

**Strateški plan
razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj
za razdoblje 2013.-2015.**

nacrt

Sadržaj

1. Uvod	2
2. Kontekst	4
3. Proces izrade Strateškog plana	5
4. Zakonski okvir	6
5. Ključni podaci o postojećem stanju i resursima	7
6. Procjena potreba za palijativnom skrbi	11
7. Načela i pristupi u organiziranju sustava palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj	14
8. Model organizacije palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj	18
9. Provedba Strateškog plana	22
10. Glavni očekivani rezultati razvoja palijativne skrbi u razdoblju 2013.-2015.	28
11. Rizici u provedbi Strateškog plana	29
12. Praćenje i vrednovanje provedbe Strateškog plana	30

1. Uvod

Polazište za ovaj dokument je Nacionalna strategija razvoja zdravstva Republike Hrvatske 2012.-2020.¹, u kojem se ukratko opisuje organizacijski i zakonski okvir palijativne skrbi, te navode prioritete mjere vezane uz strateški razvoj palijativne skrbi – ponajprije jačanje interdisciplinarnе suradnje, povećanje bolničkih kapaciteta za palijativnu skrbi, te uključivanje civilnog društva, osobito volontera, u pružanje palijativne skrbi, uz odgovarajuću zakonsku regulaciju. U Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva 2012.-2020. eksplicitno se spominje strateški plan razvoja palijativne skrbi kao jedan od operativnih dokumenata kojim će se razraditi razvojne mjere i konkretne aktivnosti.

Strateški plan razvoja palijativne skrbi za razdoblje 2013.-2015. (u daljnjem tekstu: Strateški plan) izrađen je prema Bijeloj knjizi o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi - Preporuke Europskog udruženja za palijativnu skrb, te preporuke Rec (2003) 24 Povjerenstva ministara Vijeća Europe državama članicama o organiziranju palijativne skrbi^{2,3,4}.

Prateći dokument: Bijela knjiga palijativne skrbi u Hrvatskoj

Kao dio izrade ovog dokumenta preveden je i prilagođen dokument Bijela knjiga Europskog društva za palijativnu skrb. Hrvatska Bijela knjiga je izrađena kako bi pružila smjernice i preporuke za davatelje usluga, dionike i donosioce odluka. Cilj joj je predstaviti pretežno norme i radne definicije, a ne standarde. Standardi postavljaju krute granice sa čvrsto zadanim vrijednostima, što znači da će jedinice koje ih ne postignu izgubiti svoj specijalistički status. Norme afirmiraju kako bi stvari trebale

¹ Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020. Ministarstvo zdravlja, Zagreb, 2012. Dostupno na: www.zdravlje.hr

² Radbruch L, Payne S. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *Recommendations from the European Association for Palliative Care*. European Journal of Palliative Care. 16(6):278-289; 2009.

³ Radbruch L, Payne S. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. *Recommendations from the European Association for Palliative Care*. European Journal of Palliative Care. 17(1):22-33; 2010.

⁴ Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. Adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers' Deputies. Dostupno na:

http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec%282003%2924_en.pdf.

stajati da bi osigurale visokokvalitetnu palijativnu skrb, ali službe koje zbog lokalnih ili regionalnih razlika ne ispunjavaju jednu ili više od ovih normi neće zbog toga biti diskriminirane. Drugim riječima, dok standardi naznačuju apsolutnu granicu ispod koje kvalitetna palijativna skrb nije moguća (minimalni standardi), norme predstavljaju konsenzus o ciljevima kvalitete prema kojima se teži (aspiracijske norme). Ako (ili kad) se norme postignu, sigurno se može očekivati visoka kvaliteta.

Upute o normama i standardima potrebne su ne samo za zdravstvene stručnjake koji rade u hospicijskoj i palijativnoj skrbi, već i za donositelje odluka u zdravstvu koji su odgovorni za adekvatnu pristupačnost palijativne skrbi pacijentima.

Definicije i terminologija korištene u ovom dokumentu usklađene su s onima iz Bijele knjige o standardima i normativima za palijativnu skrb u Europi. U ovom dokumentu palijativna skrb koristi se i podrazumijeva prema definiciji Europskog društva za palijativnu skrb (*engl.* European Association for Palliative Care):

- Palijativna skrb je aktivna, ukupna skrb za pacijenta čija bolest ne reagira na postupke liječenja. Najvažnije je suzbijanje boli, ili drugih simptoma, te socijalnih, psiholoških i duhovnih problema.
- Palijativna skrb je interdisciplinarna u svom pristupu, te svojim djelokrugom obuhvaća pacijenta, obitelj i zajednicu. Palijativna skrb nudi najosnovniji koncept zaštite – zbrinjavanje pacijentovih potreba gdje god da se za njega skrbi, bilo kod kuće ili u bolnici.
- Palijativna skrb afirmira život, a smrt smatra normalnim procesom; ona smrt ne ubrzava niti je odgađa. Ona nastoji očuvati najbolju moguću kvalitetu života sve do smrti.

