Mogućnosti unapređenja sestrinske palijativne skrbi u Međimurskoj županiji

Prstec, Brigita

Master's thesis / Diplomski rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:858744

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Brigita Prstec

Mogućnosti unapređenja sestrinske palijativne skrbi u Međimurskoj županiji

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2016.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Brigita Prstec

Mogućnosti unapređenja sestrinske palijativne skrbi u Međimurskoj županiji

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2016.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri za socijalnu medicinu i organizaciju zdravstvene zaštite Škole narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu pod vodstvom doc. dr. sc. Aleksandra Džakule dr. med. spec. javnog zdravstva i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2015./2016.

Popis i objašnjenje kratica

EU	Europska unija
EAPC	European Association for Palliative Care
CEPAMET	Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine
MŽ	Međimurska županija
LOM	Liječnik obiteljske medicine
ŽBČ	Županijska bolnica Čakovec
DZ	Dom zdravlja
MKB	Međunarodna klasifikacija bolesti
HZZO	Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
HZJZ	Hrvatski zavod za javno zdravstvo
MZOS	Ministarstvo zdravlja, obrazovanja i sporta
IPE	Interprofesionalna edukacija
ACP	Advance Care Planning
IPC	Integrated Palliative Care

SADRŽAJ

Sažetak (Summary)

1. Uvod 1

2. Povijesni razvoj palijativne skrbi 1

2.1. Počeci palijativne skrbi u EU 2

2.2. Počeci i razvoj palijativne skrbi u Hrvatskoj.....2

2.3. Palijativna skrb u Međimurskoj županiji 5

3. Cilj rada 9

4. Metode 10

5. Prikaz razvoja palijativne skrbi, postojećeg stanja i kvalitete pružanja palijativne skrbi u zemljama EU 11

5.1. Austrija.....11

5.2. Belgija.....12

5.3. Italija.....13

5.4. Nizozemska.....14

5.5. Njemačka 15

5.6. Španjolska.....17

5.7. Švedska.....18

5.8. Velika Britanija 19

6. Kompetencije u radu sa palijativnim bolesnicima 23

6.1. Kompetencije medicinske sestre u palijativnoj skrbi u zemljama EU 23

6.2. Kompetencije prema Bijeloj knjizi 23

6.3. Kompetencije medicinske sestre u palijativnoj skrbi u Hrvatskoj 26

7. Mogućnosti obrazovanja o specifičnostima palijativne skrbi bolesnika 28

7.1. Obrazovanje medicinskih sestara u zemljama EU 28

7.2. Srednjoškolsko obrazovanje medicinskih sestara u Hrvatskoj 31

7.3. Dodiplomski i diplomski studij sestrinstva u Hrvatskoj 31

7.4. Mogućnosti dodatne naobrazbe iz palijativne skrbi u Hrvatskoj 32

8. Zakonski okviri i propisi- mogućnosti unapređenja palijativne skrbi 33

9. Značaj volontera u palijativnoj skrbi 38

10. Primjeri razvoja palijativne skrbi podržani od EU..... 39

11. Rasprava 43

12. Zaključci 46

13. Zahvale 48

14. Literatura 49

15. Životopis 55

.

Sažetak

Mogućnosti unapređenja sestrinske palijativne skrbi u Međimurskoj županiji

Brigita Prstec

Palijativna medicina je medicinska disciplina sa najvećim interdisciplinarnim poljem skrbi. Iako se već dugi niz godina razvija i govori o potrebi pružanja kvalitetne palijativne skrbi, još uvijek u mnogim zemljama Europske unije nije dosegla željeni stupanj razvoja. Hrvatska spada u zemlje sa slabo razvijenom mrežom palijativne skrbi, palijativni pacijenti ne dobivaju toliko potrebnu psihološku skrb, tretiranje bolova nije u svim regijama Hrvatske jednako zastupljeno, a sustavna edukacija profesionalaca gotovo da i ne postoji. Međimurje prednjači sa razvojem palijativne skrbi u odnosu na neke druge regije u Hrvatskoj, no još uvijek ne u obimu i kvaliteti koju bismo željeli pružiti svojim bolesnicima.

U radu je analizirana dostupna stručna literatura, recentni stručni i znanstveni radovi o palijativnoj skrbi bolesnika te zakonski propisi i regulative u nekim zemljama Europske unije i Hrvatske.

Poboljšanje i unapređenje palijativne skrbi u Međimurskoj županiji moguće je prvenstveno kroz edukaciju profesionalaca, volontera i drugih djelatnika koji su uključeni u zbrinjavanje palijativnog bolesnika. Nadalje, veliku važnost u razvoju palijativne skrbi predstavljaju i različiti projekti i istraživanja koja bi dijelom bila financirana od strane Europskih fondova a dijelom od lokalnih vlasti, na temelju kojih je moguće predvidjeti krucijalne potrebe stanovništva u odnosu na specifičnost regije. Uključenost zdravstvenih djelatnika, posebice medicinskih sestara, na rad i razvoj palijativne skrbi potrebno je dodatno financijski motivirati, osigurati optimalne uvjete rada i potrebne resurse za adekvatan smještaj palijativnih bolesnika. Prema podacima ZZJZ Međimurske županije potrebe za palijativnom skrbi su velike, *prema konzervativnim procjenama, populaciju kojoj je potreban neki oblik palijativne skrbi čini između 50% i 89% svih umirućih pacijenata, što bi u Međimurskoj županiji predstavljalo 613, odnosno 1.092 pacijenta godišnje.*

Sukladno tim podacima, motiviranosti velikog broja volontera i drugih uključenih u palijativnu skrb bolesnika u Međimurskoj županiji, nužne su snažne promjene u sustavu zdravstvene skrbi, edukaciji i osiguranju adekvatnih uvjeta za smještaj i skrb svih onih kojima je palijativna skrb potrebna, kako od strane lokalnih vlasti tako i potporom vladajućih struktura u zemlji.

Ključne riječi: palijativna skrb, medicinske sestre, edukacija, volonteri, Međimurska županija

Summary

IMPROVEMENT OPTIONS FOR PALLIATIVE NURSING CARE IN MEĐIMURJE COUNTY

Brigita Prstec

Palliative medicine is a medical discipline with the largest interdisciplinary field of care. Although it has been developing for many years, stressing the need to provide quality palliative care, in many countries of the European Union it has not reached the desired level of development. Croatia is among the countries with poorly developed network of palliative care, palliative patients do not receive the much needed psychological care, treatment of pain is not equally represented in all Croatian regions, and the official training of professionals is almost non-existing. Međimurje County is a leader in the development of palliative care in relation to other regions in Croatia, but still not to the extent and quality that we want to provide.

The study analyzes the available scientific literature, recent technical and scientific work on palliative care patients, and legislation and regulations in some countries of the European Union and Croatia.

Enhancing and improving palliative care in Međimurje County it is possible primarily through education of professionals, volunteers and other professionals involved in the care of palliative patients. Furthermore, great importance in the development of palliative care are the different projects and research partly financed by European funds and partly by the local authorities, on the basis of which it is possible to predict the crucial needs of the population in relation to specific regions. The motivation of health workers, especially nurses, to work and develop palliative care needs to be further financially motivated to ensure optimal working conditions and the necessary resources for adequate accommodation for palliative patients. According to the Public Health Institute of Međimurje County, the need for palliative care is high, according to conservative estimates, the population in need of some form of palliative care makes

between 50% and 89% of all dying patients, which would in Međimurje County account for 613, or 1,092 patients each year.

According to these data, and the motivation of a large number of volunteers and others involved in palliative care patients in Međimurje County, strong changes are necessary in health care system, education and the provision of adequate conditions for accommodation and care of all those in need of palliative care, both by local authorities and the support of the governing structures in the country.

Key words: palliative care, nurses, education, volunteers, Međimurje County

1. UVOD

Neki od koncepata palijativne medicine definiraju palijativnu skrb kroz ciljeve oslobađanja od boli te kontrole drugih simptoma, naglašavaju važnost psihološke i duhovne boli uz fizičku bol, promiču nužnost pomoći u žalovanju obitelji. *Palijativna skrb integralni je dio zdravstvenog sistema, neotuđivi element građanskog prava, te kao takva mora biti dostupna svima, bez obzira na rasu, nacionalnu ili vjersku pripadnost, te neovisna o mogućnostima plaćanja oboljelog.* Multidisciplinarni tim kao osnovna jedinica skrbi u palijativnoj medicini obuhvaća različitu strukturu profesionalaca koji proizlaze iz područja medicine, sestrinstva, socijalne skrbi, psihologa, duhovnika, fizioterapeuta, rehabilitatora, nutricionista i mnogih drugih. *Svi oni koji rade kao dio interdisciplinarnog tima trebali bi posjedovati kvalitetnu naobrazbu iz područja palijativne skrbi kako bi na mnoge izazove koji proizlaze iz često nepredvidivih situacija u samom zbrinjavanju oboljelih, mogli odgovoriti besprijekorno, poštivajući prije svega stručnost kao osnovni element skrbi, ali i načela etičnosti, empatičnosti te specifične komunikacije.*

Medicinska sestra kao nezaobilazan član tima ima vrlo zahtjevnu ulogu koja se temelji na osnovnim kompetencijama koje prema stečenim stručnim znanjima i vještinama posjeduje. Nadalje, razvoj palijativne skrbi i zdravstvene njege bolesnika oboljelog od neizlječivih bolesti, iziskuje dodatna ulaganja u obrazovanje medicinskih sestara, nameće imperativ u donošenju strategija razvoja palijative prema karakteristikama pojedinog područja, financijskim mogućnostima i resursima, te razvoj dodatnih kompetencija i vještina svih članova interdisciplinarnog tima, koje će zadovoljiti potrebe zdravstvene skrbi bolesnika oboljelih od neizlječivih bolesti i podići razinu pružene usluge.

2. Povijesni razvoj palijativne skrbi

Počeci palijativne skrbi sežu daleko u srednji vijek. U 11. st. hospicije prvi puta osnivaju križari kao pomoć putnicima, bolesnima i umirućima na polasku i odlasku iz Svete zemlje. U to vrijeme u našim je krajevima hospicij postojao u Dubrovniku. U 17. stoljeću francuski svećenik St. Vincent de Paul osnovao je Sestre Milosrdnice u Parizu i

otvorio kuće za siromašne, bolesne i umiruće. U Lyonu (Francuska) 1842. godine prvi puta riječ hospicij opisuje mjesto za terminalno bolesne, a osnivač je bila Madame Jeanne Garnier (Brkljačić Žagrović 2010).

Vizija i zalaganje Dame Cicely Saunders, mlade liječnice, prije toga medicinske sestre i socijalne radnice, uvelike su doprinijeli razvoju palijativne skrbi, ne samo u Velikoj Britaniji već i u okolnim zemljama, te su postavljeni temelji na kojima se palijativna skrb razvija i nadograđuje još i danas. C. Saunders uočila je kako u skrbi za umirućeg bolesnika mora biti zastupljen holistički pristup kako bi odgovorili bolesniku na njegove primarne potrebe, što uključuje interdisciplinarni tim koji bi skrbio za socio-ekonomske, emocionalne, duhovne i fizičke potrebe bolesnika, ali isto tako i potrebe obitelji koja skrbi za oboljelog.

2.1. Počeci palijativne skrbi u EU

Europska regija proteže se od Atlantske obale zapadne Irske prema sjeveroistočnim vodama Beringovog mora. Sastavljena je od 52 zemlje i obuhvaća oko 879 milijuna ljudi. Svake godine umire nekih 9 milijuna ljudi i to 24% od karcinoma. Europske zemlje većinom posjeduju stariju populaciju- svaka sedma osoba stara je 65 godina ili više, a taj omjer stalno raste. Općenito, proces starenja stanovništva je znatno napredniji u zapadnim dijelovima regije te je opće prihvaćeno da profil starenja ima mnoge implikacije i utjecaj na pružanje palijativne skrbi te zdravstvene skrbi na kraju života. Društvo za promicanje palijativne skrbi u Europi prvi put je formirano 1988. godine kada je nastalo Europsko društvo za palijativnu skrb (eng. *European Association for Palliative Care- EAPC)* sa sjedištem u Milanu (Clark & Centeno 2006)

2.2. Počeci i razvoj palijativne skrbi u Hrvatskoj

Prvi hrvatski simpozij o hospiciju i palijativnoj skrbi održan je davne 1994. godine unutar Hrvatskog liječničkog zbora. Tada je osnovano i Hrvatsko društvo za hospicij i palijativnu medicinu a za predsjednicu Društva izabrana je prof.dr.sc. Anica Jušić, dr. med. 1999. godine osnovana je Hrvatska udruga prijatelja hospicija kao neovisna pravna jedinica čiji je cilj osuvremeniti pristup palijativnom bolesniku i omogućiti dostojno zbrinjavanje neizlječivo bolesnih u svim segmentima koje bolest donosi, kao i

pomoć obitelji koja ga njeguje. Prvi zakonski okvir za organizaciju i razvoj palijativne skrbi stvoreni su 2003. godine stupanjem na snagu novog Zakona o zdravstvenoj zaštiti. 2004. stupa na snagu Zakon o zaštiti prava pacijenata kojim se štite prava i integritet svakog bolesnika (Kutnjak-Kiš 2015). 2007. godine otvara se jedna od najbolje opremljenih bolnica u Hrvatskoj, Specijalna bolnica za psihijatriju i palijativnu skrb „Sveti Rafel“ u Strmcu pokraj Nove Gradiške sa ukupno 15 ležajeva namijenjenih isključivo palijativnim bolesnicima.

U nedostatku adekvatnih edukacijskih programa u Zagrebu se 2010. godine otvara Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine (CEPAMET) Medicinskog fakulteta sveučilišta u Zagrebu, s ciljem okupljanja i educiranja svih kadrova koji sudjeluju u pružanju palijativne zdravstvene skrbi, te mogućnošću dodatnog usavršavanja u specifičnim poljima palijativne skrbi temeljene na dokazima. Do danas su 282 osobe završile 100 sati edukacije bilo iz osnova palijativne skrbi, komunikacije, psihološke pomoći ili pomoći u procesu žalovanja.

Unatrag nekoliko godina Ministarstvo zdravlja pokreće različite programe palijativne skrbi te se u rujnu 2012. godine otvara Odjel za palijativnu skrb u Specijalnoj bolnici za kronične bolesti Novi Marof, u OB „Hrvatski ponos“ u Kninu otvoren je Odjel za palijativnu skrb. Specijalna bolnica Duga Resa također zbrinjava palijativne bolesnike kroz sustav produženog liječenja. 2013. godine otvoren je i dugo najavljivan prvi hospicij u Rijeci „Marija Krucifiksa Kozulić“ (Liječnik.hr)

Vlada Republike Hrvatske usvojila je 27.12.2013. Strateški plan razvoja palijativne skrbi za razdoblje 2014.-2016. izrađen prema Bijeloj knjizi o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi- Preporuke udruženja za palijativnu skrb, te preporuke Rec (2003) 24 Povjerenstva ministara Vijeća Europe državama članicama o organizaciji palijativne skrbi (Strateški plan razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014.-2016. godine MZRH). Nakon donošenja Strateškog plana razvoja palijativne skrbi 2014. započinje izrada procjena potreba u palijativnoj skrbi, čime su obuhvaćeni podaci o hospitalizacijama po odabranim dijagnozama i dobnim skupinama kao i podaci o umrlima za sve županije. Osnovano je ili podržano ukupno 134 ustanove ili punkta u kojima se može dobiti neki oblik palijativne skrbi proveden od strane dostupnih 10 mobilnih timova za palijativnu skrb u kući, 14 bolničkih timova za palijativnu skrb, 31 ambulanta za bol, 43 besplatne posudionice pomagala, 16

organizacija volontera u palijativi, 5 županijskih timova za razvoj županijskih sustava palijativne skrbi, 4 županijska koordinacijska centra za palijativnu skrb. U tijeku je provođenje 10 pilot projekata mobilnih palijativnih timova na primarnoj razini zdravstvene zaštite u kojem sudjeluje i Međimurska županija sa svojim mobilnim palijativnim timom. U izmjenama i dopunama Mreže javne zdravstvene službe predviđena su 333 kreveta: u općim bolnicama 215 kreveta, u specijalnim bolnicama 103 (Specijalna bolnica Sveti Rafael u Srmcu 15 kreveta, Psihijatrijska bolnica Sv. Ivan 15 kreveta, Specijalna bolnica za plućne bolesti Rockefellerova 51 krevet, Specijalna bolnica Duga Resa 5 kreveta, Psihijatrijska bolnica Rab 3 kreveta, Neuropsihijatrijska bolnica Popovača 8 kreveta, Psihijatrijska bolnica Ugljan 6 kreveta), u Klinici za psihijatriju Vrapče predviđeno je 15 kreveta, u stacionarima domova zdravlja 67 kreveta te u Ustanovi za palijativnu skrb „Marija Krucifiksa Kozulić“ 14 kreveta. U Specijalnoj bolnici Novi Marof 2014. godine zbrinuto je 884 bolesnika.

