрање узимања брисева, оралних манифестација обољења/нежељеног дејства коришћених лекова
- Значај оралног статуса за опште стања пацијента/пацијенткиње

### Студенти фармације

- Дискусија о начинима за оптимизацију примене прописане терапије – разматрање учесталости узимања лекова, разматрање свих дилема у вези са леком (нпр. стабилност производа ако је уклоњен из оригиналног паковања, адекватно обележавање, смањење могућности грешке приликом дозирања)
- Разматрање даљег тока лечења након отпуста из болнице
- Дискусија о адекватној исхрани пацијенткиње. Да ли треба да се организује свакодневно праћење уноса хране и течности?

### Студенти здравствене неге

- Размотрити адекватну негу за пацијенткињу
- Разговор са породицом у вези са адекватном кућном негом

### ***Завршна дискусија (оптимално време 10 минута) – један студент излаже план здравствене заштите пацијента/пацијенткиње***

Да ли је по вашем мишљењу ово тешка студија случаја? Зашто? Како сте се договорили око доношења одлука које су најбоље за пацијента? Шта мислите каква је прогноза за овог пацијента/ову пацијенткињу?

### ***По завршетку радионице***

Захвалити им се и подсетити да су материјали са одржане радионице доступни на електронској платформи, као и да ће материјал за наредну радионицу бити доступан према предвиђеном плану одржавања радионица.

## **V - Водич за студенте за радионице**

Студенту је пре термина одржавања радионице доступан клинички случај на електронској платформи. Неопходно је да се студент пре доласка на радионицу упозна са случајем и размотри га у домену своје професији (користити доле дате налазе на које треба посебно обратити пажњу).

На термину радионице студенти раде у групи са студентима исте професије (студентска разматрања 1. део), а потом и сви заједно, доносећи заједнички план здравствене заштите пацијента/пацијенткиње у конкретном случају (студентска разматрања 2. део).

### **Студентска разматрања (1. део); индивидуални и групни рад у оквиру исте здравствене професије – 30 минута**

1. Укратко дискутовати главне налазе који су из домена сваке здравствене професије. Фокусирати се на истицање кључних налаза процењених за сваку здравствену дисциплину.
2. Током дискусије саставити мултидисциплинарну листу проблема присутних код приказаног случаја.

### **Студенти медицине**

Кључни налази

- Идентификовати узрок пријема пацијента/пацијенткиње
- Поставити дијагнозу на основу добијених резултата
- Предложити терапију по пријему, током хоспитализације и при отпусту
- Размотрити хируршка решења за пацијента/пацијенткињу уколико за њима постоји потреба
- Продискутовати даљи ток лечења

### **Студенти стоматологије**

Кључни налази

- Идентификовати узрок пријема пацијента/пацијенткиње уз узету општу и стоматолошку анамнезу
- Поставити дијагнозу и направити план терапије
- Анализирати припрему пацијента/пацијенткиње пре стоматолошких интервенција
- Према потреби анализирати препротетску терапију



- Према потреби размотрити протетске индикације у односу на статус и стање преосталих зуба

### **Студенти фармације**

Кључни налази

- Разматрање биохемијских параметара
- Усклађивање терапије пре и након пријема
- Анализа прописане терапије: преглед свих лекова које пацијент/пацијенткиња користи; процена оптималне терапије; интеракција и сл.
- Саветовање пацијента/пацијенткиње о примени лекова при напуштању здравствене установе или отпусту из болнице
- Размотрити даљи ток лечења и праћење терапијских исхода пацијента/пацијенткиње

### **Студенти здравствене неге**

Кључни налази

- Антропометрија - укључујући тежину, висину, BMI (енгл. *Body mass index*)
- Процена могућности за обављање свакодневних активности (купање, облачење, коришћење тоалета, устајање из кревета или са столице)
- Према потреби планирање и реализовање неге пацијента
- Према потреби процена независних дневних активности – могућност самосталне примене терапије или самосталног узимања прописане терапије, одржавање хигијене у кући, друге активности.

### **Групна дискусија (сви студенти у групи) – 10 минута**

Шта ће бити главни налази о којима ћете као тим расправљати у погледу приказаног случаја? Да ли се бринете за здравствено стање овог пацијента/ове пацијенткиње? Сумирајте укратко листу проблема пацијента/пацијенткиње и направите план за период након напуштања здравствене установе или отпуста из болнице.

### **Студентска разматрања (2. део); сви студенти у групи – 30 минута**

Дизајн ефикасног програма лечења и неге.

Размислите о томе како свако од вас као члан здравственог тима може допринети лечењу и нези пацијента/пацијенткиње и како ћете координирати и комуницирати једни са другима да би се постигао најбољи могући исход.

Предвиђено време за рад.

### **Студенти медицине**

- Детаљна анамнеза; физички преглед; процена стања пацијента/пацијенткиње
- Упућивање на детаљне лабораторијске анализе
- Упућивање на специјалистичке прегледе

### **Студенти стоматологије**

- Дискусија о општем стању пацијента/пацијенткиње и неопходним процедурама за стоматолошке интервенције
- Разматрање дилема у вези са одабиром анестетика, применом антибиотика
- Разматрање узимања брисева, оралних манифестација обољења /нежељеног дејства коришћених лекова
- Значај оралног статуса за опште стања пацијента/пацијенткиње

### **Студенти фармације**

- Дискусија о начинима за оптимизацију примене прописане терапије – разматрање учесталост узимања лекова, разматрање свих дилема у вези са леком (нпр. стабилност производа ако је уклоњен из оригиналног паковања, адекватно обележавање, смањење могућности грешке приликом дозирања).
- Разматрање даљег тока лечења након отпуста из болнице
- Дискусија о адекватној исхрани пацијенткиње. Да ли треба да се организује свакодневно праћење уноса хране и течности?

### **Студенти здравствене неге**

- Размотрити адекватну негу за пацијенткињу
- Разговор са породицом у вези са адекватном кућном негом

### ***Завршна дискусија (оптимално време 10 минута) – један студент излаже план здравствене заштите пацијента/пацијенткиње***

Да ли је по вашем мишљењу ово тешка студија случаја? Зашто? Како сте се договорили око доношења одлука које су најбоље за пацијента/пацијенткињу? Шта мислите каква је прогноза за овог пацијента/ову пацијенткињу?

#### ***VI - Унутство за евалуацију студената***

У току ИПО наставе студент примењује и унапређује знања и вештине које је до тада стекао на студијама, али стиче и нова знања и вештине и развија способност тимског рада уз уважавање улоге и одговорности сваког члана здравственог тима а у циљу постизања ефикасне здравствене заштите.

Евалуација студената може се вршити током њихових активности на електронској платформи, изради домаћих задатака за припрему за радионице и на самој радионици. Методе за евалуацију могу бити различити задаци на електронској платформи или решавање задатака у форми разматрања случаја из праксе на радионицама. Евалуација студената врши се на свакој IPE радионици користећи евалуациони упитник који попуњава модератор радионице. Изглед упитника дат је у Додатку 3 ( Упитник за евалуацију студената на радионицама).

#### ***VII - Комуникација између факултета***

ИПО наставу изводи више факултета или студијских програма у оквиру истог факултета и сваке школске године се постиже договор око места извођења радионица, модератора који ће учествовати у реализацији истих, као и клиничких случајева који ће се разматрати и решавати на радионицама. Сваки факултет/студијски програм именује особу из реда наставника за координацију и реализацију наставе.

Успешна ИПО настава подразумева огромно залагање наставника и сарадника као модератора. Модератор настоји да мотивише студента да се активно ангажује на свакој радионици, ефикасно комуницира са студентима других здравствених професија, критички размишља и износи лични став. На крају, студенти тимски постижу договор и креирају предлог пружања здравствене заштите за разматрани клинички случај. Оваквом образовном стратегијом будући здравствени радници ће бити спремни за тимски рад, ефикасну комуникацију, свесни улога и одговорности свих чланова здравственог тима, а у циљу постизање највеће добити за пацијента.

## Додатне инструкције

### **Додатак 1. Упутство за приступ електронској платформи – Интерпрофесионално образовање**

Електронско учење у оквиру IPE предмета се реализује на електронској платформи Рачунарског центра Универзитета у Београду. У интернет прегледач унети следећу интернет адресу: <http://elearning.rcub.bg.ac.rs/moodle/>, (интернет страница **eLearning платформе Рачунарског центра Универзитета у Београду**) и у оквиру Универзитета у Београду изабрати „Обуке на Универзитету у Београду”. Појављује се страница на којој треба одабрати „Интерпрофесионално образовање”, потом одабрати „Настави”, да би се појавила страница са формом за логовање. За први приступ неопходно је креирање новог корисничког налога.

### **Креирање новог налога**

На страници на којој се налазите одаберите доле десно дугме „Креирање новог корисничког налога” (ово се ради само једном, односно приликом првог приступа електронској платформи) и ОБАВЕЗНО попунити сва поља означена звездицом. Нарочито је битно да е-маил адреса буде валидна, односно активна, јер се е-маил користи за активацију налога, аутоматску нотификацију и промену лозинке.

Након попуњавања свих неопходних података одабрати дугме „Креирај мој нови кориснички налог” и на Вашу е-маил адресу стићи ће порука са упутством за активацију налога. Кликните на адресу (URL) из е-маил-а и Ваш нови налог ће бити активиран.

### **Упис на изборни предмет – Интерпрофесионално образовање**

Интерпрофесионалном образовању на електронској платформи могу приступити студенти који су одабрали IPE за изборни предмет. Уколико сте пажљиво следили ово упутство, отвориће се страница са називом изборног предмета и текстом у наставку „Упиши ме на овај курс”. Одабиром опције уписа отвара се страница на којој се налази изборни предмет „Интерпрофесионално образовање”.