Oblici palijativne skrbi mogu se definirati kroz dvije dimenzije – oblik skrbi koja se pruža, te razina na kojoj se ta skrb pruža (Tablica 1.)

Tablica 1. Stupnjeviti sustav službi palijativne skrbi

		Razina palijativne skrbi			
		Palijativni pristup	Specijalistička podrška općoj palijativnoj skrbi		Specijalistička palijativna skrb
Oblik skrbi	Akutna skrb	Bolnica	Volonterska Služba	Bolnički tim za podršku palijativnoj skrbi	Jedinica za palijativnu skrb
	Produžena skrb	Dom za starije i nemoćne osobe, dom za stanovanje		Timovi za zdravstvenu njegu u kući	Stacionarne ustanove
	Kućna skrb	Liječnici opće/obiteljske medicine; sestrinski patronažni timovi		Mobilni timovi za palijativnu skrb, ustanove za dnevni boravak	

2. Kontekst

Od preko 50 000 osoba koje svake godine umru u Hrvatskoj, palijativnu skrb dobije je tek nekoliko stotina. Razlog je tome nepostojanje sustava pružanja palijativne skrbi na razini države. Naime, mreža timova i ustanova za palijativnu skrb u Hrvatskoj još je uvijek nedovoljno razvijena i ne postoji čvrsto strukturirana i odgovarajuće organizirana skrb za neizlječivo bolesne i članove njihovih obitelji.

Zakonska osnova, međutim, postoji još od 2003. godine kada je Zakonom o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske predviđeno osnivanje prve ustanove za palijativnu skrb i to do prosinca 2008. godine.

Medicinski fakulteti i zdravstvena učilišta nisu unatrag desetak godina imali jasno definirane kolegije o palijativnoj medicini, iako je materija o palijativnoj i suportivnoj medicini ugrađena u nekoliko obaveznih i nekoliko izbornih kolegija. Izravna je posljedica da znatan broj hrvatskih studenata medicine i drugih studija zdravstvenih

usmjerenja nema jasan pojam o palijativnoj medicini i palijativnoj skrbi ili je pak smatraju rubnom i nekonkretnom.

Također, u Hrvatskoj ne postoji specijalizacija iz palijativne medicine. U anglosaksonskim zemljama, pak, ustanovljene su specijalizacije i subspecijalizacije iz palijativne medicine, počevši od 1987. u Velikoj Britaniji.

Istraživanja pokazuju da samo 10 posto ljudi u razvijenim zemljama želi umrijeti u bolnici ili domu za starije i nemoćne osobe, a ipak ih 80 posto umire upravo u bolnici ili domu za starije i nemoćne osobe. Početkom 20. stoljeća bilo je sasvim obratno: samo 20 posto ljudi umiralo je u ustanovama^{5,6}. Očito je da je potreba strukturirane palijativne skrbi velika.

Uza stalan razvoj palijativne skrbi u cijeloj Europi, donosioci odluka suočeni su ne samo s pitanjima gdje i kada treba razvijati službe palijativne skrbi, već i kako bi one trebale biti opremljene i ustrojene. Odgovarajuća strukturna kvaliteta preduvjet je visoke kvalitete skrbi. Donosioci odluka u administraciji i politici obično teže isplativosti, te nastoje smanjiti troškove raspoređivanjem minimuma osoblja ili naknada. S druge strane, pružatelji usluga u skrbi zahtijevaju odgovarajuće kadrove potrebne za visoku kvalitetu skrbi. U tom sukobu obje strane će tražiti upute o strukturnoj kvaliteti.

3. Proces izrade Strateškog plana

Proces izrade ovoga plana započeo je u svibnju 2012. godine, kada je Ministarstvo zdravlja imenovalo Povjerenstvo za palijativnu skrb, u kojemu su bili stručnjaci iz kliničkih bolničkih ustanova, doma zdravlja, Škole narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ Medicinskoga fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje i Ministarstva zdravlja. Prepoznajući važnost intersektorske suradnje, Ministarstvo zdravlja uputilo je poziv Ministarstvu socijalne politike i mladih da predloži

⁵ Davies E, Higginson IJ (eds). *Better Palliative Care for Older People*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2004.

⁶ Jaspers B, Schindler T. *Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten (Belgien, Frankreich, Großbritannien, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Schweden, Schweiz, Spanien)*. Berlin: Enquete-Kommission des Bundestages 'Ethik und Recht der modernen Medizin', 2005.

svog predstavnika, koji se pridružio radu Povjerenstva u lipnju 2012. godine. Rad, rasprave i zaključci Povjerenstva bili su ključni u razvoju ovog Strateškog plana.

Kao prvi korak u radu Povjerenstva učinjena je snimka postojećeg stanja i aktivnosti palijativne skrbi u Hrvatskoj u razdoblju od 1993. do 2012. godine, uključujući i legislativni okvir kojim se regulira palijativna skrb u Republici Hrvatskoj. Povjerenstvo je koristilo rezultate analize dionika na temelju istraživanja provedenog od siječnja do svibnja 2012. godine, kao i rezultate analize znanja i stavova liječnika obiteljske medicine o palijativnoj skrbi, na temelju istraživanja provedenog u svibnju i lipnju 2012. godine.

