

IMPLEMENTACIJA PALIJATIVNE SKRBI I HOSPICIJSKOG POKRETA U OSJEČKO- BARANJSKOJ ŽUPANIJI

Suzana VULETIĆ

Katolički bogoslovni fakultet u Đakovu, Petra Preradovića 17, Đakovo, Hrvatska
suzanavuletic007@gmail.com

Štefica MIKŠIĆ

Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, Crkvena ulica 21, Osijek, Hrvatska
steficamiksic@gmail.com

Brankica JURANIĆ

Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, Crkvena ulica 21, Osijek, Hrvatska
juranicbrankica@gmail.com

Ela PEJIĆ

Dom zdravlja Osječko-baranjske županije, Park kralja Petra Krešimira IV/6, Osijek, Hrvatska

Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, Crkvena ulica 21, Osijek, Hrvatska
elapejic17@gmail.com

Sažetak

Zadovoljstvo kvalitetom života svakog pojedinca uvelike ovisi o dostupnosti primjereno organiziranih oblika zdravstvene zaštite, napose onih sustava koji podržavaju holistički tretman svih bioloških, psiholoških i duhovnih dimenzija osobnosti, primjerenih palijativnoj medicini. Ona obuhvaća totalnu bolesničku skrb, čije stanje progredirajuće bolesti, više ne odgovara na mogućnost izlječenja te mu preostaje integrativna njega i palijativno ublažavanje simptoma.

S obzirom na sve veću zastupljenost osoba s kroničnim bolestima pre/terminalne denotacije s predviđajućom nezaobilaznom smrću, kako na globalnoj sceni, tako i na lokalnoj razini, sve se državne regije u određenoj mjeri teško nose s brojnim izazovima palijativne skrbi. Među njima je na poseban način pogođena i Osječko-baranjska županija, pretrpanošću bolničkih intenzivnih i akutnih odjela, ne-postojanošću hospicija i sa svega 4 mobilna palijativna tima, naspram neproporcionalnom broju bolesnika potrebitih palijativne skrbi.

(Ne)prepoznavanjem važnosti i ozbiljnosti palijativne medicine, (ne)pronalaženjem materijalnih resursa, (ne)ustupanjem primjerenog hospicijskog prostora, (ne)umreženošću civilnog i crkvenog sektora, (ne)organiziranošću palijativne skrbi sukladno standardima Svjetske zdravstvene organizacije, (ne)koordiniranošću subspecijalističkih grana, (ne)

uvažavanjem profesionalne ingerencije svakog člana multidisciplinarnog tima; (ne) organiziranošću multimodalnih timova; (ne) priznatošću akademskog gradusa sestrinstva u mobilnom palijativnom timu, (ne) dostatkom programa obrazovanja i osposobljavanja interdisciplinarnih članova, (ne) uvažavanjem humanističkih medicinskih tendencija,..., mnogi bi palijativni bolesnici mogli biti oštećeni u svom dostojanstvenijem proživljavanju globalne boli i patnje.

Provedbom integrativne palijativne skrbi te značajnijim razumijevanjem holističkih, bioloških, psihosocijalnih i duhovnih potreba palijativnih bolesnika i njihovih bližnjih, značajnije bi se unaprijedio humani aspekt pred-smrtnog životnog stadija; omogućila bi se podrška što aktivnijem preostalom življenju; bolje bi se razumjelo i upravljalo uznemirujućim kliničkim komplikacijama; terminalnog bi se bolesnika poštediti stalnih prebacivanja; zdravstvena zaštita bila bi ostvarenija, a bolesnička prava zastupljenija; zdravstveni djelatnici pružili bi najoptimalniju skrb kvalitete života; bolnički bi sustavi bili rasterećeniji ne-svršishodnih tretmana; konstruktivnije bi se preraspodijelila sredstva neracionalno potrošnje alokacijskih resursa; sveučilišni programi permanentne tanatološke izobrazbe bili bi primjereniji potrebama tržišta rada; političari bi ovom podržanošću ostvarili bolju socijalnu osviještenost; crkva bi bila vjerodostojnija svojem evangelizacijskom dušobrižničkom pastoralnom poslanju;... i brojne druge pogodnosti.

Sve navedeno čini temelj strateških elemenata programa unaprjeđenja regionalnog sektora. Stoga bi donositelji zdravstvenih politika trebali prepoznati bioetičku i socijalnu vrijednost palijativne skrbi i izmijeniti postojeće zdravstvene ustanove, pravila i ciljeve kako bi se osigurao univerzalni pristup za sve potrebite bolesnike.

Promidžba palijativne skrbi i revitalizacija hospicijskog pokreta ne bi predstavljao samo reformativni model za inovativnu zdravstvenu i socijalnu politiku, već bi bio dio naše zajedničke civilizacijske odgovornosti, sinergijske suradnje solidarnosti i pokazatelj viših moralnih i humanitarnih stremljenja zajednice i ostvarenja plemenitijeg društva. U konačnici, i boljih uvjeta za sve nas.

Ključne riječi: palijativna skrb, hospicij, holistički pristup, skrb na kraju života, ortotanazija.

Ključna poruka rada: U svrhu humanizacijskog ostvarenja plemenitijeg društva, promidžba palijativne skrbi i revitalizacija hospicijskog pokreta trebala bi biti u fokusu socijalno osviještene politike civilizacijske su/odgovornosti unaprjeđenja zdravstvene zaštite, sinergijskom umreženošću svih društvenih dionika, u solidarnoj provedbi holističkog pristupa umirućima i ožalošćenima za dostojanstvenije podnošenje egzistencijalne patnje i terminalne boli.

1. Uvod

Regionalni razvoj svake županije, pa tako i Osječko-baranjske, uvjetovan je nizom društvenih, gospodarskih, političkih i ekonomskih organizacijskih čimbenika. O njima ovisi ekonomski prosperitet, socijalna sigurnost i zadovoljstvo ljudi. Ujedno je to i glavni pokretač svih gospodarskih reforma.

Zadovoljstvo života svakog pojedinca, između ostalog, uvelike ovisi o dostupnosti primjereno organiziranih oblika zdravstvene zaštite koji unaprjeđuju kvalitetu življenja, napose onih sustava, koji podržavaju holistički tretman svih bioloških, psiholoških i duhovnih dimenzija osobnosti, a koji su neophodni palijativnoj medicini. Ona bi trebala obuhvaćati totalnu skrb za bolesnika čije stanje progredirajuće bolesti, više ne odgovara mogućnostima izlječenja te bi im na raspolaganju trebala biti integrativna njega i preostalo palijativno ublažavanje simptoma.

Nažalost, za neke od njih nema dostatnih sredstava i/li političke volje, dok neki nisu dovoljno prepoznati. Jedan od tih aspekata, koje namjeravamo analizirati u ovom promišljanju, odnosi se na bolju implementaciju i organizaciju palijativne skrbi i hospicijskog pokreta.

Ovu inicijativu upućujemo apelom najviših krovnih organizacija i proklamatora biopolitičkih i zdravstvenih zakona koji zahtijevaju da se palijativna skrb promiče kao oblik cjelovitog stručnog, javnog i humanitarnog djelovanja. Tako zacrtana, palijativna skrb obuhvaća brojne sinergijske aktivnosti u zajednici modelom mješovitog upravljanja, solidarnim aktivnostima vladinih i religijskih organizacija koje prelaze okvire puke zdravstvene zaštite.

2. Kvaliteta života uvjetovana primjerenom zdravstvenom zaštitom i integrativnom palijativnom skrbi

Zahvaljujući napretku biomedicinskih dosega i organizaciji zdravstvene zaštite, život je suvremenog čovjeka značajno kvalitativno obogaćen i kvantitativno produžen. Međutim, starenjem stanovništva rastu brojne degenerativne promjene, akutne i neizlječive bolesti. Živimo u vremenu sve većega broja osoba starije dobi i bolesnika oboljelih od bolesti koje imaju kronični tijek, terminalne konotacije.

Bolesnici s uznapredovanom bolešću predstavljaju neke od najizazovnijih medicinskih, fizičkih, psihičkih, duhovnih i socijalnih pitanja.

Zahtijevana kompetencija višestruko je potrebna u ublažavanju patnje, olakšanju od bolova i ostalih simptoma, u procjeni i planiranju njege skrbi na kraju života, anticipiranom planiranju, (bio)etičkoj upućenosti u određene medicinske intervencije i njihovu moralnoj prosudbi, detaljnijoj komunikaciji, boljoj pristupačnosti i većoj posvećenosti...

koje je moguće ostvariti palijativnom skrbi (Živković i Vuletić, 2016). Usmjerena je na sveobuhvatnu/integralnu/holističku skrb koja optimizira kvalitetu preostalog života u cijelom kontinuumu bolesti, uključujući rješavanje fizičke, intelektualne, emocionalne, socijalne i duhovne potrebe te olakšavanje autonomije pacijenta, pristup informacijama i izborima“ (National Quality Forum, 2006).

Takvih je bolesnika, nažalost, sve više. *Svjetska zdravstvena organizacija* procjenjuje da oko 56,8 milijuna ljudi, uključujući 25,7 milijuna u posljednjoj godini života, treba palijativnu skrb, a već sada, ona je dostupna za samo oko 14% ljudi od kojih 78% živi u zemljama s niskim i srednjim prihodima U europskoj regiji više od 320 000 onkoloških i 285 000 ne-onkoloških oboljelih trebaju pomoć ili skrb specijalističkih službi palijativne skrbi. Studije procjenjuju da će se do 2040. godine postotak ljudi širom svijeta kojima će trebati palijativna njega povećati s 25% na 47% (Pontificia Academia Pro Vita, 2019: 14-15).

Nedavne procjene pokazuju da je za palijativnu i hospicijsku skrb potrebno 80-100 kreveta na jedan milijun stanovnika. Prema okvirnim prosudbama, populacija kojoj je potreban neki oblik palijativne skrbi čini između 50% i 89% svih umirućih pacijenata, što bi u Hrvatskoj bilo oko 26 000 do 46 000 pacijenata godišnje (Strateški plan razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2013-2015). Sukladno tomu, procijenjeni broj potrebnih palijativnih postelja iznosi od 349 do 429 (Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017-2020).