## Додатак 2. Упутство за израду домаћег задатка

Током реализације ИПО наставе и припреме за радионицу на којој ће се разматрати одређено акутно стање, хронична болест или случај пацијента вулнерабилне групе предвиђено је да студенти ураде домаће задатке и исте прилажу на електронској платформи.

Домаћи задаци се састоје у писању кратког есеја на задату тему која је у вези са клиничким случајем који ће се разматрати на радионици. Домаћи задатак треба урадити пре одржавања радионица са одређеним клиничким случајем и тиме потврдити упознавање са наставним материјалима. За израду домаћег задатка студент треба да се упозна са постављеним наставним материјалима (презентације, национални водичи, остала документа) и потом да самостално својим речима напише есеј. За писање есеја користити образац дат у наставку:

### Образац за израду домаћег задатка

<b>Интерпрофесионално образовање</b>	
<b>Тема есеја</b> (до 300 речи)	
<b>Име и презиме студента:</b>	<b>Број индекса:</b>
	<b>Студијски програм:</b>
<b>Број поена (попуњава наставник)</b>	<b>Датум:</b>

Написани есеј назвати именом и презименом студента, као и бројем индекса, а потом документ додати у одређену базу података на електронској платформи.

На пример, студент фармације Иван Ивановић Ф2014/0090 ће написати есеј и придодати у оквиру одређене наставне теме у базу података Есеји\_Фармација као "Додај унос".

Студенти могу имати увида у написане есеје својих колега. Сви наставници и сарадници имају приступ есејима студената свих студијских програма.

### **Додатак 3. Упитник за евалуацију студента на радионицама**

Поштовани колега, молимо Вас да попуните следећи упитник у коме ћете оценити активности студената свих здравствених професија на термину ИПО радионице. Оцењивање вршите тако што свакој врсти знања и вештина од укупно четири, додељујете једну од следећих категорија:

- Задовољавајуће (1)
- Добро (2)
- Веома добро (3)

Упитник се попуњава уписивањем "X" у жељено поље.

Пре попуњавања упитника написати назив радионице, датум њеног одржавања, ознаку групе студената, као и унети имена и презимена студената и студијски програм. На крају упитника обавезно се потписати.

Назив радионице \_\_\_\_\_

Ознака групе студената \_\_\_\_\_

Датум \_\_\_\_\_

1.	<b>Студент је дошао спреман на радионицу (упознао се са студијом случаја и припремио њену анализу из угла своје професије)</b>				
Р.б.	Име и презиме студента (број индекса)	Студијски програм М/СТ/Ф/ЗН*	1	2	3
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					

**\*М/СТ/Ф/С- медицина/стоматологија/фармација/здравствена нега**

<b>2.</b>	<b>Студент активно учествује у радионици (познаје стручни домен сваке здравствене професије, анализира и размишља и има критички став)</b>				
<i>Р.б.</i>	<i>Име и презиме студента (број индекса)</i>	<b>Студијски програм М/СТ/Ф/ЗН</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					

<b>3.</b>	<b>Студент комуницира у групи уз уважавање сугестија других професија.</b>				
<i>Р.б.</i>	<i>Име и презиме студента (број индекса)</i>	<b>Студијски програм М/СТ/Ф/ЗН</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
1.					
2.					
3.					
4.					

5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					

4.	<b>Студент јасно износи ставове и посвећен је пацијенту и колегама.</b>				
<i>Р.б.</i>	<i>Име и презиме студента (број индекса)</i>	<b>Студијски програм М/СТ/Ф/ЗН</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					

Име и презиме модератора радионице

-----

Потпис модератора радионице

-----



**Напомена:** У припреми упутстава и водича за реализацију ИПО наставе учествовали су чланови радне групе за Интерпрофесионално образовање *REFEENS* Еразмус+ пројекта:

Prof. Imre Boncz, Универзитет у Печују, Мађарска (координатор ИПО, *REFEENS* конзорцијум)

проф. др Зоран Комазец (руководилац радне групе)

*Универзитет у Новом Саду – Медицински факултет*

др Данијела Ђукић-Ћосић, ванредни професор

*Универзитет у Београду – Фармацеутски факултет*

проф. др Љиљана Тасић

*Универзитет у Београду – Фармацеутски факултет*

проф. др Владимир Јаковљевић

*Универзитет у Крагујевцу – Факултет медицинских наука*

проф. др Драгана Милутиновић

*Универзитет у Новом Саду – Медицински факултет*

доц. др Драгана Симин

*Универзитет у Новом Саду – Медицински факултет*

доц. др Гордана Јовановић

*Универзитет у Новом Саду – Медицински факултет*

проф. др Владмила Бојанић

*Универзитет у Нишу – Медицински факултет*

доц. др Југослав Илић

*Универзитет у Београду – Стоматолошки факултет*

др Александра Милић Лемић, ванредни професор

*Универзитет у Београду – Стоматолошки факултет*

доц. др Оливера Миловановић

*Универзитет у Крагујевцу – Факултет медицинских наука*

асист. др Катарина Радовић

*Универзитет у Београду – Стоматолошки факултет*

доц. др Александра Цатић-Ђорђевић

*Универзитет у Нишу – Медицински факултет*

## Прилог 2. Примери студија случајева

### **Приказ случаја пацијента са акутним коронарним синдромом**

Болесница Д.Б. стара 67 год. примљена је у Ургентни центар (УЦ), Клиничког центра Србија, због болова у грудима и интраорално. Болови у грудима су почели претходног дана у виду притиска, са пропагацијом у врату, који се на дан пријема неколико пута појачавао и попуштао. Бол је праћен малаксалошћу. До сада је лечена од повишеног крвног притиска и хипотиреозе.

На пријему у УЦ: свесна, оријентисана, афебрилна, еупноична у миру, бледе коже и видљивих слузокожа, без периферне лимфаденопатије, активно покретна, осредње ОМГ (остеомускуларне грађе), нормално ухрањена, без хеморагијског синдрома. Одаје утисак теже болеснице. Врат: цилиндричан, слободан, вене нису набрекле, без патолошких шумава и пулсација на крвним судовима. Тиреоидеа се не палпира. На плућима нормалан дисајни шум, без пропратних патолошких звукова. Срчана акција ритмична, тонови јасни, шумови се не чују. ТА 150/105 mmHg. Абдомен: у равни грудног коша, мек, палпаторно болно неосетљив, јетра и слезина се не палпирају. Пацијенткињи је дата одговарајућа терапија.

ЕКГ на пријему: AV блок III степена, фр око 45/мин, уски QRS комплекси, ST елевација од 5 мм у D2, D3, aVF (већа у D3 него D2), ST депресија од 2 мм у D1, aVR, V4, ST депресија од 4 мм у aVL, V1-V3, у току снимања десних и постериорних одвода болесница улази у синусни ритам, fr око 55/мин, региструје се елевација ST сегмента у десним одводима од 2 мм и постериорним одводима до 1 мм.

ЕНО срца: региструју се нормалне димензије срчаних шупљина, акинезија базалне 2/3 инфериорног септума, инфериорног зида и базалне половине постериорног зида, снижене глобалне систолне функције (EF - ејекциона фракција: 35-40%). Десна комора уредне контрактилности. Хитно упућена у хируршку салу. У току транспорта реанимирана због асистолије.

Лабораторијске анализе:

- |                |                         |
|----------------|-------------------------|
| • Leukociti    | 14,3 x 10 <sup>9</sup>  |
| • Eritrociti   | 4,36 x 10 <sup>12</sup> |
| • Hemoglobin   | 146 g/L                 |
| • Trombociti   | 242 x 10 <sup>9</sup>   |
| • Glukoza      | 8,0 mmol/L              |
| • Trigliceridi | 0,5 mmol/L              |
| • Holesterol   | 4,11 mmol/L             |
| • Kalijum      | 4,1 mmol/L              |

• Natrijum	138 mmol/L
• Kalcijum	2,35 mmol/L
• Hloridi	105 mmol/L
• AST	202 IU/L
• ALT	63 IU/L
• Urea	9,5 mmol/L
• Kreatinin	82 mmol/L
• Mokraćna kiselina	295 $\mu$ mol/L
• FT4	17,1 pmol/L
• TSH	2,04 mU/L
• CK/CK MB	6042/519 IU/L
• Troponin	16,25 ng/mL

Коронарографија: приступно место а. *radialis dex*, J1 3,5 F5, GC JR 4,0 F6, без значајних промена. LAD проксимално без значајних промена, медијално сужена концентричном лезијом до 70%, даље између одвајања D2-D3 сужена до 50%, дистално малог лумена, без значајних промена. Велика артерија, без значајних сужења LCH малог лумена, проксимално и дистално без значајних промена. RCA доминантна, проксимално тортуозно измењена, медијално сужена 80%, дистално оклудирана, периферија се не приказује. PD из RCA, не приказује се.

Будући да се пацијенткиња жалила на интраоралне болове уз осећај печења дат је упут за стоматолошки преглед. На основу клиничког и радиолошког прегледа, пацијенту је индиковано вађење преосталих зуба у доњој вилици- молара (36, 37) и премолара (34, 35, 45, 44) уз конзервативно пародонтолошко лечење преосталих зуба (14, 13, 12, 21, 22, 23) и ендодонтско лечење зуба 13. Услед присуства периапикалне лезије и фистуле у регији 34, 35 пацијенту је индикована антибиотска терапија у трајању од 5 дана. Такође, на палатиналној слузници пацијента уочене су инфламаторне промене са позитивним брисом на *Candida albicans*. Прегледом од стране протетичара, дат је савет пацијенту за замену старих парцијалних плочастих протеза. У горњој вилици индиковане су наменске надокнаде са скелетираним протезама, а у доњој вилици тотална протеза како би се пацијенту успоставила стабилна оклузија.