Stručne rasprave o konceptu i mogućim načinima razvoja palijativne skrbi provodile su se na skupovima na kojima su se obrađivale teme iz toga područja. Posebno treba istaknuti dva stručna savjetovanja specifično posvećena palijativnoj skrbi: „Kakvu palijativnu skrb trebamo u Hrvatskoj?“ 18. i 19. lipnja 2012., te „Što moramo učiniti za palijativnu skrb“ 10. i 11. prosinca 2012. godine. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje izradio je procjenu troškova skrbi za palijativne bolesnike, što je bio važan element u izradi ovoga Strateškog plana.

4. Zakonski okvir

U izradi ovog dokumenta korišteni su slijedeći zakoni te podzakonski akti s važećim izmjenama i dopunama:

- Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 150/08, 155/09, 71/10, 130/10, 22/11, 54/11, 154/11, 12/12, 70/12, 144/12)
- Zakon o zaštiti prava pacijenata (NN 169/04, 37/08)
- Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite (NN 107/07)
- Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene (NN 79/11)
- Mreža javne zdravstvene službe (NN 101/12)
- Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe (NN 88/2010, 1/11, 87/11)

- Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (NN 126/06)
- Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti (NN 61/11, 128/12)
- Pravilnik o uvjetima za ustroj zavoda i odjela u kliničkim bolničkim centrima i kliničkim bolnicama (NN 106/07)
- Pravilnik o načinu pregleda umrlih te utvrđivanju vremena i uzroka smrti (NN 46/11)
- Pravilnik o obrascu suglasnosti te obrascu izjave o odbijanju pojedinog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka (NN 10/08)
- Odluka o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (NN 126/11)

5. Ključni podaci o postojećem stanju i resursima

Podaci o uzrocima smrti, hospitalizacijama zbog zloćudnih bolesti, troškovima povezanim uz zbrinjavanje palijativnih bolesnika, te postojećim ili predviđenim kapacitetima za palijativnu skrb važni su za razumijevanje postojećeg stanja i resursa. Ti podaci služe kao osnova za procjenu potreba u palijativnoj skrbi, te za razvoj modela budućeg ustroja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj (Tablice 2-8).

Tablica 2. Deset najčešćih uzroka smrti u 2011. godini. (Izvor: Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2011. godinu)

MKB-šifra	Dijagnoza	Broj	%
I20-I25	Ishemijske bolesti srca	10.866	21,3
I60-I69	Cerebrovaskularne bolesti	7.508	14,7
C33-C34	Zloćudne novotvorine dušnika, dušnica i pluća	2.838	5,6

C18-C21	Zloćudne novotvorine debelog crijeva	2.009	3,9
I50	Insuficijencija srca	1.844	3,6
J40-J47	Kronične bolesti donjeg dišnog sustava	1.609	3,2
I10-I15	Hipertenzivne bolesti	1.494	2,9
E10-E14	Šećerna bolest	1.194	2,3
I70	Ateroskleroza	1.125	2,2
K70, K73, K74, K76	Kronične bolesti jetre, fibroza i ciroza	1.117	2,19
Prvih 10 uzroka smrti		31.604	61,95
Ukupno		51.019	100

Tablica 3. Broj slučajeva, prosječno trajanje hospitalizacije (razlog prijama zloćudna bolest, ishod liječenja smrt). (Podaci Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje na dan 15. siječnja 2013.)

Tip bolnice	2011.		2012. (siječanj – listopad)	
	Broj slučajeva	Prosječno trajanje hospitalizacije (dani)	Broj slučajeva	Prosječno trajanje hospitalizacije (dani)
Klinički bolnički centri	1.619	14,46	1.434	15,19
Kliničke bolnice	460	15,08	334	15,18
Klinike	4	20,75	3	44,00
Opće bolnice	2.011	13,93	1.704	12,21
Kronične bolnice	700	21,15	581	21,07
Ukupni zbroj	4.794	15,28	4.056	14,80

Tablica 4. Postojeći ili predviđeni kapaciteti za palijativnu skrb. (Podaci Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje na dan 20. rujna 2012.)