Prema izmjenama i dopunama Mreže javne zdravstvene službe primarna razina zdravstvene zaštite obuhvaća mrežu 47 koordinatora za palijativnu skrb. Županije određuju mjesto ugovaranja koordinatora za palijativnu skrb i potrebu za mobilnim specijalističkim timovima. U 2014. godini održani su mnogi sastanci sa predstavnicima županija vezani uz samu provedbu Strateškog plana razvoja palijativne skrbi. U studenom iste godine upućen je dopis Hrvatskom liječničkom zboru, Hrvatskoj udruzi medicinskih sestara, Hrvatskom psihološkom društvu, Hrvatskom društvu fizioterapeuta i Hrvatskoj udruzi socijalnih radnika, da svako društvo dostavi stručne smjernice u palijativnoj skrbi. Također je pokrenuta inicijativa za izradu kataloga kompetencija u palijativnoj skrbi te je prijedlog ponovno upućen prema stručnim društvima koja sudjeluju u palijativnoj skrbi. 2015. godine započeo je proces osnivanja projektnih timova na razini županija, te osnivanje županijskih koordinacijskih centara.

U siječnju 2015. započinje evaluacija rada mobilnih timova u palijativnoj skrbi domova zdravlja koji provode pilot projekte, a u veljači 2015. počinje evaluacija stacionarne palijativne skrbi u bolničkim zdravstvenim ustanovama. Izrađene su Smjernice za akutna stanja u palijativnoj skrbi te Smjernice za rad s palijativnim pacijentima u hitnim službama. U tijeku je definiranje kriterija palijativnog pacijenta te izrada standardizirane dokumentacije i obrazaca uspostave brze linije u bolničkim zdravstvenim ustanovama. Sustavno se uvodi dijagnoza Z 51.5, formiraju se specijalistički bolnički timovi, sestrinsko otpusno pismo, te se provjerava i osigurava

daljnja skrb palijativnog bolesnika nakon otpusta iz bolnice koji se ne više ne događa petkom ili vikendom.

2015. godine održana je osnivačka skupština Društva za hospicijsku i palijativnu zdravstvenu njegu HUMS-a. Svesrdnu podršku toj ideji pružili su Hrvatsko društvo za palijativnu medicinu Hrvatskog liječničkog zbora, CEPAMET, Hrvatska udruga prijatelja hospicija i Centar palijativne skrbi.

Ministarstvo zdravlja je kao zdravstveni prioritet uvrstilo palijativnu skrb u Nacionalnu strategiju razvoja zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2012.-2020. godine.

2.3. Palijativna skrb u Međimurskoj županiji

Prema podacima Državnog zavoda za statistiku u Popisu stanovništva iz 2001. godine u Međimurskoj županiji je udio stanovništva starijeg od 65 godina iznosio 13,7% da bi 2011. godine porastao na 15,6% (Kutnjak-Kiš 2015). Početak volonterskog djelovanja palijativnog tima bolnice Čakovec na području Međimurske županije datira iz 2007. godine kada je promijenjena prva trahealna kanila pacijentici sa mišićnom distrofijom u njezinom domu (Pavlic-Bermanec 2015). Od ožujka 2013. godine sa djelovanjem počinje Palijativni mobilni tim Doma zdravlja i od tada se provodi sustavna skrb nad palijativnim pacijentima u Međimurskoj županiji. Nažalost, mobilni palijativni tim je pilot projekt čije se djelovanje, odnosno dozvola za rad, obnavlja svake godine. Na taj način radno mjesto liječnika i medicinske sestre nije poželjno zbog nesigurnosti u duljinu trajanja projekta, zbog čega se od samog osnivanja mobilnog palijativnog tima promijenilo troje liječnika u timu. To zasigurno predstavlja problem i bolesnicima i obiteljima koji grade povjerenje u medicinsko osoblje, a nije lako niti mladim liječnicima koji tek ulaze u svijet medicine i liječništva, sustresti se sa tako teškim, neizlječivim bolesnicima. Unatoč tome, mobilni palijativni tim je od ožujka 2013. do listopada 2014. preuzeo skrb o 238 pacijenta, obavljeno je 1195 kućnih posjeta uz 24 satnu telefonsku dostupnost. U tom periodu obavljene su 733 telefonske konzultacije pacijent/obitelj, 354 konzultacije sa LOM, te 406 konzultacija sa ostalim suradnicima i specijalistima. (Interni dokument Doma zdravlja Međimurske županije 2015). Iskustvo palijativnog mobilnog tima je dobra suradnja sa volonterskim palijativnim bolničkim timom Županijske bolnice Čakovec, udrugom „Pomoč neizlječivima“, patronažnim sestrama, sestrama iz kućne

njege, posudionicom pomagala koja djeluje u sklopu udruge. Nešto lošija komunikacija još uvijek je sa LOM, što zbog obima posla, a što zbog kompleksnosti određenih situacija na terenu. Palijativni tim Doma zdravlja Čakovec surađuje i sa Centrom za socijalnu skrb Čakovec čime se nastoji postići ravnoteža u rješavanju socijalnih pitanja i pružiti pomoć bolesniku ali i obitelji u narušenim obiteljskim odnosima. Važno je naglasiti kako se dokumentacija mobilnog palijativnog tima sastoji od dva dijela, pri čemu prvi dio čini lista za prvi pregled, odnosno kompletna analiza fizičkog, psihičkog i socijalnog stanja bolesnika te analiza potreba i mogućnosti obitelji, a svaki drugi posjet bolesniku bilježi se na listu za praćenje bolesnika. Mobilni palijativni tim vodi svoj registar bolesnika od 2016. godine u koji se upisuju svi bolesnici u skrbi. Za označivanje pacijenata koji su prešli na palijativnu skrb koristi se MKB-šifra Z51.5 (Interni dokument Doma zdravlja MŽ 2015).

Postoji potreba za umreživanjem određenih servisa (LOM, bolnički i mobilni palijativni tim, patronažna skrb, laboratorijska djelatnost, specijalističke djelatnosti i dr.) kako bi svi sudionici skrbi o palijativnom bolesniku u isto vrijeme imali jednak pristup podacima. Time bi se značajno unaprijedila komunikacija među pružateljima usluga i onih koji skrbe o palijativnom bolesniku. 26.11.2013. godine održan je sastanak na kojem je osnovano bolničko Povjerenstvo za palijativnu skrb ŽB Čakovec. (Lista zadataka za razvoj palijativne skrbi u Međimurskoj županiji 2015). Neki od ciljeva rada povjerenstva su: rano prepoznavanje palijativnog bolesnika, procijena i suzbijanje boli i drugih simptoma, pružanje savjeta zdravstvenim radnicima koji skrbe na odjelu za palijativnog pacijenta, uspostavljanje komunikacijskih puteva među svim dionicima palijativne skrbi i dr. Također se od ožujka 2016. godine od strane Povjerenstva za palijativnu skrb ŽB Čakovec vodi registar palijativnih bolesnika gdje je do 1. rujna 2016. bilo upisano ukupno 42 bolesnika. Osnovana su i dva volonterska bolnička tima za palijativnu skrb čiji su članovi dvije liječnice specijalistice anesteziologije, te jedna prvostupnica sestrinstva i jedna magistra sestrinstva, zaposlene u ŽB Čakovec. Zadaci bolničkog tima su pregled palijativnog bolesnika u Ambulanti za liječenje boli ili na odjelu, po zahtjevu nadležnog liječnika, procjene za fizikalnom terapijom, procjana nutritivnih potreba, procjena informiranosti bolesnika o bolesti i njezinom stadiju, postavljanje indikacije za korekciju parenteralne terapije ili invanzivnih postupaka za liječenje boli. Ukoliko postoji potreba za pomagalom, kontaktira se voditeljica posudionice pomagala. Cilj bolničkog palijativnog tima također je osigurati kvalitetnu

skrb bolesniku nakon otpusta te lakši i bolji transfer prema specijaliziranim ustanovama ili na kućnu njegu. Trenutno su ŽB Čakovec dodijeljena dva kreveta za palijativne bolesnike, što nije dostatno za potrebe stanovnika Međimurske županije. Za duhovne potrebe bolesnika ŽB Čakovec brine duhovnik koji pruža duhovnu pomoć bolesnicima. Kada se pacijent otpušta iz bolnice vraća se u skrb lokalnom duhovniku koji najvećim dijelom nemaju potrebnu edukaciju iz palijativne skrbi. U sklopu Psihijatrijske poliklinike djeluje grupa za psihološku pomoć ženama koje su operirale karcinom dojke. Pružaju je bolnički psiholog i psihijatar. U Ambulanti za bol bolesnicima se nastoji pomoći u smirivanju simptoma, posebice bolova, titriranju doze analgetika ili opioida. Često se bolesnici prije samog otpusta provedu kroz Ambulantu za bol gdje liječnik specijalista koji je ujedno i član palijativnog bolničkog tima napravi detaljan pregled bolesnika i preporuči postupke vezane uz daljnju skrb (preuzimanje pacijenta a ne otpuštanje). Međimurska županija do sada je učinila pozitivne pomake u rješavanju pitanja zbrinjavanja palijativnog bolesnika. 2015. godine osnovan je Županijski projektni tim za razvoj sustava palijativne skrbi čiji su ciljevi raditi na osnaživanju tima za palijativnu skrb te uključiti i druge važne sudionike u zbrinjavanju- socijalnog radnika, duhovnika, fizioterapeuta, psihologa, zatim organizirati edukaciju za zdravstvene i nezdravstvene djelatnike, osnovati županijski Centar za koordinaciju palijativne skrbi i dr. (Lista zadataka za razvoj palijativne skrbi u Međimurskoj županiji 2015).

Aktivna je i udruga „Pomoć neizlječivima“ u okviru koje djeluje posudionica pomagala čije je posuđivanje besplatno te se na taj način bolesniku i obitelji olakšava skrb u vlastitom domu, a kako koriste prostor Županijske bolnice Čakovec za skladištenje dijela pomagala, pomoć se bolesnicima često pruža već na samom izlasku iz bolnice po završetku hospitalizacije. Za drugi dio pomagala prostor je osigurala Međimurska županija. Udruga broji preko 50 članova, a godišnje obave više od 200 intervencija prema bolesniku i obitelji.

U Međimurskoj županiji palijativni bolesnici često su smješteni po domovima za starije i nemoćne koji često ne zadovoljavaju potrebe palijativnih bolesnika i njihovih obitelji, no obitelj koja ne može samostalno uz trenutno dostupne usluge na terenu, brinuti o svome bolesniku, primorana je smjestiti bolesnika u takvu ustanovu. Cijena usluge smještaja nepokretnog bolesnika su visoke, što obitelji dodatno otežava ionako tešku financijsku situaciju. Potrebno je sustavno razvijanje mreže palijativne skrbi

Međimurske županije kako bi se osigurala jednaka dostupnost svim korisnicima palijativnih usluga.

Organiziranjem različitih tribina, edukacijskih skupova i predavanja nastoji se podići svijest zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika u zdravstvu o važnosti diferencijalnog pristupa palijativnom bolesniku, zbog čega se i interes zdravstvenih djelatnika ali i volontera za dodatnom edukacijom iz područja palijative u Međimurskoj županiji sve više povećava .

3. Cilj rada

- analizirati razvoj palijativne skrbi u pojedinim zemljama EU u odnosu na Republiku Hrvatsku
- procijeniti stupanj edukacije medicinskih sestara o specifičnim znanjima iz područja palijativne skrbi bolesnika u pojedinim zemljama EU u odnosu na Republiku Hrvatsku
- utvrditi koji su postojeći resursi i potrebe u palijativnoj skrbi Međimurske županije
- usporediti mogućnosti razvoja i unapređenja palijativne skrbi u Međimurskoj županiji u odnosu na kvalitetu i razvoj palijativne skrbi u zemljama EU

4. Metode i postavke

Diplomski rad rezultat je pretraživanja i analize dostupne aktualne znanstvene i stručne literature i dokumenata, te zakonskih propisa važećih u pojedinim zemljama EU, jednako kao i u Republici Hrvatskoj. Dobivene informacije iz navedenih izvora uz podatke dostupne na službenim internetskim stranicama Hrvatske, EU i Europskog parlamenta usporedila sam sa situacijom u Republici Hrvatskoj te sam prikazala moguća rješenja u poboljšanju palijativne zdravstvene skrbi u Međimurskoj županiji.

5. Prikaz razvoja palijativne skrbi, postojećeg stanja i kvalitete pružene palijativne skrbi u zemljama EU

5.1. Austrija

2006. godina stanovništvo Austrije broji 8.2 milijuna stanovnika. U to vrijeme posjeduju 55 ustanova za palijativnu skrb te približno 209 palijativnih kreveta. Bolničke usluge financiraju se iz nacionalnog sustava zdravstvene zaštite, dok su hospiciji i timovi za njegu u kući subvencionirani od strane Vlade u različitim stupnjevima. 2006. godine dostupno je 18 stacionarnih jedinica, 7 hospicija, 10 bolničkih timova, 17 kućnih posjeta i dva dnevna centra, a pedijatrijske usluge nisu dostupne. Prepisivanje opioida ograničeno je birokratskim propisima ali i osobnim predrasudama liječnika. Na terenu djeluje 116 hospicijskih ekipa sastavljenih od obučenih volontera. Postoji oko 700 profesionalaca i gotovo 2000 volontera koji rade u području palijativne skrbi. Medicinske sestre imaju oko 60 sati obuke u dodiplomskom studiju uz mogućnost dodatnih 160 sati usavršavanja, dok se liječnici obučavaju na posebnim tečajevima. Volonteri imaju do 70 sati obuke. Za liječnike ne postoji specijalizacija u palijativnoj skrbi. Ministarstvo zdravstva u više je navrata djelovalo na području palijativne skrbi uključujući ga u nacionalne dokumente koji se odnose na financiranje i alokaciju resursa raspravljajući o izvješću Vijeća Europe (2003). Odobreno je 6 mjeseci godišnjeg odmora (9 mjeseci ako je pacijent dijete za radnike koji vode brigu o bolesnom ili umućem članu obitelji). Eutanazija nije legalna u Austriji. Državni zdravstveni sustav u potpunosti pokriva boravak u bolnici, taj iznos postupno se smanjuje nakon 21 dan dok se ne postigne 50% ukupnog iznosa. Nacionalni zdravstveni sustav subvencionira rad hospicija, timove kućne njege i dnevne centre (Policy Department Economic and Scientific Policy 2007).

U Austriji otprilike 10-20 % svih bolesnika koji umiru u bolnici imaju potrebu za dodatnom palijativnom skrbi. Financijski proračuni rađeni za 2010. godinu navode potrebu za jedan multiprofesionalni mobilni palijativni tim na svakih 140 000 stanovnika kako bi se osigurala jednaka dostupnost svima. Hospiciji i palijativna skrb dio su integriranih struktura u planiranju zdravstvene zaštite, no još uvijek nedostaje sigurni financijski propisi da se osigura financiranje cjelokupne palijativne skrbi. Vidljiv je pozitivan pomak u dostupnosti i kvaliteti pružanja palijativne skrbi pa tako krajem 2009. godine Austrija povećava broj usluga na 247 hospicija i objekata za palijativnu skrb i to: 27 bolničkih palijativnih odjela, 8 bolničkih hospicija, 3 hospicijska dnevna centra, 34

palijativna konzultacijska servisa, 35 mobilnih palijativnih timova i 140 hospicijska tima (The Health Sistems and Policy Monitor 2013).

5.2. Belgija

Palijativna skrb u Belgiji ima dugu tradiciju. Razvoj palijativne skrbi započinje nakon 1985. godine. 1997. Kraljevskim je dekretom propisano da za palijativnu skrb profesionalci, kao i volonteri, trebaju biti posebno educirani. Neki od indikatora vitalnosti i snage mlade ali rastuće strukture palijativne skrbi u Belgiji su tri regionalne federacije palijativne skrbi (svako posebno za Flanders, Bruxelles i Wallon). Belgija je podijeljena na 28 dobro organiziranih „palijativnih mreža“ koje su udružene sa općom praksom za pružanje palijativne skrbi bolesnicima na zahtjev. 2002. godine osnivaju se dnevni centri, nudeći prilagođen i specijaliziran program. Palijativna skrb se također pruža i u domovima za starije i nemoćne gdje se osoblje posebno educira kako bi pružilo adekvatnu palijativnu skrb. 2006. godine Belgija posjeduje 182 servisa za pružanje usluga palijativne skrbi. U nekim bolnicama palijativni odjeli imaju 6 do 12 kreveta. Ukupno je registrirano 379 palijativnih kreveta unutar 5 bolnica u Bruxellesu, 29 bolnica u regiji Flanders te 17 bolnica u regiji Wallon. Nedavna studija Univerziteta Vrije u Bruxellesu opisujući troškove specijalizirane palijativne skrbi navodi da polovica palijativnih bolesnika (41%) koristi specijaliziranu palijativnu skrb. Njačešći korisnici su bolesnici sa karcinomom (60% u odnosu na 27% drugih poremećaja). Rezultati također ukazuju na nedostatak provedbe palijativne skrbi kod starijih i kod bolesnika oboljelih od nemalignih bolesti. Isto tako pretpostavlja se kako će broj palijativnih bolesnika biti između 10 000 i 20 000 što znači otprilike između 8 000 i 13 000 palijativnih bolesnika na primarnoj razini skrbi, 5 500 stacionarno zbrinutih te 3 000 bolesnika u bolnicama. Mogućnosti koje se pružaju bolesnicima su različite, od palijativne skrbi u kući, dnevnim centrima, domovima za starije i bolnicama te palijativnim odjelima unutar bolnica. Pacijenti koji ostaju u svojim domovima, a očekivano trajenje života im je manje od tri mjeseca mogu imati beneficije „palijativnog statuta“ koji isključuje troškove posjeta liječnika, medicinske sestre ili fiziterapeuta. U 2007. godini 13 097 bolesnika iskoristilo je mogućnosti ovog statuta. Belgijski zakon potiče kućnu skrb i njegu s mogućnošću prekida poslovnih obaveza (pola radnog vremena ili puno radno vrijeme maksimalno dva mjeseca).