ЕКГ у јутарњој визити на дан отпуста (трећег дана од пријема): Атријална фибрилација, fr комора 120/мин, q са негативним Т у D2, D3, aVF, депресија ST у V2-6 до 1 мм. На отпусту ЕКГ: синусни ритам, fr 65/мин, q са негативним Т у D2, D3, aVF, депресија ST у V2-6 до 1 мм.

## Лабораторијске анализе на дан отпуста:

• Leukociti	8,8 x 10 <sup>9</sup>
• Eritrociti	4,01 x 10 <sup>12</sup>
• Hemoglobin	124 g/L
• Trombociti	236 x 10 <sup>9</sup>
• Glukoza	7,1 mmol/L
• Trigliceridi	0,5 mmol/L
• Holesterol	4,09 mmol/L
• Kalijum	3,7 mmol/L
• Natrijum	143 mmol/L
• Kalcijum	2,33 mmol/L
• Hloridi	106 mmol/L
• AST	184 IJ/L
• ALT	58 IJ/L
• Urea	8,2 mmol/L
• Kreatinin	91 mmol/L
• Mokraćna kiselina	289 µmol/L
• FT4	17,1 pmol/L
• TSH	2,04 mU/L
• CK/CK MB	3563/344 IJ/L
• Troponin	25,65 ng/mL

Током хоспитализације болесница лечена одговарајућом терапијом и пружена јој је одговарајућа нега.

У здравственој установи здравствени тим састављен од лекара, стоматолога, фармацеута и медицинске сестре састаје се свакодневно како би разговарали о сложеним случајевима, попут Д.Б.

Студенти прво треба да истакну који део случаја представља домен њихове здравствене дисциплине. На овај начин указују да су заједнички разматрали сваки налаз случаја. Захтевати од студената да користе доле понуђена питања како би продискутовали кључне налазе процене за сваку дисциплину. Питања користити и приликом састављања мултидисциплинарне листе проблема које има пацијенткиња. Ове детаљне смернице имају за циљ да помогну ментору да олакша дискусију међу студентима током групног рада. Не морају се све чињенице размотрити током радионице.

## Студентска разматрања (1. део)

### Студенти медицине

#### Кључни налази

- Идентификовати узрок пријема пацијенткиње
- Поставити дијагнозу на основу добијених резултата
- Предложити терапију по пријему, током хоспитализације и при отпусту
- Размотрити хируршка решења за пацијенткињу
- Продискутовати даљи ток лечења

### Студенти стоматологије

#### Кључни налази

- Идентификовати узрок пријема пацијента уз узету општу и стоматолошку анамнезу
- Поставити дијагнозу и направити план терапије
- Анализирати припрему пацијента пре стоматолошких интервенција
- Анализирати препротетску терапију
- У односу на статус и стање преосталих зуба размотрити протетске индикације

### Студенти фармације

#### Кључни налази

- Разматрање биохемијских параметара – профил бубрега и јетре, повишених вредности урее и креатинина, процена штитне жлезде
- Усклађивање терапије пре и након пријема
- Анализа прописане терапије: преглед свих лекова које пацијенткиња користи; процена оптималне терапије; интеракција и сл.
- Саветовање пацијенткиње о примени лекова при отпусту из болнице.
- Размотрити даљи ток лечења и праћење терапијских исхода пацијенткиње

### Студенти здравствене неге

#### Кључни налази

- Антропометрија - укључујући тежину, висину, БМИ
- Процена могућности за обављање свакодневних активности (купање, облачење, коришћење тоалета, устајање из кревета или са столице)

- Планирање и реализовање неге оваквог пацијента
- Процена независних дневних активности – могућност да сама себи спрема храну; одржавање хигијене у кући, одлазак до продавнице, могућност самосталног узимања прописане терапије

Групна дискусија (10 минута)

Шта ће бити главни налази о којима ћете као тим расправљати у погледу приказаног случаја? Да ли се бринете за здравствено стање ове пацијенткиње? Сумирајте укратко листу проблема пацијенткиње и направите план за период након отпуста из болнице.

Студентска разматрања (2. део)

Дизајн ефикасног програма лечења и неге

Размислите о томе како свако од вас као члан тима терцијарне здравствене заштите може допринети лечењу и нези пацијенткиње и како ћете координирати и комуницирати једни са другима да би се постигао најбољи могући исход.

Предвиђено време за рад

(30 минута индивидуални рад студената /10 минута групна дискусија)

### **Студенти медицине**

- Детаљна анамнеза; физички преглед; процена стања пацијента
- Упућивање на детаљне лабораторијске анализе
- Упућивање на специјалистичке прегледе

### **Студенти стоматологије**

- Дискусија о општем стању пацијента и неопходним припремама за стоматолошке интервенције
- Разматрање дилема у вези са одабиром анестетика, применом антибиотика
- Разматрање узимања брисева, оралних манифестација обољења /нежељеног дејства коришћених лекова
- Значај оралног статуса за опште стања пацијента

## Студенти фармације

- Дискусија о начинима за оптимизацију примене прописане терапије – разматрање учесталости узимања лекова, разматрање свих дилема у вези са леком (нпр. стабилност производа ако је уклоњен из оригиналног паковања, адекватно обележавање, смањење могућности грешке приликом дозирања)
- Разматрање даљег тока лечења након отпуста из болнице
- Дискусија о адекватној исхрани пацијенткиње. Да ли треба да се организује свакодневно праћење уноса хране и течности?
- Студенти здравствене неге
- Размотрити адекватну негу за пацијенткињу
- Разговор са породицом у вези адекватне кућне неге

Завршна дискусија (оптимално време 10 минута)

Да ли је по вашем мишљењу ово тешка студија случаја? Зашто? Како сте се договорили око доношења одлука које су најбоље за пацијента? Шта мислите каква је прогноза за ову пацијенткињу?

По завршетку радионице

1. Замолити студенте да провере да ли су својим потписом потврдили учешће на радионици
2. Захвалити им се и подсетити да су материјали са одржане радионице доступни на електронској платформи као и да ће материјал за наредну радионицу бити доступан према предвиђеном плану практичне наставе.

Радионице

Модул акутни коронарни синдром - смернице за студенте

1. Укратко дискутовати главне налазе који су из домена сваке здравствене професије. Фокусирати се на истицање кључних налаза процењених за сваку здравствену дисциплину.
2. Током дискусије саставити мултидисциплинарну листу проблема присутних код приказаног случаја.

Предвиђено време за рад

(30 минута индивидуални рад студената /10 минута групна дискусија)

## Студентска разматрања (1. део)

### Студенти медицине

Кључни налази

- Идентификовати узрок пријема пацијенткиње
- Поставити дијагнозу на основу добијених резултата
- Предложити терапију по пријему, током хоспитализације и при отпусту
- Размотрити хируршка решења за пацијенткињу
- Продискутовати даљи ток лечења

### Студенти стоматологије

Кључни налази

- Идентификовати узрок пријема пацијента уз узету општу и стоматолошку анамнезу
- Поставити дијагнозу и направити план терапије
- Анализирати припрему пацијента пре стоматолошких интервенција
- Анализирати препротетску терапију
- У односу на статус и стање преосталих зуба размотрити протетске индикације

### Студенти фармације

Кључни налази

- Разматрање биохемијских параметара – профил бубрега и јетре, повишених вредности урее и креатинина, процена штитне жлезде
- Усклађивање терапије пре и након пријема
- Анализа прописане терапије: преглед свих лекова које пацијенткиња користи; процена оптималне терапије; интеракција и сл.
- Саветовање пацијенткиње о примени лекова при отпусту из болнице
- Размотрити даљи ток лечења и праћење терапијских исхода пацијенткиње



## Студенти здравствене неге

### Кључни налази

- Антропометрија - укључујући тежину, висину, *BMI*
- Процена могућности за обављање свакодневних активности (купање, облачење, коришћење тоалета, устајање из кревета или са столице)
- Планирање и реализовање неге оваквог пацијента
- Процена независних дневних активности – могућност да сама себи спрема храну; одржавање хигијене у кући, одлазак до продавнице, могућност самосталног узимања прописане терапије

### Групна дискусија (10 минута)

Шта ће бити главни налази о којима ћете као тим расправљати у погледу приказаног случаја? Да ли се бринете за здравствено стање ове пацијенткиње? Сумирајте укратко листу проблема пацијенткиње и направите план за период након отпуста из болнице.

## Студентска разматрања (2. део)

### Дизајн ефикасног програма лечења и неге

Размислите о томе како свако од вас као члан тима терцијарне здравствене заштите може допринети лечењу и нези пацијенткиње и како ћете координирати и комуницирати једни са другима да би се постигао најбољи могући исход.

### Предвиђено време за рад

(30 минута индивидуални рад студената /10 минута групна дискусија)

## Студенти медицине

- Детаљна анамнеза; физички преглед; процена стања пацијента
- Упућивање на детаљне лабораторијске анализе
- Упућивање на специјалистичке прегледе

## Студенти стоматологије

- Дискусија о општем стању пацијента и неопходним припремама за стоматолошке интервенције
- Разматрање дилема у вези са одабиром анестетика, применом антибиотика

- Разматрање узимања брисева, оралних манифестација обољења /нежељеног дејства коришћених лекова
- Значај оралног статуса за опште стања пацијента

### **Студенти фармације**

- Дискусија о начинима за оптимизацију примене прописане терапије – разматрање учесталости узимања лекова, разматрање свих дилема у вези са леком (нпр. стабилност производа ако је уклоњен из оригиналног паковања, адекватно обележавање, смањење могућности грешке приликом дозирања).
- Разматрање даљег тока лечења након отпуста из болнице
- Дискусија о адекватној исхрани пацијенткиње. Да ли треба да се организује свакодневно праћење уноса хране и течности?