Broj stacionarnih palijativnih postelja	185
Broj postelja u palijativnoj dnevnoj bolnici	6
Broj ambulanti za bol	27
Broj mobilnih palijativnih timova	3
Broj volonterskih timova	4

Tablica 5. Prosječni troškovi bolničkog zbrinjavanja – kirurške djelatnosti. (Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje)

Tip ustanove	2011.		2012. (siječanj - listopad)	
	Iznos po slučaju (kn)	Iznos po danu (kn)	Iznos po slučaju (kn)	Iznos po danu (kn)
Klinički bolnički centri	55.300,17	2.250,62	51.599,39	2.092,34
Kliničke bolnice	70.925,32	2.979,70	68.037,32	2.664,19
Opće bolnice	45.724,87	2.068,70	41.969,27	1.955,31

Tablica 6. Prosječni troškovi bolničkog zbrinjavanja – medicinske (nekirurške) djelatnosti. (Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje)

Tip ustanove	2011.		2012. (siječanj - listopad)	
	Iznos po slučaju (kn)	Iznos po danu (kn)	Iznos po slučaju (kn)	Iznos po danu (kn)
Klinički bolnički centri	15.950,27	1.413,11	13.959,82	1.161,88
Kliničke bolnice	18.705,46	1.671,35	16.770,05	1.618,10
Opće bolnice	12.189,17	1.228,07	10.880,74	1.080,03

Tablica 7. Prosječni troškovi bolničkog zbrinjavanja – ustanove za dugotrajno liječenje i palijativnu skrb. (Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje)

Tip ustanove	2011.		2012. (siječanj - listopad)	
	Iznos po slučaju (kn)	Iznos po danu (kn)	Iznos po slučaju (kn)	Iznos po danu (kn)
Specijalne bolnice (kronične)	15.121,49	694,78	15.096,48	670,75
Opće bolnice*	25.824,22	654,52	19.394,12	760,55

Tablica 8. Cijene po danu bolničkog liječenja bolesnika oboljelih od subakutnih i kroničnih bolesti u bolničkim zdravstvenim ustanovama i cijena po danu liječenja u općem stacionaru doma zdravlja (Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje)

Vrsta zdravstvene zaštite	Cijene po danu bolničkog liječenja (kn)
Kronične duševne bolesti	252,00
Dugotrajno liječenje – uobičajena skrb	286,00
Kronične plućne bolesti	360,00
Dugotrajno liječenje – pojačana skrb	486,00
Kronične dječje bolesti	498,00
<i>Palijativna skrb</i>	<i>632,00</i>
Dugotrajno liječenje bolesnika ovisnih o trajnoj mehaničkoj ventilaciji	974,00

Vezano uz troškove skrbi za palijativne pacijente, analiza pokazuje znatne mogućnosti uštede, uz podizanje kvalitete i primjerenosti skrbi, a po uzoru na razvijene europske zemlje.

6. Procjena potreba za palijativnom skrbi

Prema konzervativnim procjenama, populaciju kojoj je potreban neki oblik palijativne skrbi čini između 50% i 89% svih umirućih pacijenata, što bi u Republici Hrvatskoj bilo 26.000 do 46.000 pacijenata godišnje. Najmanje 20% pacijenata oboljelih od tumora i 5% neonkoloških pacijenata zahtijevaju specijalističku palijativnu skrb u posljednjih godinu dana njihova života (Tablica 9). Procijenjeni broj potrebnih palijativnih postelja u Republici Hrvatskoj u rasponu je između 349 i 429 (Tablice 10 i 11).

Tablica 9. Procjena potreba za palijativnom skrbi na razini države prema preporukama Europskog udruženja za palijativnu skrb

Skupina bolesti	Broj umrlih (2010.)	Procijenjeni broj pacijenata koji trebaju palijativnu skrb (50-89% onkoloških i 20% neonkoloških pacijenata)	Procijenjeni broj pacijenata koji trebaju specijalističku palijativnu skrb (20% onkoloških i 5% neonkoloških pacijenata)
Onkološke bolesti	13698	6849-12191	2740
Neonkološke bolesti	38398	19199-34174	1920
Ukupno	52096	26048-46365	4660

Tablica 10. Procjena potreba za palijativnim posteljama po regijama prema preporukama Europskog udruženja za palijativnu skrb (80-100 postelja na milijun stanovnika)

Regija	Ukupan broj stanovnika	Broj umrlih (2010.)	Procijenjena potreba broja
--------	------------------------	---------------------	----------------------------

	(2011.)		palijativnih postelja (80-100 na 1 mil. stanovnika)
Sjeverozapadna Hrvatska	1.649.623	19.061	132-165
Središnja i Istočna (Panonska) Hrvatska	1.227.661	17.175	98-123
Jadranska Hrvatska	1.413.328	15.860	113-141
<i>Republika Hrvatska - ukupno</i>	<i>4.290.612</i>	<i>52.096</i>	<i>343-429</i>

Tablica 11. Procjena potreba za palijativnim kapacitetima po županijama prema preporukama europskog udruženja za palijativnu skrb

Regija	Ukupan broj stanovnika (2011.)	Broj umrlih (2010.)	Procijenjena potreba broja palijativnih postelja (80-100 na 1 mil. stanovnika)	Broj osoba zaduženih za koordinaciju palijativne skrbi
Republika Hrvatska	4.290.612	52.096	343-429	
Sjeverozapadna Hrvatska	1.649.623	19.061	132-165	
Grad Zagreb	792.875	8.465	63-79	6
Zagrebačka županija	317.642	3.478	25-32	3
Krapinsko-zagorska županija	133.064	1.916	11-13	1
Varaždinska županija	176.046	2.294	14-18	2
Koprivničko-križevačka županija	115.582	1.673	9-12	1
Međimurska županija	114.414	1.235	9-11	1
Središnja i Istočna (Panonska) Hrvatska	1.227.661	17.175	98-123	
Bjelovarsko-bilogorska županija	119.743	1.814	10-12	1
Virovitičko-podravska	84.586	1.245	7-8	1

