

# Dragi kolege i prijatelji!

Prošlo je deset godina otkad je grupa stručnjaka i volontera Lige protiv raka Pula, vođena entuzijazmom kao glavnom pokretačkom snagom, odlučila učiniti više za svoje sugrađane koji boluju od najtežih, najčešće neizlječivih bolesti.

Uz izuzetno razumijevanje i podršku Istarske županije pokrenut je projekt razvoja palijativne skrbi koji je rastao iz godine u godinu i izrastao u cjelovit sustav pomoći palijativnim bolesnicima i njihovim obiteljima na cijelom području Istre.

Sjećajući se tih početaka, odlučili smo organizirati konferenciju kojoj je povod obljetnica, ali koja je okrenuta budućnosti palijativne skrbi u Istri i Hrvatskoj.

Pozvali smo kolege s kojima godinama surađujemo, ali i mnoge druge stručnjake koji, svatko u svom području, imaju znanja i iskustva u organizaciji i pružanju palijativne skrbi. Posebno nam je drago što su se našem pozivu odazvali i naši suradnici i učitelji iz Austrije, Engleske i Poljske, koji će nam govoriti o palijativnoj skrbi u njihovim zemljama.

Konferencija se održava u trenutku kad palijativna skrb postaje jedna od najčešće spominjanih pojmova u hrvatskom zdravstvu i koja, nakon donošenja Nacionalne strategije razvoja palijativne skrbi, dobiva značajno mjesto u zdravstvenom sustavu.

Nadamo se kako će ova konferencija biti mjesto za stjecanje novih znanja, razmjenu iskustava i raspravu o stručnim pitanjima i organizacijskim dilemama stručnjaka svih profila koji se bave palijativnom skrbi u Hrvatskoj.

U nadi da će se ostvariti naši planovi i želje, a mi kao domaćini ispuniti vaša očekivanja, najsrdačnije vas pozivamo da nam se pridružite u Puli od 2. do 3. listopada 2015., godine

Veselimo se susretu!

U nadi da će se ostvariti naši planovi i želje, a mi kao domaćini ispuniti vaša očekivanja želimo vam najsrdačniju dobrodošlicu na našu konferenciju.

dr.sc. **Ante Ivančić**, predsjednik organizacijskog odbora

dr.sc. **Julijana Franinović Marković**, predsjednica programskog odbora

## **ORGANIZATORI**

Istarski domovi zdravlja

Hrvatsko društvo za palijativnu medicinu HLZ

Liga protiv raka Pula

Palijativna skrb, ISTARSKA ŽUPANIJA - REGIONE ISTRIANA

## **POKROVITELJI**

Ministrstvo zdravlja

Istarska županija

Grad Pula

## **SPONZORI**

Zahvaljujemo svim sponzorima i izlagačima koji su podržali ovaj skup.

- Abbott
- Bauerfeind
- Fresenius Kabi
- Grad Pula
- Medilab
- Tehno & Fashion
- Turistička zajednica grada Pule

## **ORGANIZACIJSKI ODBOR:**

Ante Ivančić - predsjednik, Mario Božac, Diego Brumini, Julijana Franinović - Marković, Dolores Ghersinich, Irena Grahovac, Dragan Grgurić, Roberta Katačić, Bosiljka Kovačević, Danica Kuzmanović, Anamaria Kvasnica, Mayerling Macan Kišiček, Tomislav Peharda, Ivo Povrzanović, Davorka Rakić, Egle Rojnić, Nika Spasić, Irenko Srdoč, Vlasta Vučevac

## **PROGRAMSKI ODBOR**

Julijana Franinović Marković - predsjednica, Vlasta Vučevac - supredsjednica, prof. Anica Jušić, Antonia Balenović, Johann Baumgartner - Austrija, Marijana Braš, Diego Brumini, Sandra Čakić Kuhar, Ksenija Družetić-Božić, Veljko Đorđević, Aleksandar Džakula, Daniel Ferlin, Josip Grbac, Sonja Grozić Živolić, Vesna Grubišić Juhas, Irena Hrstić, Vilma Juran Gobo, Lada Kalagac, Milica Katić, Davor Komar, Piotr Krakowiak - Poljska, Danijela Lazarić-Zec, Karmen Lončarek, Renata Mardetko, David Oliver - UK, Danijela Orbanić, Tomislav Peharda, Marija Petković, Eleonora Pilar, Boris Ritoša, Branka Splavski, Olivera Tomas, Dragan Trivanović

## MJESTO ODRŽAVANJA

Hotel Park Plaza Histria  
Verudela 17  
52100 Pula

## SLUŽBENI JEZIK KONGRESA

Hrvatski

## IZLOŽBA

Za vrijeme trajanja konferencije bit će postavljena izložba.

## RADNO VRIJEME MJESTA ZA REGISTRACIJU

Četvrtak, 1.10.2014. • 16:00 – 19:00

Petak, 2.10.2014. • 8:30 – 18:00

Subota, 3.10.2014. • 8:00 – 14:00

Kotizacije	Rana do 14.9.2015.	Kasna od 15.9.2015.	Na licu mjesta od 1.10.2015*
Redovna	800,00 kn	900,00 kn	1.000,00 kn
Medicinske sestre, fizioterapeuti	600,00 kn	700,00 kn	800,00 kn
Studenti, Volonteri, osobe u pratnji, sponzori	500,00 kn	600,00 kn	700,00 kn

\* Navedene kotizacije plaćaju se na licu mjesta.

## KOTIZACIJA UKLJUČUJE:

Pristup svim predavanjima i radionicama, konferencijske materijale, piće dobrodošlice i umjetnički program, stanke uz kavu, ručak u petak i subotu te stručne bodove skupa.

## INFORMACIJE I PRIJAVE



A: Radnička cesta 27, 10000 Zagreb, Hrvatska

T: +385 1 8892 361

F: +385 1 8892 362

E: info@361events.hr

W: www.361events.hr

## PROGRAM

### PETAK 2.10.2015.

8:30 - 11:00	<b>Registracija sudionika</b>		
11:00 - 11:30	<b>Otvaranje skupa i pozdravi:</b> Ministarstvo zdravlja, Istarska županija, Grad Pula		
	<b>Plenarna predavanja</b> Predsjedavajući: Vlasta Vučevac, Julijana Franinović-Marković		
11:30 - 11:50	<b>Julijana Franinović-Marković, Ante Ivančić, Roberta Katačić:</b> Deset godina palijativne skrbi u Istri		
11:50 - 12:10	<b>Ministarstvo zdravlja: Marijan Cesarik:</b> Prikaz tijeka uspostave palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj		
12:10 - 12:30	<b>Vlasta Vučevac:</b> Hrvatsko društvo za palijativnu medicinu u razvoju palijativne skrbi u Hrvatskoj		
12:30 - 12:50	<b>Veljko Đorđević, Marijana Braš:</b> Uloga CEPAMET-a Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu u edukaciji iz palijativne medicine		
12:50 - 13:10	<b>Karmen Lončarek:</b> Analiza resursa u palijativi republike Hrvatske		
13:10 - 13:20	<b>Rasprava</b> Moderator <b>Aleksandar Džakula</b>		
13:20 - 14:20	<b>Ručak</b>		
	<b>Palijativna skrb u zajednici</b> Predsjedavajući: Branka Kandić-Splavski, Boris Ritoša	<b>Psihološka i duhovna palijativna skrb</b> Predsjedavajući: Marijana Braš, Tomislav Peharda	<b>Dionici palijativne skrbi</b> Predsjedavajući: Irena Grahovac, Antonija Balenović
14:20 - 14:30	<b>Diego Brumini:</b> Četiri godine mobilnog specijalističkog palijativnog tima u Istarskoj županiji	<b>Tomislav Peharda:</b> Psihijatrijska iskustva multidisciplinarnog pristupa palijativne skrbi u Istarskoj županiji	<b>Irena Grahovac:</b> Ljekarnik u palijativnoj skrbi
14:30 - 14:40	<b>Ante Ivančić:</b> Palijativna skrb u domu zdravlja i dom zdravlja u palijativnoj skrbi	<b>Josip Grbac:</b> Život i smrt sukladno kršćanskoj bioetici	<b>Nataša Dumbović:</b> Obitelj palijativnog pacijenta: "Izgubljeni u sustav"
14:40 - 14:50	<b>Branka Kandić-Splavski:</b> Organizacija županijskih koordinacijskih centara	<b>Dijana Majstorović:</b> Stavovi zdravstvenih djelatnika i učenika prema njezi umirućeg bolesnika	<b>Marica Pavletić:</b> Uloga ustanove za zdravstvenu njegu u kući u skrbi palijativnog bolesnika
14:50 - 15:00	<b>Rozmari Tusić:</b> Organizacija izvanbolničke palijativne skrbi u Primorsko-goranskoj županiji	<b>Marijana Braš:</b> Klinička iskustva psihijatra u radu s bolesnicima kojima je potrebna palijativna skrb i članovima njihovih obitelji	<b>Ivančica Pecek:</b> Prikaz slučaja i važnijih iskustava s područja palijativne skrbi u Domu zdravlja Zagreb - Zapad
15:00 - 15:10	<b>Nada Pjevač:</b> Prikaz rada mobilnog palijativnog tima Doma zdravlja Zagreb-Centar	<b>Marta Dumančić:</b> Stavovi i znanje o palijativnoj skrbi studenata aspiranata za mjesto u palijativnom timu	<b>Renata Možanić:</b> Funkcioniranje obitelji palijativnog bolesnika
15:10 - 15:20	<b>Štefanija Pavlic Bermanec:</b> Organizacija palijativne skrbi u Međimurskoj županiji	<b>Danica Kuzmanović:</b> Volonteri palijativne skrbi u Istarskoj županiji	
15:20 - 15:30	Rasprava	Rasprava	Rasprava

	<b>Stacionarna palijativna skrb</b> Predsjedavajući: Karmen Lončarek, Miljenko Crnjaković	<b>Socijalni radnici i volonteri u palijativnoj skrbi</b> Predsjedavajući: Danica Kuzmanović, Olivera Tomas	<b>Organizacija i koordinacija palijativne skrbi</b> Predsjedavajući: Mirjana Lončarić-Katušin, Milica Tikvić
15:30 - 15:40	<b>Marija Petković:</b> Iskustva u radu prvog hrvatskog hospicija	<b>Egle Rojnić:</b> Socijalna palijativna skrb- iskustva u Istarskoj županiji.	<b>Milica Tikvić:</b> Koordinator palijativne skrbi - tko, što i kako?
15:40 - 15:50	<b>Dragan Trivanović:</b> Analiza smrtnosti palijativnih bolesnika u bolnici	<b>Olivera Tomas:</b> Jačanje partnerstva i suradnje kroz supervizijsku podršku profesionalcima različitih razina palijativne skrbi u Gradu Zagrebu	<b>Mirjana Lončarić-Katušin:</b> Model organizacije palijativne skrbi u Karlovačkoj županiji
15:50 - 16:00	<b>Miljenka Šimec:</b> Kako smo se mijenjali radi implementacije palijativne skrbi u sustav zdravstva	<b>Sandra Čakić-Kuhar:</b> Što može učiniti lokalna zajednica u organizaciji palijativne skrbi -porečko iskustvo	<b>Boris Kopić, Marina Dembić:</b> Prijem pacijenata u terminalnoj fazi bolesti na odjel onkologije
16:00 - 16:10	<b>Miljenko Crnjaković:</b> Organizacija palijativne medicine u Općoj bolnici "dr. T. Barde", Koprivnica	<b>Blaženka Eror- Matić:</b> Koncept edukacije volontera u palijativnoj skrbi temeljen na deset ključnih kompetencija u palijativnoj skrbi EAPC	<b>Renata Mardetko:</b> Centar za koordinaciju palijativne skrbi- uloga i kompetencije medicinske sestre
16:10 - 16:20	<b>Višnja Mihalić-Mikuljan:</b> Palijativna skrb u Specijalnoj bolnici za produženo liječenje Duga Resa	<b>Danijela Ustić:</b> Modeli rada s volonterima u palijativnoj skrbi	
16:20 - 16:30	Rasprava	Rasprava	Rasprava
16:30 - 17:00	<b>Coffee Break</b>		
17:00 - 17:45	<b>Okrugli stol: Mobilni palijativni tim i koordinator palijativne skrbi - novi koncept u hrvatskom zdravstvu</b> (predstavni Ministarstva zdravlja, HZZO, HDPM- HLZ, domova zdravlja, općih bolnica, županija, CEPAMET-a )		
18:00 - 19:00	<b>Umjetnički program i piće dobrodošlice</b>		

## SUBOTA 3.10.2015.

	<b>Plenarna predavanja</b> Predsjedavajući: Veljko Đorđević, Roberta Katačić	
9:00 - 9:20	<b>Johann Baumgartner:</b> The organisation of palliative care in Austria/Styria with special references to a connection of in-home and out-home based palliative care- coordination.	
9:20 - 9:40	<b>Piotr Krakowiak:</b> Who should do what? Working together - in Solidarity- for patients towards end-of-life in Poland	
9:40 - 10:00	<b>Nygel Sykes:</b> The Organisation of Palliative Care in the United Kingdom	
10:00 - 10:20	<b>Rasprava</b> Moderator, <b>Aleksandar Džakula</b>	
10:20 - 10:50	<b>Coffee Break</b>	
	<b>Radionice</b>	
10:50 - 11:35	<b>Julijana Franinović-Marković, Nygel Sykes:</b> Tko je palijativni bolesnik i procjena stanja palijativnog bolesnika (ECOG skala, Karnofsky indeks, SPICT)	<b>Marijana Braš, Tomislav Peharda:</b> Kako priopćiti lošu vijest