Palijativna skrb jest pristup koji poboljšava kvalitetu bolesnika i njihovih bližnjih suočenih s problemima povezanim sa životno ugrožavajućim bolestima, prevencijom i ublažavanjem patnje, sredstvima rane identifikacije i besprijeorne procjene te suzbijanjem, liječenjem boli i drugih problema fizičko-biološke, psihosocijalne i duhovne prirode (WHO, 2002: 84), te je *Svjetska zdravstvena organizacija* proglasila pravo na palijativnu medicinu, jednim od osnovnih ljudskih prava na zdravstvenu zaštitu te pozvala sve države da integriraju palijativnu skrb na svim razinama (primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj) od trenutka dijagnosticiranja ne/izlječive bolesti, sve do smrti pacijenta, a zatim se nastavlja u obliku potpore obitelji (WHO, 2014) kako bi ih pripremila na adaptivno prihvaćanje koje postupno vodi terminalnom životnom stadiju.

Inicijativu o zaštiti dostojanstva i prava neizlječivo bolesnih i umirućih terminalnih bolesnika podupiru brojni pravni dokumenti (konvencije, povelje, rezolucije, preporuke, deklaracije) Svjetskog liječničkog udruženja, ministara Vijeća Europe, UN-a i UNESCO-a, koji jamče pravnu i društvenu zaštitu bolesnika (Većina dokumenata dostupna kod: Zurak, 2007: 291-295; Vuletić, 2023: 712-743).

Posljednjih godina brojne su europske zemlje počele razvijati nacionalne planove za razvoj i održavanje palijativne skrbi kao integralnog dijela sustava zdravstvene skrbi, ali i naglašavati neophodnost poštovanja jednakosti bolesničkih prava: ljudskog dostojanstva, socijalne povezanosti i solidarnosti.

Međutim, palijativni bolesnici i/ili članovi obitelji ne ostvaruju ta temeljna prava koji im pripadaju, jer većinom nisu upoznati ili nemaju vremena za podnošenje zahtjeva i dugotrajne birokratske procedure, često rapidne progresije bolesti. Svjesni te činjenice, Vijeće Europe, u *Preporuci 1418 (1999) 1 – O zaštiti ljudskih prava i dostojanstva neizlječivo bolesnih i umirućih*, naglašava da „temeljna prava, koja proizlaze iz dostojanstva smrtno bolesne ili umiruće osobe, danas ugrožava niz čimbenika: nedovoljan pristup palijativnoj skrbi i dobrom zbrinjavanju boli; često nedostatno liječenje tjelesne patnje i neuzimanje u obzir psiholoških, društvenih i duhovnih potreba; umjetno produljenje procesa umiranja primjenom nerazmjernih medicinskih mjera ili nastavkom liječenja bez pristanka bolesnika; nedostatak stalne edukacije i psihološke podrške za zdravstvene djelatnike koji rade u palijativnoj medicini; nedovoljna skrb i podrška rodbini i prijateljima terminalno bolesnih ili umirućih pacijenata; strah pacijenata da će izgubiti svoju autonomiju i postati teret i potpuno ovisni o svojoj rodbini ili institucijama; nedostatak ili neadekvatnost društvenog i institucionalnog okruženja u kojem se netko može mirno oprostiti od svoje rodbine i prijatelja; nedovoljna dodjela sredstava i resursa za skrb i podršku neizlječivo bolesnima ili umirućima; društvena diskriminacija svojstvena slabosti, umiranju i smrti... Iz tih razloga, *Skupština* preporučuje da *Odbor ministara* potiče države članice Vijeća Europe da poštuju i štite dostojanstvo smrtno bolesnih ili umirućih osoba u svakom pogledu te poziva države članice da u domaćem pravu osiguraju potrebnu pravnu i društvenu zaštitu od ovih specifičnih opasnosti i strahova s kojima se smrtno bolesna ili umiruća osoba može suočiti” (Parliamentary Assembly of the Council of the Europe, 1999).

U tom kontekstu ističemo *Europsku konvenciju za zaštitu ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u odnosu na primjenu biologije i medicine – Konvenciju o ljudskim pravima i biomedicini* (Narodne novine, 13/03) koja je proglasila obvezu poštovanja i zaštite dostojanstva neizlječivog i terminalnog bolesnika.

I *Odbor ministara Vijeća Europe* donio je Preporuku Rec (2003) 24 - *O organizaciji palijativne skrbi* - kojom potiču države članice na ujednačavanje razlika u dostupnosti i kvaliteti palijativne skrbi povećanom suradnjom između zemalja, naglašavajući da je palijativna skrb sastavni dio zdravstvenog sustava i neotuđivi element prava građana na zdravstvenu zaštitu, da država mora jamčiti dostupnost palijativne skrbi (Council of Europe Committee of Ministers, 2003). Taj zahtjev ima cilj osigurati odgovarajuću podršku i poštovanje ljudskih prava i vrijednosti te omogućiti postizanje kvalitetne skrbi pred kraj života i dobre smrti kao osnovnog ljudskog prava umirućih.

I *Parlamentarna skupština Vijeća Europe* posvetila se promociji palijative u *Rezoluciji 1649 (2009) 1 – Palijativna skrb: model za inovativnu zdravstvenu i socijalnu politiku* (Parliamentary Assembly, 2009). Ističe, da je palijativna skrb pristup koji poboljšava kvalitetu života pacijenata i njihovih obitelji koji se suočavaju s problemom povezanim s bolešću opasnom za život, prevencijom i ublažavanjem patnje temeljem ranog prepoznavanja i besprijeorne procjene te liječenja boli i drugih problema - tjelesnih,

psihosocijalnih, duhovnih. Osim neizlječivo bolesnima palijativna skrb treba biti dostupna teško bolesnima i kroničnim bolesnicima te svima kojima je potrebna visoka razina individualne skrbi, a koji bi mogli imati koristi od pristupa.

U *Globalnoj rezoluciji o palijativnoj skrbi*, Svjetska zdravstvena skupština (2014) pozvala je sve države članice da poboljšano integriraju pristup palijativnoj skrbi u zdravstvenu zaštitu na svim razinama, kroz kontinuitet skrbi kao ključnoj komponenti zdravstvenih sustava sljedećim odrednicama (World Health Assembly, 2014):

- ▶ integracija palijativne skrbi u sve relevantne globalne planove kontrole bolesti i zdravstvenog sustava,
- ▶ razvijanje smjernica i alata za integriranu palijativnu skrb za različite skupine bolesti i razine skrbi, rješavanje etičkih pitanja povezanih s pružanjem sveobuhvatne palijativne skrbi,
- ▶ potporu državama članicama u poboljšanju pristupa lijekovima za palijativnu skrb kroz poboljšane nacionalne propise i sustave isporuke,
- ▶ promicanje većeg pristupa palijativnoj skrbi za djecu (u suradnji s UNICEF-om),
- ▶ praćenje globalnog pristupa palijativnoj skrbi i evaluacija napretka,
- ▶ razvoj pokazatelja za evaluaciju usluga palijativne skrbi,
- ▶ poticanje odgovarajućih resursa za programe palijativne skrbi i istraživanja, posebno u zemljama s ograničenim resursima,
- ▶ stvaranje dokaza o modelima palijativne skrbi koji su učinkoviti u okruženjima s niskim i srednjim prihodima.

Nastojeći pratiti navedene apele, 2003. godine pojam palijativne skrbi ulazi u *Zakon o zdravstvenoj zaštiti* Republike Hrvatske. U današnjoj verziji iz 2023. godine (Narodne novine, 100/18, 125/19, 147/20, 119/22, 156/22, 33/23), u čl.4. stoji: „Zdravstvena zaštita u smislu ovog Zakona obuhvaća sustav društvenih, skupnih i individualnih mjera, usluga i aktivnosti za očuvanje, unaprjeđenje zdravlja, sprječavanje bolesti, rano otkrivanje bolesti, pravodobno liječenje te zdravstvenu njegu, rehabilitaciju i palijativnu skrb.“ Sukladno navedenom *Zakonu o zdravstvenoj zaštiti*, palijativna skrb se organizira na svim razinama zdravstvene zaštite i svaki pojedinac ima pravo na istu.

Vlada Republike Hrvatske 2013. godine usvojila je i *Strateški plan palijativne skrbi za razdoblje od 2014. do 2016.*, izrađen prema *Bijeloj knjizi o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi* (Association for Palliative Care, 2014). Popratni legislativni dokument jest *Nacionalna strategija razvoja zdravstva Republike Hrvatske od 2012. do 2020.*, u kojoj se opisuju organizacijski i zakonski okvir palijativne skrbi. Unatoč



idejnoj zamišljenosti, dosta je toga još uvijek neostvareno, a aktualni se *Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. godine*, tek usputno okrznuo o nužnoj dostupnosti palijativne skrbi za onkološke i dementne bolesnike.

Organizacija palijativne medicine obično se provodi kroz osnovnu (primarnu) i specijalističku (sekundarnu) palijativnu medicinu. Osnovnu provode liječnici obiteljske medicine i svi specijalisti koji brinu o bolesnicima s neizlječivim bolestima (npr. internisti, onkolozi, gerijatrija...), dok je specijalistička palijativna medicina više specifična služba za teško i neizlječivo bolesne, sastavljena od posebno educiranog multidisciplinarnog tima. Neki ovim dvjema dodaju još jednu treću granu, tercijarnu palijativnu medicinu, koja se puno više fokusira na znanstvena istraživanja i poučavanje s ciljem poboljšanja i usavršavanja kvalitete pružene palijativne skrbi (Braš i Đorđević, U: Đorđević, Braš, Brajković, 2013: 3).

Palijativna skrb prikladna je za sve pacijente od trenutka kad im je dijagnosticirana za život opasna ili iscrpljujuća bolest, koja obuhvaća populaciju pacijenata širokog raspona dijagnostičkih postupaka koji žive s trajnim ili ponavljajućim stanjem koje negativno utječe na svakodnevno funkcioniranje ili predvidivo skraćuje očekivani životni vijek (Council of Europe Committee of Ministers, 2003).