županija				
Požeško-slavonska županija	78.031	1.087	6-8	1
Brodsko-posavska županija	158.559	2.039	13-16	2
Osječko-baranjska županija	304.899	4.063	24-30	3
Vukovarsko-srijemska županija	180.117	2.334	14-18	2
Karlovačka županija	128.749	1.992	10-13	1+1*
Sisačko-moslavačka županija	172.977	2.601	14-17	2
Jadranska Hrvatska	1.413.328	15.860	113-141	
Primorsko-goranska županija	296.123	3.537	24-30	2+1*
Ličko-senjska županija	51.022	823	4-5	1+1*
Zadarska županija	170.398	1.751	14-17	2+1*
Šibensko-kninska županija	109.320	1.534	9-11	1
Splitsko-dalmatinska županija	455.242	4.589	36-46	4
Istarska županija	208.440	2.332	17-21	2
Dubrovačko-neretvanska županija	122.783	1.294	10-12	1+1*

*Zbog posebnih dodatnih potreba koje uvjetuju ruralna područja, otoci, područja posebne državne skrbi isl. može se dodatno osigurati još jedan koordinator

7. Načela i pristupi u organiziranju sustava palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj

Načela u organiziranju sustava palijativne skrbi

Sustav palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj u ovom je Strateškom planu organiziran prema sljedećim načelima:

1. Palijativna skrb u Hrvatskoj predstavlja integrirani model skrbi čiji su temeljni nositelji postojeći elementi sustava zdravstvene zaštite (liječnici obiteljske medicine, pedijatar, patronažna sestra, zdravstvena njega u kući, ljekarnici, psiholozi, fizioterapeuti, domovi zdravlja, bolnice, lječilišta, stacionari...) i socijalne skrbi (ustanove, centri...).
2. Sustav palijativne skrbi primarno se ne uspostavlja kao novi/dodatni sustav, već se ustrojava prenamjenom postojećih resursa (smještajni i terapijsko-rehabilitacijski kapaciteti), osnaživanjem i osposobljavanjem profesionalaca, te postavljenjem novih procedura i standarda rada.
3. Ukoliko unutar postojećih resursa prenamjenama i unapređenjima nije moguće postići traženu razinu kvalitete mogu se razviti zamjenski ili dopunski sustavi.
4. Palijativna skrb kontinuirano i partnerski uključuje djelovanje drugih sektora koji mogu doprinijeti boljoj skrbi za korisnike usluga palijativne skrbi (civilno društvo, obrazovni sustav, religijske zajednice, profitni sektor itd.).
5. Organizacija palijativne skrbi uključuje, potiče i podržava sve oblike vertikalne i horizontalne suradnje, te snažno intersektorsko povezivanje.
6. Kriteriji za određivanje potrebe za palijativnom skrbi moraju biti jedinstveni u cijeloj Hrvatskoj.
7. Standardi i normativi za rad s palijativnim pacijentima trebaju biti drugačiji u odnosu na skrb za ostale pacijente, ali bez negativnog utjecaja na pravednost u korištenju zdravstvene zaštite.
8. Odluka o obliku palijativne skrbi koji će se osigurati donosi se na osnovu više kriterija: potrebe bolesnika, mogućnosti liječenja u kući/dnevnoj bolnici/ustanovi, postojećim uslugama, potrebama obitelji itd.