### **Студенти здравствене неге**

- Размотрити адекватну негу за пацијенткињу
- Разговор са породицом у вези са адекватном кућном негом

Завршна дискусија (оптимално време 10 минута)

Да ли је по вашем мишљењу ово тешка студија случаја? Зашто? Како сте се договорили око доношења одлука које су најбоље за пацијента? Шта мислите каква је прогноза за ову пацијенткињу?

## **Приказ случаја пацијента са дијабетесом**

Болесник Д.Б. старосне доби 23 године, студент, болује од типа 1 дијабетеса последњих 10 година. Од почетка болести региструје се нестабилан ток болести, са честим акутним компликацијама основне болести. У више наврата пацијент је хоспитализован у регионалном центру, због кетозе, а 3 пута до сада и због кетоацидозе. Такође, 2 пута је родбина контактирала хитну медицинску помоћ, због тешких хипогликемијских епизода, праћених губитком свести. Од почетка болести био је на 2 дозе фиксних мешавина инсулина, пре 5 година преведен на интензивiranу конвенционалну инсулинску терапију са 4 дневне дозе хуманих инсулина (Actrapid HM 100 penfil Novopen 4 10+10+10j пред оброке, Insulatard HM 100 penfil Novopen 4 28j у 22x). Последњи HbA1c радио пре 6 месеци (HbA1c 9.5%). Не ради редовно самоконтроле гликемије, не придржава се у потпуности хигијенско дијететског режима. Од хроничних компликација наводи промене на очном дну, до сада није рађена никаква интервенција. Последњих 15 дана жалио се на зубобољу, а 5 дана уназад је фебрилан, до 40 °Ц, има болове при гутању чврсте и течне хране. Мисли да му је мало отекао врат. Мути му се вид. Од јутрос има мучнину и нагон за повраћањем. Изгубио 3 кг за 15 дана.

На пријему: свестан, орјентисан, фебрилан, лако диспноичан у миру, блеђе коже и видљивих слузокожа, са палпабилном вратном лимфаденопатијом (палпира се субмандибуларно лево чвор увећан око 1.5 цм, покретан, палпабилно болно осетљив), активно покретан, осредње ОМГ (остеомускуларне грађе), нормално ухрањен, индекс телесне масе (ИТМ) 23.2 kg/m<sup>2</sup>, без хеморагијског синдрома. Одаје утисак средње тешког болесника. Врат: импонује као отечен, цилиндричан, слободан, вене нису набрекле, без патолошких шумова и пулзација на крвним судовима. Тиреоида се не палпира. На плућима нормалан дисајни шум, без пропратних патолошких звукова. Срчана акција ритмична, тонови јасни, шумови се не чују. ТА 130/70 mmHg, fr 104/мин. Абдомен: у равни грудног коша, мек, палпаторно болно неосетљив, јетра и слезина се не палпирају. Налаз на ДЕ без едема, варикозитета и деформитета.

Налаз у усној дупљи: Пацијент има 27 зуба. Недостаје први горњи молар са леве стране, као и сви трећи молари. На зубима 15, 16, 25, 37 и 46 присутни композитни испуни. На зубима 24 и 36 велике каријесне лезије које захватају оклузалне и дисталне површине поменутих зуба. Присутне су меке наслага на свим зубима и обиље чврстих наслага на доњим фронталним зубима. Гингива је ливидна и са изразито отеченим интерденталним папилама на свим зубима. Не уочава се видљив интраорални оток. На зубу 36 сондирањем се утврђује присуство размекшалога дентина и перфорација кавума дентис која комуницира са каријесном лезијом. Пацијент не реагује болом на сондирање овог зуба. На зубу 24 сондирањем се утврђује дентин чвршће конзистенције. Постоји блага осетљивост при сондирању овог зуба. Гингива у пределу свих зуба крвари на

сондирање. Палпаторно постоји болна осетљивост у пределу пода уста са леве стране. На перкусију зуб 24 не реагује, док је зуб 36 перкуторно благо осетљив. На електротест виталитета зуб 36 не реагује, док је реакција зуба 24 у границама вредности на контролном здравом зубу 14.

Лабораторијске анализе: Le  $16,7 \times 10^9$ , Er  $4,00 \times 10^{12}$ , Hb 134g/L, Tr  $202 \times 10^9$ , SE 90/100 mm, CRP 66 g/L, glikemija 16.3 mmol/L, trig 0,9 mmol/L, Hol 5,04 mmol/L, K 4,1 mmol/L, Na 138. Mmo/L, Ca 2,30 mmol/L, Cl 105 mmol/L, AST 33 U/L, ALT 38U/L, Urea 6.2 mmol/L, Kreat 68 mmol/L, eGFR 59 mL/minutu/1.73 m<sup>2</sup>, albuminurija 267 mg/24h, FT4 15,5 TSH 1,44 HbA1c 10.5%, у урину гликозурија +++, протеинурија +, кетонурија ++.

### Смернице за студенте:

1. Укратко дискутовати главне налазе који су из домена сваке здравствене професије. Фокусирати се на истицање кључних налаза процењених за сваку здравствену дисциплину.
2. Током дискусије саставити мултидисциплинарну листу проблема присутних код приказаног случаја.

Предвиђено време за рад

(30 минута индивидуални рад студената /10 минута групна дискусија)

## Студентска разматрања (1. део)

### Студенти медицине

Кључни налази

- Детаљно размотрити анамнезу пацијента
- Детаљно размотрити досадашњи ток и терапију дијабетеса
- Дискутовати клиничку слику и налаз при прегледу на пријему
- Размотрити параметре гликорегулације
- Размотрити остале биохемијске анализе и крвну слику

### Студенти стоматологије

Кључни налази

- Дискутовати анамнезу и актуелну клиничку слику
- Анализирати интраорални статус и идентификовати дијагностичке параметре за утврђивање могућег узрочника присутне инфекције

- Размотрити специфичне карактеристике интраоралног статуса код пацијената са дијабетесом

## Студенти фармације

### Кључни налази

- Разматрање биохемијских параметара – гликорегулација (гликозилирани хемоглобин, гликемија наште)
- Разматрање параметара у крвној слици
- Разматрање параметара инфламације
- Разматрање терапије пацијента, терапијски режим на којем је био и актуелни терапијски режим, придржавање прописане терапије, процена сваког паковања лека
- Размотрити могућност коришћења лекова, какво је актуелно клиничко стање и у ком облику би лекове требало користити, какве су способности пацијента за гутање, колико су прописани фармацеутски облици погодни за примену код овог пацијента
- Анализа прописане терапије: преглед свих лекова које пацијент користи; процена оптималне терапије; процена потенцијала да лекови које пацијент користи интерферирају са бубрежном функцијом.

## Студенти здравствене неге

### Кључни налази

- Антропометрија - укључујући тежину, висину, ИТМ, промене у телесној маси
- Процена могућности за обављање свакодневних активности (купање, облачење, коришћење тоалета, устајање из кревета или са столице)
- Планирање и реализовање неге оваквог пацијента

### Групна дискусија (10 минута)

Шта ће бити главни налази о којима ћете као тим расправљати у погледу приказаног случаја? Да ли се бринете за здравствено стање овог пацијента? Сумирајте укратко листу проблема пацијента.

## Студентска разматрања (2. део)

Дизајн ефикасног програма лечења и неге

Размислите о томе шта свако од вас као члан тима примарне здравствене заштите може допринети лечењу и нези пацијента и како ћете координирати и комуницирати једни са другима да би се постигао најбољи могући исход.

Предвиђено време за рад

(30 минута индивидуални рад студената /10 минута групна дискусија)

### Студенти медицине

- Детаљна анамнеза; физички преглед
- Анализа постојања акутних/хроничних компликација дијабетеса
- Хоспитализација или амбулантни третман?
- Дискусија о начину корекције инсулинске терапије, као и примени остале терапије, које?
- Упућивање на детаљне биохемијске анализе крви и урина, које?
- Упућивање на специјалистичке прегледе

### Студенти стоматологије

- Детаљна анамнеза; стоматолошки преглед
- Анализа постојања акутних/хроничних компликација дијабетеса
- Хоспитализација или амбулантни третман?
- Консултације о потреби и начину корекције инсулинске терапије
- Поступци при стоматолошким интервенцијама код особа оболелих од дијабетеса у акутним стањима ХИПОр/хипогликемије
- Анализа специфичности стоматолошких терапијских процедура код пацијената са дијабетесом
- Рекапитулација могућих утицаја дијабетеса на модификовање стоматолошких терапијских поступака

### Студенти фармације

- Дискусија о инсулинској терапији и корекцији режима
- Дискусија о инсулинској терапији, промене врсте инсулина
- Дискусија о адекватној исхрани пацијента у акутном стању и саветима за корекцију терапије у тим условима

**Студенти здравствене неге**

- Разматрање едукације пацијента о дијететском режиму
- Разматрање едукације пацијента о инсулинској терапији (прескакање доза, дозирање у односу на оброк и физичку активност)
- Едукација о корекцији дозе у акутним стањима хипо/хИПОРгликемија
- Едукација о примени инсулинске терапије
- Разматрање постојања компликација инсулинске терапије

Завршна дискусија (оптимално време 10 минута)

Да ли је по вашем мишљењу ово тешка студија случаја? Зашто? Како сте се договорили око доношења одлука које су најбоље за пацијента? Шта мислите каква је прогноза за овог пацијента?