11:35 - 12:20	<p><b>Diego Brumini, Irenko Srdoč, Ivo Povrzanović:</b> Invazivni zahvati i parenteralna terapija u kući bolesnika (punkcije, kirurški zahvati, supkutana ili intravenska)</p>	<p><b>Branka Kandić-Splavski, Julijana Franinović -Marković, Lada Kalagac:</b> Totalna bol: fizička, psihička, socijalna i duhovna - primjeri iz prakse</p>
12:20 - 13:05	<p><b>Bosiljka Kovačević, Renata Mardetko:</b> Sestrinstvo u palijativnoj skrbi i specifičnosti zdravstvene njege u kući palijativnog bolesnika,</p>	<p><b>Piotr Krakowiak, Danica Kuzmanović, Davor Komar:</b> Organizacija volontarijata u palijativnoj skrbi</p>
13:05 - 14:00	<b>Ručak</b>	
14:00 - 15:00	<p><b>Panel diskusija: Palijativna i hospicijska skrb u Hrvatskoj - perspektive razvoja nakon donošenja Strateškog plana</b> (predstavnicima Ministarstva zdravlja, HZZO-a, HDPM, domova zdravlja, općih bolnica, županija, centara za socijalnu skrb, CEPAMET-a, druga pacijenata)</p>	
15:00 - 15:30	<b>Zaključci konferencije</b>	

**Rev. Prof. dr hab. Piotr Krakowiak SAC** - theologian, psychologist and social educator, National Chaplain of Hospices in Poland, lecturer at Nicolaus Copernicus University in Torun. Involved in hospice-palliative care in Poland since 1990, starting as student-volunteer, then chaplain and volunteers coordinator. After studies and internships in hospice-palliative care in Italy and the US (1994-2000) has worked as a chaplain, psychologist, volunteers' coordinator, and managing director of hospice in Gdansk (2002-2011). Since 2011 lecturer of Social Sciences and Pastoral Theology. Involved in international projects: European Academy of Palliative Care - Leadership Course ([www.eupca.eu](http://www.eupca.eu)), and Global Network of Spirituality in Health (<https://smhs.gwu.edu/gwish/global-network>). His research regards hospice-palliative care, volunteering, spiritual care, and non-medical issues of end-of-life care & bereavement. Author of academic textbooks, numerous general public textbooks, and articles in peer-reviewed journals. Editor of recently published book in English: *In Solidarity. Hospice-Palliative Care in Poland*, (A. Janowicz, P. Krakowiak, A. Stolarczyk) Gdansk 2015. Currently working on articles and textbook regarding religious assistance and spiritual care in health and social care institutions and new dimensions of spiritual care for professionals and volunteers. **Contact: [piotrkrakowiak@wp.pl](mailto:piotrkrakowiak@wp.pl)**

#### **Dr. Nigel Sykes, Former Medical Director, St Christopher's Hospice, London**

Dr Nigel Sykes retired earlier this year as Medical Director and Consultant in Palliative Medicine at St Christopher's Hospice, London UK. He was also Honorary Senior Lecturer in Palliative Medicine at King's College, London, and chaired the Palliative Care Group of the London Cancer Alliance, the integrated cancer system that is dedicated to improving cancer outcomes for 6 million of London's population.

Dr Sykes has researched, written and taught widely on aspects of symptom control and has served on the editorial advisory boards of several publications, including the *Journal of Pain and Symptom Management* and the *Journal of Palliative Medicine*. He contributed to the NHS End of Life Care Programme's document on long-term neurological conditions and gave evidence to the Neuberger Commission set up by the UK Government to investigate the use of the Liverpool Care Pathway. As well as founding the first Clinical Ethics Committee to be set up in a UK hospice he has spoken on radio and television, and made presentations to British parliamentary committees, on ethical issues relating to palliative care.

### **Dr. Johann Baumgartner**

- Coordinator Hospice and Palliative Care Styria
- Vice President Hospice Austria
- Lecturer Medical University Graz
- Study visits in canadian and australian hospice and Palliative Care facilities
- Diploma for Palliative Medizin of the Austria Medical Council
- Graduate of the Mastercourse Palliative Care
- Akademic Expert in Palliative Care
- Akademic Gerontologist
- General Practitioner
- Medical school in Graz

**Red. prof. dr. Josip Grbac**, zaposlen na Katoličkom bogoslovnom fakultetu u Zagrebu - Teologija u Rijeci.

Adresa: Tizianova 15, Rijeka. Tel.:098/219-660; Fax: 051/515-561;

E-mail: jgrbac1@gmail.com

Rođen 21. 2. 1955. u Lanišću, gdje je završio i osnovnu školu. Maturirao 1974. u Biskupskoj gimnaziji u Pazinu. Od 1976. studira u Rimu na papinskom sveučilištu "Gregoriana", gdje 1981. upisuje specijalizaciju iz moralne teologije. Doktorsku radnju obranio je 1987. godine. U rujnu 1988. postaje predavačem moralne teologije na Visokoj bogoslovskoj školi u Rijeci. Od 1994. do 2000. u dva mandata obnaša dužnost rektora Teologije u Rijeci. 2009. izabran je u znanstveno-nastavno zvanje redovnog profesora.

Objavio je knjige: *Kršćanska i/ili univerzalna etika. Zbornik radova znanstvenog simpozija, Rijeka, 2003.*; *Graditelji Kraljevstva. Teologija rada II. Vatikanskog sabora, Rijeka 1996.*; *Kršćanska etika u ozračju svakodnevice, Pazin 2004.*; *Etičke dvojbe hrvatskog društva. O važnosti odgoja za moralne vrijednosti, Kršćanska sadašnjost, Zagreb 2009.*, kao i 70-tak znanstvenih i stručnih radova.



# SAŽETCI

## 1. Deset godina palijativne skrbi u Istri

**Julijana Franinović Marković, Ante Ivančić, Roberta Katačić**

Liga protiv raka, Istarski domovi zdravlja, Istarska županija

U radu prikazujemo desetgodišnji put (i putovanje) organiziranja i djelovanja palijativne skrbi u Istarskoj županiji. Put od volonterskog djelovanja do organizirane palijativne skrbi uključuje nekoliko bitnih elementa: ustrajnost, timski rad i povjerenje te edukaciju. Organizacija palijativne skrbi od teoretskog znanja do uspostave sustava praćena je brojnim izazovima i preprekama koje se mogu savladati sustavnim, promišljenim timskim radom profesionalaca uz potporu regionalnih i nacionalnih sustava uprave i podršku stanovništva.

Organiziranje palijativne skrbi u Istarskoj županiji tijekom 10 godina prolazila je kroz 3 razdoblja: volontersko razdoblje, implementacija u postojeći sustav i uspostave palijativne skrbi.

### **Volontersko razdoblje od 2005-2011**

Volonterski palijativni tim u okviru Lige protiv raka Pula početno su sačinjavale tri osobe. Projekt je bio financiran od Istarske županije i dijelom grada Pule. Djelovanje je bilo usmjereno na:

- edukaciju voditelja, volontera i javnosti
- radu s bolesnicima i članovima obitelji
- organiziranju posudionica pomagala
- organiziranju pomoći pružateljima palijativne skrbi
- javnim i stručnim nastupima. [www.hrcak.srce.hr/glasnik-pulske-bolnice](http://www.hrcak.srce.hr/glasnik-pulske-bolnice)

### **Implementacijsko razdoblje 2011**

Nakon što je Skupština Istarske županije donijela odluku o financiranju projekta palijativne skrbi (110000 EU godišnje). Tri su bila cilja implementacije:

- odabrati model pružanja kućne palijativne skrbi koji bi bio dostupan u cijeloj Istarskoj županiji (Specijalistički mobilni palijativni tim)
- uključivanje palijativne skrbi u zakonski moguće okvire (predradnje za uspostavu Djelatnosti za palijativnu skrb Istarskih domova zdravlja)
- edukacija obiteljskih liječnika i patronažnih sestara (prepoznavanje palijativnog bolesnika i upoznavanje s timom)
- nabavka opreme i automobila
- suradnja s HZZO

Nakon 3 mjeseca zdravstveni je sustav bio pripravan za ulazak palijativne skrbi.

## Uspostava kućne palijativne skrbi u Istarskoj županiji

2012. godine osnovana je Djelatnost za palijativnu skrb sa sjedištem u Puli. Zaposleni su onkolog i 2 medicinske sestre, dok se ostali članovi tima (10) uključuju po pozivu. Radno je vrijeme od 7 do 15 sati, ali se dio rada odvija i izvan radnog vremena. U timu dominiraju liječnici specijalisti koji su većinom dodatno educirani za rad s palijativnim bolesnicima.

Ostale aktivnosti koje provode svi članovi tima na županijskoj razini

- vođenje registra palijativnih bolesnika i registar palijativnih usluga.
- uključivanje u rad nezdravstvenih pružatelja palijativne skrbi.
- organiziranje posudionica pomagala u gradovima Istarske županije.
- edukacija
- prezentacija rada u javnosti i na stručnim skupovima

**Zaključak:** organizacija palijativne skrbi je uvijek izazovna i za profesionalce i za uprave strukture. Poteškoće su u nerazumijevanju palijativne skrbi, nejasnoj zakonskoj i provedbenoj regulativi te ograničenim ljudskim i financijskim resursima. Ipak svi ti nedostaci mogu biti prednost na regionalnoj razini iz više razloga: udružuju se entuzijasti s jačom motivacijom, organizacija nije ukrućena strogim okvirima prosjeka mogućnosti na nacionalnoj razini, suradnja zdravstvenih profesionalaca, volontera, regionalne uprave i crkve je temeljena na prokušanom povjerenju, a društvena zajednica je snažnije senzibilizirana. S druge strane ovakav oblik rada je iscrpljujući i teško održiv na duže vrijeme.

Ono što vidimo kao slijedeći cilj jeste organizacija hospicija kao mjesta sveobuhvatne stacionarne skrbi s edukacijskim centrom gdje bi se formirali budući pružatelji palijativne skrbi.

## **2. VLASTA VUČEVAC - Hrvatsko društvo za palijativnu medicinu u razvoju palijativne skrbi u Hrvatskoj**

### **Hrv.društvo za palijativnu skrb**

Hrvatsko društvo za hospicij i palijativnu skrb (HDH/PS) pri Hrvatskom liječničkom zboru osnovala je prof.dr.sc. Anica Jušić 1994. uz potporu Akademije medicinskih znanosti Hrvatske.

Aktivnosti HDH/PS godine društvo je organiziralo više simpozija i kongresa. U suradnji s engleskim profesorima organizirana je diplomatska i poslijediplomska nastava (2005). Prevedeno je više knjiga iz područja palijativne medicine, tiskane su brošure a redovito je izlazio Bilten za palijativnu medicinu/skrb. Uspostavljena je suradnja s palijativnim centrima u svijetu te su mnogi predavači dolazili u Hrvatsku a mnogi članovi društva su odlazili na edukacije izvan Hrvatske (USA, Poljska, Engleska itd). Prof. Jušić održala je brojna predavanja diljem Hrvatske.

Na inicijativu HDP/HS osnovana je Hrvatska udruga prijatelja hospicija, a rodilo se i novo društvo Hrvatsko društvo za liječenje boli.

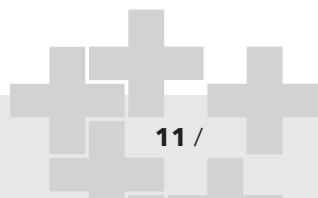
2000. godine organizirano je Povjerenstvo za palijativnu skrb pri Ministarstvu zdravstva i socijalne skrbi a 2003. palijativna skrb se spominje u ZZZ. 2002. osnovan je Regionalni hospicijski centar.

Nakon 15 godina intenzivnog rada na senzibilizaciji društva, zdravstvenih djelatnika, političkih struktura, palijativna skrb nije uvedena u sustav zdravstvene i socijalne skrbi a prof Jušić iscrpljena i realno razočarana napušta vođenje HDP/HS no ostaje počasna predsjednica društva.

Od 2009. godine predsjednica društva postaje dr Marijana Braš, društvo mijenja ime u Hrvatsko društvo za palijativnu medicinu (HDPM). Aktivnosti društva su usmjerene na pojačanu senzibilizaciju javnosti za palijativnu skrb (akcija Ostani uz mene). 2010. godine osnovan je CEPAMET (Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine) pri Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu.

Od 2013. godine predsjednica HDPM je dr Vlasta Vučevac. Nastavlja se s brojnim edukacijama diljem Hrvatske. HDPM je sudjelovalo u raspravama prije donošenja Strateškog razvoja palijativne skrbi RH. Pojačana je suradnja s EAPC.

Uloga HDPM je polivalentna jer Hrvatska još nema sustavnu palijativnu skrb. Prisutno je niz teškoća u implementaciji različitih modela palijativne skrbi, stručnoj kompetenciji provoditelja skrbi, definiranju temeljnih pojmova itd. Financijska sredstava koje ima društvo sigurno nisu dostatna za temeljiti i stručni rad društva.



### **3. Uloga CEPAMET-a Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu u edukaciji iz palijativne medicine**

**Prof.dr.sc. Veljko Đorđević, dr.med. i doc.dr.sc. Marijana Braš, dr.med**

Klinika za psihološku medicinu, Klinički bolnički centar Zagreb i Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine (CEPAMET) osnovan je 21. rujna 2010. godine odlukom Fakultetskog vijeća Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu kao posebna organizacijska jedinica ovog fakulteta, a s ciljem promicanja i razvoja nastavnih, znanstvenih i stručnih aktivnosti iz područja palijativne medicine, medicinske etike i komunikacijskih vještina. CEPAMET u svom sastavu ima i poseban odjel za područje palijativne medicine, u kojem suradnici CEPAMET-a promiču multidisciplinarnu suradnju na ovom području. Budući da u Hrvatskoj nema posebne specijalizacije niti subspecijalizacije iz palijativne medicine te da nisu postojali niti adekvatni edukacijski sadržaji na diplomskoj i poslijediplomskoj razini, CEPAMET je u svojih pet godina postojanja razvio brojne edukacijske sadržaje posvećene različitim aspektima iz palijativne medicine i palijativne skrbi. Uz veliku podršku Medicinskog fakulteta ali i cijelog Sveučilišta u Zagrebu, u novi kurikulum diplomske nastave za studente medicine uvršten je kao obvezni predmet Palijativna medicina na šestoj godini studija medicine, te su osmišljeni i brojni drugi moduli posvećeni palijativnoj medicini u drugim predmetima tijekom studija. Također su osmišljeni i različiti edukativni sadržaji iz palijativne medicine u nekoliko stručnih poslijediplomskih studija (npr. Onkologija, psihijatrija i dr.). CEPAMET je organizirao i više poslijediplomskih tečajeva trajnog medicinskog usavršavanja prve kategorije posvećenih palijativnoj medicini, koje je do sada završilo više od pet stotina polaznika iz cijele Hrvatske. Osobito naglašavamo tečajeve pod nazivima osnove palijativne medicine, Komunikacijske vještine u onkologiji i palijativnoj medicini, Psihološki aspekti u palijativnoj medicini kao i nekoliko tečajeva posvećenih palijativnoj medicini u neurologiji. CEPAMET intenzivno promiče i međunarodnu suradnju u edukacijskim programima, tako da su brojni međunarodni eksperti iz palijativne medicine i članovi Savjeta CEPAMET-a, a suradnici CEPAMET-a predavači na brojnim međunarodnim školama, tečajevima i drugim skupovima. CEPAMET je aktivno uključen i u brojne znanstvene i stručne projekte. CEPAMET je bio i ostao važna i neizostavna karika u cjelokupnom razvoju palijativne medicine u našoj zemlji, jer bez dobre edukacije nema ni kvalitetne implementacije palijativne medicine u zdravstveni sustav.