Njegu u kući obavlja tim stručnih profesionalaca (liječnik opće prakse, medicinska sestra, fizioterapeut, psiholog), njegovatelji i volonteri. Multidisciplinarni savjetodavni tim s druge strane pruža potporu u savjetovanju, povezivanju i koordinaciji sa njegovateljima i drugim pružateljima palijativne skrbi. Ovaj tim također je odgovoran za registraciju podataka te dnevno/noćnu telefonsku dostupnost njegovateljima. Postoji oko 900 stalnih ili honorarnih liječnika, više od 3 000 medicinskih sestara, 1 000 volontera i 300 drugih radnika u području palijativne skrbi. Veći broj liječnika koji djeluju u općoj praksi nisu liječnici specijalisti, niti je palijativna skrb uključena u medicinski kurikulum, no postoji specijalizacija za medicinske sestre. Eutanazija je legalna pod strogim uvjetima, uključujući puni pristup uslugama palijativne skrbi. Palijativnu skrb u Belgiji gotovo isključivo financira vlada sa samo dva ne-vladina centra. (Policy Department Economic and Scientific Policy 2007. The Health Sistems and Policy Monitor 2010).

5.3. Italija

Italija 2006. godine ima 58,5 milijuna stanovnika, približno 1.095 kreveta za palijativne bolesnike i 258 ustanova za palijativnu skrb. Ima najstariju europsku populaciju zbog čega palijativna skrb postaje sve važnija. Nejednakost pristupa otprilike je proporcionalna u svakoj regiji: sjeverni Talijani statistički imaju mnogo veću vjerojatnost da će biti u sustavu palijativne skrbi (kod kuće, ili u bolnicama i hospicijima) od strane liječnika, nego što to vrijedi za njihove južne kolege. Palijativna skrb nije prepoznata kao specijalnost, ipak veći dio skrbi (koji se u pravilu odrađuje kod kuće) trenutno koordiniraju onkolozi, anesteziolozi, ali i liječnici opće prakse, koji nisu uvijek adekvatno obučeni za liječenje boli i emocionalnu podršku. Ti nedostaci se trenutno rješavaju na nacionalnoj razini. U 2006. godini pokrenut je projekt Progetto Bambino (Dječji projekt) pokrenut od strane Ministarstva zdravstva i Maruzza zaklade s ciljem uspostavljanja mreže za dječju njegu u kući (jedan je završen, a još tri su u planu). Tu je i povjerenstvo Ministarstva zdravstva koje se sastoji od istaknutih stručnjaka za palijativnu skrb, koji izrađuju nacionalni plan o palijativnoj skrbi. Dostupno je 5 bolničkih odjela, 90 hospicija, 10 dnevnih centara, 7 pedijatrijskih servisa bilo kućnih ili bolničkih. Opioidi su široko dostupni, ali često zloupotrebljavani, ili nedovoljno korišteni. Postoji više od 2000 liječnika i medicinskih sestara koji rade u palijativnoj skrbi; međutim, malo je službene obuke. Volonteri igraju važnu ulogu, iako na jugu mnoge obitelji same vode brigu za svoje rođake. Većina edukacije o palijativnoj skrbi odvija se na privatnim

ustanovama. Postoji nekoliko poslijediplomskih i drugih tečajeva za liječnike i medicinske sestre, iako mogućnosti široko variraju ovisno o regiji i instituciji. Radnici u palijativnoj skrbi ne uživaju priznanja kao takvi, i o upravljanju boli nema adekvatne edukacije na dodiplomskoj razini. Oko 140 psihologa pruža podršku pacijentima i njihovim obiteljima, iako to osoblje sudjeluje samo u oko 40% od cjelokupne palijativne usluge skrbi koja se nudi. Zdravstvom se u velikoj mjeri upravlja regionalno, postoji široka paleta modela skrbi i naknada sustava u cijeloj zemlji. Baš kao što se zdravstveni sustav razlikuje po regijama, razlikuju se i financijski modeli. Procjenjuje se da oko 250 organizacija financira vlada, a 137 ovisi o nevladinim udrugama i privatnim donacijama. Daljnjih 155 primaju financijska sredstva iz javnog i privatnog sektora. Može se reći da većina timova za kućnu njegu nije javno financirana (Policy Department Economic and Scientific Policy 2007). U novije vrijeme Zakon 38/2010 uveo je širi pristup palijativnoj skrbi i menadžmentu bol. Najčešći je model bolničke strukture, palijativni odjel koji predviđa skrb za sve tipove bolesnika, uključujući i djecu koji pate od kroničnih, degenerativnih bolesti (The Health Sistems and Policy Monitor 2014).

5.4. Nizozemska

Nizozemska 2006. godine posjeduje približno 755 kreveta palijativne skrbi. Stanovništvo broji 16,3 milijuna. Postoji oko 148 ustanova za palijativnu skrb, dostupna su 4 bolnička odjela, 84 hospicija, 50 bolničkih timova, nekoliko domova kućne njege i dnevnih centara. Pedijatrijske usluge palijativne skrbi nude se u 4 hospicija. Jednim dijelom vlada podupire neke, ali ne sve medicinske troškove, obuke i istraživanja. Nacionalna mreža palijativne skrbi osnovana je 1995. godine, i od tada je obnovljena i poboljšana nekoliko puta. Palijativna medicina nije prepoznata kao specijalnost, većinu skrbi pruža opća praksa, koja nije uvijek adekvatno osposobljena ali ima važnu ulogu u palijativnoj njezi. U posljednjoj godini života pacijenti je kontaktiraju u prosjeku 27 puta, dok otprilike 1.5 puta više kontaktiraju pacijenti iznad 75. godine života. Iako je raspoloživost ustanova palijativne njege dostatna, postoje goleme regionalne nejednakosti. Većina ustanova je koncentrirana u velike gradove i na zapadni dio zemlje. Od travnja 2002. godine, nizozemski Kazneni zakon (Dutch Penal Code) sadrži specifična pravila s obzirom na eutanaziju. U toj godini, prekidanje života na zahtjev i čin potpomognutog samoubojstva poznat kao čin eutanazije ozakonjen je na državnoj razini. Čin dozvoljava dvije vrste eutanazije pod strogim uvjetima: prekid života od strane liječnika na zahtijev bolesnika, s ciljem prekidanja nepodnošljivih patnji bez

izglednog napretka, te samoubojstvo uz liječničku pomoć. Eutanazija se može izvršiti samo na izričit zahtjev pacijenta. Čin isključuje krivnju doktora koji udovoljava zahtjevu za eutanazijom ako ispunjava ozakonjen kriterij tijekom skrbi i obavijesti svoje nadređene. Pacijenti iz drugih država ne mogu doći u Nizozemsku i zatražiti eutanaziju. Liječnici nisu obvezni ispunjavati zahtjev za eutanazijom, ali moraju uputiti pacijenta drugom doktoru. Opioidi su dostupni, ali često nekorišteni ili zloupotrebljavani. Kreatori politike uživaju snažnu javnu potporu (u 2007. godini, po prvi put, palijativna skrb spominje se kao tema dnevnog reda vlade). Podaci o pružanju usluga ne pokrivaju svu palijativnu skrb koja je dostupna; postoje i druge institucije koje nisu definirane kao "palijativne", ali koje pružaju ove usluge, kao što su oko 35 vrtića za pacijente s karcinomom i mnogi domovi za njegu bolesnika. U Nizozemskoj postoji oko 800 profesionalaca koji rade uglavnom skraćeno radno vrijeme u palijativnoj skrbi, uključujući oko 200 liječnika i 400 medicinskih sestara te oko 6000 dobrovoljaca. Iako trenutno ne postoji specijalizacija iz palijativne medicine, postoje brojni tečajevi za stručnjake iz tog područja. Istraživačka klima ovdje je zdrava, s brojnim tekućim istraživanjima. Većina usluga palijativne skrbi uključuju profesionalnu ili dobrovoljnu psihološku podršku, iako je kvaliteta ove usluge puno veća ako im se ponudi od strane profesionalaca. Vlada je uložila mnogo novaca za potporu istraživanjima, obuci, bolnicama i upravljanju kvalitetom, no i dalje se mnogo usluga palijativne skrbi (pogotovo njega u kući) oslanja na kombinaciju drugih izvora sredstava, uključujući i privatne donacije i osiguranje, nevladine organizacije, subvencije (Policy Department Economic and Scientific Policy 2007.The Health Sistems and Policy Monitor 2010)

.

5.5. Njemačka

2006. godine Njemačka ima 82,5 milijuna stanovnika, približno 2.034 kreveta palijativne skrbi i 331 ustanovu palijativne skrbi. Palijativna zaštita u ovoj zemlji je dosta neujednačena, iako je u stalnom porastu i širi se na većem području. Regija Nordrhein-Westfalen je najrazvijenija, tu se sponzoriraju istraživački projekti i pilot-programi za testiranje različitih modela skrbi, dok ostale regije imaju malo ili nimalo dostupna sredstva. Politička volja postoji, kao što se očituje u ugovoru iz 2005. između CDU-a, SPD-a i FDP-a, s ciljem podrške za skrb umirućih. Dostupna su 116 odjela za smještaj pacijenata, 59 bolničkih timova, 129 hospicija, 30 timova za kućnu njegu i 11 dnevnih

centara. Što se tiče pedijatrijske palijativne skrbi dostupan je 1 bolnički odjel, 8 pedijatrijskih hospicija i 7 timova za podršku u bolnici. Slabi opioidi su dostupni besplatno na recept, ali jaki opioidi i dalje zahtijevaju tri primjerka obrasca zahtjeva, iako je proces kontinuirano poboljšavan kroz obnavaljenje zakonodavnih mehanizama. Ovdje su spomenuti samo bolnički timovi, hospiciji i timovi u domovima u kojima je osigurana specijalizacija, a postoji još oko 1000 volonterskih timova u domovima. Također je zabilježeno oko 65 dnevnih centara sa sjedištem u hospicijima i bolnicama. Drugi izvori prijavljuju do 216 hospicija, mada je specijalizirana obuka osoblja često odsutna. Nema podataka za palijativnu radnu snagu u Njemačkoj, ali se procijenjuje da ima oko 80.000 zaposlenih (uključujući i većinu volontera) koji rade u tom polju. Obrazovanje i osposobljavanje su uvelike poboljšani (uključujući od 2003. godine novu subspecijalizaciju u palijativnoj medicini). Postoji oko 430 timova za podršku u hospicijima i timova za neizlječive bolesnike te još njih 50 koji rade u bolnicama. Znanstvena literatura ukazuje na to da psiholozi, socijalni radnici i svećenici čine sastavni dio bolničkih jedinica palijativne skrbi u bolnicama i oni brinu za potrebe pacijenta. U proteklih pet godina, brojni novi zakoni i administrativne mjere podržali su promociju kvalitete i dostupnosti palijativne skrbi u Njemačkoj, uključujući i studiju naručenu u Bundestagu, kako bi se donijele preporuke o poboljšanju skrbi za terminalno bolesne. Najznačajniji zakon koji je uslijedio bio je uključivanje i financiranje kućne njege u nacionalnu zdravstvenu infrastrukturu. Ova smjernica stupila je na snagu u ožujku 2008. godine. Mehanizmi financiranja za palijativnu skrb u Njemačkoj su komplicirani i ovise o vrsti skrbi. Bolnička skrb je subvencionirana ili uključena u državni zdravstveni sustav. Ukupno financiranje po osiguraniku u 2002. godini iznosilo je 0.15 eura, dok je 2007. povećano na 0.40 eura. Od 1997. godine zakon propisuje da hospiciji moraju primati dnevne subvencije za svoje pacijente, ali se financiraju i donacijama. Između 1996. i 2011. broj palijativnih odjela u bolnicama porastao je s 28 na 231, a broj bolničkih objekata za hospicijsku skrb sa oko 30 na 179. U 2009. broj palijativnih kreveta bio je 17 na milijun stanovnika, a broj hospicijskih kreveta bio je 18 na milijun stanovnika. U 2011. godini se procjenjuje kako je zapravo potrebno 25-30 kreveta na milijun stanovnika. Ambulantna hospicijska i palijativna skrb u 2008. godini pružila je oko 1450 usluga. Očekuje se da će poboljšanje ambulantne specijalizirane palijativne skrbi koštati oko 230 milijuna eura i to: 110 milijuna eura za 330 specijaliziranih timova, 110 milijuna eura za poboljšanje skrbi farmaceutskim proizvodima, medicinskim pomagalima i drugim kadrovskim uslugama, te 20 milijuna eura za liječnike obiteljske

prakse. Time se očekuje povećanje kvalitete života umirućih bolesnika i smanjenje trajanja boravka u bolnicama. (Policy Department Economic and Scientific Policy 2007.The Health Sistems and Policy Monitor 2013.)

5.6. Španjolska

Prema podacima iz 2004. godine između 50%-60% smrtnih slučajeva u Španjolskoj posljedica su karcinoma ili uznapredovale kronične bolesti. U 2008. godini Europski parlament objavio je izvješće kojem se Španjolska po kvaliteti pružanja usluga palijativne skrbi svrstava na sedmo mjesto od 23 zemlje članice. Španjolska ima 44,4 milijuna stanovnika, približno 1.098 kreveta palijativne skrbi i 350 timova palijativne skrbi. Pokrivenost palijativnom skrbi je neujednačena u Španjolskoj, s nekim visoko razvijenim regijama, kao što su Katalonija i Extremadura, ostalim srednje razvijenim regijama, kao što su Baskija ili Cantabria, a nekoliko područja je relativno slabo razvijeno, kao što je Galicia. Izgleda kao da razina palijativne skrbi ima manje veze s ekonomskom snagom pokrajine, nego s voljom regionalnih vlasti, obzirom da Extremadura i Katalonija predstavljaju suprotne krajeve socio-ekonomskog spektra. Drugi opći trend u Španjolskoj je važna uloga obitelji (posebno žene) u brizi za članove obitelji i noviji zakoni počeli su se baviti ovom tematikom. Doista, palijativna skrb će se u iduće 2-3 godine gotovo udvostručiti, dosegnuvši 700 davatelja usluga u odnosu na oko 350 ponuđenih trenutno. Trenutno je dostupno 95 odjela za smještaj pacijenata, 27 bolničkih timova, hospicija nema, postoji 28 dnevnih centara. Što se tiče pedijatrijske palijativne skrbi postoje 2 bolnička odjela. Opioidi su dostupni, ali često nedovoljno korišteni. Oko 1.600 profesionalca radi na terenu, uključujući gotovo 500 liječnika i 800 medicinskih sestara. Devet sveučilišta nudi preddiplomske medicinske tečajeve o ovoj temi, a oko polovice škola nudi tečajeve skrbi (uglavnom kao izborni predmet) na preddiplomskom studiju. Trenutno ne postoji doktorski studij, ali postoji šest magistarskih tečajeva u cijeloj zemlji, a elementi palijativne skrbi uključeni su u kurikulume raznih drugih specijalizacija, kao što je onkologija. Istraživačko okruženje je također relativno zdravo, više državnih potpora planira potaknuti daljnja istraživanja. Više od stotinu psihologa i oko 40 vjerskih vođa rade u polju njege bolesnika i emocionalnih potreba njihovih obitelji, iako službeno postoje samo 2 tima za podršku u žalovanju. Ovaj element njege dobro je predstavljen u izvješću Ministarstva zdravstva

za 2007. godinu o strategiji za daljnju palijativnu skrb. Palijativna skrb je priznata kao osnovno pravo prema španjolskom zakonu i opisana kao visok prioritet za brojna istraživanja. Ministarstvo zdravstva i regije usvojile su dokument kojim se jamči sveobuhvatna skrb za dijete i obitelj tijekom bolesti. Eutanazija i potpomognuto samoubojstvo nisu legalni. Zdravstvo u Španjolskoj pokriva sustav socijalne sigurnosti, u koji je uključena i palijativna skrb. Međutim, samo oko 60-65% troškova palijativne skrbi pokriva vlada. Ostatak je pokrivaju privatne osobe s različitim izvorima financiranja (Policy Department Economic and Scientific Policy 2007. The Health Sistems and Policy Monitor 2010).