## **Приказ случаја геријатријског пацијента**

Олга има 86 година и удовица је током протекле четири године. Живи сама у двоспратној кући на великом породичном имању. Издаје земљу за обрађивање и има веома солидан приход. Увек је била вредна и доста је радила на породичном имању. Има и различита друга интересовања, посебно воли музику, да чита и ужива у кувању.

Има сина Андрију и ћерку Јулију, који живе 10 км далеко од ње. Андрија је ожењен, има двоје деце, а супруга и он раде у грађевинским предузећима. На недавним прегледима је установљено да Андрија има остеоартритис који је нарочито захватио његов десни кук. Планира у наредним месецима да се одмори од посла и иде на операцију кука. Олга више не може да рачуна на Андријине вожње на различита места, почев од куповине, одласке у банку, до апотеке и најближе библиотеке, као и посете пријатељицама.

Олга је све лошијег здравственог стања током последњих пет година. Има дијагнозу компресије прелома T12-L2 пршљена, који је задобила приликом пада у купатилу. Њена медицинска историја/анамнеза обухвата остеопорозу, повишен холестерол, хИПОртензију, периферну неуропатију.

На последњем контролном прегледу резултати биохемијских и хематолошких параметара били су следећи:

- Leukociti:  $6,2 \times 10^9/L$
- Eritrociti:  $4,5 \times 10^{12}/L$
- Trombociti:  $240 \times 10^9/L$
- Hemoglobin: 127 g/L
- HCT: 39%
- MCV: 88 fL
- MCH: 29 pg
- MCHC: 323 g/L
- RDW-CV: 14,8%
- Glukoza: 5,7 mmol/L
- Holesterol: 5,54 mmol/L
- Urea: 7,8 mmol/L
- Kreatinin: 110 U/L
- Brzina glomerularne filtracije - GFR: 50 mL/minutu/1,73 m<sup>2</sup>



Користи следећу терапију:

- Лизиноприл, хидрохлортиазид (Lizopril<sup>®</sup> 20 мг), 1x1 ујутру
- Небиволол (Nevotens<sup>®</sup> 5 мг), 1x1 ујутру
- Амлодипин (Alopres<sup>®</sup> 5 мг), 1x1 ујутру
- Алендронат (Fosamax<sup>®</sup>) или бифосфонати
- Бромазепам (Lexillum<sup>®</sup> 3 мг), 1x1 увече
- Росувастатин (Roxera<sup>®</sup> 15 мг), 1x1 увече
- Трициклични антидепресив или опиоидни аналгетик за контролу неуропатског бола

Мобилност јој је знатно смањена од када је прошле године сломила десни кук, као резултат пада приликом устајања из кревета. За ослонац користи помагало са точковима (*walker*) ван куће и понекад у кући, а најчешће се ослања на штап и придржава за намештај. Увече осећа немир и има несаницу.

Олга отежано једе, јер има осећај печења и жарења у устима. Протеза коју је користила 20 година клати се и испада из уста. Осећа болове на зубима 43 и 43,44 за које је закачена протеза. Стоматолошким прегледом уочене су кандидијазне промене на непцу. Такође, на слузокожи доње вилице уочавају се лезије узроковане ношењем старих протеза. Због каријеса цемента зуба и присуства парадонтолошких џепова индикуване су екстракције свих преосталих зуба уз израду нових тоталних протеза како у доњој, тако и у горњој вилици. Уочено смањено лучење пљувачке. Пацијенткињи је саветовано да не носи протезу до израде нових надокнада уз премазивање непчане слузнице Дактанол гелом.

Њена меморија је ослабљена последњих година, нарочито када је реч о догађајима који се односе на породицу и негира да има било какве проблеме у вези сећања, чак је фрустрирана и нервира се када чланови породице покушају да јој укажу на то. Јулија јој је износила доказе у смислу да је оставила ствари на неприкладном месту, једну исту радњу понавља више пута, да има мало хране у фрижидеру и да одржавање хигијене у кући није на задовољавајућем нивоу. Њена ћерка је забринута да Олга не користи лекове онако како је прописано. Андрија покушава да одржи што активније сећање своје мајке и поставља јој питања о недавним догађајима стрпљиво чекајући прави одговор. Такође су приметили да Олга има проблема са говором и да понекад поставља исто питање више пута, што их прилично фрустрира. Иако изгледа да је она у стању да се брине о себи, њена лична хигијена је под знаком питања. Никада није била гојазна, али сада изгледа прилично потхрањено. До сада је одбијала било какву помоћ друге особе и негу.

Међутим, породица сматра да Олга сада није у стању да живи сама, без помоћи и адекватне здравствене неге и дошли су у здравствену установу да потраже савет.

У здравственој установи здравствени тим састављен од лекара, стоматолога, фармацеута, (фармацеута-медицинског биохемичара, опционо, само Универзитет у Београду) и медицинске сестре састаје се сваке две недеље како би разговарали о сложеним случајевима, попут Олгиног.

### **Смернице за студенте:**

1. Укратко дискутовати главне налазе који су из домена сваке здравствене професије. Фокусирати се на истицање кључних налаза процењених за сваку здравствену дисциплину.
2. Током дискусије саставити мултидисциплинарну листу проблема присутних код приказаног случаја.

Предвиђено време за рад

(30 минута индивидуални рад студената /10 минута групна дискусија)

Напомена за модератора/фацилитатора

Студенти прво треба да истакну који део случаја представља домен њихове здравствене дисциплине. На овај начин указују да су заједнички разматрали сваки налаз случаја. Захтевати од студената да користе доле понуђена питања како би продискутовали кључне налазе процене за сваку дисциплину. Питања користити и приликом састављања мултидисциплинарне листе проблема које има пацијенткиња. Ове детаљне смернице имају за циљ да помогну ментору да олакша дискусију међу студентима током групног рада. Не морају се све чињенице размотрити током радионице.

### **Студентска разматрања (1. део)**

#### **Студенти медицине**

Кључни налази

- Идентификовати узрок пада пацијенткиње ради ефикасног третмана и смањења морбидитета
- Адекватно контролисати остеопорозу

- Разумети варијабилности крвног притиска - хИПОртензије и комплексност анти-хИПОртензивне терапије код пацијената склоних паду
- Размотрити узрок периферне неуропатије
- Утврдити могуће поремећаје расположења
- Породично саветовалиште у циљу адекватне процене деменције
- Процена капацитета пацијенткиње за самостално обављање различитих активности/пуномоћје

## 1) Падови

Зашто пацијенткиња често пада? Значајне чињенице о претходним падовима за анализу:

Опис падова: (учесталост падова, повреде које настају при паду – хоспитализација, преломи, место где се дешавају падови, у затвореном или на отвореном простору)

У које доба дана или ноћи се јављају падови? Да ли постоји неки знак упозорења на евентуални пад (утицај светлости, несвестица)?

Какво је стање кардиваскуларног система? Који су фактори ризика за КВБ? Каква је породична анамнеза? Да ли се пад јавља након седења или у току кретања?

Преглед локомоторног система – уколико се проблем јавља приликом устајања са столице може да укаже на миопатије, артритис.

Неуролошки преглед: Паркинсонова болест, цереброваскуларне болести, хидроцефалус? Цервикална или лумбална спондилоза? Или компресија, притисак нерва као резултат прелома пршљенова?

Зашто пацијенткиња има периферну неуропатију?

- Да ли је дијабетичар? Или има недостатак витамина Б12, фолне киселине, гвожђа? Да ли има симптоме хипотиреозе?

Направити листу узрочника периферне неуропатије

- Да ли постоји могућност да фрактуре нису последица остеопорозе, већ секундарни ефекат неког малигнитета или метастазе?

## 2) Процена когнитивних оштећења

- Предложити начине за проверу деменције. Да ли је неко раније узимање лекова могло да утиче на ове промене? У чему је разлика између когнитивних поремећаја и деменције?

Навести неке типове деменције. Навести примере уобичајених врста деменције и њихове карактеристике, нарочито Алцхајмерове болести и васкуларне деменције.

## 3) Процена и контрола остеопорозе – фармаколошки (витамин Д, калцијум, бисфосфонати) и нефармаколошки третман (процена стила живота, адекватна физичка активност, престанак пушења)

## 4) Процена хИПОртензије – разумети појам варијабилности крвног притиска путем 24- сатног мониторинга.

### Студенти стоматологије

#### Кључни налази

- Анализирати статус зуба и стање слузнице, присуство зубних надокнада
- Размотрити узроке лезија у устима и хипосаливације
- Размотрити оралне манифестације обољења пацијента и нежељена дејства лекова које користи
- Планирање и реализовање санације пацијента

### Студенти фармације

#### Кључни налази

- Разматрање биохемијских параметара – профил бубрега и јетре, гвожђе, витамин Б12, фолна киселина, калцијум, витамин Д, фосфат
- Разматрање повишених вредности урее и креатинина
- Обрачун нутритивних потреба за калцијумом, витамин Д
- Процена уноса хране – унос микро и макронутријената; обрачун уноса витамина Д, калцијума, укључујући и суплементе уколико су прописани; фолна киселина/витамин Б12 у зависности од биохемијских резултата; храна богата влакнима, храна богата гвожђем
- Придржавање прописане терапије: присуство лекова и њихово правилно дозирање; процена сваког паковања лека (нпр. паковања која деца тешко могу да отворе су непогодна за старије и проблематичне пацијенте)

- Размотрити могућност коришћења лекова онако како је прописано, неки се пију ујутру, неки само увече, какве су способности пацијенткиње за гутање, колико су прописани фармацеутски облици погодни за примену код ове пацијенткиње
- Анализа прописане терапије: преглед свих лекова које пацијенткиња користи; процена оптималне терапије; процена потенцијала да лекови које Олга пије утичу на извесне проблеме (нпр. промену когнитивне функције, смањење апетита, промену расположења, стање костију) будући да пацијенткиња има 86 година и да је њена бубрежна функција ослабљена; да ли ово има било каквог утицаја на избор лекова или дозирање).
- Мобилност/покретљивост пацијенткиње је значајно смањена – проценити
- подобност примене одређених лекова (нпр. бисфосфонати су контраиндиковани код лежећих и слабо покретљивих пацијената).
- Историја падова – узети у обзир потенцијал да неки лекови могу повећати склоност паду
- ХИПОртензија – размотрити могућност оптимизације терапије
- Периферна нефропатија – анализа појаве бола и преписаног лека против болова може да допринесе повећаној склоности ка паду. Анализа појаве бола и прописане терапије за контролу бола.