## 4. Analiza resursa u palijativi Republike Hrvatske

**Karmen Lončarek**

KBC Rijeka

Pregledno je prikazano stanje resursa palijativne skrbi u Hrvatskoj u lipnju 2015. godine. Podaci su prikupljeni pismenim anketiranjem svih dostupnih i poznatih dionika u palijativi u Hrvatskoj, te iz financijskih izvještaja Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Resursi su obuhvaćali: 185 postelja za palijativnu skrb u 10 ustanova; 10 mobilnih timova u 6 županija; 31 posudionica pomagala, ciljano namijenjenih palijativnoj skrbi; 3 županijska koordinacijska centra; 12 volonter-skih organizacija; 31 ambulanta za terapiju boli. Od ukupnog broja pacijenata s potrebama za palijativom u 2014. godini 4,5% umrlo je u palijativnim posteljama, 15,5% primilo je palijativnu kućnu posjetu LOM-a, a 8% primilo je skrb mobilnog tima za palijativu. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje financirao je palijativnu skrb sa ukupno 30,2 mil. kn: 20,8 mil. kn za postelje za palijativnu skrb; 2,1 mil. kn za mobilne timove; te 7,3 mil. kn za pružanje palijativne skrbi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

## 5. Četiri godine mobilnog specijalističkog palijativnog tima u Istarskoj županiji

**Diego Brumini**

Istarski domovi zdravlja, Odjel palijativne skrbi

Multiprofesionalni mobilni palijativni tim Istarske županije zvanično je ustrojen 2011. godine, a svoje rezultate temelji na pionirskom i volonterskom petogodišnjem radu skupine entuzijasta iz Pule. Tim se sastoji od dva onkologa, neurologa, kirurga, psihijatra, psihologa, fizijatra, liječnika obiteljske medicine, stomatologa, volontera te dvije medicinske sestre (više i srednje) koje koordiniraju rad tima.

U prezentaciji će biti izloženi popis usluga koje se vrše u kući oboljelog kao i tabelarni prikaz broja pacijenata i broja usluga kroz protekle godine. Također će biti prikazan i naš model suradnje LOM-ova, Opće bolnice Pula, stacionara u Županiji te KBC Rijeka sa mobilnim palijativnim timom.

Na temelju izloženih podataka biti će također iznesena projekcija budućeg djelovanja tima, osobito na području implementacije palijativne skrbi u kurikulum srednje medicinske škole u Puli.

## 6. Psihijatrijska iskustva multidisciplinarnog pristupa palijativne skrbi u Istarskoj županiji

**Tomislav Peharda**

Opća bolnica Pula, Odjel psihijatrije

Počeci psihološkog pružanja pomoći onkološkom pacijentu i njihovim obiteljima započinje u OB Pula, od psihologijskog savjetovanja do otvaranja psihoonkološke ambulante. Individualna i grupna iskustva koja su se primjenjivala sa oboljelima, njihovim obiteljima i zdravstvenim djelatnicima, proširila su se na vanbolnički dio što je utrlo put uključivanju u novoosnovani mobilni palijativni tim.

Prvi zadatak je bio približiti koncept rada palijativnog tima kroz psihološku edukaciju doktora opće prakse u županiji, edukacija patronaža i medijska edukacija potencijalnih korisnika.

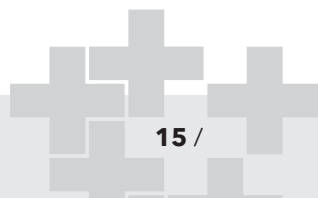
Drugi, operativni dio, uključivao je psihijatrijsku intervenciju na terenu po pozivu koordiniran iz palijativnog centra i supervizija samog tima. Intervencije kod pacijenta obuhvaćale su liječenja konfuznog, delirantnog stanja, paranoidnih ideacija, suicidalnih misli, nesanice, inapetencije, strahova i oblici depresivnih stanja. Kod obitelji su najčešće bila anksiozno depresivna stanja, poremećaj prilagodbe i stresne reakcije.

Unutar tima psihijatar je bio uključen u emocionalne reakcije članova, jača koheziju tima, potiče podršku i traži redovite susrete tima gdje otvara njihove nesvjesne reakcije kod terenskog rada.

Tako da psihijatar povezuje bolnički dio (psihoonkološka ambulanta) sa izvanbolničkom službom (obitelji i doktorom opće prakse) i sudjeluje u senzibiliziranju društva.

Dakle psihijatrijski pristup je prisutan na tri razine: organizacijski, edukativni i operativni. Složen i multidisciplinarnan, teži psihološkom prožimanju mreža odnosa koja se stvaraju između tima, bolnice i vanbolničke skrbi palijativnog pacijenta. Na takav način palijativni se tim naposljetku, poput integralne jedinice, uključuje kao medijator unutar nivoa zdravstvenog sustava senzibilizirajući neophodnu ulogu društva kako bi se što bolje pružila palijativna skrb.

Mobilni palijativni tim u istarskoj županiji je egzemplarni primjer da je takav model ostvariv i nužan, a koji zapravo postaje ispravan temelj za daljnju izgradnju palijativne skrbi.



## **7. Palijativna skrb u domu zdravlja i dom zdravlja u palijativnoj skrbi**

**Ante Ivančić,**

Istarski domova zdravlja

Palijativnu skrb u domu zdravlja Zakon o zdravstvenoj zaštiti prvi put spominje još 2003.godine.

Činjenica da je Strategija razvoja palijativne skrbi donesena jedanaest godina nakon Zakona, govori da je PS u dom zdravlja smještena intuitivno , u uvjerenju da će domovi zdravlja , koji su navikli apsorbirati sve dobre i loše ideje zdravstvenih reformatora to učiniti i sa PS.

Vrijeme je pokazalo da je zakonodavac dobro procijenio. Strategijom se dom zdravlja ne definira samo kao pružatelj zdravstvenih usluga , već mu je provjerena uloga u organizaciji i povezivanju svih dionika u sustavu PS, a radi se o najsloženijem sustavu u hrvatskom zdravstvu.

Uzevši manjak definiranosti modela kao prednost, Istarski domovi zdravlja su od 2011. godine ustrojili model palijativne skrbi u zajednici koji maksimalno koristi postojeće resurse i uvodi inovativne modele.

Kroz put kojeg su DZ prošli u razvoju PS prikazat ću mogućnosti i prepreke, prednosti i nedostatke koje organizacija palijativne skrbi unutar domova zdravlja donosi za zajednicu, ali i za domove zdravlja.



## 8. Život i smrt sukladno kršćanskoj bioetici

**Josip Grbac**

Katolički bogoslovni fakultet, Sveučilište u Zagrebu-Rijeka

Kako kršćanska etika gleda na život i smrt?

Kršćansko poimanje života zasniva se na antropologiji koja čovjeka smatra „slikom Božjom“. U tome je originalnost kršćanske antropologije. Biblija ne donosi novi moral. Ona postojeći moral samo radikalizira. Ali donosi novu antropologiju. Već samo poimanje čovjeka kao slike Božje ne dopušta nikakvo manipuliranje čovjekom. Sličnost s Bogom nije samo fizičko postojanje. Zato u kršćanstvu život nije nikada promatran samo kroz prizmu biologije. Život je metafizička i teološka kategorija. Naime, sličnost s Bogom nije statična nego dinamična kategorija. Čovjek može svoju sličnost s Bogom uvijek usavršavati. I tzv. kvaliteta života i kvaliteta smrti bitno doprinose ostvarenju te sličnosti s Bogom. I uvjetovanosti u kojima čovjek živi ili umire uključene su u taj proces „oplemenjivanja“ bogosličnosti čovjeka. Zato je u kršćanstvu uvijek nedopušteno olakotno ili neodgovorno odnositi se prema životu, bilo kakav on bio, kao i prema smrti. To naravno vrijedi pogotovo za one životne periode ili situacije u kojima je taj život najugroženiji ili „najkrhkiji“. Prvenstveno se misli na početak i kraj života. Kao što je dostojanstven život nužni preduvjet da čovjek postane savršenija slika Božja, tako su i dostojanstvena starost, primjerena njega u bolesti i dostojanstvena smrt zahtjevi ne samo humanističke etike, nego imaju svoje duboko utemeljenje u kršćanskoj vjeri i etici. Briga za bolesne i umiruće, omogućavanje drugome da dostojanstveno umre, očuvanje života do njegove prirodne smrti, neprihvatanje kako eutanazije tako i distanzacije, zalaganje za tzv. ortotanaziju, odgovorno ophođenje s ljudskom boli, dužnost stvaranja uvjeta za humano umiranje, sve su to dimenzije prve i osnovne kršćanske zapovijedi kako je ljubav prema bližnjemu istovremeno ljubav prema Bogu. Iz ovakvog poimanja izvire crkveni nauk o ubojstvu, eutanaziji i mnogim drugim bioetičkim pitanjima vezanima za život i smrt.

## 9. Ljekarnik u palijativnoj skrbi

### Irena Grahovac

Ljekarna Irena Grahovac, Pula

Temeljni princip rada u palijativnoj skrbi je timski rad u okviru kojeg i ljekarnik kao jedna od značajnih karika u lancu može pridonijeti boljoj skrbi za bolesnika. Kroz 10- godišnje iskustvo glavne poteškoće koje su zamijećene u radu odnose se na nekontroliranu i neprimjereno liječenu bol, na strahu od primjene opioidnih analgetika, na nedostatnu suradnju liječnika i bolesnika u kontroli boli te ostalih simptoma, kao i na nedovoljno znanje bolesnika ili članova obitelji o pravilnoj upotrebi lijekova pri čemu je i naša odgovornost kao ljekarnika velika. Stoga je nužna pojačana suradnja svih struktura pa tako i ljekarnika u pružanju odgovarajuće skrbi bolesnima i umirućima.

Što sve educirani ljekarnik može ponuditi?

Ljekarnik mora pokazati svjesnost o fizičkim, psihičkim, socijalnim i duhovnim potrebama palijativnih bolesnika te razumijeti kako one mogu utjecati na njihove potrebe za ljekarničkom skrbi.

Od izuzetne je važnosti pravilna upotreba lijekova, posebice lijekova protiv boli, ali i drugih lijekova u terapiji. Upozoravanje na moguće nuspojave lijekova, njihova detekcija i liječenje, uočavanje mogućih interakcija, a sve u svrhu bolje suradljivosti bolesnika i boljeg ishoda terapije.

Ljekarnik mora moći identificirati i aktivno odgovoriti na potrebe palijativnih bolesnika i njihovih obitelji kao i drugih zdravstvenih djelatnika za informacijama o lijekovima.

Ukoliko je potrebna prilagodba doze ili oblika lijeka izrađujemo magistralne pripravke prilagođene individualnim potrebama bolesnika.

Ljekarna je kao zdravstvena ustanova primarne zdravstvene zaštite najdostupnija bolesniku ili članu obitelji te kao takva pogodna za organiziranje posudionice pomagala.

Ljekarnici poznaju svoje bolesnike tijekom duljeg razdoblja, a odnos počiva na povjerenju koje je snažna osnova za psihološku i socijalnu pomoć koju možemo pružiti našim bolesnicima i članovima obitelji tijekom bolesti, kao i u razdoblju žalovanja.

Palijativna skrb usmjerena na podizanje kvalitete života i olakšanje trpljenja čovjeka pokazatelj je stupnja civiliziranosti društva, a sveobuhvatnost pristupa zahtijeva angažirano sudjelovanje ljekarnika kao i trajnu edukaciju.

# 10. Organizacija županijskih koordinacijskih centara

## Branka Kandić-Splavski

Dom zdravlja Osijek – Odjel palijativne skrbi

Strateški plan razvoja palijativne skrbi(PS) u RH za razdoblje 2013-2015 koji ima svoje polazište u Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva RH 2012-2020 navodi: „županije su dužne koordinirati zdravstvenu zaštitu svih subjekata kojima su osniivači ili kojima su dodijeljene koncesije za obavljanje javne zdravstvene službe“. Obzirom da PS predstavlja složen mozaik usluga koje pružaju brojni subjekti među kojima dominiraju dionici zdravstvenog sustava, a sukladno čl. 4 ZZZ, predlaže se osnivanje centara za koordinaciju palijativne skrbi. Temeljem ovoga pri Domu zdravlja Osijek, 11.04 2013. otvoren je, županijski koordinacijski centar, prvi takove vrste oslonjen na instituciju Doma zdravlja.

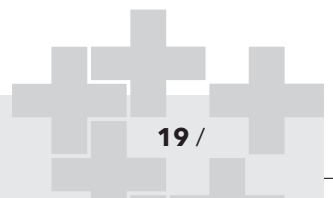
### Centar za koordinaciju PS obavlja sljedeće funkcije:

- vodi Registar korisnika PS-i
- koordinira i povezuje djelovanje svih razina sustava zdravstvene zaštite, lje-karništva, socijalne skrbi i drugih sudionika kroz formiranje Tima ta koordina-ciju OBŽe
- osnažuje i koordinira postojeći sustav socijalne skrbi za pružanje PSi
- organizira i koordinira rad volonterskih timova u PSi
- vodi posudionicu pomagala
- organizira edukaciju iz područja PSi
- promiče PS

Vodi i piše projekte: europske i svjetske

Aktivno surađuje kroz članstvo u tijelima Povjerenstva s MZ RH.

Organizacijski, uspješno smo posložili sve elemente rada jednog takovog Cen-tra, a u očekivanju smo donošenja pravilnika i izmjena Zakona o ZZi, da bi znali kako usmjeriti i kako kvalitetnije i potpunije nastaviti naš rad.