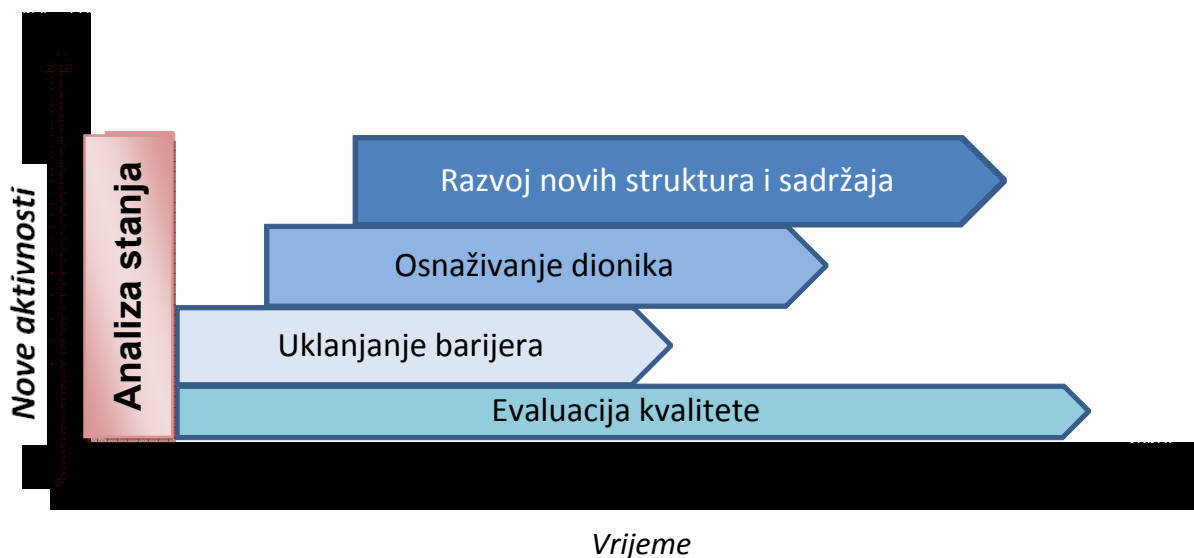
9. Posebna pažnja i oblici palijativne skrbi posvećuju se vulnerabilnim skupinama, poput djece, psihijatrijskih bolesnika, zatvorenika i pripadnika manjina.
10. Stacionarna skrb za korisnike palijativne skrbi može se provoditi u bolnicama, stacionarima u domovima zdravlja, hospicijima, dnevnim bolnicama i dnevnim boravcima, te ustanovama za pružanje socijalne skrbi.
11. Volonterski timovi sudjeluju na svim razinama zdravstvene skrbi: akutnoj, produženoj i kućnoj.
12. Barem dio usluga palijativne skrbi treba biti dostupan svih sedam dana u tjednu.
13. Palijativna skrb u trenutku potrebe za njom mora biti besplatna za korisnike palijativne skrbi.

Temeljni pristup razvoju i organizaciji palijativne skrbi

Početku procesa razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj prethodi detaljna analiza postojećeg stanja, dionika i resursa, dijelom prikazana u ovom Strateškom planu. Dionici i resursi postoje u četiri ključne domene: sustav zdravstva, sustav socijalne skrbi, obrazovni/visokoškolski sustav, te civilno društvo.

Evaluacija kvalitete provodi se trajno i od samog početka procesa razvoja.

Strateški razvoj sustava palijativne skrbi ostvarit će se kroz tri ključna koraka. Prvo, potrebno je ukloniti barijere za pružanje postojećih/mogućih oblika palijativne skrbi. Drugo, sve dionike potrebno je osnažiti radi pružanja bolje palijativne skrbi u postojećim uvjetima. Treće, postojeće uvjete treba poboljšati kroz izgradnju novih struktura i sadržaja, a dionike sustavno osnaživati za pružanje optimalne palijativne skrbi u budućnosti (Slika 1).



Slika 1. Razvoj palijativne skrbi s obzirom na vrijeme i stupanj novine aktivnosti koje se uvode u sustav zdravstvene zaštite.

U organizaciji službe palijativne skrbi ključno je osnažiti upravljanje, što će se postići uspostavom centara za koordinaciju palijativne skrbi u svakoj županiji. Postojeći resursi koristit će se, a po potrebi prenamijeniti, te unapređivati u skladu s normama palijativne skrbi. Kao što je naznačeno i u Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva 2012.-2020., za uspješan razvoj palijativne skrbi presudno je povezivanje svih razina zdravstvene zaštite i uspostava novih načina rada, uključujući osnivanje mobilnih timova za palijativnu skrb, sustavnu suradnju više ustanova, intersketorsku suradnju, te fleksibilnost rasporeda rada u skladu sa specifičnim potrebama i mogućnostima.

Uklanjanje barijera

Kako bi se uklonile barijere za optimalno korištenje postojećih i razvoj novih resursa i oblika palijativne skrbi, potrebno je revidirati i dopuniti legislativni okvir, uključujući sve zakonske i podzakonske akte navedene u 4. poglavlju ovoga Strateškog plana. Drugo važno područje djelovanja kojim će se ukloniti barijere odnosi se na izradu normi, definicija, standarda, kriterija, protokola i smjernica u palijativnoj skrbi. Te je dokumente potrebno izraditi kako bi se specifično odredili sljedeći potrebni elementi i područja u sustavu palijativne skrbi: organizacija, kadrovi, izobrazba, znanje, vještine, stavovi, prostor, oprema, minimalni skup podataka za registar palijativnih pacijenata,

cjenik usluga, potrebna dokumentacija, sadržaji i opseg usluga palijativne skrbi po razinama zdravstvene i socijalne zaštite, postupci, lijekovi, kriteriji za određivanje pacijenata kojima je potrebna palijativna skrb, nadležnost i ovlasti, te standardi i pokazatelji kvalitete. Neki minimalni standardi definirani su u 8. poglavlju ovog Strateškog plana.

U okviru dopuna legislativnog okvira, potrebno je ozakoniti dokumente kao što su biološki testament (engl. *living wil*; dokument kojim osoba iskazuje svoju volju o postupcima kojima se želi ili ne želi podvrgnuti u slučaju teške ili iznenadne bolesti, ako tad ne bude sposobna izraziti vlastitu volju), te odluku o prirodnoj smrti (engl. *allow natural death*; dokument kojim svjesna osoba unaprijed odlučuje da se neće podvrgnuti postupcima kardiopulmonalne reanimacije). Važan korak bit će i usvajanje međunarodnih konvencija o palijativnoj skrbi.