## Студенти здравствене неге

### Кључни налази

- Антропометрија - укључујући тежину, висину, БМИ, промене у телесној маси
- Процена могућности за обављање свакодневних активности (купање, облачење, коришћење тоалета, устајање из кревета или са столице)
- Процена независних дневних активности – могућност да сама себи спрема храну; одржавање хигијене у кући, одлазак до продавнице, могућност самосталног узимања прописане терапије
- Пацијенту са немогућношћу бриге о себи у свакодневним активностима је потребна адекватна стручна нега; таквом пацијенту је потребна патронажна нега
- Планирање и реализовање неге оваквог пацијента
- Разматрање могућности коришћења личних аларма као подсетника за обављање одређене врсте активности

Групна дискусија (10 минута)

Шта ће бити главни налази о којима ћете као тим расправљати у погледу приказаног случаја? Да ли се бринете за здравствено стање ове пацијенткиње? Сумирајте укратко листу проблема пацијенткиње.

План за период рехабилитације у Дому здравља. Организовати превоз ако породица не може да помогне. Покушајте да координирате посете терапијама за добробит пацијента.

## 2. Листа здравствених проблема пацијенткиње

1. Когнитивна оштећења – могућа деменција
2. Остеопороза
3. Повишен холестерол
4. ХИПОртензија
5. Периферна неуропатија
6. Узнемиреност и несаница; честе промене расположења
7. Повишене вредности урее и креатинина
8. Полимедикаметозна терапија /потенцијалне интеракције лекова/придржавање прописане терапије
9. Смањена покретљивост и повећана склоност паду
10. Потенцијално смањена могућност комуникације услед губитка памћења
11. Неадекватна исхрана
12. Етичко питање ко је у овом случају главни клијент – Олга и/или њена породица
13. Способност пацијенткиње за доношење одлука, пуномоћје

## Студентска разматрања (2. део)

Дизајн ефикасног програма Олгиног лечења и неге

Размислите о томе како свако од вас као члан тима примарне заштите може допринети лечењу и нези пацијенткиње и како ћете координирати и комуницирати једни са другима да би се постигао најбољи могући исход.

Предвиђено време за рад

(30 минута индивидуални рад студената /10 минута групна дискусија)

## Студенти медицине

- Детаљна анамнеза; физички преглед; процена менталног стања
- Упућивање на детаљне анализе крве, провере функције бубрега, јетре, костију, штитасте жлезде
- Упућивање на специјалистичке прегледе
- Разговор са породицом

## Студенти стоматологије

- Дискусија у вези са санацијом лезија оралне слузнице уз екстракцију зуба
- Разматрање збрињавања Олге у кућним и ординацијским условима
- Дискусија о исхрани пацијента током постекстракционог периода и евентуалној корекцији старих протеза
- Разматрање израде нових надокнада и прилагођавања пацијентата старије доби

## Студенти фармације

- Непосредна брига: способност да управља и руководи сопственим леком
- Дискусија о начинима за оптимизацију примене прописане терапије – разматрање улоге неговатељице, учесталост узимања лекова, разматрање свих дилема у вези са леком (нпр. стабилност производа ако је уклоњен из оригиналног паковања, адекватно обележавање, смањење могућности грешке приликом дозирања), разматрање могућности потешкоћа при гутању лекова
- Дискусија о решењу било ког проблема у вези са лековима - детаљан увид у примену потенцијално проблематичних лекова (нпр. оних који повећавају ризик од пада, затим који доприносе погоршању функције бубрега)
- Дискусија о адекватној исхрани пацијенткиње, тренутно смањење телесне масе се може поправити контролом Олгине исхране; да ли постоји могућност наручивања оброка за пацијенткињу; могу ли неки оброци да се припремају раније? Да ли треба да се организује свакодневно праћење уноса хране и течности? Имати у виду да проблеми са функцијом црева и опстипација могу изазвати ситост и смањен унос хране. Олгина исхрана треба да има задовољавајући унос влакана, нарочито што се слабије креће; уврстити у исхрану суве шљиве и друге намирнице са лаксативним ефектом.

## Студенти здравствене неге

- Пацијенткињи са смањеном способношћу да брине о себи је потребна адекватна нега
- Упућивање на одређену врсту припреме и доставе хране
- Организовање помоћи у кући
- Организовање личних аларма и подсетника за обављање одређених активности
- Породични разговор у вези са спровођењем свих мера безбедности у кући
- Приликом предлагања ових мера имати у виду да пацијенткиња негира да има проблем са памћењем и говором
- Дискусија о социјалном аспекту Олгиног живота и могућности да присуствује одређеним догађајима; организација спремања и превоза

Завршна дискусија (оптимално време 10 минута)

Да ли је по вашем мишљењу ово тешка студија случаја? Зашто? Како сте се договорили око доношења одлука које су најбоље за пацијента? Шта мислите каква је прогноза за ову пацијенткињу?

**Напомена:** Приказани случајеви су разматрани на ИПО настави школске 2017/2018. година на сва четири универзитета – Универзит у Београду, Универзитет у Новом Саду, Универзитет у Нишу и Универзитет у Крагујевцу. У њиховој припреми и реализацији учествовали су чланови радне групе за Интерпрофесионално образовање REFEEHS Еразмус+ пројекта и професори ужих научних области које су биле предмет случаја:

проф. др Зоран Комазец (руководилац радне групе)

*Универзитет у Новом Саду – Медицински факултет*

ванр. проф. др Данијела Ђукић-Ћосић

*Универзитет у Београду – Фармацеутски факултет*

проф. др Љиљана Тасић

*Универзитет у Београду – Фармацеутски факултет*

проф. др Владимир Јаковљевић

*Универзитет у Крагујевцу – Факултет медицинских наука*

проф. др Драгана Милутиновић

*Универзитет у Новом Саду – Медицински факултет*

доц. др Драгана Симин



*Универзитет у Новом Саду – Медицински факултет*

доц. др Гордана Јовановић

*Универзитет у Новом Саду – Медицински факултет*

проф. др Владмила Бојанић

*Универзитет у Нишу – Медицински факултет*

доц. др Југослав Илић

*Универзитет у Београду – Стоматолошки факултет*

асист. др Катарина Радовић

*Универзитет у Београду – Стоматолошки факултет*

ванр. проф. др Александра Милић Лемич

*Универзитет у Београду – Стоматолошки факултет*

доц. др Оливера Миловановић

*Универзитет у Крагујевцу – Факултет медицинских наука*

проф. др Александра Јотић

*Универзитет у Београду - Медицински факултет*

проф. др Синиша Павловић

*Универзитет у Београду - Медицински факултет*

доц. др Небојша Антонијевић

*Универзитет у Београду - Медицински факултет*

проф. др Биљана Парапид

*Универзитет у Београду - Медицински факултет*

проф. др Гордана Михајловић

*Универзитет у Београду - Медицински факултет*

асист. др Љиљана Лукић

*Универзитет у Београду - Медицински факултет*

асист. др Тања Миличић

*Универзитет у Београду - Медицински факултет*

асист. др Наташа Рајковић

*Универзитет у Београду - Медицински факултет*

ванр. проф. др Сандра Везмар Ковачевић

*Универзитет у Београду – Фармацеутски факултет*

ванр. проф. др Ивана Тадић

*Универзитет у Београду – Фармацеутски факултет*

доц. др Александра Цатић-Ђорђевић

*Универзитет у Нишу – Медицински факултет*

проф. др Душан Ђурић

*Универзитет у Крагујевцу – Факултет медицинских наука*

др Радојица Столица

*Универзитет у Крагујевцу – Факултет медицинских наука*

др Тамара Николић Турнић

*Универзитет у Крагујевцу – Факултет медицинских наука*

др Марко Равић

*Универзитет у Крагујевцу – Факултет медицинских наука*

На ИПО радионицама у оквиру симпозијума „Актуелна пракса и изазови у интерпрофесионалном образовању здравствених радника“ који је одржан у новембру 2016. године у Новом Саду учествовали су:

проф. др Будимка Новаковић

*Универзитет у Новом Саду – Медицински факултет*

доц. др Марина Одаловић

*Универзитет у Београду – Фармацеутски факултет*

доц. др Драгана Симин

*Универзитет у Новом Саду – Медицински факултет*

проф. др Драгана Милутиновић

*Универзитет у Новом Саду – Медицински факултет*

доц. др Сања Вујков

*Универзитет у Новом Саду – Медицински факултет*

доц. др Гордана Јовановић

*Универзитет у Новом Саду – Медицински факултет*

## Прилог 3. Организације и удружења за подршку интерпрофесионалном образовању

### Светска здравствена организација

Програм Светске здравствене организације о интерпрофесионалном образовању и колаборативној пракси је отпочет у мају 2000. године да би помогао земљама чланицама у јачању здравствених система и упућен је као изазов здравственим професионалцима глобално.