# 11. Stavovi zdravstvenih djelatnika i učenika prema zdravstvenoj njezi umirućeg bolesnika

Dijana Majstorović<sup>1,\*</sup>

<sup>1</sup>Dom za starije i nemoćne osobe Raša

Cilj: Ispitati stavove medicinskih sestara / medicinskih tehničara i učenika srednje medicinske škole prema zdravstvenoj njezi umirućih bolesnika.

Ispitanici i metode: U razdoblju od svibnja do srpnja 2012. godine provedeno je presječno istraživanje na uzorku učenika srednje Medicinske škole Pula (N = 90) i medicinskih sestara / medicinskih tehničara Istarskih domova zdravlja (N = 108). Prikupljeni su sociodemografski podaci (dob, spol; za oba uzorka ispitanika), podaci o profesionalnim značajkama ispitanika (stručna osposobljenost, radno iskustvo, mjesto rada; za uzorak medicinskih sestara / tehničara) te podaci o stavovima prema zdravstvenoj njezi umirućih bolesnika („Frommelt skala za ispitivanje stavova prema zdravstvenoj njezi umirućih bolesnika“, FATCOD skala).

Rezultati: Medicinske sestre / medicinski tehničari i učenici srednje medicinske škole izražavaju pozitivan stav prema zdravstvenoj njezi umirućeg bolesnika, pri čemu medicinske sestre / medicinski tehničari iznose pozitivniji stav u odnosu na učenike ( $110,45 \pm 11,01$  vs.  $107,51 \pm 9,14$  bodova FATCOD skale;  $t = -2,05$ ,  $p = 0,041$ ). Medicinske sestre / medicinski tehničari u odnosu na učenike skloniji su mišljenju kako je dužnost medicinske sestre pružiti emocionalnu potporu obitelji ( $p=0,0113$ ) te uključiti obitelj u skrb za umirućeg bolesnika ( $p=0,0017$ ). Učenici su skloniji mišljenju kako medicinska sestra treba razgovarati o smrti s umirućim bolesnikom ( $p=0,0245$ ) te smatraju kako bi ih dugotrajnost skrbi za ove bolesnike manje frustrirala u odnosu na medicinske sestre / medicinske tehničare ( $p$

Zaključak: Stav medicinskih sestara / medicinskih tehničara i učenika prema zdravstvenoj njezi umirućih bolesnika je pozitivan. Potrebno je sustavno i kontinuirano obrazovanje medicinskih sestara / medicinskih tehničara i učenika iz područja zdravstvene njege umirućeg bolesnika kako bi se dalje unaprijedili stavovi i kvaliteta njege za umiruće bolesnike.

Ključne riječi: stavovi, zdravstvena njega, umirući bolesnik, medicinska sestra/ medicinski tehničar, učenik srednje medicinske škole

## 12. OBITELJ PALIJATIVNOG PACIJENTA: „IZGUBLJENI U SUSTAVU“

**NATAŠA DUMBOVIĆ<sup>1,\*</sup>**

<sup>1</sup>OB VARAŽDIN SLUŽBA ZA PRODUŽENO LIJEČENJE I PALIJATIVNU SKRB  
NOVI MAROF

OBITELJ PALIJATIVNOG PACIJENTA: „IZGUBLJENI U SUSTAVU“

Bacc.med.tech. Nataša Dumbović

Obitelj je temelj svakog pojedinca. Kako je svatko poseban na svoj način tako su i obitelji individualne i neponovljive. Kao što je rekao L.Nikolajević „ Sve obitelji su slične; ali svaka nesretna obitelj nesretna je na vlastiti način.“ Pojava teške bolesti ili umiranje imaju značajan utjecaj kako na samog oboljelog tako i na cijelu obitelj. Stoga se oboljeli i obitelj moraju smatrati jednom cjelinom kojoj treba cjelovita i multidisciplinarna skrb. Isključivanjem obitelji iz procesa skrbi dovodi do niza negativnih emocionalnih reakcija. Nadalje, kako obitelj ima jak utjecaj na svakog pojedinca pa tako i bolesnika, negativni osjećaji i okolna atmosfera loše utječu na odluke, raspoloženje pa i zdravstveno stanje bolesnika. Uz teškoće same bolesti, zdravstveni radnici lošom komunikacijom i nedovoljnom empatijom dovode do kaosa koji rezultira lošom kvalitetom cjelokupne skrbi.

Radom na palijativnom odjelu svakodnevno susrećem obitelji sa istim pogledom u očima koji ukazuju na kaos u njihovim životima, a koji se prenosi na oboljelog i dodatno pogoršava simptome uznapredovala bolesti. Osjećaj „da se nije sve učinilo“ najčešće je izazvan prepuštanjem obitelji da se same snalaze u sustavu (npr. rečenice: „Naručite se ... „Idite.....!“ „Pitajte .....!“ „Pa normalno da .....!“ „Kupite ako .....!“ „Ne znam....“).

U želji da pomognem ljudima, a uz niz prepreka na brojnim razinama i sama se, kao i moji kolege, profesionalno zateknem u osjećaju tornada, košmara i kaosa.

Kako bi to prevladala i mogla pomoći bolesniku i obitelji vodim se unutarnjim resursima i pristupima kao što su:

- Komunikacija- pozornost i srdačnost prema svakoj osobi
- Empatija i poštovanje svakog pojedinca
- Osobna potpora-neprekidno vođenjem pacijenta kroz bolest
- Potpuna informiranost oboljelog i obitelji
- Stvaranje „mostova“ između obitelji i oboljelog

Samo kontinuiranom skrbi za oboljele možemo poboljšati kvalitetu posljednjih dana života. A samim time pomoći obitelji koja ostaje nakon smrti da nastavi živjeti.



## 13. Organizacija izvanbolničke palijativne skrbi u Primorsko-goranskoj županiji

**Rozmari Tusić**

Dom zdravlja Primorsko goranske županije

Palijativna skrb je pristup kojim se bolesnicima suočenim sa smrtonosnom bolešću i njihovim obiteljima unapređuje kvaliteta života. Cilj palijativne skrbi je pružanje potpune skrbi osobama oboljelim od neizlječive bolesti u njihovom domu ili za to posebno organiziranim ustanovama.

U sklopu Doma zdravlja Primorsko-Goranske županije, na inicijativu Grada Rijeke i Primorsko-goranske županije od 1. rujna 2008. godine započela su sa radom dva mobilna palijativna tima a od 1. siječnja 2011. rade tri tima. Tim se sastoji od liječnika i medicinske sestre. 2010.godine HZZO je prvi puta u Hrvatskoj Domu zdravlja PGŽ ugovorio jedan mobilni tim palijativne skrbi i time prepoznao potrebu za takvom vrstom skrbi. Sjedište timova je u Tizianovoj ulici 15, u Rijeci i to su prvi timovi takve vrste u Hrvatskoj.

Prednosti liječenja u kućnim uvjetima su brojne. Ponajprije vlastiti dom daje osjećaj nezavisnosti i psihološkog blagostanja. Privatnost je također vrlo važna. Ako je palijativna njega u kući dobra, tada je kontrola simptomatologije slična onoj koja se postiže u ustanovama koje nude istu uslugu. Mobilni palijativni timovi identificiraju i predviđaju probleme, educiraju obitelj o neizbježnim pogoršanjima i osiguravaju adekvatne lijekove i pomagala. Time se preveniraju i odgađaju ponovne hospitalizacije.

Na istoj adresi gdje su i mobilni palijativni timovi smješten je i prvi hospicij u Hrvatskoj „Marija Krucifiksa Kozulić“ koji je započeo s radom 28. siječnja 2013. U hospicij se primaju osobe kojima je predviđeno trajanje života do tri mjeseca. Pacijentima je na raspolaganju 14 kreveta. U hospiciju su zaposlene medicinske sestre, fizioterapeut, njegovateljice i liječnik.

Ključne riječi: mobilni palijativni timovi, hospicij, Rijeka

## 14. Klinička iskustva psihijatra u radu s pacijentima kojima je potrebna palijativna skrb i članovima njihovih obitelji

**doc.dr.sc. Marijana Braš, dr.med**

Klinika za psihološku medicinu, Klinički bolnički centar Zagreb i Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

U svakodnevnom kliničkom radu s pacijentima kojima je potrebna palijativna skrb i članovima njihovih obitelji psihijatar ima izrazito važnu ulogu, a često je suradni (liaison) psihijatar jezgra multiprofesionalnog palijativnog tima. Psihijatar kao član palijativnog tima treba aktivno sudjelovati u stručnim, znanstvenim i nastavnim aktivnostima u kojima se treba baviti pacijentima koji boluju od neizlječivih bolesti, članovima njihovih obitelji ali i članovima profesionalnog multidisciplinarnog tima koji skrbi o ovim bolesnicima. Psihijatar pri tome treba imati i posebne kompetencije koje su vezane uz palijativnu medicinu i palijativnu skrb, a u svom radu treba primjenjivati farmakoterapijske, psihoterapijske i socioterapijske aktivnosti prilagođene potrebama ovih bolesnika i članova njihovih obitelji. Značajan broj bolesnika kojima je potrebna palijativna skrb ima ozbiljne psihijatrijske poremećaje, od kojih su najčešći anksiozni i depresivni poremećaji te poremećaji prilagodbe, a u populaciji starijih bolesnika i različiti oblici demencije. Jednako tako, velik broj bolesnika prolazi i stanja delirija zbog različitih uzroka, osobito u razdoblju na kraju života, gdje su potrebne specifične kompetencije psihijatra. Psihijatar je važan u osmišljavanju obiteljskih sastanaka u kojima sudjeluje pacijent, članovi obitelji i članovi palijativnog tima i pri čemu je uz poznavanje obiteljske dinamike važno i primjenjivanje optimalnih komunikacijskih vještina i psihoterapijskih intervencija. Psihijatar u palijativnoj medicini mora kompetentno osmišljavati intervencije prilagođene različitoj dobi bolesnika i članova obitelji, od najmanje djece do najstarijih starih. Psihijatar je izrazito važan u osmišljavanju i primjeni supervizija cijelog palijativnog tima, što zahtijeva također posebne kompetencije. Važnost je psihijatra i u osmišljavanju javnozdravstvenih aktivnosti i cjelokupnom senzibiliziranju javnosti za ovu problematiku. Posebno područje čine kronični psihijatrijski bolesnici kojima je potrebna i palijativna skrb i gdje je također iznimno važna uloga psihijatra. U ovom izlaganju autorica će prikazati i nekoliko slučajeva iz osobne kliničke prakse u radu s bolesnicima kojima je potrebna palijativna skrb i članovima njihovih obitelji.

## 15. ULOGA USTANOVE ZA ZDRAVSTVENU NJEGU U KUĆI U SKRBI PALIJATIVNOG BOLESNIKA

**Marica Plavetić<sup>1,\*</sup>**

<sup>1</sup>Ustanova za zdravstvenu njegu u kući Karlovac

Ustanova pruža usluge zdravstvene njege i fizikalne terapije u kući bolesnika na području čitave Karlovačke županije. Svojim ustrajnim radom Ustanova se od 1995. godine intenzivno razvija te podiže kvalitetu svojih usluga i povećava opseg rada. Zdravstvena njega u kući je djelatnost u sustavu zdravstva koju medicinske sestre/tehničari obavljaju samostalno u suradnji i pod stručnim nadzorom izabranog liječnika. Sastavni je dio primarne zdravstvene zaštite i nastavak zdravstvene njege bolesnika po otpustu iz bolnice, lječilišta i drugih ustanova.

Korisnici usluga su bolesne osobe i osobe s invaliditetom od rane životne dobi do duboke starosti sa naglaskom da u zdravstvenoj njezi u kući medicinske sestre/tehničari i fizioterapeuti skrbe i o palijativnim bolesnicima. Za palijativnom skrbi vapi sve više neizlječivih bolesnika u terminalnom stadiju na samom rubu životne egzistencije. Važno je naglasiti da se palijativnog bolesnika ne „otpušta“ iz bolnice, već predaje na daljnju skrb u njegov dom ili neku drugu ustanovu. Usluge zdravstvene njege u kući uključuju sve postupke opće i specijalne zdravstvene njege bolesnika. Provođenje zdravstvene njege treba prilagoditi individualno svakom bolesniku. Neizmjerne je važna uloga medicinske sestre/tehničara u skrbi palijativnog bolesnika u kući jer od svih zdravstvenih djelatnika oni su najbliži bolesniku i njegovoj obitelji. Okružje vlastitog doma, obitelj i educirano medicinsko osoblje zdravstvene njege u kući palijativnom bolesniku pružaju osjećaj sigurnosti i pripadnosti. Takvo prirodno okruženje je nezamjenjivo i zbog smanjenih materijalnih troškova zdravstvena njega u kući važan je dio zdravstvenog sustava u provođenju palijativne skrbi bolesnika.

Za kvalitetniju skrb palijativnog bolesnika od velike važnosti je i Posudionica ortopedskih i medicinskih pomagala koja djeluje pri našoj Ustanovi gdje se može posuditi potrebno pomagalo, a u tijeku je i stvaranje uvjeta za rad koordinatora za palijativnu skrb.



## 16. Prikaz rada mobilnog palijativnog tima Doma zdravlja Zagreb-Centar

**Nada Pjevač<sup>1</sup>, Kosjenka Juran<sup>1</sup>, Ana Bojanić<sup>1,\*</sup>, Venija Cerovečki<sup>1,2</sup>, Antonija Balenović<sup>1,3</sup>**

1.Dom zdravlja Zagreb-Centar, Zagreb, 2Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Škola narodnog zdravlja Andrija Štampar, Katedra za obiteljsku medicinu, 3Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet, Katedra za nuklearnu medicinu

Prikaz rada mobilnog palijativnog tima Doma zdravlja Zagreb-Centar

Nada Pjevač<sup>1</sup>, Kosjenka Juran<sup>1</sup>, Ana Bojanić<sup>1</sup>, Ljiljana Hoić<sup>1</sup>, Antonija Balenović<sup>1,2</sup>

Sažetak

Uvod: Bolesnik s potrebom za palijativnom skrbi predstavlja složen dijagnostički i terapijski izazov i zahtijeva usku suradnju te podjelu skrbi liječnika u mobilnom palijativnom timu s obiteljskim liječnicima, onkolozima, anesteziolozima, psiholozima, duhovnicima, socijalnim radnicima te udrugama uključenim u pružanje palijativne skrbi.