Najučinkovitija je u ranoj fazi bolesti, jer ne samo da poboljšava kvalitetu života pacijenata, već također smanjuje nepotrebne hospitalizacije i korištenje skupih zdravstvenih usluga. Međutim, većina pacijenata traži palijativnu skrb samo u daleko uznapredovanoj bolesti, ali neki pacijenti mogu trebati palijativne intervencije za rješavanje kriza u ranijim fazama progresivne bolesti.

Prijelaz s kurativne na palijativnu skrb češće je postupan, nego jasno vremenski razgraničen, ovisno o tome kako se ciljevi liječenja sve više prebacuju s produženja života na očuvanje kvalitete života, o potrebi za nalaženjem ravnoteže između koristi i tereta liječenja (National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2009).

Kada se prepozna potreba za palijativnom skrbi, korisno je dodijeliti mu MKB-10 šifru koja označava palijativnu skrb: Z51.5. Time pacijent u kliničkom radu i u informatičkom sustavu postaje prepoznatljiviji te bi trebao imati prednost u obavljanju pretraga kako bi pravodobno dobio primjerenu palijativnu skrb.

U odnosu populaciju ubrajaju se (Brkljačić i Strnad, U: Brkljačić, Šamija, Belev, Strnad, Čengić, 2013: 25):

- ▶ djeca i punoljetne osobe koje pate od prirodnih bolesti ili stanja koja dovode do ovisnosti o terapijama koje ih održavaju na životu i/ili dugoročne skrbi njihovih skrbnika radi pružanja skrbi za obavljanje svakodnevnih aktivnosti,
- ▶ osobe bilo koje dobi koje pate od akutnih, ozbiljnih i za život opasnih bolesti (poput teških ozljeda, leukemije ili moždanog udara) kada je izlječenje, ako do njega dođe, vrlo dugotrajan i zahtjevan put ispunjen značajnim teškoćama,

- ▶ osobe koje pate od progresivnih kroničnih stanja (maligniteta, kroničnih zatajenja bubrega, bolesti jetre, moždanog udara koji je uzrokovao znatno funkcionalno oštećenje, uznapredovale srčane ili plućne bolesti, krhkosti, neurodegenerativne bolesti i demencije),
- ▶ osobe koje pate od kroničnih i za život ograničavajućih povrjeda zbog nesreća ili drugih oblika teških ozljeda,
- ▶ ozbiljno i terminalno oboljeli bolesnici (poput osoba koje pate od demencije u posljednjoj fazi terminalnog stadija karcinoma ili teškog invaliditeta zbog zadobivene moždane kapi) koji se vjerojatno ne će oporaviti ni stabilizirati te za koje je intenzivna palijativna skrb vodeći cilj skrbi za vrijeme koje im preostaje.

S obzirom na ovako širok raspon dijagnostičkih skupina, jedan od izazova za palijativnu skrb je velika prevalencija stvarnoga stanja. Svake godine u svijetu umre oko 53 milijuna ljudi. Od njih otprilike 80% ima razdoblje progresivne bolesti i/ili invaliditeta, kada bolest ne reagira na liječenje. Većina odraslih kojima je potrebna palijativna skrb ima kronične bolesti kao što su kardiovaskularne bolesti (38,5%), rak (34%), kronične bolesti dišnog sustava (10,3%), AIDS (5,7%) i dijabetes (4,6%). I mnoga druga stanja mogu zahtijevati palijativnu skrb, uključujući zatajenje bubrega, kroničnu bolest jetre, multiplu sklerozu, Parkinsonovu bolest, reumatoidni artritis, neurološke bolesti, demenciju, kongenitalne anomalije i tuberkulozu otpornu na lijekove (Lobnik, 2021: 3-4). Uvidjevši ovako velik raspon odnosne populacije, uistinu se može činiti teško uspostavljanje adekvatne integrativne skrbi.

Palijativna se skrb može ostvarivati u osnovnim ili specijalističkim jedinicama. U primarnoj zdravstvenoj zaštiti provodi se u bolnicama i domovima zdravlja¹ ili unutar njih u tzv. dnevnim boravcima ili izvan njega (domovima za umirovljenike, stare i nemoćne osobe, ambulantama/savjetovalištim za palijativnu skrb ili ambulantama za bol) ili u kući bolesnika posredstvom mobilnih timova, no najidealnije se provodi u ustanovama tzv. 'hospicijima' u kojima se ostvaruje pružanje integriranih usluga psihološke potpore i duhovne skrbi radi pomoći pacijentima da što aktivnije žive.

Završna faza primjene palijativne skrbi je predviđena, još uvijek, neostvarenom podrškom, *službama žalovanja*, koje bi trebale nastaviti pružati psihosocijalnu pomoć ožalošćenima (Juranić, Mikšić, Vuletić, U: Đorđević, Braš, Brajković, 2012: 142-155; Vuletić, Juranić, Mikšić, Rakošec, U: Puntarić, Stašević i sur., 2017: 236-248).

¹ Jedinica palijativne skrbi najčešće je bolnički odjel (u sastavu odjela onkologije, neurologije, anesteziologije, radiologije ili u neprestanoj blizini općih bolnica) u kojem će se provoditi krizne intervencije i pokušati postići medicinska stabilizacija pacijentovog stanja. Kapacitet im je 10 do 15 kreveta i primaju bolesnike čiji stupanj patnje zahtijeva specijaliziranu interdisciplinarnu palijativnu skrb privremeno ili do smrti. Cilj jedinica palijativne skrbi jest ublažavanje neugoda uzrokovanih bolešću i terapijom te, ako je moguće, stabiliziranje funkcionalnog statusa pacijenta i nudenje psihološke i socijalne pomoći pacijentima i njegovateljima na način koji omogućava otpuštanje ili premještanje u drugu vrstu zdravstvene strukture.

Pružanje takvih vrsta usluga zahtijeva multiprofesionalan tim s interdisciplinarnim pristupom rada koji raspolaže znanjima i vještinama u svim vidovima procesa skrbi vezanih uz područje struke.² Treba biti spreman za pružanje fizičke, psihološke, socijalne i duhovne potpore pomoću metoda koje proizlaze iz kolaborativnog timskog pristupa, kako bi se što više unaprijedila kvaliteta preostalog života.

Među temeljnim ciljevima palijativne provedbe navodi se nekoliko ključnih predispozicijskih karakteristika osoba koje bi je trebale pružiti: podržati komunikaciju i kvalitetan međusobni odnos; pobrinuti se da se pacijent osjeća sigurno i zaštićeno; biti osjećajan prema pacijentovim strahovanjima u procesu umiranja; poštovati pacijentova očekivanja u načinu okončavanja života; posvetiti pozornost pacijentovim željama i osjećaju vlastitog blagostanja; pomoći pacijentu pronaći unutarnju snagu; ponuditi religiozne obrede koji su pacijentu važni; pružiti duhovnu skrb, kao posebnu dimenziju upoznati i prihvatiti vlastitu ranjivost; biti sposoban učiti od vlastitih pacijenata i imati interdisciplinarni tim kada je potreban (Vermandere i Tadić, 2016: 1061).

Uvako široko zacrtani ciljevi na prvi se pogled mogu činiti prezahtjevni te se brojne regije i županije nalaze pred organizacijskim izazovima. Unatoč anksioznosti, „Hrvatska kao članica EU, koja se zasniva na demokratskim civiliziranim vrijednostima, mora najozbiljnije prihvatiti da je kvalitetna briga sustava za bolesne i umiruće upravo jedan od temelja modernoga društva kojem se teži” (Bogadi i Tadić, 2016: 34).

3. Izazovi implementacije palijativne skrbi u Osječko-baranjskoj županiji

S obzirom na sve veću zastupljenost osoba s kroničnim bolestima pre-terminalne denotacije s predviđajućom nezaobilaznom smrću, kako na globalnoj tako i na lokalnoj razini, sve se državne regije u određenoj mjeri teško nose s brojnim izazovima palijativne skrbi.

Čini se da su glavne prepreke razvoju palijativne skrbi u zapadnoj, središnjoj i istočnoj Europi: nedostatak financijskih i materijalnih resursa; problemi povezani s dostupnošću opijata; nedovoljna obaviještenost javnosti o palijativnoj skrbi kao području specijalizacije i nedostatna potpora vladajućih struktura te nedostatak programa obrazovanja i osposobljavanja za učinkovitu palijativnu skrb (La Mura i sur., U: Đorđević, Braš, Brajković, 2014: 29).

² Tim mora biti sastavljen od palijativnog liječnika, medicinske sestre, radnog terapeuta, fizioterapeuta, ljekarnika, nutricionista, bioetičara, socijalnog radnika, psihologa, duhovnika/bolničkog kapelana, dobrovoljaca te nekog iz pacijentove obitelji. Od palijativnog se liječnika očekuje da pruža optimalnu razinu kontrole boli i drugih simptoma; medicinska sestra pruža svu potrebnu njegu i pažnju; fizioterapeut pazi na fiziološko održavanje pokretljivosti; farmaceut brine o dozi analgetika; nutricionist skrbi o redovnim sredstvima potrebnih i mogućih oblika hranjenja; bioetičar pokušava rasvijetliti moralne aspekte skrbi na kraju života; socijalni radnik daje izravnu potporu pacijentu i obitelji; psiholog pruža pomoć vezanu za različite društvene psihološke procesa umiranja i smrti; svećenik pruža olakšanje, duhovnost, dok se dobrovoljci uključuju u razne oblike pomoći umirućima i ožalošćenima.

Iako se navedeni problemi susreću i u prestižnim zemljama, naša je Osječko-baranjska županija posebno opterećena visokim postotkom osoba kroničnih i palijativnih bolesnika s nedostatnom razinom organizacijskih oblika integrativne zdravstvene skrbi, nepostojanošću regionalnih hospicija, manjkom državne podrške ulaganja u regionalni sektor, emigracijom kvalificiranog zdravstvenog osoblja, nezadovoljavajućim smještajnim kapacitetima te nepostojećom sinergijskom koordinacijom sekularnog i sakralnog prožimanja.