Jedan od prvih koraka bit će izrada standardizirane dokumentacije, tj. obrazaca koji prate palijativnog pacijenta i njegovu obitelj od utvrđivanja potrebe za palijativnom skrbi, pa do završetka žalovanja.

Konačno, tamo gdje to već nije učinjeno, potrebno je revidirati nastavne programe visokoškolskih ustanova kako bi sadržaji iz palijativne skrbi bili adekvatno zastupljeni u izobrazbi zdravstvenih djelatnika.

Razvoj novih struktura i sadržaja

Ovim Strateškim planom predviđa se razvoj sljedećih novih struktura i sadržaja u sustavu palijativne skrbi:

- županijsko povjerenstvo za palijativnu skrb (čiju ulogu može preuzeti Savjet za zdravlje)
- županijski koordinacijski centar za palijativnu skrb
- stacionarna palijativnu skrb
- bolnički tim za potporu palijativnoj skrbi
- ambulanta za palijativnu skrb (uključujući po potrebi i poseban tim doma zdravlja)
- mobilni tim za palijativnu skrb (uključujući po potrebi i poseban tim doma zdravlja)
- posudionica pomagala

- savjetovanište za palijativnu skrb
- osnivanja centara izvrsnosti za pojedine razine i oblike palijativne skrbi.

U okviru razvoja novih struktura i usluga potrebno je:

- dopuniti pravne akte ustanova koje sudjeluju u pružanju palijativne skrbi
- prilagoditi prostor i opremu za pružanje palijativne skrbi
- nabaviti opremu i pomagala
- ugovoriti usluge s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje
- izraditi programe za palijativnu skrb u skupinama sa specifičnim potrebama
- izraditi potrebnu dokumentaciju
- izraditi edukacijsko-promotivne materijale
- uspostaviti informatičku povezanost svih dionika u sustavu palijativne skrbi.

8. Model organizacije palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj

Strateški plan predviđa uspostavu sustava palijativne skrbi koji uključuje nekoliko različitih organizacijskih oblika, od kojih su ključni županijski centri za koordinaciju palijativne skrbi, te stacionarna skrb u županijama (Slika 2).

Županijski centri za koordinaciju palijativne skrbi

Sustav organizacije primarne i sekundarne zdravstvene zaštite u svom je najvećem dijelu pod upravljačkom kontrolom jedinica područne(regionalne) samouprave (županije). Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti županije su dužne koordinirati zdravstvenu zaštitu svih subjekata kojima su osnivači ili kojima su dodijeljene koncesije za obavljanje javne zdravstvene službe. Obzirom da palijativna skrb predstavlja složeni mozaik usluga koje pružaju brojni subjekti među kojim dominiraju dionici zdravstvenog sustava, a sukladno članku 4. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, predlaže se osnivanje centara za koordinaciju palijativne skrbi. Takvi centri bili bi smješteni isključivo u zdravstvenim ustanovama i to u Domu zdravlja ili Ustanovi za zdravstvenu njegu u kući. U takvom centru, sukladno predviđenom standardu (Tablica 11.), bili bi zaposleni koordinatori i to zdravstveni radnici najmanje sa stupanjem obrazovanja prvostupnika.

Predviđeno je da centar za koordinaciju palijativne skrbi obavlja sljedeće funkcije:

- osnažuje i koordinira postojeći sustav zdravstvene zaštite (liječnik obiteljske medicine, patronažna služba, zdravstvena njega u kući, ljekarnici, fizioterapeuti...) u pružanju usluge palijativne skrbi po modelu organizacije 24/7,
- osnažuje i koordinira postojeći sustav socijalne skrbi za pružanje palijativne skrbi,
- koordinira i povezuje djelovanje svih razina sustava zdravstvene zaštite, socijalne skrbi i drugih sudionika palijativne skrbi kroz formiranje timova koji djeluju na određenom području,
- vodi registar korisnika palijativne skrbi,
- organizira i koordinira rad volonterskih timova,
- koordinira ili organizira posudionice pomagala,
- organizira osnovne izobrazbu iz područja palijativne skrbi,
- promiče palijativnu skrb.

Stacionarna skrb u županijama

Za potrebe stanovništva uspostaviti će se stacionarni kapaciteti za specijalističku palijativnu skrb, na osnovu postojećih posteljnih kapaciteta u svakoj od županija. Pri tom će se iskoristiti kapaciteti već uspostavljenih ili planiranih regionalnih centara za palijativnu skrb, uzimajući u obzir činjenicu da neće uvijek biti moguće organizirati potreban opseg stacionarne palijativne skrbi u svakoj županiji.