Cilj: Prikazati rad mobilnog palijativnog tima Doma zdravlja Zagreb-Centar (DZZC) koji svojom aktivnošću treba osigurati dostatnu kvalitetu života oboljelima, a njihovim obiteljima olakšati skrb za takvog bolesnika. Metode: Mobilni palijativni tim koji čine liječnik i medicinska sestra, uspostavljen je pri DZZC prije tri godine i pruža palijativnu skrb za cijelo područje grada Zagreba temeljem zahtjeva obiteljskog liječnika, bolničkog liječnika ili samog bolesnika i njegove obitelji. Rad tima ostvaruje se kroz kućne posjete tijekom kojih se članovi tima upoznaju s pacijentom i njegovom obitelji te se utvrđuju postojeći, ali i mogući nadolazeći problemi obzirom na zdravstveno stanje pacijenta. Organizacija rada mobilnog palijativnog tima DZZC osigurava multidisciplinarni pristup, dostupnost i kontinuitet u pružanju skrbi kao i psihosocijalnu utjehu.

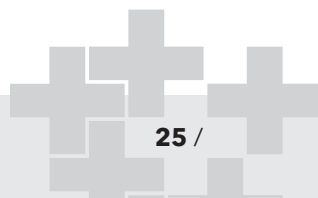
Rezultati: Tijekom protekle tri godine mobilni palijativni tim DZZC skrbio je za 633 bolesnika. Kućna posjeta mobilnog palijativnog tima DZZC uključuje uz pregled i mjerenje vitalnih funkcija liječenje akutnih simptoma bolesti (bol, mučnina, povraćanje, opstipacija, dehidracija) ali i osiguravanje podrške i psihološke pomoći bolesniku i njegovoj obitelji. Temeljem toga često se dodatno organizira susret bolesnik i obitelji sa duhovnikom ili psihologom. Obzirom na specifičnost u pružanju palijativne skrbi mobilni palijativni tim posreduje i u posudbi medicinskih pomagala.

Zaključak: Kvalitetna palijativna skrb unapređuje kvalitetu ne samo bolesnikova života do samog kraja nego i cjelokupne zdravstvene zaštite. Rad mobilnog palijativnog tima DZZC svojim multidisciplinarnim pristupom, kontinuitetom i dostupnošću u pružanju skrbi zasigurno pridonosi unapređenju kvalitete palijativne skrbi pa tako i zdravstvene zaštite u cjelini.

Ključne riječi: palijativna skrb, palijativni tim, edukacija o palijativnoj skrbi

1.Dom zdravlja Zagreb-Centar, Zagreb

2.Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet, Katedra za nuklearnu medicinu



## 17. Stavovi i znanje o palijativnoj skrbi studenata aspiranata za mjesto u palijativnom timu

**Lovorka Brajković<sup>1</sup>, Ivana Radić<sup>1</sup>, Marta Dumančić<sup>2,\*</sup>, Marijana Braš<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Klinički bolnički centar Zagreb, Klinika za psihijatriju, <sup>2</sup>Ustanova za zdravstvenu skrb Findri-Guštek, <sup>3</sup>Klinički bolnički centar Zagreb, Klinika za psihološku medicinu

Palijativna skrb je aktivna holistička skrb za pacijenta s uznapredovalom progresivnom bolešću. Uključuje kontrolu boli i drugih simptoma te pružanje psihološke, socijalne i duhovne podrške s ciljem osiguravanja najbolje moguće kvalitete života za pacijenta i njegovu obitelj. Iako palijativna skrb u Hrvatskoj još uvijek nije integrirana u zdravstveni sustav, konstruiran je strateški plan koji obvezuje njezino uvođenje do kraja 2016. godine. Palijativni tim je multidisciplinaran, a obavezni članovi su liječnici, medicinske sestre, psiholozi, socijalni radnici i teolozi. Cilj ovog rada bio je ispitati stavove i znanje o palijativnoj skrbi studenata aspiranata za mjesto u palijativnom timu. Ispitani su stavovi, znanje te zadovoljstvo stečenim znanjem o palijativnoj skrbi, kao i razlike u navedenim područjima između studenata različitih fakulteta – medicine, sestrinstva, psihologije, socijalnog rada i katoličke teologije. U istraživanju je sudjelovalo 467 studenata sveučilišta u Hrvatskoj (78.2% žena i 21.8% muškaraca) u dobi od 21 do 35 godina. Rezultati su pokazali da se studenti različitih struka razlikuju u zadovoljstvu znanjem o palijativnoj skrbi – studenti psihologije su češće nezadovoljni te se osjećaju manje spremnima komunicirati s umirućim pacijentima od studenata ostalih struka. Većina studenata se slaže da će se starenjem populacije povećati potreba za palijativnom skrbi te da bi se o istoj trebalo učiti na njihovim fakultetima. Važno je napomenuti da su više netočnih odgovora davali studenti koji su izjavili da su zadovoljni količinom stečenog znanja o palijativnoj skrbi, kao i oni koji se osjećaju spremnima komunicirati s teško bolesnim i umirućim ljudima. Nalazi ovog istraživanja ukazuju na nedostatak znanja i potencijalno problematične stavove prema palijativnoj skrbi kod studenata pojedinih fakulteta. Neznanje i određeni stavovi, kao i razlike među studentima različitih fakulteta, mogu se pripisati nedovoljnoj pripremi i senzibilizaciji za rad u ovom području, kao i nezastupljenosti potrebnih sadržaja u programu određenih studija.

## 18. Prikaz slučaja i važnijih iskustava s područja palijativne skrbi u Domu zdravlja Zagreb Zapad

Ivančica Pecek<sup>1,\*</sup>, Miro Hanzevacki<sup>1</sup>, Božena Vrabec<sup>1</sup>, Darije Crnic<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dom zdravlja Zagreb zapad

Brigu za palijativne bolesnike odnosno bolesnike za koje se više ne može očekivati izlječenje već im je samo moguće pružiti olakšanje tegoba u najvećoj mjeri organiziraju najbliži članovi obitelji oboljele osobe. U našoj organizaciji zdravstvenog sustava s oboljelom osobom i njezinim članovima obitelji je kao profesionalac najviše uključen liječnik obiteljske medicine.

Zadaća mu je integrirati specifična medicinska znanja iz područja razumijevanja mehanizama nastanka bolesti i obrambenih snaga organizma i okruženja u kojem osoba živi i nosi se sa svojom bolešću.

Prije više od dvadeset godina smo u domu zdravlja Trešnjevka pokušali sustavnije pristupiti ovom području te smo izradili i neke postupnike kako bi si olakšali rad. Donosim prikaz tadašnjih razmišljanja i prikaz nekoliko sadašnjih situacija koje u dobroj mjeri ocrtavaju najznačajnije elemente skrbi za palijativne pacijente na našem području.

## **19. Organizacija palijativne skrbi u Međimurskoj županiji**

**Štefanija Pavlic Bermanec**

Dom zdravlja Međimurske županije

Početak djelovanja palijativnog tima bolnice Čakovec na području Međimurske županije datira iz 2007g. kada je promijenjena prva trahealna kanila pacijentici sa mišićnom distrofijom u njezinom domu. Od tada pa do danas razvili smo sustav nadzora i skrbi za palijativne pacijente koji su na kućnoj ventilaciji te liječenja boli invanzivnim metodama. Od ožujka 2013 g. sa djelovanjem počinje Palijativni mobilni tim Doma zdravlja i od tada se u suradnji sa bolničkim palijativnim timom provodi sustavna skrb nad palijativnim pacijentima. Organiziranjem simpozija i predavanja nastojimo educirati sve zdravstvene djelatnike sa posebnim akcentom na liječnike LOM-a kako bi ih potakli na suradnju.

## 20. Volonteri palijativne skrbi u Istarskoj županiji

### **Prof. Danica Kuzmanović**

Liga protiv raka Pula

U okviru Lige protiv raka Pula od 2005. godine djeluje volonterski palijativni tim. Naš je volonterski rad prepoznat i suportiran na regionalnoj i nacionalnoj razini i dio smo županijskog palijativnog tima.

Cilj djelovanja volonterske palijativne skrbi u Istarskoj županiji u prvom fazi rada bio je stvaranje uvjeta za profesionalnu palijativnu skrb.

#### **Educirano je 7 voditelja**

Certificate of Palliative Care, 2 years/ Zagreb/Kent

Multiprofessional Week in Palliative Care/ London

#### **Educirani su zdravstveni djelatnici i volonteri**

#### **Edukacija i senzibilizacija javnosti**

Javni nastupi, okrugli stolovi, javne tribine, predavanja, medijski nastupi TV, radio emisije i novinski članci, koncerti, izložbe, obilježavanje Svjetskog dana hospicija Prikazani su rezultati na 16 kongresa ili simpozija, objavljeno je 7 stručnih članaka

#### **Rad s bolesnicima i obiteljima - 2007 - 2011.**

Pružena je podrška i pomoć bolesnicima i njegovateljima te obiteljima u žalovanju - 354 kućne posjete, posuđeno je 308 pomagala u našoj posudionici, 12 volontera bilo je uključeno u Dmove za stare i nemoćne

Kako bi imali veći broj educiranih volontera za palijativni tim održano je devet tečajeva kroz koje je prošlo 150 polaznika u Puli, Poreču, Labinu i Rovinju. Nakon deset godina rada aktivno je preostalo 25 volontera koji su većim dijelom uključeni u aktivnosti Domova za stare i nemoćne, manjim dijelom kao dio profesionalnog palijativnog tima a jedan dio volontera je uključen u razne aktivnosti koje doprinose popularizaciji volonterizma u palijativnoj skrbi.

Naši naredni zadaci su motivirati „stare“ i educirati „nove“ volontere koji će uistinu volontirati i biti komplementarni dio profesionalnog palijativnog tima.

## 21. Funkcioniranje obitelji palijativnog bolesnika

**Renata Možanić<sup>1,\*</sup>**

<sup>1</sup>Ustanova za zdravstvenu njegu Lekić

Prisutnost obitelji predstavlja značajan izvor psihološke stabilnosti i dobrobiti za oboljelog člana, izvor potpore u trenutku postavljanja dijagnoze, procesu liječenja i prihvaćanja tijeka bolesti, ali i održavanju kontakta s članovima šire obitelji i prijateljima. Nadalje, uloga obitelji, rođaka i prijatelja ima iznimnu važnost u održavanju kvalitete preostalog života osobe, a neposredno i na sam kraj. U obitelji kao socijalnom sustavu, bolest i smrt jednog člana predstavlja prijetnju tom istom sustavu za održavanje optimalne razine funkcioniranja. Suvremenim se pristupom u skrb o palijativnom bolesniku uz multidisciplinarni tim uključuje i obitelj kao nezaobilazan čimbenik, a s ciljem održavanja adekvatne kvalitete fizičkog i psihološkog života osobe. Dugotrajna briga o oboljelom članu, nerazumijevanje bolesti i nerealna očekivanja u mogućnosti oporavka mogu mnoge obitelji dovesti u stanje kroničnog nezadovoljstva, iscrpljenja i izolacije (Štrkalj-Ivezić, Martić-Biočina, 2010; Britvić, 2010), a kao rezultat nepovoljnih prilika javlja se strah, osjećaj slabosti, nedostatak nade što sve zajedno može dovesti do fizičke i emocionalne iscrpljenosti. Iz razloga što teška ili dugotrajna bolest iziskuje pojačane napore svih članova obitelji, stručna se i profesionalna podrška usmjerava na članove uže obitelji u procesu skrbi, trenutku smrti i periodu tugovanja. Briga za bolesnika i njegovu obitelj vrlo je složen i neophodan proces, a može biti adekvatno realiziran samo ako se obrati pažnja na sve potrebe i emocionalne reakcije bolesnika, kao i na odnose bolesnika i njegove obitelji. Poznato je da će utjecaj koji vanjski stresni događaji imaju na pojedinca ovisiti o podršci koju pojedinac ostvaruje u obitelji. Ako se radi o zreloj obitelji u kojoj su jasno definirane uloge, granice, hijerarhijska struktura i dobro razvijeni regulatorni mehanizmi, obitelj može odigrati veoma važnu ulogu u pružanju potpore pojedincu u prevladavanju krizne ili stresne situacije (Britvić, 2010). U kontekstu McMaster modela teorije obitelji moguće je objasniti povezanost stresa uzrokovanog skrbi o teško oboljelom i umirućem članu s različitim aspektima obiteljskog funkcioniranja.

## 22. Iskustva u radu prvog hrvatskog hospicija

**Marija Petković<sup>1</sup>, Daniela Orbančić<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Klinika za radioterapiju i onkologiju, KBC Rijeka, Rijeka

<sup>2</sup>Hospicij „Marija Kozulić“, Rijeka

Palijativna medicina se primjenjuje u svim fazama bolesti bez obzira na prognozu i ishod, dok pojam terminalne skrbi (tzv. hospicijska skrb) obuhvaća medicinsku pomoć u zadnjoj fazi života i potporu obitelji u fazi žalovanja.

Važno je procijeniti stanje pacijenta i utvrditi njegove probleme: psihološke, fizičke, te socijalne i duhovne probleme. Potrebno je poticati i podržavati pacijenta da sudjeluje u planiranju zdravstvene njege i u samozbrinjavanju što je duže moguće. Naziv umirući pacijent koristi se za pacijenta kojemu je smrt sigurna, ne previše udaljena i za kojeg se cjelokupna skrb mijenja od kurativne prema palijativnoj skrbi.

Potreba umirućih pacijenta definirana je potrebom za ublažavanjem boli, potrebom za očuvanjem samopoštovanja, pažnjom i pripadanjem, potrebom za suosjećanjem te potrebom za komunikacijom.

Prvi hrvatski Hospicij otvoren je u Rijeci u prostorima bivše Teologije 28. siječnja 2013. dok je 4. veljače 2013. primljen prvi bolesnik.