Prema zadnje dostupnom statističkom izvješću minimalne procjene potreba palijativne skrbi u Osječko baranjskoj županiji i gradu Osijeku, Službe za javno zdravstvo, iz 2017. godine, navodi se da je u tom prethodnom razdoblju otprilike 24,2% umrlih osoba kojima je bila potrebna palijativna skrb. Na području naše županije je prema mjestu smrti, najviše tih osoba umrlo u bolnici (49,6%), zatim u stanu (38,9%), a slijede po učestalosti ustanove za smještaj (9,8%), druga mjesta (1,3%) i druge zdravstvene ustanove (0,4%) (Samardžić i Santo, 2017).

Organizacija, implementacija i koordinacija mreže timova za palijativnu skrb i briga za umirućeg je, unatoč hvalevrijednom naporu entuzijastičnih pojedinaca, još uvijek nedovoljno razvijena i trebalo bi intenzivnije poraditi na tome.

U Republici Hrvatskoj do danas djeluju 42 tima za palijativnu skrb, 31 ambulanta za bol, 47 besplatnih posudionica pomagala, 16 organizacija volontera u palijativnoj skrbi, 9 županijskih timova za razvoj županijskih sustava palijativne skrbi, 5 županijskih koordinacijskih centara za palijativnu skrb. To znači da bi u prosjeku jedan tim trebao pokrivati između 185 i 328 bolesnika koji ga trebaju 24 sata dnevno, 7 dana u tjednu. Ako se uzme u obzir da 9 županija ima samo jedan tim, i da tek 4 županije imaju osiguran rad timova u dvije smjene, a samo dvije županije i dežurstvo vikendom i praznicima, jasno je koliko su ovi resursi nedostatni (Predavec i Radić-Krišto, U: Lončar, Katić, Jureša i sur., 2013: 9).

Palijativna skrb u Domu zdravlja Osječko-baranjske županije službeno je smještena u Ulici Ljudevita Posavskog 2, Osijek (Retfala), rukovoditelj je dr. Mirjana Šantor, dr. med. spec. obiteljske medicine. Trenutno postoji pet koordinatora za djelatnosti palijativne skrbi (dostupni na tel. 031/225-491 ili e-mail: palijativa@dzobz.hr, radno vrijeme od 7-15h tijekom tjedna).

U 4 mobilna palijativna tima dva su dostupna od 7-21h: dr. med. spec. obiteljske medicine i po jednog dr. med., spec. radioterapije i onkologije; dr. med. spec. maksilofacijalne kirurgije, te četiri mag. med. techn., kojima se priznaje tek akademski status prvostupnika sestrinstva, te je od strane poslodavca osigurana samo nužno potrebna edukacija – poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja I. kategorije – osnove palijativne medicine u organizaciji Fakulteta za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek.

Mobilni palijativni timovi pružaju specijalističku palijativnu skrb u okvirima medicinsko-tehničkih intervencija, savjetovanja, psihološke potpore i podrške u žalovanju, pomoći u ostvarivanju prava iz socijalne skrbi, duhovne pomoći i povezivanju s drugim stručnjacima u zadovoljavanju svih potreba.

S obzirom da broj bolesnika uključenih u palijativnu skrb neprekidno raste, sve je veće opterećenje zdravstvenih djelatnika potrebama teško bolesnih čije se zdravstveno stanje brzo pogoršava te se time potrebe skrbi povećavaju. Osim brze dinamike promjena zdravstvenog stanja i progresije bolesti, što rezultira sve većim obujmom skrbi, rad mobilnih timova je terenski, te se dodatno „gubi vrijeme“ (na putovanje do bolesnikovog doma). Stoga je potrebno osnažiti lokalne službe (patronažnu sestru, zdravstvenu njegu u kući, izabrani obiteljski liječnik) u ranom prepoznavanju bolesnika s palijativnim potrebama i povezivanju sa službama palijativne skrbi u svrhu rane detekcije simptoma te pravovremenom reagiranju, rješavanju i prevenciji patnje.

Iako se na web stranici organizacije palijativne skrbi navode tri posudionice pomagala (u Osijeku, Našicama i Đakovu), stvarno je na raspolaganju samo jedna posudionica otropedskih pomagala (u kojima su dostupne štake, štapovi, invalidska kolica, hodalice, rolatori, anti-dekubitalni madraci, bolesnički kreveti... i to u Osijeku (Ljudevita Posavskog 2). No, prema izraženim potrebama, pojedinih pomagala nedostaje. Medicinskih, bolesničkih kreveta je malo te su većinom iz donacije obitelji preminulih. Ostala pomagala za kretanje, poput štaka i hodalica, donirano je od strane HZZO. U većini slučajeva tih je pomagala prilično dostatno za potrebe Županije, dok su „redovi čekanja“ za antidekubitalne madrace predugi. U posudionici pomagala nalaze se i pelene za odrasle, stoma pomagala, obloge za rane i sl., koje mogu pripomoći osobama u potrebi (bez dodatnih financijskih troškova).

Na području Osječko-baranjske županije djeluje nekoliko udruga koje pružaju podršku oboljelima, poput *MAMMAE Osijek – Klub žena liječenih na dojci*, *Udrugu žena za borbu protiv raka dojke ROSETA Đakovo*, *Gradska liga protiv raka – Osijek*, *Liga protiv raka Vinkovci/Vukovar/Valpovština*, *Udruga za prevenciju raka prostate i oboljelih od raka prostate – podružnica Vukovar*, *Udruga za podršku oboljelima od multiplog mijeloma (plazmocitoma) MijelomCRO*, *Udruga žena oboljelih od karcinoma jajnika „JA KA“ Osijek*, *Udruga roditelja djece oboljele od malignih bolesti „Moje dijete“ Osijek*, *Invalidsko društvo ILCO Osijek*, *Udruga za psiho-socijalne potrebe „Amadea“*, *Bračno i obiteljsko savjetovalište Đakovačko-osječke nadbiskupije*, *Društvo za psihološku pomoć Sunce*, *Hrvatski Crveni križ Društvo Crvenog križa Osječko-baranjske županije*, *Regionalni centar za psihotraumu Osijek pri Kliničkom bolničkom centru Osijek*, *Udruga „Memoria“ Osijek*, *Društva multiple skleroze Osječko-baranjske županije*, *„Plava šapa“ Udruga za promicanje kvalitete suživota između ljudi i životinja i slične.*

Velik je problem nedostatak palijativnih stacionara te je sva skrb oko bolesnika prepuštena obitelji. Ne postoji niti službeni registar bolesnika s palijativnim potrebama, niti jedinstveni

model pružanja palijativne skrbi. Problem Osječko-baranjske županije je i nedostatak obrazovanja volontera za pružanje pomoći bolesnicima s palijativnim potrebama.

Pacijenti koji po otpustu iz bolnice, uz šifre dijagnoza bolesti imaju dodanu Dg Z51.5, (uz predodređene med. dokumentacije) direktno se mogu javiti koordinatoru i bit će upisani u *Popis pacijenata* potrebitih palijativne skrbi, te ostvariti dostupne usluge *Odjela za palijativnu skrb* Doma zdravlja Osječko-baranjske županije. Oni koji nemaju Dg Z51.5, obraćaju se svome izabranom liječniku obiteljske medicine, koji prema propisanim kriterijima procjenjuje propisivanje dijagnoze, te, ako ju doda postojećim dijagnozama pacijenta, odabrani ordinarijus stupa u kontakt s koordinаторom koji uvrštava pacijenta u *Popis*, kako bi se moglo početi s pružanjem usluga. Djelatnici patронаžne službe, djelatnici ustanova za zdravstvenu njegu u kući, volonteri, socijalni radnici, koji pri svom radu na terenu uoče pacijenta u palijativnoj potrebi, a koji ne koristi svoja prava, trebaju obavijestiti pacijentovog izabranog liječnika obiteljske medicine, kako bi ordinarijus izvršio uvid i procjenu dodavanja Dg Z51.5, te potom obavio potrebnu proceduru prijave pacijenta na *Popis* (<https://www.obz.hr/index.php/zdravstvo/palijativna-skrb>).

Palijativnim bolesnicima, kojima nije moguće osigurati adekvatnu skrb kod kuće, na raspolaganju bi trebali biti odgovarajući smještajni kapaciteti. Prema preporukama Europskog udruženja za palijativnu skrb, kriterij za procjenu potreba broja palijativnih postelja je 80-100 na 1 milijun stanovnika. Procjena potreba za palijativnim kapacitetima za osječko-baranjsku županiju, prema *preporukama Europskog udruženja za palijativnu skrb/Mreži javne zdravstvene službe* donosi sljedeće podatke: Procijenjena potreba broja palijativnih postelja je 24-30. Broj bolničkih palijativnih postelja prema Mreži javne zdravstvene službe 10. Broj palijativnih postelja u stacionarima domova zdravlja prema Mreži javne zdravstvene službe 8. Broj koordinatora za palijativnu skrb 5. Broj mobilnih palijativnih timova 5 (Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017. – 2020.).

Na tragu toga, velik broj županija izradilo je svoje planove razvoja palijativne skrbi u skladu s *Nacionalnim programom razvoja palijativne skrbi*. Županijske strategije imaju temelj u nacionalnom strateškom dokumentu palijativne skrbi i na taj način se teži usklađenom razvoju palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj baziranom na zajedničkoj smjernici, ali prilagođenom lokalnoj zajednici.

S obzirom na to da palijativna skrb u Hrvatskoj nije dovoljno implementirana u zdravstveni sustav, još se uvijek u bolnicama velik broj bolesnika zbrinjava na primarni, a ne palijativni odjel, koji kadrovski i prostorno ne pružaju palijativnu skrb primjenjujući osnovne principe palijativnog pristupa (Vukelić Slavić, U: Lončar, Katić, Jureša, 2018: 154). Palijativni pacijenti čine najmanje petinu ukupnog broja hospitaliziranih u kliničkim ustanovama, dok na pojedinim kirurškim odjelima udio palijativnih zahvata čini trećinu ukupno izvedenih operacija (Lončarek, 2017: 46).