5.7. Švedska

Prema Nacionalnom odboru za zdravstvo i socijalnu skrb u Švedskoj, palijativna skrb je pristup koji poboljšava kvalitetu života bolesnika i njegove obitelji. Prvi nacionalni standardi o palijativnoj skrbi objavljeni su 1979. godine. Od tada je palijativna skrb u potpunosti integrirana u nacionalni zdravstveni sustav, s posebnim zakonom koji daju pravo na 8 tjedni godišnji odmor za brigu o umirućem. Procijena palijativne skrbi koju je proveo Nacionalni odbor za zdravstvo i socijalnu skrb pokazao je da 70% medicinskih sestara smatra da se kvaliteta palijativne skrbi poboljšala između 1999. i 2001. čemu je pridonio provedeni projekt pod nazivom „Bolja skrb na kraju života“ koji je pokrenut 2000. godine. 2006. Švedska ima 9 milijuna stanovnika, približno 650 kreveta palijativne skrbi i 105 timova palijativne skrbi. Palijativna skrb je općenito vrlo dobro razvijena u Švedskoj. Javno zdravstvo podržava i upravlja samostalno 60 županijskih vijeća i nadzire od strane Odbora za zdravstvo i socijalnu skrb. Ovaj organizam trenutno formulira smjernice i pokazatelje kvalitete za njegu onih s kroničnim bolestima (od prevencije do palijativne skrbi), s ciljem povećanja učinkovitosti i kvalitete u zdravstvenom sustavu. Švedski nacionalni registar palijativne skrbi i Švedsko vijeće za palijativnu skrb dvije su nevladine organizacije koje također prate kvalitetu i podržavaju razvoj. Izazovi u ovom sustavu su viši standardi za skrb na kraju života u domovima te bolja obuka za medicinsko osoblje na sveučilištima. Drugi problem na koji je nedavno skrenuta pozornost, kao i u mnogim europskim zemljama, budućnost je financiranja zdravstva, koje se suočava s brzim starenjem stanovništva i rastom medicinskih troškova. Dostupno je 40 jedinica sa smještajem za pacijenata, 10 bolničkih timova, 5 hospicija i 50 timova za kućnu njegu. Postoji 8 dnevnih centara, 2 pedijatrijska tima za

palijativnu skrb. Opioidi su lako dostupni. Postoji oko 300 liječnika i 1500 medicinskih sestara koji rade u palijativnoj skrbi, kao i veliki broj fizioterapeuta i socijalnih radnika. Stručnjaci i volonteri imaju pristup raznim vrstama obuke i tečajevima od strane hospicija i sveučilišta, uključujući i mogućnost stjecanja diplome palijativne medicine. Tu su i brojni istraživačkih projekti koji su još uvijek u toku. Ne postoje podaci o broju psihologa i vjerskim vođama koji rade u palijativnoj skrbi, kao ni točan broj onih koji su završili neku obuku. Nacionalni odbor za zdravstvo i socijalnu skrb, koji razmatra budući razvoj zdravstvenih ustanova također je nedavno objavio Nacionalni izvještaj o palijativnoj skrbi; u tijeku je izrada nacionalne strategije za rak, koja uključuje i palijativnu skrb. Gotovo svi palijativni centri financijski su pokriveni od strane vlade, s izuzetkom dnevnih centara, koji nisu uvijek javno financirani (Policy Department Economic and Scientific Policy 2007. The Health Sistems and Policy Monitor 2012).

5.8. Velika Britanija

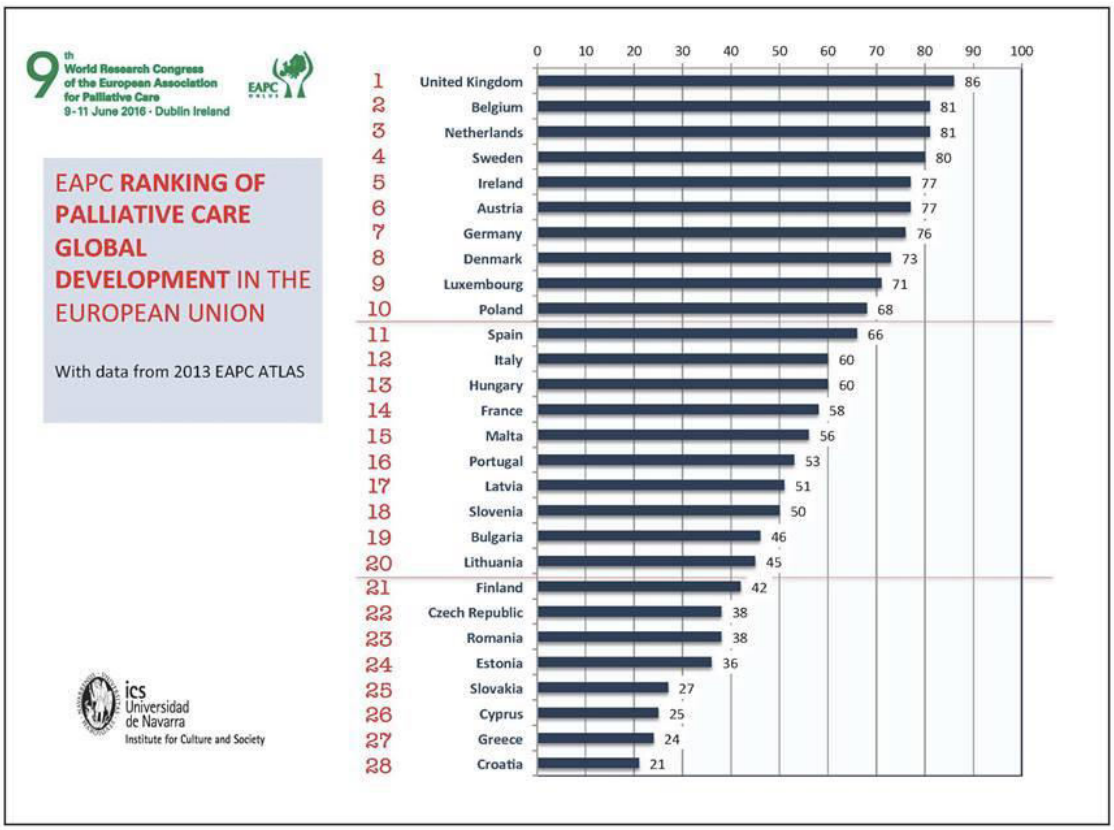
Velika Britanija ima 59,8 milijuna stanovnika, približno 3.180 kreveta palijativne skrbi te 882 tima za palijativnu skrb. Velika Britanija je bila kolijevka modernog pokreta hospicija, a osnivač pokreta Dame Cicely Saunders, definira totalni pristup koji je još uvijek prihvaćen od stručnjaka diljem svijeta. Ova zemlja je i dalje lider u palijativnoj skrbi u Europi u količini usluga, imaju visoke standarde, te su vodeći u istraživačkom okruženju. To je ujedno i prva zemlja koja je objavila nacionalnu strategiju za pedijatrijsku palijativnu skrb (u veljači 2008.). Međutim, aktivisti za njegu nisu zadovoljni s ponuđenim, možda je i to dokaz visokog stupnja razvoja palijativne skrbi u Velikoj Britaniji. Dobro su informirani o nedostacima sustava i specifičnostima o daljnjim reformama koje treba provesti. Britanija pati od nedostataka medicinskog osoblja u palijativnoj skrbi, gdje su mnoga slobodna radna mjesta nepopunjena zbog nedostatka kvalificiranih kandidata. Obuka je također problem, kao i dostupnost lijekova izvan radnog vremena. Dostupna su 63 odjela za palijativne bolesnike, 305 bolničkih timova, 158 hospicija, 356 timova za kućnu njegu te 257 dnevnih centara. Pedijatrijska palijativna skrb provodi se u 34 hospicija, 112 bolničkih timova za podršku i 112 timova za njegu u kući. Dobra je dostupnost opioida u standardno radno vrijeme, ali postoji neslaganje s tim da liječnici obiteljske prakse prepisuju morfij. Postoji između 6000-7000 stručnjaka u ovom polju, uključujući gotovo 5.000 medicinskih sestara i oko 750

liječnika; oni su dalje podržani ogromnom mrežom od nekih 70.000 volontera. Rezultati istraživanja provedenog 2006. godine ukazuju da volonteri doprinose vrijednosti jednakoj gotovo četvrtini troškova u palijativnoj skrbi, uključujući i usluge podrške u žalovanju. Velika Britanija je prva zemlja u svijetu koja je prepoznala palijativnu medicinu kao specijalnost. Zagovornici palijativne skrbi sada navode potrebu za širim nastavnim planom i programom palijativne skrbi na nižim razinama, preddiplomskim tečajevima i medicinskim školama, u cilju pripreme opće prakse da se bave boli pacijenta. Medicinska istraživanja u Velikoj Britaniji, uključujući i palijativnu medicinu, dobro su zastupljena u nizu akademskih istraživačkih centara. Broj psihologa koji rade u palijativnoj skrbi je nepoznat; međutim od vremena Dame Cicely Saunders, emocionalna podrška je bila stup britanske palijativne skrbi. Nažalost, postoji nedostatak kvantitativnih podataka za točan opis trenutne situacije. U Sjevernoj Irskoj pokrenuta je 2006. godine mreža žalovanja i niz drugih aktivnosti što uključuje velikodušna ulaganja iz Nacionalnog zdravstvenog sustava, akcijske planove uključujući i palijativnu njegu u 34 nacionalne mreže za rak, tehnološku raspodjelu sredstava u Sjevernoj Irskoj, te brojne objavljene smjernice u različitim aspektima skrbi. U 2008. godini pokrenuta je nacionalna strategija o palijativnoj skrbi za djecu, koja pruža jasne smjernice za lokalne povjerenike, pružatelje zdravstvenih usluga o ciljevima i strategiji jedinstvene politike za pedijatrijske usluge palijativne skrbi. Eutanazija i potpomognuto samoubojstvo nisu legalni. Približna podjela usluga financiranih od strane vlade su: 30% bolnička njega, 59% kućna njega, 23% dnevni boravak i 83% je bolnička podrška; ostatak se financira kombinacijom javnih i privatnih fondova. (Policy Department Economic and Scientific Policy 2007. The Health Sistems and Policy Monitor 2011).

I neke druge zemlje slijede razvoj hospicijskih pokreta pa je tako 1976. osnovan volonterski hospicijski centar u Krakovu, u Poljskoj. Lakhta hospicij otvorio se u St. Petersburgu, u Rusiji 1990. a u Budapešti, Mađarskoj otvoren je hospicijski centar sljedeće godine. Nakon toga otvaraju se hospicijski centri u Bugarskoj, Rumunjskoj, Češkoj i Slovenji (1992), Albanija, Kirgistan i Litva (1993), Bjelorusija i Hrvatska (1994), Ukrajina (1996), Estonia i Latvia (1997), Azerbejđan, Bosna, Makedonia i Moldavija (1998), Armenija (1999), Slovačka (1999), Srbia (2000), Gruzija (2001) (Policy Department Economic and Scientific Policy 2007).

U svim zemljama Europe razvijeni su i implementirani različiti modeli pružanja usluga. Na primjer, osim Velike Britanije, zemlje Njemačka, Austrija, Poljska i Italija imaju dobro razvijenu i široku mrežu hospicija. Model mobilnih timova ili bolničkih timova za podršku usvojen je u velikom broju zemalja, poglavito u Francuskoj. Razvijaju se dnevni centri koji su karakteristični za Veliku Britaniju, sa stotinama različitih usluga koje su trenutno u funkciji. Broj ležajeva na milijun stanovnika kreće se između 45-75 kreveta u najnaprednijim europskim zemljama, na samo nekoliko kreveta u ostalima. Zemlje s najvećim razvojem palijativne skrbi u svojim subregijama kao mjere po omjeru usluga na milijun stanovnika su: Zapadna Europa - Velika Britanija (15); Srednja i Istočna Europa - Poljska (9); Zajednica Nezavisnih Država - Armenija (8) (Centeno C et al. 2007**)**

Nedavno je na 9. Svjetskom istraživačkom kongresu Europskog udruženja palijativne skrbi održanom 2016. godine u Dublinu predstavljeno najnovije istraživanje „Ljestvica razvoja palijativne skrbi u Europi“ (Woitha et al. 2016). Za potrebe ovog istraživanja značenje razvoja palijativne skrbi zapravo je kombinacija postojanja različitih usluga odnosno resursa, te mogućnost daljnjeg razvoja palijativne skrbi odnosno njezina vitalnost. Resursi obuhvaćaju tri vrste indikatora usluga po populaciji: bolnički palijativni odjeli i bolnički hospiciji, bolnički timovi za potporu i timovi za njegu u kući. Vitalnost u ovom kontekstu znači postojanje nacionalog udruženja, imenik dostupnih usluga, te prisutnosti liječnika na konferencijama i izdavanja publikacija. Prema dobivenim bodovima vodeća zemlja uzima se kao referentna točka prema kojoj se rangiraju sve ostale zemlje. 75% rezultata dano je resursima, dok je 25% pridodano vrijednostima vitalnosti. Ukupan zbroj bodova rezultirao je konačnim poretkom. Rezultati pokazuju da je Velika Britanija postigla najviši stupanj razvoja (86% od maksimalnog mogućeg rezultata) a slijede ju Belgija i Nizozemska (81%) i Švedska (80%). S obzirom na resurse vodeći su Luksemburg, Velika Britanija i Belgija, dok je vitalnost najbolje rezultate dobila u Njemačkoj i Velikoj Britaniji. Nizozemska, Malta i Portugal postigli su najveći napredak u odnosu na istraživanje provedeno 2007. godine, dok su se pozicije Španjolske, Francuske i Grčke pogoršale. Prema ovom istraživanju Hrvatska zauzima posljednje, 28 mjesto sa samo 21% dobivenih bodova (Slika 1).



Slika 1: Ljestvica razvoja palijativne skrbi u Europi (*Ranking of Palliative Care Development across Europe*, *https://eapcnet.wordpress.com/2016/08/31/ranking-of-palliative-care-development-across-europe/*)

6. Kompetencije u radu s palijativnim bolesnicima

Kompetencije su znanja, vještine i sposobnosti koje bi osoba trebala posjedovati nakon završetka određene razine obrazovanja. Primjena i implementacija kompetencija uvelike ovisi i o motiviranosti same osobe za obavljanje određenih aktivnosti. Područje palijativne zdravstvene skrbi svakako je područje u kojem svaka osoba koja sudjeluje kao pružatelj usluga mora imati razvijenu empatiju i strpljivost, visoku intrizičnu motivaciju i visoke moralne i etičke vrijednosti. Bez ovih elemenata, svako teoretsko znanje i najviši stupanj stručnosti nisu dovoljni da bi se takvoj osobi dozvolio pristup palijativnom bolesniku.

6.1. Kompetencije medicinske sestre u palijativnoj skrbi u zemljama EU

Prema smjernicama EAPC, medicinske sestre u palijativnoj skrbi trebale bi posjedovati kompetencije u pet domena sestrinske skrbi: bolesnik, obitelj, timski rad, društveni aspekti skrbi te mogućnosti lokalnog zdravstvenog sustava. Napredna obuka trebala bi istovremeno produbljivati izlaganje teoriji i kliničkim elementima, uzimajući u obzir potrebu osvješćivanja da se kao profesionalci često susreću sa smrću drugih osoba. Imperativ u radu je otvorena komunikacija i etičke norme koje podupiru i pružaju najbolju palijativnu skrbi bolesniku. Medicinske sestre u palijativnoj njezi trebale bi posjedovati vještinu promatranja, procjene, odgovoriti na bolesnikove potrebe i evaluirati uspješnost provedene skrbi u svakom stadiju bolesti prema dotadašnjem iskustvu i obučenosti. Razvoj vještina u **bazičnom stupnju** potrebno je fokusirati na *osiguranje udobnosti bolesniku* koje mogu ublažiti i umiriti bolesnika, kao i druge postupke poput *njege usne šupljine, namještanje u pravilan položaj, upotrebu antidekubitalnih madraca, sprečavanje komplikacija nastalih od dugotrajnog ležanja ili balans tekućina u organizmu*. U **naprednom stupnju** edukacije potreban je *širi prikaz kliničkih aspekata boli kao i procjena i tretman drugih simptoma te potrebne vještine u kompleksnom zbrinjavanju cijele obitelji.* Za sestru specijalista te vještine potrebne su u situacijama kada bi se rad medicinske sestre mogao bazirati na stupnju autonomije i sposobnosti donošenja kliničkih odluka neovisno o drugim medicinskim disciplinama (Policy Department Economic and Scientific Policy 2007).

6.2. Kompetencije prema bijeloj knjizi

EAPC zagovara okvir palijativne skrbi od tri razine prema kojem bi se *svi zdravstveni djelatnici trebali obrazovati o temeljnim načelima i praksi palijativne skrbi u sklopu*

početne obuke, a svi koji se u svom radu bave palijativnom skrbi prešli bi na specijalističku razinu znanja.

Tablica 1: Dogovorene razine obrazovanja koje je EAPC prihvatio kao odraz djelokruga i težišta rada djelatnika uključenih u pružanje palijativne skrbi

Izvor: Ključne kompetencije u palijativnoj skrbi: Bijela knjiga Europskog udruženja za palijativnu skrb o obrazovanju području palijativne skrbi-1. dio (2013.), str 3.

http://palijativa.ofs.hr/files/2013/12/EAPC_Kljucne_kompetencije_Bijela_knjiga_1_dio.pdf

Palijativni pristup
Način integriranja palijativnih metoda i postupaka u ustanovama koje nisu specijalizirane za palijativnu skrb. Ova bi razina obrazovanja trebala biti dostupna liječnicima opće prakse i osoblju u općim bolnicama, kao i osoblju u službama za zdravstvenu njegu i domovima za starije i nemoćne osobe. Može se poučavati na preddiplomskoj i diplomskoj razini ili pak kroz programe kontinuiranog profesionalnog razvoja.
Opća palijativna skrb
Pružaju je djelatnici primarne zdravstvene zaštite i specijalisti u liječenju pacijenata sa smrtonosnim bolestima koji dobro vladaju osnovnim znanjima i vještinama iz palijativne skrbi. Ova bi razina obrazovanja trebala biti dostupna djelatnicima koji su češće uključeni u pružanje palijativne skrbi, ali kojima ona nije glavno težište rada, poput onkologa i gerijatara. Ovisno o struci, opća se palijativna skrb može poučavati na preddiplomskoj i diplomskoj razini, na poslijediplomskoj razini ili kroz programe kontinuiranog profesionalnog razvoja.
Specijalistička palijativna skrb
Dostupna je u službama čija je glavna djelatnost pružanje palijativne skrbi. Te se službe uglavnom skrbe o pacijentima sa složenim i teškim potrebama i stoga zahtijevaju višu razinu obrazovanja, osoblja i ostalih resursa. Specijalističku palijativnu skrb pružaju specijalizirane službe pacijentima sa složenim problemima koje nije moguće adekvatno rješavati drugim načinima liječenja. Specijalistička palijativna skrb najčešće se poučava na poslijediplomskoj razini, a djelatnici se usavršavaju kroz programe kontinuiranog profesionalnog razvoja

Iz podataka u *Tablici 1* razvidno je kako potrebe za određenim kompetencijama proizlaze iz radnog mjesta medicinske sestre. Medicinska sestra dužna je primijeniti bazičan pristup i omogućiti provedbu zadanih aktivnosti prema svakom palijativnom

bolesniku, bez obzira na opseg poslova i mjesto rada. Stoga postoji potreba za edukacijom iz osnova palijativne skrbi već u bazičnom, odnosno srednjoškolskom obrazovanju medicinskih sestara kako bi se ovakav pristup bolesniku mogao ispoštovati.