Rješenjem Ministarstva zdravlja RH od 13.12.2012. (Klasa: UP/I-500-05/11-01/146, Ur. broj: 534-07-1-1-1/3-12-06) Hospicij „Marija K. Kozulić“ u mreži je stacionarne palijativne skrbi. Početni rad hospicija pratila je medicinska sestra iz hospicija u Berlinu, te educirala naše osoblje. Dodatna edukacija sprovodila se u hospiciju u Tuzli, u hospiciju Ljubljana, na Med. fakultetu u Zagrebu (CEPAMET), u sklopu mjesečnih supervizije i radionice, edukacija u KBC-u Rijeka.

Hospicij ima 9 soba (5 dvokrevetnih i 4 jednokrevetne), kapelicu, tihu sobu, predavaonice, gostinske sobe, zajedničku blagovaonicu, prostor za volontere, prostor za stručne vanjske suradnike, prostor za infektivni otpad, arhivu, sanitarne čvorove, garderoba, praonicu, park za šetnju sa bolesnicima.

Od početka rada Hospicija do 30.06. 2015. u Hospiciju je bilo hospitalizirano 428 bolesnika. 351 bolesnik je preminuo, a 65 njih je otpušteno na kućnu njegu.

Većina bolesnika bili su onkološki pacijenti, manji dio terminalni kardijalni bolesnici, bolesnici sa moždanim udarom, dijabetičari i sl.

Naše dosadašnje iskustvo ukazuje na iznimnu važnost Hospicija u kvalitetnom zbrinjavanju terminalnog bolesnika.



## 23. SOCIJALNA PALIJATIVNA SKRB-ISKUSTVA U ISTARSKOJ ŽUPANIJI

Egle Rojnić<sup>1,\*</sup>

<sup>1</sup>Centar za socijalnu skrb Pula

Planskim dokumentima razvoja palijativne skrbi u Istarskoj županiji, uz razvoj mobilnog tima palijativne skrbi kao integrirani dio razvija se socijalna palijativna skrb što je imperativ multidisciplinarnom pristupu skrbi o osobama i obiteljima suočenim s problemima vezanim po život ugrožavajućim bolestima.

Cilj je razvoja socijalne palijativne skrbi približavanje vulnerabilnih skupina stanovništva s institucijama sustava kroz promptni dolazak socijalnog radnika u kuću klijenta, upoznavanje s pravima iz sustava socijalne sigurnosti, pomoći oko ostvarivanje pojedinog prava te suport osobi i obitelji. U program se uključilo 14 socijalnih radnika sa područja cijele Istre s dugogodišnjem iskustvom na području zbrinjavanja osoba teško oboljelih i njihovih obitelji. Uključivanje socijalnog radnika uglavnom se vrši po pozivu mobilnog palijativnog tima. Kao instrument rada korišten je anketni upitnik koji sadržava pitanja o socijalnom i materijalnom statusu korisnika i obitelji, strukturi obitelji, te funkcionalnim sposobnostima samog klijenta, i slijedom toga procjenu njegovih potreba. Do dolaska socijalnog radnika većina korisnika nije bila upoznata s pravima koje postoje u sustavu socijalne sigurnosti i postupku ostvarivanja istih. Već nakon prvog kontakta često socijalni radnik postaje poveznica između osobe i institucija sustava i pruža suport obitelji kako bi se što lakše nosila s bolešću.

Na temelju dosadašnjih iskustva proizlazi da je prisutan nesrazmjer između broja osoba koje koriste oblike palijativne medicinske skrbi i broja osoba za koje se traži intervencija socijalnih radnika, da se socijalni radnici uključuju prekasno pred samu smrt korisnika, kada je i teško moguće očekivati ostvarivanje pojedina prava. Iako je u većini klijenata i dalje obitelj najčešći nositelj skrbi, određenom broju osoba je neophodna institucionalna skrb. Postojeći resursi institucionalne brige ne prate potrebe rastućeg broja osoba u palijativnoj skrbi.

Zaključak: socijalna palijativna skrb je integralni i nerazdvojni dio palijativne skrbi. Postojeći model organizacije palijativne skrbi na području Istre predstavlja dobru osnovu za daljnji razvoj ovog segmenta skrbi. Potrebno je međutim ubrzati i pravovremeno aktivirati potrebu uključivanja socijalnih radnika, ubrzati proceduru za aktivacijom pojedinog prava, ublažiti kriterije ostvarivanja prava na vaintitucionalne oblike socijalne skrbi a na području institucionalne skrbi razviti hospicij te utvrditi mehanizme prioritnog smještaja u ustanove socijalne skrbi na području Istre kada nije moguće drugim oblicima postići svrhu zbrinjavanja.

Dipl. ing. soc. rada

Egle Rojnić

Suradnici Mirjana Jelača, Eda Rajko, Edita Tarva, Gordana Dujmović, Gordana Vreš, Marica Vidak Konjević, Milka Matas, Mirna Lukež, Sandra Čakić Kuhar, Zorica Valente, Zvezdana Di Čapua, Zvezdana Deković, Žaklina Vasiljević



## 24. Koordinator palijativne skrbi - tko, što i kako?

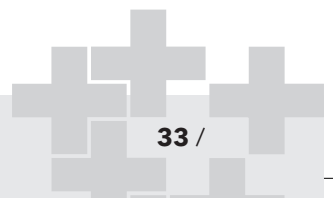
**Milica Tikvić<sup>1,\*</sup>**

<sup>1</sup>Dom zdravlja Zagreb-Istok, Zagreb

Palijativnu skrb u Republici Hrvatskoj prema Strateškom planu razvoja palijativne skrbi za razdoblje 2014.-2016. potrebno je sustavno organizirati prema preporukama Europskog udruženja za palijativnu skrb i primjerima dobre prakse zemalja članica Europske unije. Cjelokupna uspostava sustava palijativne skrbi u Hrvatskoj podrazumijeva pomoć svim palijativnim bolesnicima i njihovim obiteljima, uz osnovane i kvalitetno organizirane Centre za koordinaciju palijativne skrbi i stacionarnu skrb u svakoj županiji. Temeljem preporuka takvi Centri bili bi smješteni isključivo u zdravstvenim ustanovama. U primarnoj zdravstvenoj zaštiti većine županija palijativna skrb je u organizaciji izabranog liječnika i nadležne patronažne sestre, uz uključivanje pružanja usluga zdravstvene njege u kući. Patronažna sestra ima iskustva u koordinaciji raznih intervencija i stručnjaka za sve ugovorene pacijente na definiranom terenu bez obzira na potrebe. Ona povezuje i koordinira sve dionike prema pacijentu i obitelji, te izvješćuje izabranog doktora o provedbi potrebnih i provedenih postupaka i aktivnosti.

Prema aktualnom Strateškom planu koordinator mogu biti zdravstveni ili socijalni radnici, najmanje sa stupnjem obrazovanja prvostupnika, najmanje pet godina radnog iskustva i dodatnom edukacijom iz palijativne skrbi. Pružanje raznih specifičnih usluga palijativne skrbi provodi interdisciplinarni tim stručnjaka, među kojima dominiraju zdravstveni djelatnici. Predviđeno je da Centar obavlja najveći broj funkcija različitih koordinacija, zatim organizira, povezuje i osnažuje cjelokupni sustav u pružanju usluga palijativne skrbi. U novije vrijeme razvojem obrazovanja medicinskih sestara do sveučilišne razine, zdravstveni sustav je dobio kompetentne zdravstvene djelatnike, koji mogu u budućnosti odgovoriti svim izazovima u organizaciji palijativne skrbi u Hrvatskoj.

U donošenju odluke o uvjetima sistematiziranja radnog mjesta koordinatora palijativne skrbi, treba uzeti u obzir i primjere dobre prakse onih županija koje već imaju kompetentne koordinate u okviru projekata razvoja i pružanja usluga palijativne skrbi i iznaći najbolja moguća rješenja. Deseta Konferencija palijativne skrbi u Istri je prilika za otvorenu stručnu raspravu i donošenje zaključka na ovo pitanje.



## 25. Analiza smrtnosti palijativnih bolesnika u bolnici

**Autori: dr.sc. Dragan Trivanović, Davor Raunić, doc.dr.sc.Irena Hrstić, dr.Ante Ivančić, dr.Diego Brumini, dr.Danijela Lazarić Zec, dr.Juliana Marković Franinović**

Predavač: dr.sc. Dragan Trivanović

Opća bolnica Pula

Uvod: Unatoč naporima da se palijativna skrb odvija u kućnim uvjetima od početka do kraja bolesti i time značajno utječe na kvalitetu života ovih bolesnika i njihovih obitelji i dalje smo suočeni sa odlascima u bolnicu u posljednjoj fazi bolesti kada je specifično liječenje završeno. U ovom radu željeli smo utvrditi strukturu palijativnih bolesnika kao i razloge prijema u bolnicu u terminalnoj fazi bolesti.

Metode: retrospektivnom analizom obuhvatili smo sve preminula osobe od onkoloških bolesti (c - dijagnoza prema MKB) od 01.01.2014 do 31.07.2015 kod kojih je smrtni ishod nastupio unutar 72 sata od prijema.

U predavanju će biti prikazani podaci o uključenosti i načinu skrbi mobilnog palijativnog tima istarske županije, feedbacku liječnika obiteljske medicine, te razlozima dolaska u OB Pula.

## **26. Jačanje partnerstva i suradnje kroz supervizijsku podršku profesionalcima različitih razina palijativne skrbi u Gradu Zagrebu**

**Olivera Tomas<sup>1,\*</sup>, Renata Mardetko<sup>1</sup>, Zdenka Pantić<sup>1</sup>, Blaženka Eror Matić<sup>1</sup>**

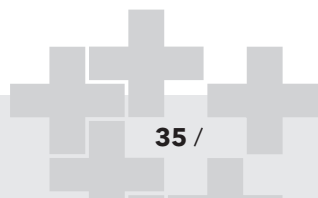
<sup>1</sup>Franjevački svjetovni red - Mjesno bratstvo Kaptol Zagreb, Mobilni tim volontera u palijativnoj skrbi

Supervizija je često shvaćena kao nadzor ili nadgledanje, ili se na nju gleda kao na luksuz, ne uzimajući u obzir kontinuirani razvoj profesionalca koji nudi, a čiji je krajnji cilj pružanje kvalitetnih usluga korisnicima. S druge strane, palijativna skrb kod nas još prolazi svoje razvojne muke, koje se prelijevaju kako na one koji je trebaju tako i na one koji je pružaju. Zato se stručnjaci koji u Hrvatskoj rade s palijativnim bolesnicima, uz zahtjevnost rada s umirućima i njihovim obiteljima, suočavaju i s mnoštvom organizacijskih teškoća. Također, nepoznavanje filozofije palijativne skrbi, njenih razina i metoda od strane stručnjaka i suradnika može dodatno otežavati rad.

Želeći doprinijeti stručnom razvoju profesionalaca koji rade u palijativnoj skrbi te tako doprinijeti i razvoju palijativne skrbi, Franjevački svjetovni red (OFS) u Zagrebu, organizirao je supervizijsku podršku za sedam profesionalaca, služeći se sredstvima Europskog socijalnog fonda. Osim OFS-a, uključeni su Centar za koordinaciju palijativne skrbi Grada Zagreba i Mobilni tim Doma zdravlja Centar te suradnici iz KBC Sestre milosrdnice i KB Dubrava kako bi doprinijeli sinergiji bolničke i izvanbolničke palijativne skrbi.

Na supervizijskim susretima učimo jedni od drugih, upoznajemo različite aspekte i razine palijativne skrbi, pacijenta i njegove potrebe u bolnici i izvan bolnice, dijelimo teškoće, pružamo podršku jedni drugima i zajedno tražimo moguća rješenja. Naše multidisciplinarno iskustvo pretvaramo u interdisciplinarno. Edukacijom, podrškom i umrežavanjem jačamo svoje profesionalne kapacitete, jačamo kapacitete naših organizacija te jačamo kao uži i širi tim. Time ispunjavamo svrhu supervizijske podrške.

Vjerujemo da će učinci ove supervizijske podrške biti očiti i da će doprinijeti razvoju palijativne skrbi u našoj lokalnoj zajednici, a na dobrobit svih palijativnih pacijenata i njihovih obitelji. Nadamo se da će prikaz našeg primjera i druge potaknuti na organiziranje supervizijske podrške za timove u palijativnoj skrbi što preporučuje i Bijela knjiga o edukaciji u palijativnoj skrbi EAPC-a (točka 10).



## 27. Model organizacije palijativne skrbi u Karlovačkoj županiji

**Mirjana Lončarić-Katušin<sup>1,\*</sup>, Biserka Hranilović<sup>2</sup>, Višnja Jović<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Opća bolnica Karlovac, <sup>2</sup>Zavod za javno zdravstvo Karlovačke županije,

<sup>3</sup>Karlovačka županija

Potrebe za palijativnom skrbi rastu kako u Hrvatskoj tako i u Karlovačkoj županiji zbog sve većeg udjela starijih osoba, a posljedično i sve veće prevalencije kroničnih nezaraznih bolesti

Karlovačka županija prema popisu stanovništva 2011. godine ima 128 899 stanovnika, od toga je 27 210 stanovnika starije od 65 godina ( 21,11%), te je među najstarijim županijama u RH.

Proces izrade Strategije palijativne skrbi u Karlovačkoj županiji započeo je krajem 2014. godine imenovanjem Projektnog tima za palijativnu skrb koji se sastoji od koordinatora i 11 članova, nakon čega se započelo s revidiranjem i dopunom podataka u vezi postojećeg stanja i resursa na području Karlovačke županije kao i podataka u vezi procjena potreba za palijativnom skrbi, a koji su bili utvrđeni u pilot projektu izrađenom 2012. godine. Procjena potreba za palijativnom skrbi u Karlovačkoj županiji utvrdila je da je postojala potreba za palijativnom skrbi kod 43% umrlih osoba ( minimalne procjene za razdoblje 2009.-2013.), odnosno čak kod 83,83% od ukupno umrlih osoba ( metodologija HZZJZ za 2013. godinu). Utvrđeno je da na području Karlovačke županije postoje resursi za provedbu i pružanje palijativne skrbi koje je potrebno međusobno povezati, koordinirati i nadograditi. U travnju 2015. godine projektni tim za palijativnu skrb Karlovačke županije održao je Konsenzus konferenciju sa svim dionicima koji će biti uključeni u provođenje palijativne skrbi na području Karlovačke županij, te je nakon toga Strategija razvoja palijativne skrbi u Karlovačkoj županiji za razdoblje 2015.-2018. u srpnju 2015. godine usvojena na Županijskoj skupštini Karlovačke županije.