Grad Osijek nema palijativni odjel na kojemu mogu boraviti bolesnici s palijativnim potrebama, već je takva skrb organizirana u *Općoj županijskoj bolnici Našice* gdje je djelatnost palijativne skrbi organizirana s deset postelja. Moguće je informirati se na telefon 031/488-511 ili web adresi *palijativnaskrb@obnasice.hr*. Bolesnici se na bolničko liječenje zaprimaju temeljem procjene posebnog povjerenstva i u dogovoru s obiteljskim liječnikom.

Trenutno je u Hrvatskoj na raspolaganju 477 kreveta u bolnicama i 62 kreveta u stacionarima.

Tablica 1. Dostupni palijativni kreveti u bolnicama i stacionarima te broj mobilnih palijativnih timova

Županija	Broj kreveta u bolnicama	Broj kreveta u stacionarima	Broj timova
Bjelovarsko-bilogorska županija	6		1
Brodsko-posavska županija	25		2
Dubrovačko-neretvanska županija	14		3
Istarska županija	5	16	2
Karlovačka županija	20		2
Koprivničko-križevačka županija	5		1
Krapinsko-zagorska županija	2		1
Ličko-senjska županija	2	2	1
Međimurska županija	2		1
Osječko-baranjska županija	10		4*
Požeško-slavonska županija	14		2
Primorsko-goranska županija	17		3
Sisačko-moslavačka županija	16		2
Splitsko-dalmatinska županija	147	44	2
Šibensko-kninska županija	22		1
Varaždinska županija	89		1
Virovitičko-podravka županija	5		1
Vukovarsko-srijemska županija	10		3
Zadarska županija	16		1
Zagrebačka županija	0		3
Grad Zagreb	50		6

Izvor: <https://ika.hkm.hr/novosti/u-povodu-medunarodnog-dana-volontera-predstavljeno-istrazivanje-o-palijativnoj-skrbi-u-hrvatskoj>

Nacionalni plan protiv raka 2020 – 2030. unutar *Mreže javne zdravstvene zaštite* predviđa broj i raspored ustanova u kojima će se obavljati djelatnost palijativne skrbi: predviđena su 52 koordinatora za palijativnu skrb te isti broj palijativnih mobilnih timova, a u stacionarima domova zdravlja, koji palijativnu skrb provode na specijalističkoj razini, predviđene su 83 palijativne postelje.

Unatoč postojećem stanju, nedovoljno znanje i poznavanje javnosti o važnosti palijativne skrbi te sporo donošenje zakona o razinama organiziranja palijativne skrbi svrstava Republiku Hrvatsku u zemlju s niskim stupnjem razvoja palijativne skrbi u Evropi.

U Hrvatskoj godišnje umire oko 52 000 osoba koje bi trebale palijativnu skrb. Od toga 26 000 – 46 000 osoba godišnje treba palijativni pristup, dok specijalističku palijativnu skrb treba manji broj palijativnih bolesnika, njih oko 5 000. Navedeni podaci odnose se samo na završnu skrb (12 mjeseci prije smrti). Praksa je pokazala da je tek njih oko 200 moglo dobiti potrebitu skrb. (Franinović Marković, 2013, U: Đorđević, Braš, Brajković, 2013: 7).

Anica Jušić, prva predsjednica *Hrvatskog društva za hospicij*, upozorava da Hrvatska, ne samo da nema hospicijskih jedinica, već nema ni kronikarija; gerijatrijski odjeli su dokinuti, a domovi umirovljenika iz osamdesetih godina prošlog stoljeća su pretvoreni u domove za starije i nemoćne. U tim je ustanovama oko 70% nepokretnih i do 30% mortaliteta što govori da bi se te zdravstvene ustanove trebale naći u prvom redu planiranja.

Zdravstveni sustav i posljedično timovi za palijativnu skrb bore se s:

- ▶ nedovoljnim financijskim sredstvima koja jedva pokrivaju osnovne zdravstvene programe koji sada funkcioniraju³;
- ▶ nedostatnim kliničkim brojkama palijativnih kreveta, pa se takvi bolesnici zbog općeg lošeg stanja neprimjereno smještaju u jedinicama intenzivnog liječenja⁴;
- ▶ nedostatkom zakona koji bi osigurao dostatna sredstva za programe palijativne kućne njege⁵;
- ▶ mobilni palijativni timovi dostupni su tek u minimalističkom broju, a neki od njih su dostupni samo lokalno;
- ▶ u tim su timovima zaposleni samo liječnici i medicinske sestre, a cjelovita palijativna skrb bi trebala uključivati i socijalne radnike, psihologe, fizioterapeute te duhovnike;
- ▶ nedostaju klinički bioetičari koji bi konzultirali brojne moralne i etičke dileme skrbi na kraju života. U pružanju olakšanja i skrbi na kraju života, moraju se uzeti u obzir načela medicinske etike i etičkog ponašanja, moralne obveze i pravne odgovornosti.

³ Resursi dostupni za zdravstvenu skrb ograničeni su čak i u najbogatijim društvima – pronalaženje odgovarajuće kombinacije ljekovitih i palijativnih ulaganja stalni je izazov za kreatora javnozdravstvene politike. U mnogim dijelovima svijeta palijativna skrb dostupna je samo putem privatnih dobrotvornih organizacija ili međunarodnih donatora. U Ujedinjenom Kraljevstvu, na primjer, palijativna skrb, uključujući hospicijsku skrb, financira se kao dio kombinacije zdravstvenih usluga koje podržava Nacionalna zdravstvena služba. Nasuprot tome, u SAD-u javna sredstva općenito ne podupiru palijativnu skrb osim *Medicare Hospice Benefit* – mehanizma koji se fokusira na skrb za one za koje je utvrđeno da imaju manje od 6 mjeseci života. To utječe na otežanu integraciju palijativne skrbi u ranijim fazama bolesti.

⁴ Bolnice, osobito one kliničke i klinički bolnički centri, najskuplje su mjesto za pružanje palijativne skrbi. One su specijalizirane, uređene i opremljene za dijagnostiku i liječenje. Tehnologija rada u njima, kao i protok bolesnika ne dozvoljavaju adekvatno bavljenje s potrebama umirućih.

⁵ Redovite kućne posjete liječnika obiteljske medicine, izrazito su ograničene (kućni pregledi predstavljaju svega 1,5% ukupnih pregleda liječnika primarne zdravstvene zaštite).



- ▶ volonteri bi također trebali biti neizostavni članovi tima, ali u cijeloj Hrvatskoj aktivno je ukupno 272 volontera u 10 županija. Ukupan broj bolesnika koji trebaju palijativnu skrb ukazuje da bi jedan volonter trebao biti podrška za 95 do 169 bolesnika, ne računajući članove obitelji koji također trebaju pomoć;
- ▶ nepostojanošću hospicija (izuzev tri službena s manjim brojem postelja: Specijalna bolnica sv. Rafael – Strmac, Riječki hospicij Marija Krucifiksa i hospicij Matošić u Splitu);
- ▶ s nedostatkom sveopćeg, a nadasve specijaliziranog medicinskog osoblja i volontera u palijativnoj skrbi⁶;
- ▶ obitelj nije upućena gdje tražiti izvore pomoći, ni kako si olakšati pomoć u svakodnevnoj skrbi bolesnika;
- ▶ država komplicira s administrativnim zavlacenjem i dugotrajnim čekanjem usuglašavanja i odobrenja za subvencijom pomoćnih medicinskih pomagala;
- ▶ u većini slučajevi su umirući bolesnik i njegova obitelj prepušteni sami sebi, bez podrške zdravstvenog sustava⁷.

Zbog sveopće loše gospodarske situacije, živimo u zemlji u kojoj ne možemo pružiti esencijalne elemente palijativne skrbi ni terminalnom bolesniku, a kamoli ostvariti sve bio-pravne smjernice pružanja podrške ožalošćenima, službama žalovanja, i tijekom pratnje umirućeg bolesnika i nakon što se taj nesretni događaj dogodi.

Uvjereni smo da su mnogi potencijali europskih socijalnih kohezivnih projekata za tako humane tendencije ostale neiskorišteni. Djelomično zbog ne-znanja, ne-upućenosti, nedostatka vremena, ionako preokupiranih medicinskih djelatnika; dijelom i zbog same ignorancije; djelomično i zbog očekivanja da je to nečija tuđa uloga. Prebacivanjem težišta i odgovornosti na supsidijarne institucije, udruge ili osobe, svima nam samo duša može biti otežana grijehom propusta za svu onu neizdrživu patnju, bol i agoniju koju proživljavaju osobe kojima nema tko pomoći, pružiti djelotvornu terapiju boli, stisak ruke ili humani ispraćaj.

Da bismo se približili standardima razvijenih zemalja, treba razraditi brzu, ali dugoročno održivu, strategiju i implementirati je u cjelokupni nacionalni sustav, napose unutar županija koje prednjače u statističkoj zastupljenosti nedovoljne pokrivenosti palijativne skrbi.

⁶ U 2013. godini pokrenut je interdisciplinarni tečaj stalnog medicinskog usavršavanja iz područja palijativne medicine, organizirani od strane Centra za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine (CEPAMET). I u Osijeku se od 2019. godine provodi edukacija, Osnove palijativne medicine, u organizaciji Fakulteta za dentalnu medicinu i zdravstvo. Nedavno je organizacija „La Verna“ omogućila on-line praćenje tečaja.

⁷ Zaposleni članovi obitelji umirućeg nemaju pravo na bolovanje, radi njege bolesnika koji je već otpušten s bolničkog odjela. Preostaju jedino privatni domovi i usluge privatnih njegovatelja koje si rijetko tko može priuštiti te su liste čekanja duže od života umirućeg.

Među njima je na poseban način pogođena i Osječko-baranjska županija, pretrpanošću bolničkih intenzivnih i akutnih odjela, ne-postojanošću hospicija i nedostatnom pokrivenošću mobilnih palijativnih timova, naspram neproporcionalnom broju osoba potrebitih palijativne skrbi.