Tablica 2: Deset ključnih kompetencija u palijativnoj skrbi

Izvor: Ključne kompetencije u palijativnoj skrbi: Bijela knjiga Europskog udruženja za palijativnu skrb o obrazovanju području palijativne skrbi-1. dio (2013.), str 9.

http://palijativa.ofs.hr/files/2013/12/EAPC_Kljucne_kompetencije_Bijela_knjiga_1_dio.pdf

1. Primjenjivati ključne komponente palijativne skrbi u okruženju u kojem se pacijent i njihove obitelji nalaze
2. Omogućiti pacijentu da se tijekom cijele bolesti osjeća što udobnije
3. Udovoljiti pacijentovim psihološkim potrebama
4. Udovoljiti pacijentovim socijalnim potrebama
5. Udovoljiti pacijentovim duhovnim potrebama
6. Odgovoriti na potrebe obiteljskih njegovatelja u odnosu na kratkoročne, srednjoročne i dugoročne ciljeve skrbi za pacijenta
7. Odgovoriti na izazove povezane s kliničkim i etičkim odlučivanjem u palijativnoj skrbi
8. Provoditi koordinaciju sveobuhvatne skrbi i interdisciplinarni timski rad u svim okruženjima u kojima se pruža palijativna skrb
9. Razvijati interpersonalne i komunikacijske vještine primjerene palijativnoj skrbi
10. Razvijati samosvijest i kontinuirano se profesionalno usavršavati

Na temelju ovih 10 ključnih kompetencija potrebno je graditi mrežu stručnjaka i profesionalaca u palijativnoj skrbi. Pacijenti koji boluju od različitih bolesti imaju i različite potrebe, isto kao i njihove obitelji. Današnje suvremeno društvo sve teže odgovara zahtjevima zbrinjavanja svojih bolesnih ukućana, posebno ako se radi o terminalnom bolesniku. Iz tog je razloga nemoguće očekivati da će obitelj odraditi posao koji obimom i zahtjevnošću nadilazi njihove mogućnosti. Razvojem vještina potrebnih u zbrinjavanju bolesnika i svrsishodnom komunikacijom sa obitelji oboljelog uz

pravovremen protok informacija, olakšavamo im da na vrijeme osiguraju dodatne resurse u vidu stručne pomoći.

6.3. Kompetencije medicinske sestre u palijativnoj skrbi u Republici Hrvatskoj

Prema Zakonu o sestrinstvu NN 121/03, NN 117/08, NN57/11 utvrđene su osnovne dužnosti i kompetencije medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj. Između ostalog medicinska sestra općeg obrazovanja provodi zdravstvenu njegu bolesnika, primjenjuje, provodi i evidentira lokalnu, peroralnu i parenteralnu terapiju prema odredbi liječnika, sudjeluje u provedbi, pripremi bolesnika i zbrinjavanju nakon provedbe određenih dijagnostičko-terapijskih postupaka, poštiva prava bolesnika, poštiva propise Etičkog kodeksa medicinskih sestara, poštuje vjerska načela pacijenta, surađuje sa drugim članovima zdravstvenog tima, čime je donekle, ali ne u potpunosti osposobljena za pomoć i njegu palijativnog bolesnika. Medicinska sestra dužna je provoditi sestrinsku praksu u skladu sa zakonom. Medicinske sestre koje se školuju na dodiplomskom studiju sestrinstva, prvostupnice sestrinstva, uz bazične kompetencije posjeduju još i vještine provedbe, planiranja, evaluacije i procjene kvalitete zdravstvene njege, nadziru rad svih radnika koji na bilo koji način utječu na proces provođenja zdravstvene njege. Iz područja palijativne zdravstvene njege bolesnika od 2014. godine prvostupnice sestrinstva osposobljavaju se za sljedeće kompetencije, te će biti u mogućnosti:

- objasniti filozofiju i načela palijativne zdravstvene njege;
- navesti organizacijske oblike i razine palijativne skrbi;
- identificirati osnovna obilježja palijativne njege u bolnici, hospiciju i zajednici;
- procijeniti potrebe, planirati, provoditi i evaluirati palijativnu zdravstvenu njegu;
- primijeniti postupke rješavanja i ublažavanja simptoma i patnje bolesnika;
- organizirati profesionalnu i socijalnu potporu bolesniku i njegovoj obitelji;
- komentirati etička pitanja u palijativnoj njezi (Zajednički obavezni dio preddiplomskoga studijskog programa sestrinstva (core curriculum) MZOS 2014).

Na Sveučilišnom diplomskom studiju sestrinstva u Zagrebu, medicinske sestre buduće magistre sestrinstva, u slučaju da se opredijele za izborni predmet Gerijatrija i

gerontologija u sestrinstvu i palijativna skrb, mogu steći dodatne kompetencije i specifična znanja iz područja palijativne skrbi.

7. Mogućnosti obrazovanja o specifičnostima palijativne skrbi bolesnika

7.1. Obrazovanje medicinskih sestara u zemljama EU

Prema smjernicama za razvoj edukacije medicinskih sestara u palijativnoj skrbi nije svima potrebna jednaka razina obrazovanja, pa su tako napori u donošenju jedinstvenog obrasca obrazovanja okrenuti razvoju tri različita stupnja obuke. U nekim zemljama specijalističko, akademsko znanje može biti nedostižno i iz tog razloga praktično znanje može biti jednako važeće. U ***Tablici 3*** prikazani su stupnjevi obrazovanja te zdravstveni profesionalci kojima su namjenjeni.

Tablica 3: *Stupnjevi obrazovanja u palijativnoj skrbi*

Izvor: A Guide for the Development of Palliative Nurse Education In Europe (2004.), str.9 *http://www.apcp.com.pt/uploads/NursingEducationRecommendations.pdf*

Stupanj A	Bazično obrazovanje (Dodiplomski)	Budući zdravstveni profesionalci kroz njihov početni trening
	Bazično obrazovanje (Postdiplomski)	Kvalificirani zdravstveni profesionalci provodeći opću zdravstvenu njegu koji se mogu naći u situacijama da moraju pružiti palijativnu skrb
Stupanj B	Napredno obrazovanje (Postdiplomski)	Kvalificirani zdravstveni profesionalci koji ili rade kao specijalisti palijativne njege ili popunjavaju brojčane resurse u općoj skrbi. Kvalificirani zdravstveni profesionalci koji se često susreću u situacijama palijativne skrbi, npr. onkologija, njega u zajednici, pedijatrijska njega
Stupanj C	Specijalistička naobrazba (Postdiplomski)	Kvalificirani zdravstveni profesionalci koji su odgovorni za provedbu njege na palijativnim odjelima, ili pružaju usluge savjetovanja, rade kao edukatori ili istražuju u području palijativne skrbi

Edukacija je podijeljena u nekoliko kategorija i to u odnosu na pacijenta, na njegovu obitelj, na interdisciplinarni tim, etička pitanja, smrt u društvu, palijativna skrb u

zdravstvenom sustavu, obuka za edukatore u palijativi, obuka za istraživače u polju palijativne skrbi. Važno je naglasiti kako sestre koje prakticiraju stupanj C moraju uključiti sve aspekte iz stupnjeva A i B u svoju praksu. Sestre bi trebale uvijek prepoznati svoja ograničenja i uputiti kolegama na višem stupnju svoje potrebe za unapređenjem znanja i vještina (A Guide for the Development of Palliative Nurse Education In Europe 2004). Nakon više od 10 godina, u studenom 2014. ponovno je osnovana radna skupina jer je potrebno smjernice izdane 2004. godine od strane EAPC revidirati u skladu sa međunarodnim trendovima u odnosu na kompetencije potrebne u svrhu poboljšanja, unapređenja i specificiranja smjernica razvoja, edukacije i kompetencija za medicinske sestre u palijativnoj skrbi u EU. Taj projekt trebao bi biti dovršen u prosincu 2017. godine. Prva internacionalna konferencija za sestre u palijativi održala se u kolovozu 2016. u Finskoj (An EAPC Taskforce on preparation for practice in Palliative Care Nursing across the EU 2014).

Mnoga istraživanja ukazuju na potrebu dodatne edukacije sestara iz palijativne skrbi, no iskustvo skrbi o osobi koja umire može se uvelike odraziti i na stavove studenata sestrinstva, iako je ono neprocjenjivo u edukaciji budućih sestara (Young-Ran et al. 2015). To ukazuje na potrebu sustavne edukacije od samog početka školovanja sestara kako bi ih na primjeren način pripremili za skrb o umirućima i izbjegli stvaranje predrasuda kako skrb o umirućim bolesnicima nije područje kojim bi se buduće medicinske sestre i tehničari trebali baviti.

U Europi, posebice Velikoj Britaniji postoji potreba da se osiguraju klinički relevantni, fokusirani edukacijski programi kako bi odgovorili na izazove palijativne skrbi i kako bi se zadovoljili visoki ciljevi zadani za edukatore na tom polju. Jedna od najvećih dilema za edukatore palijativne njege jeste postići nekakav oblik standardizacije kroz edukacijske programe. U Irskoj primjerice proliferacija hospicijskih centara pruža gotovo isti tečaj koji vodi do nekih sporazuma o tome što treba, gdje i kako poduzeti. U maloj zemlji kao što je Irska takve nacionalne inicijative su moguće. Usporedimo li primjer Švicarske sa tri službena jezika, gdje edukacijske preporuke švicarskog nacionalnog društva za palijativnu skrb diktiraju da mora postojati sposobnost za nadilaženje jezičnih izazova odnosno barijera, situacija je nešto složenija. Još je 1997. godine Europska udruga za palijativnu skrb (EAPC) predložila članovima udruge da u svakoj zemlji treba stvoriti nacionalnu edukacijsku mrežu koja bi se povezala u europsku mrežu obrazovanja iz palijativne skrbi. Voditelji bi trebali utvrditi minimalne preporuke za obuku

u palijativnoj skrbi za liječnike i medicinske sestre. EAPC je tijekom posljednje dvije godine pokušao ujediniti Europski glas palijativne skrbi kroz svoju vlastitu inicijativu „Jedan glas, jedna vizija“. Osnovana je radna skupina za rješavanje ključnih pitanja prvenstveno da se kreiraju određene smjernice za razvoj edukacije sestara u palijativi. 2003. godine dogovoren je suradnički projekt „Vodič za razvoj obrazovanja medicinskih sestara u palijativi u Europi“. Dokument je preveden na pet jezika i distribuiran stotinama sestara diljem Europe. Na osmom kongresu EAPC sestre su bile zamoljene za svoje stavove i mišljenja o dokumentu. Time bi se stvorio bazni program koji bi bio podložan promjenama u odnosu na specifičnosti pojedinih zemalja. Vrijednost multidisciplinarne edukacije ne smije se podcijeniti već se mora reflektirati na samousmjerenje i učenje bazirano na problemu kojeg treba savladati (De Vlieger et al. 2004).

Dolaskom interneta on-line učenje pokazalo se kao koristan alat u osposobljavanju medicinskih sestara u palijativnoj njezi. Postoje mnogi on-line tečajevi za brzo svladavanje potrebnih kompetencija u skrbi za palijativne bolesnike. Mnogi studiji i univerziteti omogućuju bazičnu edukaciju iz palijativne skrbi putem e- learninga. Kurikulumi palijativne skrbi variraju diljem Europe i nije nužno da će se student dodiplomskog studija sestrinstva u svim zemljama jednako upoznati sa filozofijom palijativne skrbi i pristupom njezi palijativnog bolesnika. Unatoč tome holistički pristup specijaliziran je u praksi u mnogim zemljama. Specijalizirana praksa može se ostvariti različitim razinama kroz certifikate, stupnjeve edukacije ili napredne programe. Medicinske sestre u pojedinim zemljama više su izložene mogućnosti višeg obrazovanja i profesionalnom razvoju.

U Austriji medicinske sestre imaju 60 sati obuke u dodiplomskom studiju i mogu se odlučiti za 160 sati usavršavanja, dok se liječnici i drugi profesionalci obučavaju posebnim tečajevima.

U Italiji mogućnost dodatnog obrazovanja za medicinske sestre postoji nakon bazičnog obrazovanja i to kroz različite tečajeve koje organizira Talijansko društvo palijativne skrbi.

U Njemačkoj je 2009. godine zakonom određena implementacija palijativne skrbi starijih na studije medicine i sestrinstva. Interprofesionalna edukacija (IPE) novi je termin koji se spominje u jednom istraživanju o pokušaju razvoja zajedničkog

kurikuluma za studente sestrinstva i medicine. Liječnici i medicinske sestre su dva glavna zanimanja koja sudjeluju u skrbi palijativnog bolesnika. Time bi se osim stručnih kompetencija u palijativnoj skrbi razvijale vještine timskog rada i preuzimanje profesionalne uloge u zajedničkom zbrinjavanju bolesnih (Just et al. 2010). Problem postoji i u širokoj varijabilnosti uloga, ovlasti i edukacije stručnjaka. Zbog nejednakosti u obrazovanju ne samo medicinskih sestara, već svih medicinskih stručnjaka koji sudjeluju u pružanju skrbi, postoji ideja za razvoj osnovnih zajedničkih programa za obrazovanje na Europskoj regionalnoj razini (Hall et al. 2011)

7.2. Srednjoškolsko obrazovanje medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj

Prema kurikulumu srednjoškolskog obrazovanja za medicinsku sestru/tehničara općeg smjera u Republici Hrvatskoj ne postoji zasebno obrazovanje za palijativnu zdravstvenu njegu. U sklopu predmeta Zdravstvena njega- specijalna u petoj godini učenja, uvršteno je manje poglavlje koje se bavi zdravstvenom njegom palijativnog bolesnika, no ne možemo govoriti o bilo kakvoj edukaciji iz tog područja. Postoji mogućnost edukacije iz palijativne zdravstvene njege u vidu fakultativne nastave, no za to mora postojati interes dovoljnog broja učenika (minimalno 10) i postojanje dodatno educiranog kadra za izvođenje takvog vida nastave (Strukovni kurikulum za stjecanje kvalifikacije medicinska sestra/tehničar opće njege. MZOS 2010).

7.3. Dodiplomski i diplomski studiji sestrinstva u RH

Na dodiplomskom studiju sestrinstva (stručnom i sveučilišnom) na trećoj godini studija, studenti sestrinstva susreću se sa predmetom Palijativna zdravstvena njega. Predmet se sastoji od 10 sati teorije, 5 sati seminarskog dijela, 10 sati kliničkih vježbi i 30 sati posebnih kliničkih vježbi. Nakon odslušanog predmeta studenti će biti osposobljeni za procjenu potreba, planiranje, provođenje i evaluaciju zdravstvene njege u zadnjem stadiju života tijekom boravka u bolnici, hospiciju i kući, kao i pružanje potpore obitelji tijekom bolesti i žalovanja (MZOS 2014).

7.4. Mogućnosti dodatne naobrazbe iz palijativne skrbi u RH

Osnivanjem Centra za palijativnu medicinu i medicinsku etiku započeo je intenzivniji pristup edukaciji svih uključenih u zbrinjavanje palijativnih bolesnika. Do 2010. godine kada je Centar osnovan, o palijativnoj skrbi moglo se učiti iz predavanja, tečajeva, skupova, radionica organiziranih od strane Hrvatskog društva za palijativnu medicinu, Društva za hospicijsku i palijativnu zdravstvenu njegu HUMS-a, različitih udruga koje djeluju na području gerijatrijske ili psihijatrijske skrbi bolesnika. Postojala je mogućnost pretraživanja strane literature, no motivacija za takav oblik edukacije bila je mala.