У сарадњи са Међународном асоцијацијом за интерпрофесионално образовање и колаборативну праксу (*International Association of Interprofessional Education and Collaborative Practice - InterEd*), тим Светске здравствене организације за умрежавање професија формирао је студијску групу за ИПО и колаборативну праксу која се састоји од 25 експерата из области едукације, праксе и политике из целог света који су подељени у три радне групе: 1) интерпрофесионално образовање; 2) колаборативна пракса; и 3) структуре за подршку у систему. Значајан напредак учињен је од када је СЗО публиковала извештаје који се односе на интерпрофесионално образовање и колаборативну праксу. Студијска група СЗО добила је следеће задатке:

- да прикаже и осврне се на извештај студијске групе из 1988. године о мултипрофесионалном образовању и особљу у здравству и евалуира позитивне исходе овог извештаја, као и области где није направљен никакав или је направљен веома мали прогрес;
- процени тренутно стање доказа заснованих на истраживањима о интерпрофесионалном образовању и колаборативној пракси, синтетише их у међународни контекст и идентификује недостатке на које се мора обратити пажња;
- спроведе међународно осматрање окружења да би детерминисала ИПО и колаборативну праксу, идентификовала успешне примере, баријере, факторе који доприносе и најбољу до сада познату праксу у овој области;
- развије концептуални радни оквир који ће идентификовати кључна питања која се морају разматрати и упутити их СЗО и њеним партнерима када буду формулисали глобални план за ИПО и колаборативну праксу;
- идентификује, евалуира и синтетише доказе о потенцијалним олакшицама и подстицајима за активности које ће бити препоручене као глобална стратегија за ИПО и колаборативну праксу;
- евалуира напоре и доприносе студијске групе СЗО.

Да би се упознали са овим пројектним задатком, студијска група СЗО је припремила Оквирни план активности за интерпрофесионално образовање и колаборативну праксу, заснован на оригиналним и доступним доказима истраживања и принципима примарне здравствене заштите.

Састанци су се одржали у Женеви (Швајцарска, 11. септембра 2007. - за централни тим лидерства и лидере тема) и у Стокхолму (Шведска, 1. јуна 2008. - за целу студијску групу СЗО), и били су подржани са неколико телеконференција за све три радне групе. Партнерство са циљем унапређења интернационалне релевантности и укључивања што већег броја људи у интерпрофесионалну и глобалну здравствену заједницу остварено је са следећим организацијама:

1. *Australasian Interprofessional Practice and Education Network*
2. *Canadian Interprofessional Health Collaborative*
3. *European Interprofessional Education Network*
4. *Journal of Interprofessional Care*
5. *Canada's National Health Sciences Students' Association*
6. *The Network: Towards Unity for Health*
7. *Nordic Interprofessional Network*
8. *Centre for the Advancement of Interprofessional Education*

Као додатак екстензивној рецензији прегледа истраживачке литературе и процесу консултација, студијска група СЗО, укључила се у неколико активности које су даље обезбеђивале информације овој мрежи и дали примере иновативне иницијативе из целог света.

Интернационална анализа окружења за интерпрофесионално образовање спроведена је од фебруара до маја 2008. године уз помоћ упитника. Дизајниран је дескриптивни упитник са циљем процене примене и евалуације интерпрофесионалног образовања на високошколским институцијама.

Учесници у истраживању бирани су из е-маил адресара користећи мејлинг листе канцеларија СЗО на нивоу држава, СЗО центара за колаборацију и контакте чланова 15 међународних професионалних удружења. Анкетирани су учесници из 42 земље и 6 региона СЗО. Циљани позив је прослеђен преко шест регионалних центара СЗО за међународне студије случаја о колаборативној пракси и развоја факултета за интерпрофесионално образовање.

Следеће међународне организације и њихови прудружени чланови су обезбиде контакт са учесницима: *Association for Prevention Teaching and Research, the United States; Australasian Interprofessional Practice and Education Network; Canadian Interprofessional Health Collaborative; Centre for the Advancement of Interprofessional Education, the United Kingdom; Council of Deans of Health, the United Kingdom;*

*European Interprofessional Education Network; Higher Education Academy, the United Kingdom; International Association for Interprofessional Education and Collaborative Practice; International Pharmaceutical Federation; Journal of Interprofessional Care, Informa Healthcare; Linköping University, Sweden; Nordic Interprofessional Network; Secretariat of the All Together Better Health IV Conference (2–5 June 2008, Karolinska Institutet & Linköping University, Sweden); Secretariat of the North American Interprofessional Education Conference (24–26 October 2007, University of Minnesota, the United States); The Network: Towards Unity for Health.*

Свеобухватно су прикупљени и рецензирани међународни регулаторни документи, публикације влада и глобални извештаји о здрављу.

Шире интерпрофесионално друштво за праксу је укључено кроз неколико огласа, телеконференција и састанака, укључујући и радионицу и пленарну презентацију *Сви заједно за квалитетније здравље - All Together Better Health IV Conference*, одржану у у Стокхолму (Шведска, јун 2008. године).

Задатак студијске групе С30 је био да дефиниције коришћењем интерактивног процеса укључујући истраживање литературе и друге кључне информације. На пример, дефиниција колаборативне праксе базира се на прегледу кључних публикација, адаптацији постојеће дефиниције из *Ontario Interprofessional Care Steering Committee* и укључивању нових елемената кроз обимну дискусију која је обезбедила приказ глобалне перспективе. Као резултат, термин «здравствени професионалац» коришћен је тако да одражава интернационално прихваћену терминологију, у процесу пружања здравствене заштите препознат је значај породица, неговатеља и друштва, и сагледано је пружање здравствене заштите кроз различите здравствене институције.

Ова радна дефиниција је представљена широј интерпрофесионалној заједници пленарним предавањем *All Together Better Health* на IV конференцији у Стокхолму, јуна 2008. године, која је и даље прерађивана од стране радне групе за колаборативну праксу.

Слично, дефиниција „интерпрофесионално образовање“ усвојена је из Центра за напредак интерпрофесионалног образовања Велике Британије. Неколико циљаних прегледа литературе је спроведено по кључним темама, попут развоја особља за интерпрофесионално образовање и исхода учења.

## Аутралијска мрежа за интерпрофесионалну праксу и образовање

(*Australasian Interprofessional Practice and Education Network* - АИППЕН)

АИППЕН је мрежа појединаца, група, институција и организација посвећена истраживању, дисеминацији, промоцији и подршци интерпрофесионалном учењу, едукацији и пракси. Примарни циљ мреже је промоција бољих исхода у здравственом систему и уздизање интерпрофесионалне праксе кроз интерпрофесионално учење у Аустралији и Новом Зеланду развојем мреже за промоцију комуникације и колаборације између чланова.

АИППЕН има за циљ да:

- промовише развој мреже која повезује професионалне предаваче у здравству и секторима здравствене заштите, универзитетима и корисницима здравствених услуга (пацијентима);
- организује серију семинара и конференција за размену информација и искустава;
- утиче на промену политике запошљавања и праксе у Аустралији и Новом Зеланду;
- подстакне истраживања, евалуацију и колаборацију између различитих тимова који могу да демонстрирају здравствене и економске предности ИПО;
- дисеминује информације о интерпрофесионалном учењу.

## Канадска Интерпрофесионална Здравствена Колаборација

(*Canadian Interprofessional Health Collaborative* - ЦИХЦ)

ЦИХЦ је канадска колаборација партнера која унапређује базу доказа која је повезана са ИПО за колаборативну праксу усмерену на пацијента (*Interprofessional Education for Collaborative Patient-Centred Practice* - ИЕЦПЦП) унапређењем едукације у здравству, унапређењем пружања услуга и здравља Канађана.

Фокус ЦИХЦ је изградња репрезентативне колаборације, идентификујући и дељењем најбоље праксе у ИПО и колаборативне праксе, и преношење знања људима који ће га употребити за трансформацију здравствене заштите.

ЦИХЦ има за циљ да:

- олакша процес учења, размену и примену ИПО и колаборативне праксе;
- негује стратешка и иновативна партнерства која омогућавају интерпрофесионалну колаборацију у едукацији, истраживању и пракси;
- промовише координисани приступ развоја курикулума и реформи;

- утврђује, унапређује и промовише агенде за истраживање и евалуацију за ИПО и колаборативну праксу;
- развијају подршку лидерству и ИПО и колаборативној пракси;
- развијају ЦИХЦ и моделују интерпрофесионалне колаборативне приступе између организација и сектора.

## Европска мрежа за интерпрофесионално образовање

(*European Interprofessional Education Network* - ЕИПОН)

ЕИПОН има за циљ да успостави одрживу инклузивну мрежу људи и организација у земљама које су партнери да би делили и развијали ефективно интерпрофесионално учење и едукацију у циљу унапређења колаборативне праксе и рад више агенција које функционишу у оквирима здравственог система.

ЕИПОН има два повезана циља да:

- развије транснационалну мрежу универзитета и запослених у партнерским земљама;
- промовише добру праксу у интерпрофесионалном учењу и едукацији у здравственој заштити.

Партнери из високог образовања и послодаваца долазе из Белгије, Финске, Грчке, Мађарске, Ирске, Пољске, Словеније, Шведске и Велике Британије.

### ***Journal of Interprofessional Care***

*Journal of Interprofessional Care* је часопис као средство за дисеминацију искустава, политике, истраживачких доказа и теоријских и вредносних перспектива широм света.

Часопис информише о колаборацији у едукацији, пракси и истраживањима између медицине, здравствене неге, ветерине, породичног здравља, јавног здравља, социјалне заштите и других одговарајућих професија због унапређења статуса здравља и квалитета бриге за појединца, породицу и заједницу.