(Ne)prepoznavanjem važnosti i ozbiljnosti palijativne medicine, (ne)pronalaženjem materijalnih resursa, (ne)ustupanjem primjerenog hospicijskog prostora, (ne)umreženošću civilnog i crkvenog sektora, (ne)organiziranošću palijativne skrbi sukladno standardima *Svjetske zdravstvene organizacije*, (ne)koordiniranošću subspecijalističkih grana, (ne)uvažavanjem profesionalne ingerencije svakog člana multidisciplinarnog tima; (ne)organiziranošću multimodalnih timova; (ne)priznatošću akademskog gradusa sestrinstva u mobilnom palijativnom timu, (ne)dostatkom programa obrazovanja i osposobljavanja interdisciplinarnih članova, (ne)uvažavanjem humanističkih medicinskih tendencija,..., mnogi su palijativni bolesnici oštećeni u svom dostojanstvenijem proživljavanju globalne boli i patnje. Stoga je potrebna dobra razrađenost bolje palijativne strategije.

4. Strategija unaprjeđenja inovativne zdravstvene i socijalne politike regionalnog sektora

Donositelji politika moraju prepoznati etičku i socijalnu vrijednost palijativne skrbi i izmijeniti postojeće zdravstvene ustanove, pravila i ciljeve kako bi se osigurao univerzalni pristup palijativnoj skrbi za sve potrebne bolesnike. Također moraju poduzeti potrebne radnje za osiguravanje integriranog zdravstvenog sustava, omogućiti skladan prijelaz između različitih razina skrbi kako bi se pacijenti sa složenim problemima mogli usmjeriti na odgovarajuću razinu skrbi (Pontificia Academia Pro Vita, 2019: 27).

Strategije koje je razvila Svjetska zdravstvena organizacija (WHO), Europska udruga za palijativnu skrb (EAPC), Međunarodna udruga za hospicij i palijativnu skrb (IAHPC) i Svjetska alijansa za palijativnu skrb (WPCA) mogu pomoći zemljama u unaprjeđivanju usluge palijativne skrbi. Područja fokusa uključuju tri ključna elementa koja su neophodna za daljnje održivo palijativno liječenje (Stjernsward i Clark, 2004³):

- ▶ vladina politika – utvrđivanje nacionalnih politika, usklađenost s nacionalnim programom zdravstvenih i socijalnih usluga;
- ▶ edukacija – zdravstvenih djelatnika, javnosti i medija, kreatora politika i drugih;
- ▶ osiguranje pristupa lijekovima protiv bolova.

Prethodno je potrebno odvagati i provesti SWOT analizu (Đorđević, Braš i Brajković, 2013: 179-180). S obzirom na vjerojatnost očekivanja povećanja potražnje za palijativnom skrbi, takva bi se politika trebala temeljiti na pravilno provedenoj procjeni

potreba. Pri svemu tome važno je imati na umu sljedeće točke (Rajagopal i George, U: Bruera i sur., 2006: 2):

- ▶ Sustav pružanja palijativne skrbi treba biti realan i održiv.
- ▶ Potrebe pacijenata trebaju biti na prvom mjestu.
- ▶ S pacijentom i obitelji je potrebno uspostaviti partnerstvo u skrbi.
- ▶ Prije savjetovanja o liječenju potrebno je razmotriti obiteljsku situaciju.
- ▶ Postojeći resursi trebaju biti optimalno iskorišteni.
- ▶ Nedostatke na postojećim objektima potrebno je nadopuniti nevladinim organizacijama. Moraju se pronaći načini za nadopunjavanje postojećih usluga, čime bi se 'popunile praznine' i razvila bespriječna integrirana usluga.
- ▶ Volonteri mogu biti okosnica službe palijativne skrbi. Brojni su pojedinci koji su dobrog srca i voljni pomoći. Međutim, tu potencijalnu radnu snagu treba osposobiti.
- ▶ Zagovaranje je bitno. Potrebna je strategija za utjecaj na politiku i poboljšanje financiranja i dostupnosti. Postoji potreba kako izravno pristupiti donositeljima odluka u zdravstvenim resorima tako i neizravno utjecati na njih kroz javnost.

Primarno je da zdravstveni radnici budu osposobljeni integrirati svoje specijalističko stručno usavršavanje s tekućim interdisciplinarnim usavršavanjem. Budući da se holistička skrb temelji na etičkim načelima središnjosti pacijenta u cjelovitoj viziji, razvoj multidisciplinarnih vještina moralna je obaveza zdravstvenih radnika (Cobb, Puchalski i Rumbold, 2012). Važno je i obrazovanje javnosti u hospicijskoj palijativnoj skrbi oko zagovaranja, edukacije donositelja odluka, svijesti o hospicijskoj palijativnoj skrbi u općoj populaciji te edukacije pacijenata i neformalnih njegovatelja. Edukacija o palijativnoj skrbi također se mora proširiti na širu javnost, kreatore politike i administratore zdravstvenih usluga.

Važnost edukacije naglašava i sama *Preporuka Europskog udruženja za palijativnu skrb (EAPC) za razvoj dodiplomskih nastavnih programa iz palijativne medicine na europskim medicinskim školama*, prema kojoj bi se palijativna skrb „trebala uključiti u svu dodiplomsku izobrazbu i liječnika i medicinskih sestara, a nakon toga i poslijediplomska izobrazba i odgoj. Također, trebaju postojati i programi izobrazbe za sve stručnjake palijativne skrbi. Sve akademske kvalifikacije akademskih institucija u zdravstvenom sektoru trebaju uključivati obvezne tečajeve palijativne skrbi kao dio sveučilišnih programa. Potpuna integracija tečaja palijativne skrbi u sveučilišne kurikule za zdravstvene djelatnike

obveza je prema međunarodnom pravu i strategiji obuke utemeljenoj na dokazima (European Association for Palliative Care, 2013).

I duhovna se pitanja trebaju promatrati kao jedan od vitalnih pacijentovih znakova, jer je duhovna skrb sastavni dio bilo kojeg modela *skrbi usmjerenog na pacijenta* (Pontificia Accademia per la Vita, 2019, 33.; 36.) U tom je kontekstu Nacionalna konferencija za konsenzus (Pasadena, Kalifornija 2009.) preporučila da svi programi palijativne skrbi integriraju i duhovnu pomoć u svoje cjelokupne planove poboljšanja kvalitete ostvarenja holističkih potreba palijativnih bolesnika, njihovih bližnjih i zdravstvenih skrbnika.

I *Preporuka br. REC(2003)24 Odbora ministara državama članicama o organizaciji palijativne skrbi* (Council of Europe Committee of Ministers, 2003) posebno zahtijeva uspostavljanje referentnih centara za poučavanje i obuku u palijativnoj skrbi kroz standardne nastavne planove i programe, poslijediplomsko usavršavanje i edukaciju, te programe izobrazbe stručnjaka za palijativnu skrb, zagovarajući akademsko priznavanje palijativne skrbi. Preporučuje se i da zemlje posvete posebnu pozornost edukaciji opće javnosti o svim relevantnim aspektima palijativne skrbi, kako u javnim kampanjama tako i u stručnoj edukaciji.

Na primjerima dobre i loše prakse, identificirani su nedostaci i prepreke u nekim dosadašnjim modelima palijativnog obrazovanju s popratnim preporukama za razvoj obrazovanja (Block, 2002):

- ▶ Obuka je uglavnom pretklinička i izborna. Njega na kraju života trebala bi se podučavati kao temeljni profesionalni zadatak tijekom cijelog kontinuuma medicinskog obrazovanja.
- ▶ Obrazovanje se prvenstveno fokusira na znanje, a ne na stavove ili vještine. Ključna područja sadržaja treba obraditi s naglaskom na humanističke stavove i komunikacijske vještine.
- ▶ Ograničena prilika za ili promicanje samorefleksije. Učenike treba poticati da promišljaju o osobnim stavovima o svom radu.
- ▶ Ograničena uključenost i naglasak na interdisciplinarnom modelu skrbi. U svim fazama izobrazbe studenti trebaju biti izloženi umirućim pacijentima i interdisciplinarnim timovima kliničara i drugih zdravstvenih djelatnika koji su vješti u palijativnoj medicini i mogu modelirati humanističke funkcije medicine.
- ▶ Nedovoljno korištenje hospicijskih ustanova i kućne njege kao mjesta za podučavanje i pomagala. Najbolje učenje proizlazi iz izravnih iskustava s pacijentima i obiteljima, osobito kada studenti imaju priliku pratiti pacijente longitudinalno.

- ▶ Niži profil palijativne medicine u usporedbi s drugim specijalnostima i negativno neformalno podučavanje. U 'skrivenom kurikulumu' smrt se doživljava kao medicinski neuspjeh, umirući pacijenti se ne smatraju dobrim 'slučajevima podučavanja', a studenti i štićenici dobivaju malo emocionalne podrške u suočavanju sa svojim često uznemirujućim susretima. Stoga, učenike treba poticati da razviju pozitivne osjećaje o umirućim pacijentima i njihovim obiteljima te o ulozi liječnika u terminalnoj skrbi.
- ▶ Ograničeno fakultetsko vrijeme i nedostatak fakultetskih uzora koji često imaju ograničenu obuku u palijativnoj medicini. Stoga se preporučuje zaposliti i osposobiti više edukatora za pružanje i demonstraciju najsuvremenije palijativne skrbi.
- ▶ Ograničena financijska potpora sveučilišta. Osigurati resurse za provedbu promjena.

U skladu s deficitiranim zvanjima potrebno je pokrenuti združene studentske programe kojima će mnoge obrazovne institucije ostvariti svoj društveni doprinos i eventualnom do/kvalifikacijom ili pre/kvalifikacijom smanjiti i zasićenost pojedinih zanimanja na tržištu rada.

U Osječko-baranjskoj županiji je potrebna i veća medijska propaganda koja će informirati društvo o postojanju služba palijativne skrbi. Kroz znanstvene tribine, javne akcije promicanja palijativne skrbi, primjera dobre prakse od strane obitelji bolesnika s palijativnim potrebama osvijestiti građane o važnosti palijativne skrbi. U čekaonicama domova zdravlja, bolnica i drugih zdravstvenih ustanova potrebno je istaknuti plakate koji sadrže informacije o načinu pristupa palijativnih usluga.

Samo s više informacija o uslugama palijativne skrbi, širenjem dobre prakse i pomoći u razvoju politika mogu se srušiti ključne globalne prepreke palijativnoj skrbi.