8. Zakonski okviri i propisi- mogućnosti za unapređenje palijativne skrbi

Prema politici EU, Vijeća Europe i WHO palijativna skrb mora biti dostupna svima kojima je potrebna i to svakog dana bez iznimke. Postavlja se pitanje koje teme palijativne skrbi podliježu zakonima i propisima u Europi, kako se provode, te kako su implementirani u nacionalni zdravstveni sustav. Nekolicina istraživača napravila je strukturiran pregled zakonodavstva, postojećih propisa i različite politike vezane uz provedbu zdravstvene zaštite i implementaciju palijativne skrbi u postojeći zdravstveni sustav u sedam europskih zemalja (Van Beek et al. 2013). Sastavljena je anketa od strane istraživača Europall projekta, a u provedbu ovog istraživanja uključili su se stručnjaci iz polja palijativne skrbi u Belgiji, Engleskoj, Francuskoj, Njemačkoj, Nizozemskoj, Poljskoj i Španjolskoj. Dobiveni rezultati upućuju da u svim zemljama koje su bile uključene postoji zakonska regulativa i propisi vezani uz integraciju palijativne skrbi u nacionalnom zdravstvenom sustavu. No isto tako, rezultati ukazuju na postojanje velikih diskrepancija između pojedinih zemalja u količini propisa i jačini zakona (*Tablica 3*). Tako je na primjer ***Njemačka*** prva zemlja koja posjeduje specifični zakon vezan uz palijativu donesen 1997. godine gdje se bolesnicima osigurava naknada za boravak u stacionaru ili dnevnu njegu u hospiciju. 2001. godine taj je zakon proširen za mogućnosti izvanbolničke palijativne njege u hospiciju uključujući i usluge palijativne skrbi volontera kroz posjete u kući bolesnika. Od 11. travnja 2007. godine novi zakon omogućava pacijentima, uključujući i djecu, da koriste usluge ambulantne specijalističke palijativne skrbi. Njemačke smjernice za razvoj specijalizirane palijativne njege u kući stigle su u ožujku 2008. Uključuju ciljeve razvoja, opremljenost timova (kvalifikacije, multi-profesionalizam, organizacija), sadržaj i opseg usluga i osiguranje kvalitete. Smjernice za razvoj moraju ispuniti detaljne kriterije u skladu sa zakonom kako bi primili naknadu zdravstvenog osiguranja. U ***Francuskoj*** je donesen zakon 9. lipnja 1999. kojim se osigurava pravo na adekvatan pristup palijativnoj njezi i suportivnoj njezi za sve kojima je ona potrebna. Zakon donesen 22. travnja 2005. omogućuje bolesnicima u uznapredovaloj fazi bolesti mogućnost oslobađanja od patnje (uzimajući u obzir prava bolesnika na kraju života) tretmanom koji za posljedicu ima skraćenje života bolesnika. Liječnik je obavezan uzeti u obzir izražavanje ove želje ukoliko je ona bila izrečena tijekom prethodne tri godine. Zakon također specifično navodi kako bolnice i druge zdravstvene ustanove moraju odrediti odjele na kojima će se provoditi palijativna skrb,

te odrediti broj kreveta za palijativne bolesnike. Također je propisana posebna obuka za djelatnike na takvim odjelima. 2008. godine francusko Ministarstvo zdravlja donosi regulativu koja sadrži propise za potreban broj palijativnih kreveta, mobilni palijativni tim, odjele palijativne skrbi, kućnu njegu i mrežu palijativne skrbi. U francuskom sustavu koji jasno razlikuje bolnički sustav od primarne zdravstvene zaštite važno je održavati kontinuitet između zdravstvenih organizacija i kućne njege. ***Belgijski*** zakon koji uključuje palijativnu skrb donesen je 2002. godine, također osiguravajući dostupnost palijativne skrbi svakom građaninu, osigurava mu pravo na informaciju o bolesti. Definira palijativnu skrb kao pružanje ukupne njege za oboljele od neizlječivih bolesti. Glavni cilj je ponuditi bolesniku i obitelji najveću moguću kvalitetu života ali i autonomiju u donošenju odluka. Bolesniku je na raspolaganju multidisiplinarni tim i njega u omjeru kojem članovi tima i bolesnik smatraju potrebnim. 2002. *legalizirana je eutanazija* u specifičnim okolnostima. Od 1993. poduzete su mnoge inicijative u Belgiji na državnoj i na razini zajednice, kako bi se unaprijedila palijativna skrb. Postoji Kraljevski dekret u kojem su jasno iznesene smjernice za razvoj mreže palijativne skrbi, bolničkih timova i kućnih palijativnih timova. ***Engleska, Nizozemska, Poljska i Španjolska*** nemaju posebni zakon palijativne skrbi ali se palijativna skrb spominje u općim zakonima zdravstvene zaštite. U ***Nizozemskoj*** postoji *zakon o eutanaziji* (Prestanak života na zahtjev i Potpomognuto samoubojstvo, objavljeno 2002.) navodeći između ostalog da ne postoji razumna alternativa dostupna bolesniku (iako palijativna skrb nije izričito spomenuta). U Poljskoj postoji izjava o Kodeksu medicinske etike koja obavezuje liječnike koji se brinu o bolesnicima na kraju života da ponude bolesniku mogućnost otkazivanja intenzivne skrbi na kraju života. U ***Engleskoj*** je Zakon o ubrojivosti od 2005. godine donesen od strane Sabora Ujedinjenog Kraljevstva koji se primjenjuje u Engleskoj i Welsu, a stupio je na snagu 2007. godine. Njegov primarni cilj je osigurati pravni okvir za djelovanje i donošenje odluka u ime odrasle osobe koje nisu u stanju odlučivati za sebe. U ***Poljskoj*** također postoji Etički kodeks medicinske etike u kojem je liječnik koji brine o neizlječivim bolesnicima dužan ponuditi mogućnost otkazivanja intenzivne skrbi u terminalnoj fazi bolesti. U ***Španjolskoj*** postoji Kraljevski dekret (1030/2006) kojim se određuju specifične (ne samo u palijativnoj njezi) usluge koje treba pružiti u svakom sektoru zdravstvene skrbi kao i potrebni mehanizmi za njihovu modernizaciju i poboljšanje usluge. Kraljevski dekret definira temeljna načela kako bi se osigurao jednak pristup palijativnoj skrbi na razini primarne i sekundarne zaštite.

Pregled Zakona o palijativnoj skrbi, regulativa i nacionalnih planova za palijativnu njegu prikazane su *tablicama 3* i *4*.

Tablica 3: *Pregled zakonskih propisa, regulativa i nacionalnih planova palijativne skrbi*

Izvor*:* Van Beek K et al. (2013.) Comparison of legislation, regulations and national health strategies for palliative care in seven European countries (Results from the Europall Research Group): a descriptive study, Table 4 http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-275

	Belgija	Nizozemska	Engleska	Francuska	Poljska	Španjolska	Njemačka
Specifični zakon palijativne skrb (PS)	X			X			X
Opći zakon zdravstvene zaštite s dodatkom PS		X	X		X	X	
Drugi propisi iz područja PS	X	X		X		X	
Nacionalni plan PS		X	X	X		X	X
Nacionalni plan za rak uključujući i PS	X		X		X		

Tablica 4: *Prikaz postojanja zakonskih propisa, regulativa i plana zdravstvene skrbi o palijativnoj skrbi*

Izvor*:* Van Beek K et al. (2013.) Comparison of legislation, regulations and national health strategies for palliative care in seven European countries (Results from the Europall Research Group): a descriptive study, Table 5 http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-275

	Belgija	Engleska	Francuska	Njemačka	Nizozemska	Poljska	Španjolska
Postojanje definicije palijativne skrbi	A				D		
Pravo na PS	A		A	A			B, D
Pristup PS	A	E	A	A, B, D	D	E	B, C, D
Odrdbe PS	A, B, E	E	A, B, C, D	A, B, D	B, D	E	B, D
Osiguranje kvalitete	A	D		A, B, D	D		D
Naknade pacijentima	B	C	C	D	C	C	C
PS ostavljena neformalnim njegovateljima	B		A	B			
Unaprijeđene direktive	C	C	A		C	C	
Financiranje usluga PS	B,E		E	A, B, D	B, D	A	
Obuka PS		E	B, D	A, C	D		D
Istraživanja			D		D		D
Opioidi			D				D
Volonteri PS			D	A, B, C	C		

A. Zakon o palijativnoj skrbi
B. Regulativa o palijativnoj skrbi
C.Opći zdravstveni zakon/sustav
D. Nacionalni plan palijativne skrbi
E. Nacionalni plan za oboljele od raka

Tri zemlje- Francuska, Njemačka i Belgija imaju posebne zakone u palijativnoj skrbi koji osiguravaju pravo na pristup palijativnoj skrbi. Eksplicitno pravo na palijativnu skrb spominje se u Belgijskom i Francuskom zakonu. Jednako tako, sve zemlje imaju nacionalnu politiku o palijativnoj skrbi i to ponekad u sustavu nacionalnog plana za rak.

Od sedam zemalja, pet ima specifičnu nacionalnu skrb, iako se planovi razlikuju sadržajem. Sličnosti ima u Engleskoj, Njemačkoj, Nizozemskoj i Španjolskoj koje se orijentiraju na osiguranje kvalitete u pružanju skrbi, dok se istraživanja iz tog područja spominju u Francuskoj, Nizozemskoj i Španjolskoj. Razlike postoje i u dostupnosti i korištenju opioida, te postoje varijacije u obuci osoblja i volontera u palijativnoj skrbi. *U svim zemljama postoje propisi (bilo u zakonima, kraljevskim dekretima ili nacionalnoj politici) o pacijentima i financijskim doprinosima palijativnoj skrbi (često gotovo oslobođeni od troškova).* Ostali propisi postoje o liječenju, planiranju i financiranju palijativne skrbi (Belgija, Španjolska, Nizozemska) (Van Beek et al. 2013).

U Hrvatskoj su još u srpnju 2003. godine stvoreni zakonski okviri za organizaciju palijativne skrbi i to stupanjem na snagu novog Zakona o zdravstvenoj zaštiti. Tim je zakonom palijativna skrb uvrštena kao jedna od mjera zdravstvene zaštite koja se provodi na primarnoj razini. Ovim je zakonom definirana i Ustanova za palijativnu skrb te ambulanta za bol i dnevni boravak kao sastavnice te ustanove. Utvrđen je i sastav palijativnog interdisciplinarnog tima zaduženog za kućne posjete. 2004. godine stupa na snagu Zakon o zaštiti prava pacijenata koji govori kako je svakom bolesniku zajamčena jednaka kvaliteta i kontinuirana zdravstvena zaštita sukladno njegovom stanju. Iako se eksplicitno ne spominje pojam palijativne skrbi, ona bi svakako trebala biti uključena kao jedan od indikatora kvalitete pružene zdravstvene zaštite (Brkljačić 2013).

Na temelju ovih i nekih drugih postojećih zakona donesen je *Strateški plan razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014.-2016.* Poticaj za donošenje Strategije razvoja palijativne skrbi u Hrvatskoj svakako je bila i *Nacionalna strategija za razvoj zdravstva 2012.-2020.* u kojoj se kratko opisuje organizacijski i zakonski okvir palijativne skrbi, te navode prioritetne mjere vezane uz strateški razvoj palijativne skrbi. Strateški razvoj sustava palijativne skrbi ostvarit će se kroz tri ključna koraka. Prvo, uklanjanjem barijera za pružanje postojećih/mogućih oblika palijativne skrbi, drugo osnaživanjem svih dionika radi pružanja bolje palijativne skrbi u postojećim uvjetima i treće, poboljšanjem postojećih uvjeta kroz izgradnju novih organizacijskih struktura i sadržaja, te sustavnim osnaživanjem dionika za pružanje optimalne palijativne skrbi u budućnosti (Nacionalna strategija za razvoj zdravstva 2012.-2020. MZRH 2013).

9. Značaj volontera u palijativnoj skrbi

Volonteri imaju vrlo značajnu ulogu u pružanju palijativne skrbi. U Europi je posebno razvijen taj odnos humanosti i empatije prema oboljelima kao i uključenost volontera u zbrinjavanje palijativnih bolesnika. Nekolicina autora istražila je, u sklopu EU projekta Europall, uključenost i utjecaj volonera na kvalitetu u zbrinjavanju palijativnog bolesnika. Podaci su prikupljani u sedam europskih zemalja: Belgija, Engleska, Francuska, Njemačka, Nizozemska, Poljska i Španjolska (Woitha et al. 2014). Posebna pažnja bila je usmjerena na nekoliko važnijih segmenata: uključenost volontera u palijativnu skrb, organizacija volontiranja u palijativi, pravni propisi o volontiranju te obrazovanje i osposobljenost volontera u palijativnoj skrbi. Dobiveni rezultati prikazuju da su u svim zemljama volonteri uključeni u palijativnu skrb, međutim njihovo uključivanje razlikuje se u pojedinim zemljama prema postavkama zdravstvenog sustava. Španjolska, na primjer ima najmanji broj volontera dok ih Engleska ima najviše, što je i razumljivo s obzirom da se zahvaljujući C. Saunders palijativna skrb počela razvijati upravo u Engleskoj. U svim zemljama sudionicama osim Engleske i Nizozemske volontiranje je regulirano zakonima i propisima, a dostupna je i edukacija i obuka volontera. Organizacija palijativne skrbi također je dobro regulirana i funkcionalna. Preporuka je da se daljnja istraživanja usmjere na ulogu i odgovornosti volontera u skrbi za bolesne u različitim europskim zdravstvenim sustavima. Volonteri, posebno nezdravstvenog profila mogu u mnogočemu pomoći i podići razinu kvalitete pružene skrbi bolesniku, posebno kada je obitelj bolesnika, a i sam bolesnik iscrpljen mnogonbrojnim tretmanima. Svaki boravak sa bolesnikom daje mu osjećaj da nije sam u svojoj bolesti, daje mu osjećaj da je još uvijek važan, umanjuje izolaciju i šturu svakodnevicu, oslobađa obitelji vrijeme za odmor, odlazak u kupovinu, obavljanje kućanskih poslova. Mnogo mogu pomoći obitelji i nakon smrti, u procesu žalovanja, koji često puta bude jednako težak za njegovatelja kao i sama borba sa bolešću. U Hrvatskoj je na snazi Zakon o volonterstvu NN 58/07, te Etički kodeks volontera NN 55/08 koji propisuje pravila ponašanja i organiziranja volontera. Volonteri u palijativnoj skrbi organizirani su diljem Hrvatske u mnogim gradovima. Posebno se među njima ističu volonteri iz Lipika, Pakraca, Čakovca, Petrinje, Novog Marofa, Zagreba, Osijeka, Vukovara, Rijeke, Pule i mnogi drugi. Oni svoje usluge pružaju kroz rad različitih udruga, posudionica pomagala, organiziranja dobrotvornih aktivnosti i drugo, te na taj način daju neizmjeran doprinost u skrbi za oboljele (Đorđević et al. 2013).

10. Primjeri razvoja palijativne skrbi podržani od EU

- **ACTION PROJEKT- Advance Care Planning; an Innovative Palliative Care Intervention to Improve Quality of Life in Cancer Patients - a Multi-Centre Cluster Randomized Clinical Trial** - *Inovativna intervencija palijativne njege kako bi se poboljšala kvaliteta života u onkolgiji*

Uznapredovali karcinom ozbiljno utječe na kvalitetu života bolesnika. Otvorena i iskrena komunikacija o željama u skrbi na kraju života vrlo je važna bolesnicima, međutim, rasprava o tim željama teška je za zdravstvene profesionalce kao i za same bolesnike. Unaprijed planirana njega može podržati bolesnike u nastojanjima da ostvare svoje želje. To omogućuje bolesnicima izražavanje svojih vrijednosti, stavova i izbor liječenja u budućnosti. Osnovni cilj ovog projekta je da ocijeni da li ACP (**A**dvance **C**are **P**lanning) poboljšava kvalitetu života i simptome bolesnika s uznapredovalim karcinomom. Sekundarni ciljevi su: procijeniti učinak ACP programa na kvalitetu života i simptome bolesnika s uznapredovalim karcinomom u različitim podskupinama (spol, dob, socioekonomski status, država), procijeniti učinak ACP- u kojoj je mjeri pružena njega u skladu s bolesnikovim sklonostima, te bolesnikova evaluacija kvalitete procesa donošenja odluka, o kvaliteti umiranja bolesnika s uznapredovalim karcinomom, te o dobrobiti obitelji koja skrbi o bolesniku. I na kraju, cilj je dobiti uvid u iskustvo sudjelovanja u ACTION projektu i to bolesnika, njihovih obitelji te profesionalnih njegovatelja. U ACTION projekt je uključeno najmanje 20 bolnica u 6 zemalja, a ukupno se planira uključiti 1334 bolesnika sa uznapredovalim karcinomom pluća ili rakom debelog crijeva. Bolesnicima će biti pružena ili ACP ili „uobičajena njega“. Tada će se usporediti dobiveni rezultati, odnosno izjave bolesnika o kvaliteti života sa drugim relevantnim ishodima tih dviju skupina. ACTION projekt je započeo u prosincu 2013. i nastavlja se sve do kraja 2018. godine. Ovaj projekt financiran je od strane Europske unije u okviru zdravstvenog programa FP4, a njegova vrijednost iznosi 6 122 000 eura (EAPC Advance Care Planning 2013).