Циљ усмерава часопис да настави да се одазива на позиве за сарадњу све већег броја влада и у много више области/аспеката, а не само у здравству, нпр. бризи за децу и старе, криминалу, едукацији за посебне потребе, *HIV/AIDS*, малолетном преступништву, менталном здрављу, палијативној нези, физичким и ограни-

чењима у учењу итд. Ово се рефлектовало на бројне доприносиоце и читаоце из различитих области интересовања, професија и земаља.

## Национална асоцијација студената здравствених наука Канаде

*(National Health Sciences Students' Association in Canada - НаХССА)*

Асоцијација је основана у јануару 2005. године, и ово је прва и једина интерпрофесионална асоцијација студената у свету. Као разнолика мрежа универзитета и колеџа, НаХССА има за циљ да препознаје потребе канадских студентских сервиса за ИПО кроз промоцију ставова, вештина и понашања неопходних за колаборативну здравствену заштиту оријентисану ка пацијенту.

НаХССА има велики потенцијал да позитивно утиче на професионални и едукативни развој будућих генерација за пружање здравствене заштите у Канади и постаће водећа канадска студентска федерација на овом пољу.

НаХССА има за циљ да:

- промовише ИПО за потребе колаборативне праксе оријентисане ка пацијенту;
- олакша и потенцира могућности за интерпрофесионалну интеракцију;
- негује дух лидерства код студената у циљу улагања напора у интепрофесионално учење сада и у будућности.


НаХССА је асоцијација која се тренутно састоји од 18 универзитетских или студентских удружења (*Dalhousie University; Memorial University of Newfoundland and Labrador; McGill University; McMaster University; Queen's University; Université de Montréal; Université de Sherbrooke; Université Laval; University of Alberta; University of British Columbia; University of Manitoba; University of New Brunswick at Saint John–New Brunswick Community College–Atlantic Health Sciences Corporation; University of Ottawa; University of Saskatchewan; University of Toronto; University of Waterloo; University of Western Ontario; and York University*) и још четину факултета (*George Brown College; University of Calgary; University of Northern British Columbia; and University of Victoria*) из целе Канаде, укључујући преко 20 здравствених и друштвених сервиса подршке.




## Мрежа: јединством до здравља

(*The Network: Towards Unity for Health* - ТУФХ)

Мрежа ТУФХ је глобална асоцијација едукативних институција здравствених професионалаца који су се обавезали да кроз едукацију, истраживање и пружање услуге допринесу унапређењу и одрживости здравља у заједници у којој служе.

Институције мреже ТУФХ траже сарадњу са својим здравственим системом да би прилагодили едукацију и задатке здравственом особљу у циљу унапређења здравља заједнице.  нови ТУФХ мреже истражују иновативне едукативне приступе (нпр. едукација заједнице, учење засновано на проблему) да би испунили мисију.

Мрежа ТУФХ апострофира значај истраживања у едукацији, истраживања  приоритетним здравственим потребама и ефикасности здравственог сервиса. У својим настојањима мрежа ТУФХ позива на сарадњу организације сличног начина размишљања.

## Нордијска интерпрофесионална мрежа

(*Nordic Interprofessional Network* - НИПНет)

НИПНет је мрежа за учење која негује интерпрофесионалну колаборацију у едукацији, пракси и истраживањима и примарно је оријентисана на едукаторе, практиканте и истраживаче у области здравља нордијских земаља. Чланови мреже представљају интерпрофесионалну иницијативу Данске, Финске, Норвешке и Шведске.

НИПНет има за циљ:

- да истражи доказе на којима се базира интерпрофесионална колаборација;
- развије приступе, методе и евалуацију интерпрофесионалног учења и праксе;
- стимулише колаборацију између нордијских земаља као и међународну колаборацију у истраживању и развоју ИПО.

## Центар за унапређење интерпрофесионалног образовања

*(Centre for the Advancement of Interprofessional Education - ЦАИПО)*

ЦАИПО је независна добротворна установа основана 1987. године. То је тело са више од 300 чланова који чине мрежу за заједничку подршку и интересовања. Она обухвата организације и појединце широм Велике Британије, из законодавног, волонтерског и независног сектора са све већим међународним чланством. Она се проширила од својих корена у примарној заштити до укључивања појединаца или организација чланица у локалну власт, високо школство, професионална удружења, краљевске колеџе, професионална регулаторна тела и волонтерски и приватни сектор.

ЦАИПО је национални и међународни ресурс за ИПО и на универзитетима и на радним местима у оквиру целокупног здравственог система. ЦАИПО промовише и развија ИПО као пут за унапређење колаборације између професионалаца и организација, повезаних у службене и приватне јавне сервисе. На овај начин подржана је интеграција здравствене заштите у локалне заједнице.

ЦАИПО се фокусира на начине да обезбеди професијама у заједницама, едукативним институцијама и на радним местима да уче и раде заједно, промовише међусобно поштовање, превазилази баријере за сарадњу и подржава заједничке активности. ЦАИПО промовише интерпрофесионално учење које активно укључује кориснике сервиса и локалне заједнице као есенцијалне партнере. Блиско је повезана са радом који је успоставио базу доказа за ИПО кроз систематске ревизије. ЦАИПО се труди да обезбеди квалитет ИПО и дисеминује налазе из релевантних истраживања и добре праксе.

## Прилог 4. Одабрани примери колаборативне праксе

Табела 13. Одабрани примери колаборативне праксе

Држава	Пракса	Укљученост – тимови и партнери	Изазови и олакшице
Канада	Клинике за учење породичне праксе лоциране у урбаним срединама  Пацијенти са комплексном дијагнозом, хроничне или менталне болести	Породични лекари, здравствени радници за менталне поремећаје, медицинске сестре, техничари, нутриционисти, фармацеути, сестре за јавно здравље, социјални радници	интерперсонални конфликти; недостатак структурисаних протокола  Изазови: недостатак електронских записа;  Олакшице: модели накнаде; модели управљања са расподелом одговорности између професионалаца; интерпрофесионално окружење; посвећено лидерство
Данска	Опште клинике у Данској, свака опслужује између 1600 и 2500 пацијената у урбаним и руралним срединама	Све врсте пацијената Лекари на обуци за општу праксу, административно особље, медицинске сестре и лабораторијски техничари	Изазови: неадекватне просторије и административни простор за све задатке; нејасна подела одговорности између различитих група особља Олакшице: саморегистрација пацијената; уједињена дискусија између пацијената и лекара и особља
Индија	Психијатријске болнице лоциране у полуурбаним подручјима	Пацијенти са менталним болестима (деца, адолесценти и одрасли). Медицинске сестре, терапеути за здравље на раду, психијатри, психолози, социјални радници, учитељи специјалне наставе и особље за подршку	Изазови: погрешно вођена комуникација Олакшице: отворена комуникација и адаптабилност чланова тима

Јапан	Све врсте здравствених услуга лоциране у урбаним срединама	Труднице и деца; Клинички психолози, стоматолози, нутриционисти, педијатри, сестре у јавном здрављу и социјални радници	Изазови: нису идентификовани Олакшице: законодавна подршка, структурирани протоколи, конференције за тимове
Непал	Болнице и образовне институције лоциране у урбаном окружењу	Мајке и новорођенчад; медицинске сестре и лекари	Изазови: временска ограничења; традиционални начин пружања неге Олакшице: докази; уређење од стране владе
Оман	Четири здравствена центра заједнице лоцирана у урбаним регијама	Све врсте пацијената; доктори, медицинске сестре, фармацеутски техничари, лабораторијски техничари, дијететичари, едукатори	Изазови: потешкоће управљања персоналом; промет особља Олакшице: посвећеност доносиоца одлука на високом нивоу; текући тренинзи особља укључујући комуникационе вештине; јасне смернице; састанци здравствених радника и оних који приређују системске планове; дух тимског рада
Словенија	Здравствени центар друштвене заједнице	Све врсте пацијената, стоматолози, медицинске сестре, психотерапеути и социјални радници	Изазови: увођење новог члана у тимове Олакшице: подржавајућа легислатива у здравству; иста шема за плаћање за све професије; програми за професионални развој фокусирани на тимски рад
Шведска	Четири главне болнице лоциране у урбаним регионима	Све врсте пацијената, медицински радници, медицинске сестре студенти окупационе и психотерапије	Изазови: професионалне предрасуде и ставови Олакшице: стандардни протоколи

Тајланд	Клиника за заједницу лоцирана у руралној регији	Све врсте пацијената Медицинске сестре и лекари	Изазови: недостатак времена и ресурса Олакшице: подршка универзитета, агенција и владе; заједнички циљеви; регулаторна тела; финансијска подршка поверљива веза
Велика Британија	Амбулантна клиника лоцирана у урбаном окружењу	Пацијенти који живе са инконтиненцијом Медицинске сестре, терапеути за заштиту на раду и физиотерапеути	Изазови: неслога између тимова; недостатак времена и система управљања Олакшице: регуларни састанци лицем у лице, поштовање других професија



.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



## **БЕЛЕШКЕ**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....













CIP - Каталогизација у публикацији -  
Народна библиотека Србије, Београд

377.4:614.235(082)

614.235:371(082)

ИНТЕРПРОФЕСИОНАЛНО образовање / уреднице Данијела  
Ђукић-Ћосић, Љиљана  
Тасић. - Београд : Универзитет у Београду, 2018 (Земун : Униграф).  
- 172  
стр. : илустр. ; 24 cm

Тираж 500. - Стр. 3-5: Предговор / Данијела Ђукић-Ћосић, Љиљана  
Тасић. -  
Речник појмова и термина: стр. 10-11. - Прилози: стр. 111-164. -  
Библиографија:  
стр. 106-110.

ISBN 978-86-7522-062-6

а) Међупрофесионална сарадња - Здравствени радници -  
Зборници б)  
Здравствени радници - образовање - Зборници  
COBISS.SR-ID 268482316