Sve navedeno čini temelj strateških elemenata programa unaprjeđenja regionalnog sektora. Stoga bi donositelji zdravstvenih politika trebali neizostavno prepoznati kliničku, socijalnu, psihološku, duhovnu, moralnu i bioetičku vrijednost palijativne skrbi i izmijeniti postojeće zdravstvene ustanove, pravila i ciljeve kako bi se osigurao univerzalni pristup za sve potrebne bolesnike.

5. Umjesto zaključka: Apel sinergijske solidarnosti

Svjetska Zdravstvena Organizacija upućuje smjernice osvješćenja da bolest i smrt uvijek su neizbježan i integralan dio ljudskoga života, a način kojim nastojimo utvrditi i odgovoriti na jedinstvene individualne potrebe umirućih i njihovih obitelji dok se bore s progresivnim gubitkom, pokazatelj su naše humane zrelosti i ljudske solidarnosti.

Budući da je neizbježno da svaki ljudski život dolazi do kraja, Svjetska zdravstvena organizacija poručuje: „Osigurati da se to dogodi na dostojanstven, pažljiv i što je moguće manje bolan način, zaslužuje (barem) onoliki prioritet koliko i svaki drugi. To je prioritet, ne samo za liječničku profesiju, za zdravstveni sektor ili za socijalne službe, nego za cjelokupno društvo“ (WHO, 1997).

Provedbom integrativne palijativne skrbi te značajnijim razumijevanjem holističkih - bioloških, psihosocijalnih i duhovnih potreba palijativnih bolesnika i njihovih bližnjih - značajnije bi se unaprijedio humani aspekt pred-smrtnog životnog stadija; omogućila bi se podrška što aktivnijem preostalom življenju; bolje bi se razumjelo i upravljalo uznemirujućim kliničkim komplikacijama; terminalnog bi se bolesnika poštediti stalnih prebacivanja; zdravstvena zaštita bila bi ostvarenija, a bolesnička prava zastupljenija; zdravstveni djelatnici pružili bi najoptimalniju skrb kvalitete života; bolnički bi sustavi bili rasterećeniji ne-svrishodnih (distanazijskih i/li eutanazijskih) tretmana; konstruktivnije bi se preraspodijelila sredstva neracionalno potrošnje alokacijskih resursa; sveučilišni programi permanentne tanatološke izobrazbe bili bi primjereniji potrebama tržišta rada; političari bi ovom podržanošću ostvarili bolju socijalnu osviještenost; crkva bi bila vjerodostojnija svojem evangelizacijskom dušobrižničkom pastoralnom poslanju...i broje druge pogodnosti.

U skladu s tim i papa Benedikt XVI. uputio je 2007. godine na Svjetski dan bolesnika poticaj implementaciji hospicija i palijativne medicine. „Crkva želi podržati neizlječive bolesnike i one u krajnjem stadiju bolesti, pozivajući na ujednačenu socijalnu politiku koja će moći osobito ustrajnošću tražiti bolju zdravstvenu pomoć za sve koji umiru i koji ne mogu računati više na nikakvu vrstu medicinske terapije, koja će biti u stanju stvoriti uvjete u kojima će ljudska bića na dostojanstven način moći podnijeti neizlječive bolesti te se suočiti sa smrću. U tom je smislu neophodno istaknuti potrebu za većim brojem centara za palijativnu skrb, koji će nuditi cjelovitu humanu pomoć. To je pravo koje pripada svakom ljudskom biću i koje svi moramo zauzeto braniti“ (http://www.glas-koncila.hr/index.php?option=com_php&Itemid=41&news_ID=10482).

Na godišnjoj se razini, zahvaljujući entuzijastima iznimnog humanističkog senzibiliteta, pretežno medicinskih sestara i pojedinih liječnika, organizira niz konferencija, kongresa, tečaja usavršavanja i okruglih stolova gdje se donose konstruktivni zaključci na čiju se primjenu iščekuje niz odobrenja. U međuvremenu se propuštaju brojne prilike dostojanstvenijeg praćenja palijativnih bolesnika koji umiru u agoniji boli i napuštenosti.

Da bi se promijenila situacija, nužno je da s najviših vladinih instanci, preko Ministarstava zdravlja Republike Hrvatske, budu izdane obligacijske smjernice:

- ▶ senzibilizirati nositelje hijerarhijskih pozicija politike i crkve u ponovnoj revitalizaciji hospicijskog pokreta;
- ▶ omogućenost dostupnost i kontinuitet palijativne skrbi unapređenjem kapaciteta za palijativnu skrb;

- ▶ bolje koordinacije i povezanosti palijativnih timova;
- ▶ članove multiprofesionalnog mobilnog palijativnog tima ustrojiti prema zakonodavnim ustrojevima palijativne skrbi (uključiti psihologa, teologa/dušobrižnika, socijalnog radnika, bioetičara...);
- ▶ pokrenuti angažman volontera u palijativnoj skrbi osnivanjem udruga podrške;
- ▶ permanentnost izobrazbe u specijalizaciji palijativne skrbi i priznatost akademskog gradusa;
- ▶ educiranost obitelji kroz ustrojstvo savjetovališta za palijativnu skrb;
- ▶ bolja medijska promidžba dostupnosti zdravstvenih palijativnih sluga (timova, dnevnih bolnica, ambulanti za bol, savjetovališta, posudionica pomagala...);
- ▶ ustrojiti službe žalovanja;
- ▶ uspostaviti adekvatne mehanizme kontrole i supervizije profesionalnog sagorijevanja zdravstvenih djelatnika angažiranih u palijativnoj skrbi;
- ▶ de-stigmatizirati i de-mistificirati palijativnu skrb i hospicijske ustanove adekvatnim javnim interdisciplinarnim tribinama.

U osiguravanju provedbe i kvalitete bit će važno poticati povezivanje i suradnju sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom, Savjetom Europe, Međunarodnim udruženjem za hospicijsku i palijativnu skrb, Europskim udruženjem za hospicijsku i palijativnu skrb te Radnom skupinom za palijativnu skrb centralne i istočne Europe.

Promidžba palijativne skrbi i revitalizacija hospicijskog pokreta ne bi predstavljao samo reformni model za inovativnu zdravstvenu i socijalnu politiku, već bi bio dio naše zajedničke civilizacijske odgovornosti, sinergijske suradnje solidarnosti i pokazatelj viših moralnih i humanitarnih stremljenja zajednice i ostvarenja plemenitijeg društva.

Literatura

Association for Palliative Care (2009). Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi: 1. Dio Preporuke Europskog udruženja za palijativnu skrb. Preuzeto s http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=gKn5u42_E8A%3D&tabid=736

Block, D. (2002). Medical education in end-of-life care: the status of reform. *J Palliat Med*, 5 (2.), 243.–248.

Bogadi, M., Tadić, D. (2016). Kako prepoznati palijativnog bolesnika? Diferencijalno dijagnostičko iskustvo prepoznavanja na osnovu pristigle medicinske dokumentacije iz općih bolnica i kliničkih centara te suradnja sa obiteljskim liječnicima. U: Zbornik radova Hospitalizacija palijativnog bolesnika i smjernice za timsku skrb i njegu. Šumetlica: Specijalna bolnica za psihijatriju i palijativnu skrb „sv. Rafael“ Strmac

Braš, M., Đorđević, V. (2013). U: Đorđević, V.; Braš, M.; Brajković, L. (ur.). Osnovne palijativne medicine. Ars medica prema kulturi zdravlja i čovječnosti. Zagreb: Medicinska naklada. 1.-7.

Brkljačić, M., Strnad, M. (2013). Načela rada palijativne medicine. U: M. Brkljačić M. Šamija, B. Belev, M. Strnad, T. Čengić (ur.). Palijativna medicina. Temeljna načela i organizacija. Klinički pristup terminalnom bolesniku. Medicinska etika, Sveučilište u Rijeci: Markulin d.o.o. 24.-28.

Cobb, M. R., Puchalski, C. M.; Rumbold, B. (2012). Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare, New York: Oxford University Press.

Council of Europe, Konvencija o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine: Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini. Narodne novine – Međunarodni ugovori, 13/03.

Council of Europe Committee Of Ministers (2003). Recommendation No. REC (2003.) 24 On the organisation of palliative care. U: Council of Europe, Texts of the Council of Europe on bioethical matters. Human Rights Policy and Development Department Bioethics Unit. Strasbourg.

European Association for Palliative Care (2013). Recommendations of the European Association for Palliative Care (EAPC) for the development of undergraduate curricula in palliative medicine at European medical schools. Preuzeto s <http://www.eapcnet.eu/Themes/Education/Medical/CurriculumUpdate.aspx>.

Franinović Marković, J. (2013). Palijativni pristup i palijativni principi. U: Đorđević, V., Braš, M., Brajković, L. (ur.). Osnove palijativne medicine. Ars medica prema kulturi zdravlja i čovječnosti. Zagreb: Medicinska naklada. 7.-15.



Hrvatski Sabor, Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Narodne Novine, 100/18, 125/19, 147/20, 119/22, 156/22, 33/23.

Juranić, B., Mikšić, Š., Vuletić, S. (2012). Ideje i iskustva, O organizaciji palijativne skrbi. U: Đorđević, V., Braš, M., Brajković, L. (ur.). Palijativna skrb: Mostovi nade i čovječnosti. Zagreb: Roketa. 142.-155.

Jušić, A. (2009). Hospicijski pokret u Hrvatskoj. *Glasnik pulske bolnice*, 6 (6), 124.-131.

La Mura, F., Di Pinto, D., Ancona, D. D., Rizzi, F. V., Lella, G., Concezione, M. (2014). Mreža palijativne skrbi: od teorije do prakse. U: Đorđević, V., Braš, M., Brajković, L. (ur.). Palijativna skrb-brinimo zajedno. Zagreb: Medicinska naklada. 28.-35.

Lobnik, H. (2021). Summer school: Palliative care - an interdisciplinary approach, How many people need palliative care?, Univerza v Ljubljani: Medicinska fakulteta, Teološka fakulteta.

Lončarek, K. (2017). Palijativna skrb u kliničkoj ustanovi. U: Zbornik radova 2. Međunarodnog kongresa palijativne skrbi, Slavonski Brod: Specijalna bolnica sv. Rafael – Strmac. 46.