- **PACE - Palliative Care for Older People in care and nursing homes in Europe-** *(Palijativna skrb za starije osobe u ustanovama za zdravstvenu njegu u Europi)**: „Usporedba efikasnosti palijativne skrbi starijih osoba u ustanovama za dugotrajnu njegu u Europi***

Društvo EU sve je starije. To dovodi do potrebe poboljšanja zdravlja kroz prevenciju, ali i poboljšanje kvalitete života i kvalitete umiranja. Očekuje se da će udio svjetske populacije starije preko 60 godina značajno rasti. Također, starija populacija će češće umirati od neuroloških poremećaja što dovodi do sporog umiranja sa višestrukim kroničnim bolestima i godinama invaliditeta, te specifičnim potrebama palijativne skrbi. Takav razvoj ima ogromne kliničke, društvene i socio-ekonomske posljedice zajedničke svim zemljama EU. Dok je mnogim zemljama cilj da omoguće ljudima da žive u svojim domovima, mnogi stariji ljudi zahtijevat će dugoročnu institucionalnu skrb na kraju života. Unatoč tim dobro poznatim činjenicama, palijativna skrb tek je nedavno uvedena u takve objekte. Glavni strateški znanstveni ciljevi PACE su trodimenzionalni. PACE konzorcij koji se sastoji od 8 istraživačkih instituta, u rasponu od 6 europskih zemalja, te 4 europske organizacije koje su odgovorne za utjecaj i diseminaciju, izvesti će tri studije. Prije svega, PACE će osmisliti mrežu sistema palijativne skrbi u ustanovama za zdravstvenu skrb u Europi. Drugo, konzorcij će izvesti veliko reprezentativno istraživanje ispitujući kvalitetu umiranja i palijativne skrbi u ustanovama za zdravstvenu skrb ili u staračkim domovima u Europi. Na kraju, proučiti će utjecaj inovativnog procesa: „PACE- koraci do uspjeha“, kojem je cilj poboljšanje kvalitete palijativne skrbi. Opći cilj ovog projekta je informirati politiku i pomoći donositeljima odluka na nacionalnoj i Europskoj razini. PACE će razviti specifične alate i proizvode koji će pomoći u donošenju odluka temeljenih na dokazima optimalne palijativne skrbi. Pomoći će u ostvarivanju ciljeva Europske strategije 2020. posebno za Europsko inovacijsko partnerstvo sa aktivnim i zdravim starenjem. U konačnici, to će dovesti do optimiziranja dostupnosti palijativne skrbi velikom udjelu starijih građana Europske unije. Sam projekt predviđen je u trajanju od 2014.- 2019. godine. Vrijednost ovog projekta iznosi 5 566 140 eura. Projekt je financiran od Europske komisije Seventh Framework Programme (EU FP7), a financiran je kao kolaborativni istraživački projekt unutar programa o suradnji. Koordinator projekta je istraživačka grupa „End-of-Life Care“ Vrije Univerziteta u Bruxellesu, Belgija. 7 Europskih zemalja uključeno je u sam projekt: Belgija, Velika Britanija, Italija, Finska, Poljska, Nizozemska, Luksemburg. Populacija koja stari, rastući troškovi i održiva dostupnost visokokvalitetne njege uobičajene su brige svih zemalja članica EU. Ciljevi projekta su usporediti u šest Europskih zemalja (BE, UK, IT, FI, PL, NL) efektivnost zdravstvenog sustava, sa i bez formalne strukture palijativne skrbi u ustanovama za dugotrajnu zdravstvenu skrb, te utvrditi kakvi su ishodi za bolesnika i

njegovu obitelj u odnosu na kvalitetu umiranja, kvalitetu života, kvalitetu palijativne skrbi i isplativost (EAPC- PACE 2014).

- **Patient- centered integraten palliative care pathways in advanced cancer and chronic disease** *(Pacijent u središtu inegrirane palijativne skrbi sa razvojem uznapredovalog karcinoma ili kronične bolesti)*

InSup- C istraživanje provodi se u protekle četiri godine (2012.- 2016.) u nekoliko Europskih zemalja. Cilj ovog istraživanja je utvrditi preduvjete za najbolju praksu u integriranoj palijativnoj skrbi *(**I**ntegrated **P**alliative **C**are- **IPC**).* Naziv „integrirana skrb" znači da skrb bolesniku pruža nekoliko zdravstvenih djelatnika iz različitog područja skrbi uvažavajući individualne potrebe bolesnika. To je vrlo relevantno za pacijente u završnoj fazi progresivne bolesti. Istraživanje počinje pregledom postojećih informacija o integriranoj palijativnoj skrbi. To će pomoći klasificirati sustav (taksonomija) odnosno sistematizaciju usluga integrirane palijativne skrbi. Bolesnici koji će sudjelovati u istraživanju moraju potpisati informirani pristanak. Tražit će se njihovo mišljenje i prijedlozi vezani uz skrb koju su primili. Te informacije u praćenju bolesnika pomoći će istražiti pružanje integrativne palijativne skrbi. Na web stranice će se staviti check lista tako da i ostali mogu vidjeti da li se podudaraju u istraživanju. Ovo istraživanje fokusira se na pacijente sa uznapredovalim karcinomom te teškim kroničnim bolestima poput kroničnih srčanih bolesti ili kroničnih opstruktivnih plućnih bolesti. Cilj istraživanja je omogućiti poboljšanje ili održanje kvalitete života bolesnika. Cilj je također poboljšati komunikaciju, suradnju i koordinaciju unutar integrirane palijativne skrbi. Nakon završetka istraživanja objavit će se knjiga o najboljim primjerima skrbi i dobivenim rezultatima, te će se dobiveni rezultati predstaviti na konferencijama i u tisku. Biti će pozvani političari i oni koji vode zdravstvenu politiku u zemljama diljem Europe te se upoznati sa dobivenim rezultatima. To će pomoći onima koji donose odluke o zdravlju i socijalnoj skrbi da učine što je u njihovoj mogučnosti kako bi omogućili integriranu palijativnu skrb u svojim zemljama. Projekt je financiran od Europske komisije Seventh Framework Programme (EU FP7), a njegova vrijednost iznosi 4 milijuna eura (EAPC Patient- centered integraten palliative care pathways in advanced cancer and chronic disease 2012).

- **Volonteri u palijativnoj skrbi**

Projekt se provodio tijekom 2013. godine u tri županije, Sisačko-moslavačkoj, Međimurskoj i Gradu Zagrebu. 14. siječnja 2015. godine potpisan je Sporazum o projektu „Volonteri u palijativnoj skrbi". Projekt je sa 749.772 kn sufinanciran iz Europskog fonda u sklopu operativnog programa „Razvoj ljudskih potencijala 2007-2013." Kroz njega je prošlo 98 osoba, 50 ih se aktivno uključilo u volontiranje, a zajedno su ostvarili 3500 volonterskih sati. Cilj projekta bio je unaprijediti sustav palijativne skrbi na području naših triju županija i to uključivanjem volontera i jačanjem organizacija civilnog društva koje pružaju uslugu palijativne skrbi. Svoje aktivnosti usmjerili su i na ostvarivanje i jačanje suradnje sa socijalnim i zdravstvenim ustanovama, te je s tim ciljem organizirano osam okruglih stolova i održano dvanaest sastanaka, a ojačale su i posudionice pomagala (Volonteri u palijativnoj skrbi, Petrinja 2013, Volonteri u palijativnoj skrbi Čakovec, 2015).

- **E- programi stručnog osposobljavanja u Hrvatskoj - palijativna skrb**

U Kutini i Zagrebu je početkom 2016. započeo program za dodatno obrazovanje iz područja palijativne zdravstvene skrbi za medicinske sestre i njegovateljice, ukupno 40 polaznika. To je prvi veći EU projekt kojem je cilj kod polaznika razviti dodatna znanja i vještine potrebne u zbrinjavanju oboljelih od neizlječivih bolesti. Za polaznike je školovanje potpuno besplatno, a iz fondova EU će se za ovaj projekt izdvojiti 1.2 milijuna kuna. Dio osposobljavanja provodit će se putem interneta, a praktičan dio nastave obavljati će se u Zagrebu i Kutini. Pilot-faza projekta završava u prosincu 2016., a nakon toga će se stručno osposobljavanje omogućiti svima uz plaćanje. Nositelji ovog projekta su Pučko otvoreno učilište Kutina i zagrebačko učilište za obrazovanje odraslih Ambitio (E- programi stručnog osposobljavanja u Hrvatskoj, 2016.).

11. Rasprava

Cilj ovog rada bio je upoznati razvoj palijativne skrbi bolesnika u Europskoj uniji, analizirati postojeće resurse u pojedinim zemljama te ih usporediti sa našim mogućnostima kako bi se donijeli određeni zaključci vezani uz potrebe palijativne skrbi kako u Hrvatskoj, tako i u Međimurskoj županiji. Također, jedan od ciljeva je utvrditi probleme koji sprečavaju razvoj palijative i utjecati na javnu svijest i priznanje vlade za palijativnu skrb kao stručnog područja. Promatrajući razvoj palijativne skrbi u Europi možemo zaključiti kako se palijativna skrb nije svuda u Europi razvijala na isti način. Ono što zasigurno možemo utvrditi prema postojećim podacima da Hrvatska nije u razini Europskog prosjeka u razvijenosti palijativne skrbi bolesnika.

U Međimurskoj županiji je potrebno oformiti Centar za koordinaciju palijativne medicine kako bi se povezali svi postojeći resursi koji za sada zbog nedovoljne koordinacije nisu u svom maksimumu. Mogućnost osnaživanja postoji i kroz dodatnu edukaciju medicinskih sestara koje rade u timu sa liječnikom opće prakse, odnosno obiteljskim liječnikom. Nadalje, medicinske sestre koje rade u Domovima za starije i nemoćne također bi trebale proći dodatnu edukaciju iz palijativne skrbi, jednako kao i sestre koje rade u timovima za hitnu medicinu. Patronažna skrb i zdravstvena njega u kući bolesnika također su usluge koje medicinska sestra pruža na terenu čime obuhvaća velik broj kronično oboljelih i gdje je potrebna dodatna edukacija. No, ta sestrinska praksa ne smije zamijeniti stručan, kvalitetan mobilni palijativni tim koji će znati odgovoriti na specifične izazove u skrbi palijativnog bolesnika. Važno je educirati cjelokupno osoblje, a ne samo nekoliko pojedinaca unutar tima, čime bismo osigurali jednaku kvalitetu pružene palijativne skrbi. Možemo iskoristiti i stupnjeve edukacije prema smjernicama EAPC vezane uz stjecanje kompetencija, odnosno potrebne razine edukacije za određene zdravstvene djelatnike prema području rada i radnog mjesta na kojem se nalaze. Razina edukacije ne smije biti za sve jednaka. Tu dolazimo do još jedne važne stvari koja se nameće, a to je sustavna edukacija u školama za medicinske sestre gdje je bazično obrazovanje iz palijativne skrbi potrebno uvesti već od početka obrazovanja, odnosno već u srednjim školama, no to svakako mora biti u posljednjoj godini obrazovanja, kada učenici već posjeduju određena znanja iz predmeta zdravstvene njege i specifičnosti tretiranja simptoma koje bolest donosi, te su emocionalno stabilniji i dorasli situacijama koje nameće zdravstvena njega bolesnika koji umire. Potrebno je od strane stručnjaka nadopuniti

postojeći kurikulum za obrazovanje medicinskih sestara/tehničara općeg smjera s obzirom da oni još uvijek čine najveći postotak zaposlenih u sustavu zdravstva.

Od 2016. godine planira se osigurati veći broj palijativnih kreveta u postojećim bolničkim kapacitetima. Palijativni odjel, gdje bi se cjelokupno osoblje (i tehničko-uslužni kadar u bolnici) posebno educiralo iz polja palijativne skrbi i pristupa takvom bolesniku, mogao bi pružiti najbolje rezultate. Nadalje, odabir djelatnika za rad na takvom odjelu trebao bi imati dodatne kriterije u vidu motivacijskog intervjua sa svakim kandidatom za posao na takvom odjelu. Neki komentatori možda će reći kako sam naziv takvog odjela u bolesniku budi osjećaj da je na kraju životnog puta, što bi posljedično moglo izazvati strah i depresiju, no na takvim načinom zapravo bolesniku osiguravamo mogućnost pružanja najbolje moguće skrbi na jednom mjestu, gdje će i bolesnik i obitelj moći dobiti relevantne informacije, potporu i podršku osoblja koje će biti osposobljeno, u dovoljnom broju, financijski motivirano za maksimalan angažman. S druge strane, smatram da bolesnik i obitelj moraju imati autonomiju u odlučivanju žele li ovakav vid skrbi ili jednostavno bolesnik želi otići sa ovog svijeta u krugu svoje obitelji u toplini svoga doma. Treba poštivati želje bolesnika iako se možda kao zdravstveni profesionalci nećemo uvijek složiti sa takvom odlukom, no mogućnost izbora i autonomija moraju bolesniku biti zagarantirane. U takvim slučajevima potrebno je osposobiti dovoljan broj palijativnih timova, dovoljan broj stručnjaka različitih profila koji će biti bolesniku na raspolaganju 24 sata 7 dana u tjednu. Dnevni centri koji bi obitelji koja radi omogućavali zbrinjavanje svojih najbližih u vrijeme kada imaju poslovne obaveze također bi znatno unaprijedili kvalitetu života oboljelog, ali i sigurnost i emocionalnu stabilnost u obitelji u situaciji kada bolest člana remeti dosadašnju dinamiku života i rada unutar te obitelji. Idealno bi bilo radniku koji njeguje člana obitelji omogućiti dodatno korištenje godišnjeg odmora, kao što je to slučaj u Austriji. Njegovatelj je često financijski, fizički i mentalno iscrpljen njegujući člana obitelji.

Broj timova i palijativnih odjela mora biti zadovoljavajući u odnosu na populaciju lokalne regije, na broj kroničnih bolesti koje su u Međimurskoj županiji prema podacima ZZJZ u porastu. Ne smijemo zanemariti ni ulogu volontera u palijativnoj skrbi. Njihov doprinos i resursi često puta nisu u dovoljnoj mjeri prepoznati. U Međimurskoj županiji djeluje popriličan broj volontera. Dobrom organizacijom, edukacijom i koordinacijom volontera možemo učiniti mnogo na podizanju kvalitete

skrbi s jedne strane, a u rasterećenju postojećeg zdravstvenog sustava s druge strane. Ono što nedostaje razvoju palijative u Međimurskoj županiji svakako su projekti kojima bi se istražile specifične potrebe oboljelih od kroničnih i malignih bolesti, broj staračkih domaćinstava županije i druge specifičnosti stanovništva da bi se prema dobivenim podacima utvrdile potrebne smjernice za daljnji razvoj. Dio tih projekata mogao bi se financirati novcem Europskih fondova, no Županija bi svakao morala participirati dio troškova. Dio sredstava mogao bi se namaknuti iz resursa obaveznog zdravstvenog osiguranja, a dijelom i iz poreza koje ti isti stanovnici uplaćuju u državni proračun, i to ne samo za potrebe donošenja strategije razvoja palijativne skrbi, već i za pružanje konkretne usluge oboljelima. Sredstva za takve projekte u EU su osigurana, no treba aktivirati domaće resurse i tim stručnjaka koji će raditi na takvim projektima. Politika i vodstvo županije do sada su bili blagonakloni prema implementaciji palijativne skrbi, no sve su to još uvijek počeci u odnosu na to kakvu bismo palijativnu skrb trebali omogućiti korisnicima. Potrebno se povezati sa stručnjacima iz cijele zemlje kako bi iskoristili njihova iskustva i primjere dobre prakse u svojoj županiji. Preventivna medicina i palijativna medicina u nekim su dijelovima sustava nepravedno zanemarene i potrebno je podići svijest građana ali i vodećih institucija koje su u mogućnosti promijeniti postojeće stanje i pokrenuti da se određeni pomaci u zbrinjavanju palijativnih bolesnika u Županiji Međimurskoj dogode. S obzirom na pojedine zemlje Europske unije u prevelikom smo zaostatku da bismo imali vremena za razmišljanje.

12. Zaključci

- Palijativna skrb nije jednako razvijena u svim zemljama članicama Europske unije
- Prema analiziranim podacima Republika Hrvatska je ispod europskog prosjeka kada govorimo o kvaliteti i dostupnosti palijativne skrbi bolesnicima
- Iako postoje pozitivni primjeri prakse u Međimurskoj županiji potrebno je uložiti dodatne napore u implementiranje i dostupnost palijativne skrbi najpotrebnijima, čime bi se unaprijedilo poslovanje postojećih resursa i to:
  - Osnivanjem Centra za koordinaciju palijativne skrbi i zapošljavanje koordinatora palijativne skrbi čime bi se kvalitetnije povezale postojeće strukture: bolnički palijativni tim, mobilni palijativni tim, PZZ, patronažna skrb, kućna njega, specijalističke ambulante i dr.
  - Umrežiti sve postojeće strukture uključene u pružanje palijativne skrbi u jedinstven obrazac praćenja bolesnika kako bi svaki sudionik u zbrinjavanju palijativnog bolesnika imao u isto vrijeme pristup svim informacijama, čime bi se uštedilo vrijeme i izbjegle greške u komunikaciji i prijenosu informacija
  - Članove bolničkog palijativnog tima osloboditi dijela radnog vremena kako bi ga iskoristili za zbrinjavanje palijativnih bolesnika
  - Trajnim ugovorom sa HZZO-om omogućiti sigurnost djelatnicima mobilnog palijativnog tima koji je trenutno u pilot-projektu, čime nije zanimljiv potencijalnim zdravstvenim stručnjacima i na taj način omogućiti kontinuitet i kvalitetu u pružanju skrbi bolesnicima
  - Omogućiti dostupnost palijativne skrbi 24 sata/dan, 7 dana/tjedan
  - U srednjoškolsko obrazovanje potrebno je uvesti sustavnu edukaciju iz osnova palijativne zdravstvene njege i skrbi bolesnika, kao bazu za daljnju edukaciju na dodiplomskom i diplomskom studiju sestrinstva, osigurati poseban postdiplomski studij te omogućiti edukaciju i napredovanje iz polja palijativne skrbi za sve zdravstvene radnike, volontere i ostale djelatnosti koje sudjeluju u pružanju skrbi palijativnim bolesnicima
  - Dodatno opremiti i proširiti usluge mobilnog palijativnog tima- uključiti u palijativni tim socijalnog radnika, psihologa, duhovnika, fizioterapeuta

- Osigurati duhovnu potporu bolesniku i obitelji, mogućnost dolaženja duhovnika koji će biti educiran iz područja palijativne skrbi u bilo koje vrijeme, na poziv, u kuću bolesnika
- Omogučiti rad Ambulante za bol minimalno 2x tjedno, uz mogućnost telefonskih konzultacija nakon vremena predviđenog za zbrinjavanje bolesnika
- Educirati djelatnike iz područja primarne zdravstvene zaštite i patronažne službe za specifičnu skrb palijativnih bolesnika
- Otvoriti odjel za palijativne bolesnike Međimurske županije sa kvalificiranim osobljem i svim potrebnim pomagalima za njegu i skrb bolesnika
- Boljom koordinacijom volontera značajnije utjecati na cjelokupnu pruženu skrb
- Osigurati financijska sredstva, snažnije motivirati zdravstveni kadar za rad, cjeloživotno usavršavanje i unapređenje palijativne skrbi bolesnika
- Iskoristiti Europske fondove kao jednu od mogućnosti za unapređenje skrbi, opremanje posudionice pomagala, otvaranje Dnevnog centra za palijativne bolesnike i dr. Naglasak je na pozitivnom iskustvu zemalja Europske unije koje se može implementirati u naš zdravstveni sustav
- S obzirom na broj stanovnika i na pokazatelje rasta kroničnih i malignih bolesti u Međimurskoj županiji, te visini troškova smještaja palijativnih bolesnika potrebno je omogućiti smještavanje bolesnika u adekvatne ustanove (Domovi za palijativnu skrb, hospicij) opremljene stručnim kadrom i potrebnim pomagalima, gdje će skrb za palijativnog bolesnika biti besplatna
- Omogućiti sinergiju u njezi oboljelih čime bi našim bolesnicima osigurali kvalitetu na kraju života i dostojno umiranje, a obiteljima olakšali skrb o najmilijima i pružili potporu u žalovanju

13. Zahvala

Zahvaljujem mentoru doc.dr.sc. Aleksandru Džakuli dr.med.spec. javnog zdravstva na nesebičnoj pomoći pri izradi ovog diplomskog rada.