Razvojna strategija palijativne skrbi predviđa uspostavu sustava palijativne skrbi koji uključuje nekoliko različitih organizacijskih oblika, od kojih su ključni Županijski centar za koordinaciju palijativne skrbi, stacionarna skrb u zdravstvenim ustanovama i dobro razvijena mreža palijativne skrbi na razini primarne zdravstvene zaštiti.

## 28. KAKO SMO SE MIJENJALI RADI IMPLEMENTACIJE PALIJATIVNE SKRBI U SUSTAV ZDRAVSTVA

**Miljenka Šimec<sup>1,\*</sup>**

<sup>1</sup>OB VARAŽDIN Služba za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof

1.6.2014.godine Osnivanje Odjela za palijativnu skrb

### ŠTO NAM JE BILO TEŠKO

- ograničenje duljine hospitalizacije
- neadekvatni uvjeti smještaja
- nedostatak osoblja
- needuciranost osoblja
- otpori kod novonastalih promjena
- nedostatak supervizije i psihološke potpore zaposlenika
- suradnja s LOM
- nedovoljna med.dokumentacija kod prijema bolesnika
- velik broj bolesnika teškog zdravstvenog, materijalnog i socijalnog statusa
- nerealna kritičnost i očekivanja bolesnika i obitelji
- otežana komunikacija s službama, bolesnicima i obiteljima
- needuciranost i neodgovornost obitelji da preuzmu bolesnika
- pokretanje postupka smještaja,skrbništva
- predaja bolesnika prilikom otpusta
- sustav socijalne skrbi ne odgovara potrebama teških bolesnika
- nedostatak koordinacije službi
- prepoznavanje palijativnog bolesnika
- nedostatak brze trake za prijem palijativnog bolesnika
- tuga, strah, depresija, zabrinutost bolesnika, obitelji i zaposlenika
- nemogućnost konzultacije s drugim dionicima i institucijama
- nositi se sa stigmom Novog Marofa umjesto dostojanstva mjesta gdje se umire

### ŠTO SMO PODUZELI

- Građevinskim preinakama na objektima i informatizacijom stvoreni su bolji uvjeti rada, paralelno se edukacijama i predavanjima postiglo podizanje svijesti i znanja zaposlenika
- bolja organizacija rada
- suradnja s dionicima
- edukativna predavanja s prikazom slučaja u Bolnici
- predavači zaposlenici i vanjski suradnici
- sudjelovanje na kongresima, simpozijima, tribinama, radnim sastancima u Ministarstvu zdravlja i Varaždinskoj županiji
- medijski popraćena događanja

### POZITIVNA ISKUSTVA

- dosadašnjim načinom rada razvili smo zadovoljavajuću suradnju dionicima
- županijska savjetovanja i edukacije su potaknule da smo kreativniji
- ažurirana administracija, medicinska dokumentacija

- zainteresiranost zaposlenika za edukacije
- protokol prijema
- neograničeno vrijeme posjeta bolesniku
- nema otpusta petkom
- poboljšana komunikacija
- suradnja s posudionicom pomagala koju u krugu bolnice vodi Udruga za palijativnu pomoć "Srce" Novi Marof
- cilj udruge je poticanje razvoja palijativne skrbi u Varaždinskoj županiji i šire
- provedena senzibilizacija javnosti o PS po dobnim skupinama i stručne javnosti
- edukacija volontera
- uređenje perivoja, cvjetnih gredica i inerijera
- boravak bolesnika s obitelji u bolničkom perivoju
- opremljen dječji kutak
- priznanje primjera dobre prakse od strane CEPAMETA
- dobra suradnja s dionicima
- povećan kapacitet informiranosti i osposobljenosti za brigu o palijativnom bolesniku

## 29. Što može učiniti lokalna zajednica u organizaciji palijativne skrbi? Porečko iskustvo

Sandra Čakić Kuhar<sup>1,\*</sup>

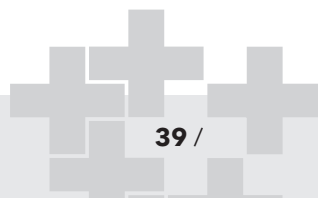
<sup>1</sup>Dom za starije i nemoćne osobe Poreč

Grad Poreč-Parenzo je potrebe palijativnih bolesnika kao posebne društvene skupine kojoj je prioritetno potrebna pomoć zajednice prepoznao u sklopu priprema za sustavnu organizaciju skrbi o starijim osobama na lokalnom nivou. Istraživanjem koje je među populacijom starijih osoba provedeno 1999. godine utvrđeno je da su palijativni bolesnici i njihove obitelji posebno ranjiv segment unutar populacije starijih osoba, s izrazitim zdravstvenim te psiho-socijalnim poteškoćama.

U lokalnim uvjetima su tada bolesnicima bili dostupni patronažna služba, kućna njega medicinskih sestara te kućne posjete liječnika. Palijativni bolesnici i članovi njihovih obitelji naglašavali su nedostatnost postojećih usluga, problem psihofizičkog opterećenja bolesnika i obitelji, potrebu za stacionarnim zbrinjavanjem osoba u terminalnoj fazi te negativne kulturne stereotipe vezane uz palijativne bolesnike, prije svega problem socijalne izolacije.

Organizirano pružanje pomoći palijativnim bolesnicima na Poreštini započinje 2002. godine u sklopu programa „Hospicij - kućna skrb“ te kontinuirano traje do danas. Program je osmišljen i najprije se provodio pri „Zdravom gradu“ Poreč. Od 2006.godine program se provodi u okviru izvaninstitucionalne djelatnosti Doma za starije i nemoćne osobe Poreč, a financiraju ga jedinice lokalne i regionalne samouprave. Program provodi stručni interdisciplinarni tim pružajući socijalne usluge (provođenje socijalnih izvida u kući bolesnika te pomoć u zadovoljavanju socijalnih potreba, organiziranje pomoći u kući), psihološke usluge (savjetovanje, psihoterapija, psioedukacija) te zdravstvene usluge (pojačana zdravstvena njega u kući, specijalistički pregledi i fizikalna terapija u kući). Besplatna posudba ortopedskih pomagala (električnih medicinskih kreveta, antidekubitalnih madraca, invalidskih kolica i dr.) uz njihovu dostavu i montažu istaknuta je kao velika pomoć palijativnim pacijentima. Uspostavom Djelatnosti za palijativnu skrb Istarskih domova zdravlja usluge programa pružaju se u suradnji s Mobilnim palijativnim timom, a porečka su iskustva korištena u segmentu organiziranja socijalne palijativne skrbi u Istarskoj županiji.

Porečko iskustvo pokazuje da lokalna zajednica može dati velik doprinos u podizanju kvalitete života bolesnika u palijativnoj skrbi, u olakšavanju tereta psihofizičkog opterećenja članova obitelji, u racionalnijem zbrinjavanju bolesnika u njihovim kućama ali i u senzibiliziranju društva za potrebe ove posebno ranjive socijalne skupine.



## **30. Prijem pacijenta u terminalnoj fazi bolesti na odjel onkologije**

**Boris Kopać, Marina Dembić**

Uvodni dio našeg rada prikazuje općeniti dio o palijativnoj skrbi u Hrvatskoj sa osvrtom na palijativnu skrb u Istarskoj županiji. U razradi teme prikazat ćemo slučajeve pacijenata hospitaliziranih u kolovozu ove godine na odjelu onkologije OB Pula. Radi se isključivo o onkološkim pacijentima u terminalnoj fazi svoje bolesti. Ovim predavanjem prikazali bi putem statističkih podataka dobivenih kratkim istraživanjem dužinu boravka u bolnici, odrađene medicinsko-tehničke zahvate te način liječenja i terapijski pristup. Naša zamisao bila je prikazati koliko je zapravo potrošeno za vrijeme boravka terminalnog pacijenata u bolnici te da li bi istu skrb jednako dobio i od strane palijativnog tima tj. da li je hospitalizacija bila potrebna.



## **31. Organizacija palijativne medicine u Općoj bolnici "dr.T.Bardek" Koprivnica**

**Miljenko Crnjaković<sup>1</sup>\*, Sandra Lovrić<sup>1</sup>, Mirna Zagrajski-Brkić<sup>1</sup>, Vesa Sertić<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Opća bolnica "Dr.T.Bardek"

Palijativna medicina jest dio palijativne skrbi koji se odnosi na potpunu medicinsku skrb o bolesniku oboljelom od neizlječive smrtonosne bolesti (tj. na koju više ne djeluju ni preventivna niti kurativna terapija, a preostali životni vijek skraćen je na približno godinu dana).

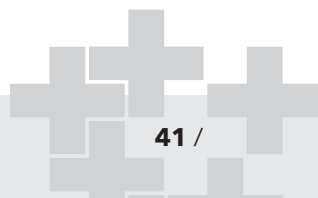
Prema Strateškom planom razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014-2016. u kolovozu 2014. donešen je Plan i program razvoja palijativne skrbi u OB „Dr.Tomislav Bardek“ u Koprivnici.

Učinjena je 25.11.2014.g. procjena stanja sa SPICT alatom kojim je evidentirano 38 od 263 hospitaliziranih pacijenata na taj dan sa potrebama palijativne skrbi. Prema aktivnostima opisanim u Planu i programu razvoja palijativne skrbi u OB „Dr.Tomislav Bardek“ usmjerenim na postizanje koordinacije rada i djelovanja svih ustrojstvenih jedinica bolnice u svrhu pružanja optimalne multidisciplinarnе skrbi za palijativne bolničke pacijente, osiguravajući integrativnu, logističku, savjetodavnu, edukacijsku i znanstvenu funkciju, uz sudjelovanje bolnice u županijskoj mreži palijativne skrbi. Cilj svih navedenih aktivnosti u našoj ustanovi jest podizanje svih aspekata kvalitete života umirućih i njihovih obitelji/njegovatelja. To se ne odnosi samo na medicinsku njegu nego i na brigu o bolesničkim pravima i ljudskom dostojanstvu.

Do sada uz prijašnju postojeću strukturu u organizacijskom smislu oformljen je Projektni i tim za edukaciju i potporu palijativnoj skrbi, klinički etički konzilij. Educirano je desetak zdravstvenih djelatnika (CEPAMET) te je unutar bolnice organizirano niz edukacija. Od ranije funkcionira Ambulanta za bol/palijativu i dnevna bolnica te posudionica pomagala za nepokretne. Dostupna je i duhovna skrb unutar ustanove, te od 2010.g. funkcionira i Županijski ogranak Hrvatskog društva za palijativnu medicinu

Osim strukture uspostavljen je niz procesa međusektorske suradnje, donijeti su brojni dokumenti (obrasci, smjernice i alati) te je u suradnji sa PZZ u izradi i registar pacijenata sa potrebama palijativne skrbi.

Dobro strukturiranim planom i ostvarivanjem zadanih aktivnostima očekujemo uspješnu implementaciju palijativne skrbi u našu ustanovu.



## **32. Koncept edukacije volontera u palijativnoj skrbi temeljen na deset ključnih kompetencija u palijativnoj skrbi EAPC**

**Blaženka Eror Matić<sup>1,\*</sup>**

<sup>1</sup>Franjevački svjetovni red, Zagreb

Ovim radom želi se predstaviti koncept edukacije volontera koji je napravljen na način da se razjasne i definiraju uloge, zadaci i znanja volontera kroz svaku od deset ključnih kompetencija u palijativnoj skrbi prema EAPC („Osnovne kompetencije u palijativnoj skrbi: Bijela knjiga o edukaciji u palijativnoj skrbi - 1. i 2. dio“).

Volonteri doprinose kvaliteti skrbi i podrške za bolesnike suočene sa neizlječivom, uznapredovalom bolešću, za članove njihovih obitelji u skrbi za bolesnog člana, te u žalovanju. Najveći doprinos volonteri mogu dati ako su dio organiziranog sustava palijativne skrbi, jednako cijenjeni i prihvaćeni kako od bolesnika i obitelji, tako i od profesionalaca. Ovaj koncept edukacije prikazuje takav pristup i edukaciji volontera u palijativnoj skrbi. Koncept edukacije koji kao vodilju ima istu bazu edukacije namijenjenu svim članovima tima (EAPC), omogućuje volonterima da stečene kompetencije i znanja primijene u opsegu koji je u skladu s djelokrugom volontera, pravilima organizatora volontiranja i dobrobiti bolesnika i obitelji.

Ovaj program prihvatile su četiri organizacije civilnog društva iz četiri županije i prema njemu provode edukaciju volontera što može značajno doprinijeti ujednačavanju znanja i osposobljenosti volontera.

Autori koncepta edukacije su: prof. dr. sc. Karmen Lončarek, mr. sc. Renata Marđetko, Olivera Tomas dipl. socijalna radnica, mr. sc. Blaženka Eror Matić dipl. oec.

### **33. Centar za koordinaciju palijativne skrbi-uloga i kompetencije medicinske sestre**

**Renata Mardetko**

Centar za koordinaciju palijativne skrbi Grada Zagreba

Centar za koordinaciju palijativne skrbi, prema Strateškom planu razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014.-2016., ima ulogu povezivanja, suradnje i koordinacije svih dionika važnih u razvoju palijativne skrbi pojedine županije. Time se bolesniku omogućuje cjelovitija i dostupnija kontinuirana skrb bez obzira na mjesto skrbi. Nadalje, obitelji se pruža potrebna pomoć u skrbi za bolesnog člana te podrška u žalovanju.

Medicinska sestra kao voditelj centra za koordinaciju dobiva važnu ulogu, kako u skrbi za palijativnog bolesnika, tako i u razvoju cjelovitog sustava palijativne skrbi u Hrvatskoj.

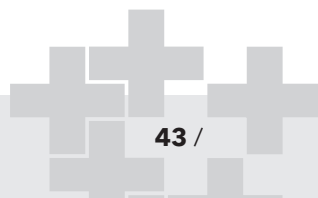
Palijativna skrb kao struka koja uključuje brigu za bolesnika, ali i za njegovu obitelj u pružanju skrbi i u žalovanju, obuhvaća poznavanje i pružanje fizičke, ali i psihološke, socijalne i duhovne skrbi. Ona također obuhvaća rad u timu, podršku kolegama i brigu za samog sebe u svakodnevnom svjedočenju smrti i žalovanja.