Ministarstvo zdravlja. Strateški plan razvoja palijativne skrbi u republici Hrvatskoj za razdoblje 2013.-2015. Preuzeto s <https://vlada.gov.hr/UserDocsImages//ZPPI/Strategije%20-%20OGP/zdravlje//Strate%C5%A1ki%20plan%20razvoja%20palijativne%20skrbi%20u%20Republici%20Hrvatskoj%20za%20razdoblje%202014-2016..pdf>

Ministarstvo zdravlja. Strateški plan palijativne skrbi za razdoblje od 2014. do 2016. Preuzeto s https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Programi,%20projekti%20i%20strategije/Strate%C5%A1ki_plan_razvoja_palijativne_skrbi_u_RH_za_razdoblje_2014-2016..pdf

Ministarstvo zdravlja. Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017.-2020. Preuzeto s <file:///E:/PALIJATIVA/RH/NP%20RAZVOJA%20PALIJATIVNE%20SKRBI%20RH%202017-2020-%20usvojen%2018.10.2017..pdf>

Ministarstvo zdravlja. Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2017. – 2020. Preuzeto s <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Programi,%20projekti%20i%20strategije/Skracena%20Nacionalna%20strategija%20razvoja%20zdravstva%20-%20HRV%20-%20za%20web.pdf>

Ministarstvo zdravlja. Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. godine. Preuzeto s <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2022%20Objave/Nacionalni%20plan%20razvoja%20zdravstva%202021.-2027..pdf>

Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske. Nacionalni plan protiv raka 2020. – 2030. Preuzeto s file:///E:/PALIJATIVA/RH/NPPR_program_HR_2020_17-01.pdf.

National Quality Forum (2006). A national framework and preferred practices for palliative and hospice care quality. Preuzeto s https://www.qualityforum.org/Publications/2006/12/A_National_Framework_and_PREFERRED_Practices_for_Palliative_and_Hospice_Care_Quality.aspx

Parliamentary Assembly of the Council the Europe (1999). Recommendation 1418 (1999.) 1 On the protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying. U: Council of Europe, Texts of the Council of Europe on bioethical matters. Volume II. Human Rights Policy and Development Department Bioethics Unit. Strasbourg.

Parliamentary Assembly (2009). Palliative care: a model for innovative health and social policies. Preuzeto s <https://assembly.coe.int/nw/xml/xref/xref-xml2html-en.asp?fileid=17707&lang=en>

Pontificia Academia Pro Vita (2019). Libro bianco per la Promozione delle Cure Palliative nel mondo, Raccomandazioni del Gruppo di esperti del Progetto PAL-LIFE della Pontificia Accademia per la Vita. Città del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana.

Predavec, S., Radić-Krišto, D. (2018). Multidisciplinarnost i povezanost dionika – temelj palijativne skrbi u zajednici. U: Lončar, Z., Katić, M., Jureša, V. i sur. (ur.). Palijativna skrb u zajednici. Zagreb: Medicinska naklada. 7.-11.

Rajagopal, M. R., George, R. (2006). Providing palliative care in economically disadvantaged countries. U: Bruera, E., Higginson, I. J., Ripamonti, C., von Gunten, C. (ur.). Textbook of Palliative Medicine. London: Oxford University Press. 10.-18.

Samardžić, S, Santo, T. (2017). Minimalna procjena potreba palijativne skrbi u Osječko baranjskoj županiji i gradu Osijeku za razdoblje od 2009. do 2016. godine. Osijek: Služba za javno zdravstvo. Preuzeto s chrome-extension://efaidnbmnnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.zzjz-osijek.hr/images/uploaded/publikacije/zzjz_sjz_procjena_palijative_OBZ_2017.pdf

Stjernsward, J., Clark, D. (2004³). Palliative medicine – a global perspective. U: Doyle, D., Hanks, G., Cherny, N., Calman, K. (ur.). Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford: Oxford University Press, 2004³. 1197.-1224.

U povodu Međunarodnog dana volontera predstavljeno istraživanje o palijativnoj skrbi u Hrvatskoj. Preuzeto s <https://ika.hkm.hr/novosti/u-povodu-medunarodnog-dana-volontera-predstavljeno-istrazivanje-o-palijativnoj-skrbi-u-hrvatskoj/>

Vermanderen, M., Lepeleire, J. D., Van Mechelen, W., Warmenhoven, F., Thoonen, B., Aertgeerts, B. (2013). Spirituality in palliative home care: a framework for the clinician.

Support Care Cancer, 21 (4), 1061.-1069.

Vukelić Slavić, J. (2018). Palijativna skrb kod krajnjeg stadija neizlječive bolesti u JIL-u. U: Z. Lončar, M. Katić, V. Jureša i Suradnici (ur.). Palijativna skrb u zajednici. Zagreb: Medicinska naklada. 154.-167.

Vuletić, S., Juranić, B., Mikšić, Š., Rakošec, Ž. (2017). Palijativna skrb. U: Puntarić, D., Stašević, I., Ropac, D. i sur. (prir.). Javno zdravstvo. Zagreb: Medicinska naklada. 236.-248.

Vuletić, S. (2023). Dileme kliničke bioetike. U perspektivi medicinskog personalizma i kršćanske deontologije. Zagreb: Glas Koncila. 712.-742.

Zurak, N. (ur.) (2007). Medicinska etika, Sveučilište u Zagrebu: Merkur A.B.D.

Živković, I., Vuletić, S. (2016). Posljednji trenutci prije vječnosti. Teološko-bioetički naglasci shvaćanja smrti i psihološko-duhovne intervencije namijenjene umirućima i ožalošćenima. Sveta Nedjelja: HANZA media.

World Health Assembly (2014). WHA67.19 Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. Sixty-seventh World Health Assembly. Geneva. Preuzeto s <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21454en/s21454en.pdf%5Chttp://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21454en/s21454en.pdf>.

World Health Organization (1997). The World health report. Conquering suffering enriching humanity. Preuzeto s <http://www.who.int/whr/1007/presse.htm>

World Health Organisation. Palliative care. Preuzeto s <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>, pristupljeno: 7. rujna 2024.

IMPLEMENTATION OF PALLIATIVE CARE AND THE HOSPICE MOVEMENT IN THE OSIJEK-BARANJA COUNTY

Suzana VULETIĆ

Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Catholic Faculty of theology in Đakovo,
Petra Preradovića 17, Đakovo, Croatia

suzanavuletic007@gmail.com

Štefica MIKŠIĆ

Josip Juraj Strossmayer University of Osijek Faculty of Dental Medicine and Health
Crkvena ulica 21, Osijek, Croatia

steficamiksic@gmail.com

Brankica JURANIĆ

Josip Juraj Strossmayer University of Osijek Faculty of Dental Medicine and Health
Crkvena ulica 21, Osijek, Croatia

juranicbrankica@gmail.com

Ela PEJIĆ

Health Center of Osijek-Baranja County, Park kralja Petra Krešimira IV/6, Osijek,
Croatia

Josip Juraj Strossmayer University of Osijek Faculty of Dental Medicine and Health
Crkvena ulica 21, Osijek, Croatia

elapejic17@gmail.com

Abstract

Satisfaction with the quality of life of each individual, largely depends on the availability of adequately organized forms of health care. Especially those systems that support the holistic treatment of all biological, psychological and spiritual dimensions of personality, which is proper characteristic of palliative medicine. It includes total care for the patients, whose state of progressive disease no longer responds to the possibility of cure, and to whom only remains integrative care and palliative relief of symptoms.

Considering the increasing representation of people with chronic diseases of pre/terminal denotation with predicting inevitable death, both on the global scene and at the local level, all regions of the country are struggling with the numerous challenges of palliative care. Among them, the Osijek-Baranja County is particularly affected, due to the overcrowded hospital intensive and acute wards, the unavailability of hospices and only 3 mobile palliative teams, compared to a disproportionate number of people in need of palliative care.

(Not)recognizing the importance and seriousness of palliative medicine, (not)finding enough material resources, (not)assigning appropriate hospice space, (not)networking of the civil and church sectors, (not)organizing palliative care according to the standards of the World Health Organization, (not)coordinating subspecialist branches, by (not) respecting the professional expertise of each member of the multidisciplinary team; due to the (dis)organization of multimodal teams; (non)recognising the academic degree of nursing in the mobile palliative team, due to the (lack of) education and training programs for interdisciplinary members, according to the (lack of) respect for humanistic medical tendencies,..., many palliative patients could be damaged in their more dignified experience of global pain and suffering.

By implementing integrative palliative care and a more significant understanding of the holistic: biological, psychosocial and spiritual needs of palliative patients and their relatives, the human aspect of the pre-death stage of life would be significantly improved; it would be possible to support the remaining life as actively as possible; distressing clinical complications would be better understood and managed; the terminal patient would be spared of constant transfers; health care would be more effective and patients' rights would be more represented; health professionals would be able to provide the most optimal quality of life care; hospital systems would be more relieved of non/targeted treatments; means would be more constructively redistributed from irrational consumption of allocation resources; university programs of permanent thanatological training would be more appropriate to the needs of the labor market; politicians would achieve better support with their social awareness; the Church would be more faithful to its evangelizing pastoral mission;...and many others benefits.

All the above, forms the basis of the strategic elements of the regional sector improvement program. Therefore, health policy makers should recognize the bioethical and social value of palliative care and modify existing health facilities, rules and goals to ensure universal access for all patients in need.

The promotion of palliative care and the revitalization of the hospice movement would not only represent a reformatory model for innovative health and social policy, but would be part of our common civilizing responsibility, synergistic cooperation of solidarity and an indicator of higher moral and humanitarian aspirations of the community and the realization of a nobler society. Ultimately, better conditions for ourselves...

Key words: palliative medicine, hospice, holistic approach, care at the end of life, orthothanasia.

Key message of the paper: For the purpose of humanizing the realization of a nobler society, the promotion of palliative care and the revitalization of the hospice movement should be the focus of a socially aware policy of civilizational co-responsibility for improving healthcare, through synergistic networking of all social stakeholders, in the solidarity implementation of a holistic approach to the dying and the bereaved for a more dignified bearing of existential suffering and terminal pain.