Zahvaljujem svim profesorima Medicinskog fakulteta Sveučilišnog diplomskog studija sestrinstva što su mi prenijeli svoja znanja i iskustva.

I na kraju, zahvaljujem svojoj obitelji, posebno Rubenu, Hani i Mili na podršci, razumijevanju i strpljivosti tijekom mog studiranja.

.

14. Literatura

1. A Guide for the Development of Palliative Nurse Education In Europe, European Association for Palliatice Care, 2004. Dostupno na: http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=e9JnEa7YZDM%3D preuzeto 10.07.2016.
2. Advance Care Planning; an Innovative Palliative Care Intervention to Improve Quality of Life in Cancer Patients - a Multi-Centre Cluster Randomized Clinical Trial. (2013.) Dostupno na: http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Policy/EU%20sup_proj_/Action/ACTION.pdf preuzeto 24.04.2016.
3. Akcijski plan socijalnih usluga za 2014. godinu za Međimursku županiju. Dostupno na: http://www.medjimurska-zupanija.hr/images/sjednice_skupstine_2014/7/23.pdf preuzeto 20.04.2016.
4. Brkljačić Žagrović M. Palijativna medicina u Hrvatskoj – nužnost implementacije u zdravstveni sustav. Medicina 2010;46(1):37-42. Dostupno na: http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=75291 pristup 15. 09. 2015.
5. Brkljačić Žagarović M. Aktualno stanje palijativne skrbi u Hrvatskoj.Služba Božja 2013.;53:3/4:367-376. Dostupno na: file:///C:/Users/Brigita/Downloads/SB367_376brklacic%20(1).pdf preuzeto 18.06.2016.
6. Centeno C, Clark D. Lynch T. Racafort J. Praill D. De Lima L. Greenwood A. Flores LA. Brasch S. Giordano A. EAPC Task Force. Facts and indicators on palliative care development in 52 countries of the WHO European region: results of an EAPC Task Force. Palliat Med 2007 Sep;21(6):463-71. Dostupno na: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17846085 preuzeto 12.07.2016.
7. Clark D. Centeno C. Palliative Care in Europe an emerging approach to comparative analysis, Clin Med 2006;6:197-201 Dostupno na: http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=hlysKW0lkLs%3D , pristup 22.06.2016.
8. De Vlieger M. Gorchs N. J Larkin P. Porchet F. Palliative nurse education: towards a common language, Palliative Medicine 2004; 18: 401-403. Dostupno na:

http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=1wY82Emk8j8%3D&tabid=690 pristup 12.03.2016.

9. Đorđević V. Braš M. Brajković L. (2013.) Osnove palijativne medicine. Medicinska naklada. Zagreb.
10. E- programi stručnog osposobljavanja u Hrvatskoj - palijativna skrb. (2016.) Dostupno na: http://lijecnik.hr/vijesti/prvi-veliki-projekt-o-palijativnoj-skrbi-strucno-osposobljavanje-njegovateljica-i-medicinskih-sestara preuzeto 29.07.2016.
11. EAPC: Patient- centered integraten palliative care pathways in advanced cancer and chronic disease. (2012.) Dostupno na: http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=P0sywV8IZkU%3d&tabid=632 preuzeto 25.04.2016.
12. European Association for Palliative Care (2014). An EAPC Taskforce on preparation for practice in Palliative Care Nursing across the EU. Dostupno na: http://www.eapcnet.eu/Themes/Education/Nursing.aspx pristup 23.06.2016.
13. European Association for Palliative Care. Ongoing European Union Supported Projects. http://www.eapcnet.eu/Themes/Policy/EUsupportedprojects.aspx Pristup 20.04.2016.
14. Hall S. Petkova H. D. Tsouros A. Costantini M. J. Higginson I. (2011). Palliative care for older people: better practices. WHO, Regional Office for Europe. Dostupno na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf pristup 03.09.2016.
15. Interni dokument mobilnog palijativnog tima Doma zdravlja. 2015.
16. Interni dokument bolničkog Povjerenstva za palijativnu skrb. 2015.
17. Just J. Schulz C. Bongartz M. W Schnell M. Palliative care for the elderly - developing a curriculum for nursing and medical students. BMC Geriatrics 2010;10:66 Dostupno na: http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-10-66 pristup 20.07.2016.
18. Kathrin Woitha, José María Martín Moreno, David Clark and the ATLANTES team. 2016. Ranking of Palliative Care Development across Europe. Dostupno

na: https://eapcnet.wordpress.com/2016/08/31/ranking-of-palliative-care-development-across-europe/ pristup 03.09.2016.

19. Kuebler K. Davis P. M. Dea Moore C. (2005.) Palliative Practices- An Interdisciplinary Approach. Elsevier Mosby, USA.
20. Kutnjak- Kiš R. (2015.) Minimalna procjena potreba za palijativnom skrbi u Međimurskoj županiji. ZZJZ Međimurske županije. file:///C:/Users/Brigita/Downloads/Minimalna%20procjena%20potreba%20za%20palijativnom%20skrbi%20u%20Me%C4%91imurskoj%20%C5%BEupaniji%20(1).pdf preuzeto 29.01.2016.
21. Lista zadataka za razvoj palijativne skrbi u Međimurskoj županiji. (2015) Interni dokument Odsjek za zdravstvo, socijalnu zaštitu i nacionalne manjine Međimurske županije.
22. Marasović Šušnjara I. Palijativna skrb. Dostupno na: http://www.seniori.hr/images/pdf/Palijativna-skrb-hr.pdf pristup 15.09.2015.
23. Ministarstvo zdravlja RH- Program implementacije Strateškog plana razvoja palijativne skrbi 2014.-2016. Procjena resursa palijativne skrbi u Županijskoj bolnici Čakovec. Interni dokument Odsjeka za zdravstvo, socijalnu zaštitu i nacionalne manjine Međimurske županije. 2015.
24. Najman Hižman E. (2014.) Rezultati javnog diskursa o palijativnoj skrbi u Međimurskoj županiji; Javni diskurs: Izazovi suvremenog zdravstva (gl. urednik Silvije Vuletić. Zagreb)
25. Nursing in Italy. Post- Basic Nurse Education. Dostupno na: http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/docs/nurses/2000-study/nurses_italy_en.pdf preuzeto 21.07.2016.
26. Održana tribina: „Volonteri u palijativnoj skrbi-projekt financiran od strane EU“ (2015.) Dostupno na: http://muralist.hr/aktualno/odrzana-tribina-volonteri-u-palijativnoj-skrbi-projekt-financiran-od-strane-eu/ preuzeto 27.07.2016.
27. PACE - Palliative Care for Older People in care and nursing homes in Europe. Comparing the effectiveness of palliative care for older persons in long term care facilities in Europe. (2014.) Dostupno na: http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Policy/EU%20sup_proj_/PACE/2014-ECSupProjects%20PACE.pdf preuzeto 25.04.2016.
28. Pavlic-Bermanec (2015.) Organizacija palijativne skrbi u Međimurskoj županiji. Deset godina palijativne skrbi u Istri. Knjiga sažetaka.(2015.) Dostupno na:

http://zdrava-sana.istra-istria.hr/uploads/media/KNJIGA-SAZETAKA.pdf preuzeto 20.04.2016.

29. Policy Department Economic and Scientific Policy: Palliative Care in the European Union, IP /A /ENVI /ST / 2007-22. Dostupno na: http://www.pavi.dk/Libraries/EAPC_white_paper/Pall_Care_Eur_Parliament.sflb.ashx preuzeto 20.03.2016.)
30. Strateški plan razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014.-2016. godine. Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, Zagreb, 2013., Dostupno na: http://www.kbcrijeka.hr/docs/Strateski_plan_razvoja_palijativne_skrbi_u_RH_za_razdoblje_2014-2016.pdf , preuzeto 20.07.2016.
31. Strukovni kurikulum za stjecanje kvalifikacije medicinska sestra/tehničar opće njege. Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta. (2010.) Dostupno na: http://www.asoo.hr/UserDocsImages/8.11.2013/kurikulum/Medicinska%20sestra%20op%C4%87e%20njege-medicinski%20tehni%C4%8Dar%20op%C4%87e%20njege.pdf preuzeto 12.04.2016.
32. Šamija M. Nemet D i sur. (2010.) Potporno i palijativno liječenje onkoloških bolesnika. Medicinska naklada. Zagreb.
33. Terminalni pacijenti: na snazi je novi sustav za palijativnu skrb (2016.) http://lijecnik.hr/vijesti/palijativna-skrb/ pristup 21.07.2016.
34. The Health Sistems and Policy Monitor. (2010.-2013.) Dostupno na: http://www.hspm.org/searchandcompare.aspx pristup 25.08.2016..
35. Van Beek. K. Woitha K. Ahmed N. Menten J. Jaspers B. Engels Y. H Ahmedzai S. Vissers K. Hasselaar J. (2013.) Comparison of legislation, regulations and national health strategies for palliative care in seven European countries (Results from the Europall Research Group): a descriptive study. BMC Health Services Research 2013;13:275. Dostupno na: http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-275 preuzeto 12.06.2016.
36. Volonteri u palijativnoj skrbi- završen projekt. Petrinja. (2016.) Dostupno na: http://www.petrinja.hr/vijesti/vijesti-iz-gradske-uprave/2110-uspjesno-zavrsen-projekt-volonteri-u-palijativnoj-skrbi preuzeto 27.07.2016.

37. Woitha K., Hasselaar J. Van Beek K. Radbruch L. Jaspers B. Engels Y.Vissers K. (2014.) Volunteers in Palliative Care- A Comparison of Seven European Countries: A Descriptive Study. Dostupno na: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/papr.12209/abstract Pristup: 21.07.2016.
38. Young-Ran Y. Min K. Kyoung-Soon L. (2015.) Development and Evaluation of an Education Program for Professional Palliative Care Nursing. J. Korean Acad Nurs. 2015;45(1):139-146
Dostupno na: http://synapse.koreamed.org/pdf/10.4040/jkan.2015.45.1.139 pristup 25.06.2016.
39. Zajednički obavezni dio preddiplomskoga studijskog programa sestrinstva (core curriculum). MINISTARSTVO ZNANOSTI, OBRAZOVANJA I SPORTA Radna skupina za usklađivanje studijskih programa sestrinstva s odredbama Direktive 2005/36/EC.(2014.) Dostupno na: http://public.mzos.hr/Default.aspx?art=13397 pristup: 22.06.2016.
40. Zakon o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija, NN 82/15. Dostupno na: http://www.zakon.hr/z/407/Zakon-o-reguliranim-profesijama-i-priznavanjuinozemnih-stru%C4%8Dnih-kvalifikacija preuzeto
41. Zakon o sestrinstvu NN121/03, 117/08, 57/11. Dostupno na: http://www.zakon.hr/z/407/Zakon-o-sestrinstvu preuzeto 20.10.2016.

Tablice 1 i 2: Izvor: Ključne kompetencije u palijativnoj skrbi: Bijela knjiga Europskog udruženja za palijativnu skrb o obrazovanju području palijativne skrbi-1. dio (2013.), str 3., 9. http://palijativa.ofs.hr/files/2013/12/EAPC_Kljucne_kompetencije_Bijela_knjiga_1_dio.pdf 29.06.2016.

Tablica 3: Izvor*: A Guide for the Development of Palliative Nurse Education In Europe (2004.), str.9 http://www.apcp.com.pt/uploads/NursingEducationRecommendations.pdf preuzeto 12.07.2016.*

Tablice 4. i 5.: Van Beek. K. Woitha K. Ahmed N. Menten J. Jaspers B. Engels Y. H Ahmedzai S. Vissers K. Hasselaar J. (2013.) Comparison of legislation, regulations and national health strategies for palliative care in seven European countries (Results from the Europall Research Group): a descriptive study. BMC Health Services Research 2013;13:275. Dostupno na:

http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-275 preuzeto 12.06.2016.

Slika 1: Kathrin Woitha, José María Martín Moreno, David Clark and the ATLANTES team. 2016. Ranking of Palliative Care Development across Europe**.** Dostupno na: https://eapcnet.wordpress.com/2016/08/31/ranking-of-palliative-care-development-across-europe/ pristup 03.09.2016.

15. Životopis

Brigita Prstec bacc. med. techn.

Opći podaci:

- Adresa stanovanja: Pribislavec, Nikole Tesle 16, 40000 Čakovec
- Zaposlena: Srednja škola Čakovec, Jakova Gotovca 2, 40000 Čakovec
- Kontakt: 095 80 653 75
- E-mail: bprstec@yahoo.com
- Rođena: 11.01.1978. Čakovec
- Udana, majka troje djece
- Koristi se računalom i programima Word, Excel i Power Point
- Položen vozački ispit B kategorije

Obrazovanje:

2014.- danas — Mag. med. techn.
Medicinski fakultet Zagreb (Zagreb) Hrvatska
Sveučilišni diplomski studij sestrinstva
120 ECTS bodova

2013.-2014. — Pedagoško-psihološka i didaktičko-metodička naobrazba
Učiteljski fakultet Osijek (Osijek), Hrvatska
60 ECTS bodova

2009.-2012. — Bacc. med. techn.
Veleučilište u Varaždinu (Varaždin) Hrvatska
Stručni studij sestrinstva
180 ECTS bodova

1992.-1996. — Medicinska sestra općeg smjera
Srednja medicnska škola Varaždin, (Varaždin) Hrvatska

1984.-1992. — Osnovna škola Pribislavec

Radno iskustvo:

16/04/2014.- danas Nastavnik stručnih predmeta zdravstvene njege

Srednja škola Čakovec

03/06/1997- 15/04/2014. Medicinska sestra

Županijska bolnica Čakovec, Čakovec

3. lipanj 1997.- 2. rujan 1997. Odsjek hemodijalize
3. rujan 1997.-3. listopad 1998. Odjel pulmologije
4. listopad 1998.- 20.travanj 2007. Ambulanta za kemoterapiju
21. travanj 2007.- 15. travanj 2014. Odjel pulmologije

02/09/1996.-02/09/1997. Medicinska sestra

Dječji centar Čakovec, skupina djece s posebnim potrebama

Edukacija:

2016. Poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja I.kategorije

Medicinski fakultet Zagreb, Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine

Psihološki aspekti u palijativnoj skrbi

4 ECTS bodova

2015. Poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja I.kategorije

Medicinski fakultet Zagreb, Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine

Osnove palijativne medicine

7,2 ECTS bodova

1999.-2016.

- Predavač na stručnim skupovima za medicinske sestre
- Predavač na tečajevima trajne edukacije za medicinske sestre
- Aktivno sudjelovanje na domaćim i međunarodnim kongresima, simpozijima i konferencijama
- Prisustvovanje na različitim seminarima i radionicama vezanim uz školstvo, provedbu vježbovne nastave u bolnici

- Različita istraživanja sa učenicima Srednje škole Čakovec u svrhu poboljšanja načina života učenika, smanjenja stresa, prevencije različitih bolesti, unapređenja rada i komunikacije na odjelu
- Koautor priručnika „ Što nakon dijagnoze tumora mozga- priručnik s praktičnim savjetima psihološkim aspektima bolesti“

Članstvo:

- Hrvatska udruga medicnskih sestara (HUMS), 1999.
- Pulmološko društvo HUMS-a, 1999.
- Onkološko- hematološka sekcija HUMS-a 2001.
- Hrvatska udruga za oboljele od tumora mozga „Glia“, član Predsjedništva, 2014.
- Udruga „Pomoć neizlječivima“ 2014.
- Društvo za suzbijanje boli, 2014.
- Hrvatska udruga medicinskih sestara u palijativnoj skrbi, 2014.
- Društvo nastavnika zdravstvene njege, 2014.
- Društvo za hospicijsku i palijativnu zdravstvenu njegu HUMS-a, 2016

Volontiranje

- Udruga „Glia“
- Udruga „Pomoć neizlječivima“