Centar za koordinaciju palijativne skrbi, uz organizaciju kontinuirane skrbi za bolesnika i obitelj, surađuje sa organizacijama, službama i profesionalcima te tijelima lokalne samouprave. On također provodi edukaciju za profesionalce, volontere i širu javnost.

Rad medicinske sestre, kao koordinatora, iziskuje brojne vještine unutar već poznate sestrinske struke, ali i rad s pojedincima, manjim i većim grupama, širom javnošću te rad sa osobama raznih struka i položaja u društvu.

Iz osobnog iskustva kao i stečenom kvalifikacijom u palijativnoj skrbi svjedočim da opća edukacija medicinske sestre na bilo kojoj stručnoj i akademskoj razini, kao ni radno iskustvo, nisu dovoljni za pružanje kvalitetne, cjelovite palijativne skrbi kao ni za rad u specijalističkom palijativnom timu ili centru za koordinaciju.

Unatoč tome, medicinska sestra ima snažnu i značajnu podlogu u znanju i sposobnostima vezanim za zdravstvenu skrb bolesnika. Kontinuiranom edukacijom, učenjem kroz rad u palijativnoj skrbi i stalnom evaluacijom svog rada, medicinska sestra se može razviti u kompletnog stručnjaka te time dobiti mjesto koje joj u palijativnoj skrbi i pripada



## **34. Palijativna skrb u Specijalnoj bolnici za produženo liječenje Duga Resa**

**Višnja Mihalić Mikuljan<sup>1,\*</sup>**

<sup>1</sup>Specijalna bolnica za produženo liječenje Duga Resa

Povijest

- osnovana 1896. kao Opća bolnica
- od 1985. do 1994. pripajanjem odjela kirurgije i ginekologije Općoj bolnici Karlovac postaje Gerijatrija
- 2004. bolnica za Produženo liječenje
- 2011. uvedena djelatnost palijativne skrbi te se formira odjel s 15 kreveta
- provedena edukacija djelatnika koja se i dalje provodi u suradnji s Županijskim projektnim timom za palijativu.

Problemi

- identifikacija palijativnog bolesnika ( većina bolesnika dolazim iz akutnih bolnica i klinika bez adekvatnog šifriranja, zbog čega je odgovornost na našem timu za palijativu )
- problem otpuštanja kući jer obitelji imaju strah od palijativnog bolesnika ili nemaju osiguran adekvatan smještaj kod kuće
- problem komunikacije s ostalim dionicima koji je u posljednje vrijeme sve manji uz pomoć Županijskog projektnog tima za palijativu

Sadašnjost

- poboljšanje komunikacije s akutnim bolnicama i klinikama (sve veći broj bolesnika je šifriran kod dolaska)
- kontinuirana edukacija sestara i liječnika

Budućnost

- renoviranje odjela palijativne skrbi po standardima EU
- izrada našeg registra palijativnih bolesnika (informatizacija) prema indikatorima za palijativne bolesnike

## 35. Modeli rada s volonterima u palijativnoj skrbi

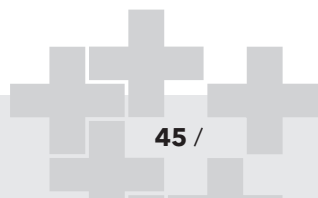
**Danijela Ustić**

Volonterski centar Istra

U literaturi i u praksi često nailazimo na tvrdnju da palijativna skrb ne može bez volontera. Volonteri, kao i u drugim područjima, u palijativnoj skrbi predstavljaju ne samo kvalitativnu dopunu uslugama koje su odgovornost javnih službi, već i važnu poruku korisnicima volontiranja - da njihove potrebe primjećuju i na njih spremno odgovaraju njihovi sugrađani, da zajednica u kojoj žive (i umiru) o njima istinski brine. Takve dobiti od (rada) volontera, međutim, postaju stvarne tek onda kada organizatori volontiranja dosljedno primjenjuju načela kvalitetnog upravljanja volonterskim radom koje je dodatno složen proces kada se, kao u palijativnoj skrbi, volonteri duže zadržavaju u pružanju usluga i su-odnošenju s korisnicima koji pripadaju izrazito osjetljivoj skupini.

Integriranje volonterskog rada i rada s volonterima u sustav kao što je palijativna skrb, koji uključuje veliki broj segmenata i dionika, može biti izazovno. Učinkovito vremensko i prostorno organiziranje resursa te kvalitetan i posvećen rad volontera jednako su potrebe korisnika volontiranja (pacijenata i njihovih obitelji), organizatora volontiranja i samih volontera. Stoga ćemo u izlaganju razmotriti neke uspješne oblike rada s volonterima u palijativnoj skrbi u različitim zemljama i predložiti novi model upravljanja volonterskim radom u palijativnoj skrbi za Istru, temeljen na postojećim snagama i resursima te usklađen sa Strateškim planom razvoja palijativne skrbi u Hrvatskoj za razdoblje od 2014. do 2016. godine.

**Ključne riječi:** *volonteri u palijativnoj skrbi, upravljanje volonterskim radom, integracija, model*



## **36. The organisation of palliative care in Austria/ Styria with special references to a connection of fin-home and out-home based palliative care-coordination**

**Johann Baumgartner**

Coordinator Hospice and Palliative Care Styria

There was a continuous development in the field of Hospice and Palliative Care in Austria during the last 20 years. End of the year 2014 following hospice and Palliative Care Services were established:

- 36 palliative care units (307 beds)
- 9 inpatient hospices (93 beds)
- 47 hospital palliative care support teams
- 55 home palliative care support teams
- 4 day hospices (28 places)
- 155 volunteer hospice teams (3437 volunteers)

The Austrian Ministry of Health published in 2004 of an Austrian wide concept „How hospice and palliative care services should work“. This was important for the further development and also for quality assurance. Anyhow, there are still considerably differences concerning degree of building up and the way of organization of these services between the 9 federal states in Austria.

A critical factor for a good death at home is a well-organized coordination and cooperation between in- and outpatient care. Adequate qualification is also necessary for competent work in the field of Hospice and Palliative Care. Interdisciplinary courses are obligatory for all professionals in Austria. Hospice volunteers are an integral part of the hospice and palliative care services in Austria. Styria has a good coverage with Hospice and Palliative Care services: In 2014 the 9 palliative care home support reached more than 40 percent of all patients who died from cancer. And they died much more often at home.

Over the years hospice and palliative care become a more integrated part of the health and social care system in Austria. Additional to the continuous development over the last two decades, there are still unfulfilled needs especially for older peoples in nursing homes and for children in all settings. Now there is new hope for the future of hospice and palliative in Austria: Politicians and experts discussed 4 days in the Parliament about the challenges in Hospice and Palliative care. Finally all political parties voted for paper with recommendations for 51 steps for the further development.

## 37. Who should do what? Working together - in Solidarity - for patients towards end-of-life in Poland

**Piotr Krakowiak**

National Chaplain of Hospices in Poland

During communist era in Poland (and in most other countries under the influence of Soviet Union) religious assistance in health and social care was formally reduced to visits *in extremis* for dying. Strict rules were ignored and priests would visit institutions, but without formal recognition. Since 1980 *Solidarity* had put religious and spiritual assistance as one of important issues of improvement of health care system and chaplains have been employed in hospitals and nursing homes in Poland after many years<sup>1</sup>. Sacramental assistance has dominated pastoral care while Catholics consist around 90% of population in Poland. There was no formal training for chaplains, and pastoral care in health care settings was marginally present in pastoral care training in Polish seminaries.

In 1981 first hospice team from Cracow had started to build hospice house, having Saint Christopher's Hospice in London as a model and Dame Cicely Saunders as great friend and teacher. Hospice home care has been started in Gdansk Since 1983 by hospital chaplain - Father Dutkiewicz SAC and team of volunteers. This model has proven to be successful and over 70 similar services has started in the 1983-1989, based totally on voluntary work. Most of new hospice chaplains have sought further education, doing post-graduate training in spirituality and psychology. Hospice chaplaincy became matter of choice while other chaplaincy jobs were not always desired by clergy in Poland<sup>2</sup>.

Since 1989 official documents have stated that adequately prepared chaplains should be employed in health and social care institutions. Vague description of this service and lack of standards for chaplaincy has resulted in employing local parish priests as part-time chaplains. When religious orders have taken chaplaincy places, they would usually assign this activity to selected person. Only hospice-palliative care units have created system of training for their chaplains, resulting of including religious & spiritual care into teamwork. Big hospitals were able to employ full time chaplains and some of them have created pastoral teams. Most of health and social care institutions in Poland still offers only sacramental assistance by catholic priests, and protestant or orthodox clergy.

Ten years after democratic changes, in 1999 first attempts have been made to enlarge religious and sacramental care, adding spiritual dimension and answering for the changing needs of patients. Among lecturers of international workshops for chaplains there were lecturers from Vatican, and chaplains from the USA, Italy and Germany. Minister of Health of Poland, was present and her support for this initiative gave hope for further changes in religious-spiritual care. Health care reforms and lack of financial resources have stopped this initiative for years. The only area of postgraduate training has been created in hospice-palliative care, both for adults and children teams<sup>3</sup>.

Since 2009 a group of people have started preparation for post-graduate school of chaplaincy, where both ordained and lay people, men and women would prepare for new spiritual care in health and social care institutions in Poland. Before launching the project international conferences were held with support of Pontifical Council of Health Care Workers from Vatican, to introduce new ways of spiritual and religious care methodologies.

In 2011 first edition of postgraduate training for future chaplains and pastoral assistants in Poland had been launched. First students consisted of ordained priests, religious men and women and lay people - mostly women<sup>4</sup>. First group of 40 students have finished "St. John of God School" in 2013, but there is no culture of teamwork in spiritual care yet, especially with lay people (this culture is common in hospice-palliative care). Long tradition of ordained priest being chaplains seems to prevail over preparation for professional spiritual care. Together with further training for ordained and lay people willing to continue spiritual care in health and social settings more research regarding spiritual care is needed in Poland.

In 2012 the common initiatives of Pontifical Council from Vatican and universities from Germany and Poland have resulted in international cooperation. Common research regarding religious and spiritual needs of patients towards end-of-life in Germany and Poland has been prepared by prof. Arndt Bussing from Germany and was based on the *SpREUK Questionnaire*. In 2013 during the nationwide conference for physicians was held in Warsaw, with more than 4000 participants, keynote speaker for this event was the world expert of spirituality in health care, Prof. Christina Puchalski from the US. Her lectures and presentation of the *FICA Spiritual Assessment Tool* have raised interest among chaplains and physicians<sup>5</sup>. Set of publications, following a line of investigation and a textbook regarding spirituality in health care is due to be published in Polish language under direction of Prof. Puchalski, with participation of various experts. Apart of sacramental, spiritual care is needed.

In 2015 good practices of hospice-palliative care in Poland, including involvement of the Catholic Church and other faith communities have been collected in recent book, published in English. *In Solidarity* is the first book published in Polish and English as illustration of phenomenon of cooperation among health and social care, with volunteers, mostly from the Catholic Church. It consists of five parts. The first part is a description of the history of the hospice movement in Poland, showing the particular role of the Catholic Church and the influence as social movement of "Solidarnosc". In Poland there are over 400 home centres and inpatient palliative and hospice care units, which puts Poland in first place among the countries of Central-Eastern Europe<sup>6</sup>. This book describes also the organizations coordinating medical interventions and care, as well as educational and charitable. The publication ends with a list of all palliative and hospice centres in Poland. Book *In Solidarity* allows exploring unique phenomenon of development of hospice-palliative care in Poland. The reader can follow the success of a social movement that has developed an effective organization with effective teaching methods, but is facing new challenges.



The experience of Polish hospice movement can be useful in countries with problems of political transformation, care reforms and the need to improve care for the people towards the end of life and their families<sup>7</sup>. All those resources and good practices from Poland can help to improve the quality of care and cooperation among various institutions and individuals. There are translations available in Italian, Russian, English, and others adaptations into Romanian are currently being prepared. Experiences from Poland had been used previously in Croatia, and all those resources are available for next years of development of hospice movement and palliative care in your country. Polish experiences shows that working together: health care, social care, faith communities, volunteers, schools, and the entire society - allows to make care towards the end-of-life better, with care for families in grief. When we work "in solidarity" we can achieve more than working as separate groups of professionals of different groups.

(Endnotes)

- 1 J. Jachimczak, *Słudzy życia*, [The servants of life], Kraków 2010.
- 2 A. Muszala, J. Binnebesel, P. Krakowiak, M. Krobicki (Ed.), *Dolentium Hominum. Duchowni i świeccy wobec ludzkiego cierpienia*, [Dolentium Hominum. The clergy and laity towards human suffering], Kraków 2011.
- 3 P. Krakowiak, A. Janowicz (Ed.), *Dzieje pallotyńskiego hospicjum w Gdańsku 1983-2013*, [History of Pallottine Hospice in Gdansk 1983-2013], Gdańsk 2013
- 4 [www.bonifratrzy.pl](http://www.bonifratrzy.pl),
- 5 *Opieka duchowa nad pacjentem - zbędny luksus czy niezbędny element leczenia*, [Spiritual care of the patient - unnecessary luxury or an essential part of treatment], <http://www.mp.pl/kurier/83572>
- 6 European Association of Palliative Care, *EAPC Atlas*, Madrid 2013 (available online)
- 7 A. Janowicz, P. Krakowiak, A. Stolarczyk [Eds.], *In Solidarity. Hospice-palliative Care in Poland*, Gdańsk 2015, (available online)

## **38. The Organisation of Palliative Care in the United Kingdom**

**Nygel Sykes**

Former Medical Director, St Christopher's Hospice, London

The UK is often regarded as the birthplace of the modern hospice and palliative care movement through the foundation by Cicely Saunders of St Christopher's Hospice, London, in 1967. Since then, palliative care has become in many ways a routine and well-integrated part of the British healthcare system. However, because of the way in which it began, palliative care is still provided and funded largely outside the government National Health Service (NHS). Most deaths still occur in hospitals and there is particularly inadequate provision for people dying of non-cancer conditions. This session explains the organisation of the British health service and of UK palliative care, examines what still needs to be done and looks at some of the difficulties that have arisen in trying to raise standards of care for dying people across the NHS.











## **Bilješke**

---

---