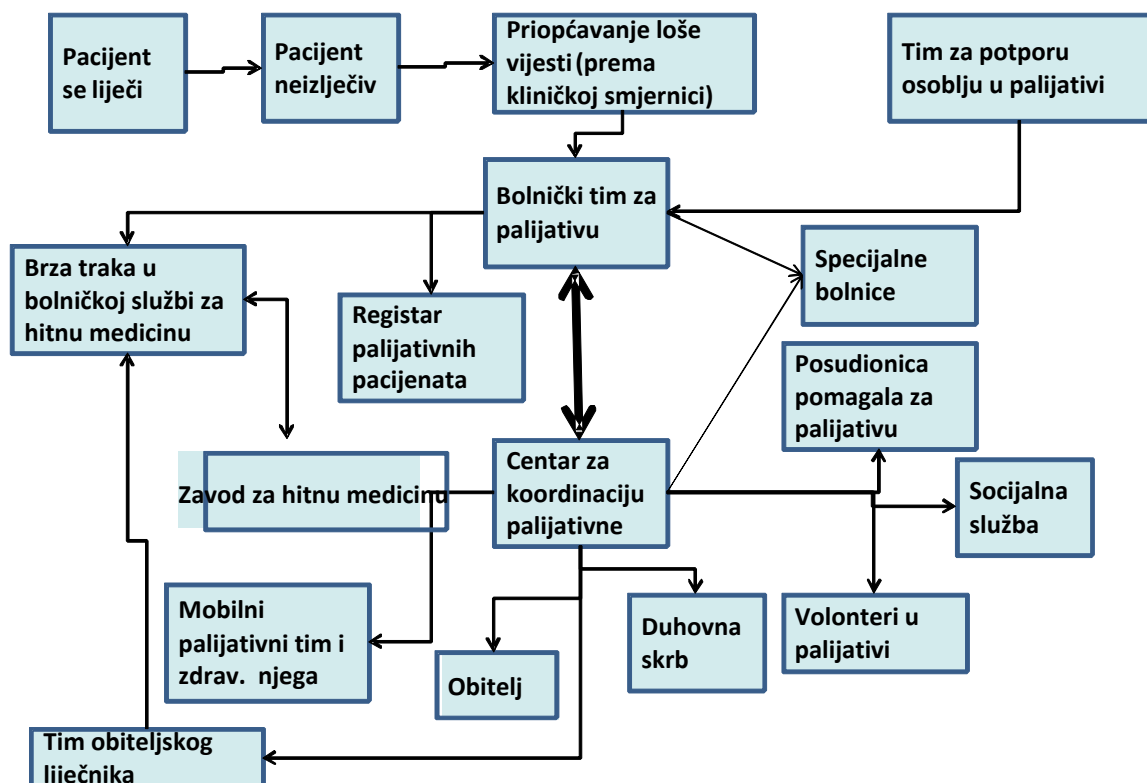
S obzirom na stanje palijativnih pacijenta, u medicinskim službama treba provoditi kliničke putove za obradu po skraćenom postupku („brze linije“). Bolnički tim za podršku palijativnoj skrbi treba biti povezan s jedinicom palijativne skrbi i treba biti na raspolaganju u slučaju potrebe u svakoj bolnici.

Ostali organizacijski oblici palijativne skrbi, njihova suradnja i povezivanje

Ambulantna palijativna skrb (u kojoj rade posebno educirani zdravstveni radnici) može se pružati prema potrebi u svim vrstama zdravstvenih ustanova – ovisno o specifičnim

potrebama korisnika, području na kojem se ambulanta nalazi, ili kao nadopuna drugim oblicima palijativne skrbi.

Potporu u osiguranju palijativne skrbi izvan bolničkih ustanova pružaju mobilni interdisciplinarni timovi specijalizirani iz područja palijativne medicine.



Slika 2. Shema modela integrirane skrbi za palijativnog pacijenta

Minimalni standardi

U svakoj županiji potrebno je kao minimalni standard uspostaviti:

- Centar za koordinaciju palijativne skrbi

- Osiguran stacionarni smještaj s palijativnom medicinom (u vlastitim ustanovama, ili ugovoreni kreveti u stacionarnoj skrbi sa uslugama palijativne medicine). Standard za broj postelja za palijativnu medicinu je 80 postelja na 1 000 000 stanovnika.
- Organizirani sustav potpore specijalističkog tima (bolničkog ili vanbolničkog) za palijativnu medicinu za sve koji pružaju palijativnu skrb u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.
- Posudionicu pomagala.

S obzirom na stacionarni smještaj palijativnih bolesnika, minimalni standard od 80 postelja na milijun stanovnika za palijativnu zdravstvenu skrb (ukupno 345 postelja) osigurava se po sljedećem modelu:

- Opće bolnice – ukupno 175 postelja
- Specijalne bolnice (regionalni centri) – ukupno 85 postelja
- Ostali stacionarni kapaciteti (dječji odjeli, psihijatrijski odjeli, stacionari domova zdravlja, zatvorske bolnice...) – ukupno 85 postelja

Zbog posebnih potreba koje uvjetuju ruralna područja, otoci, područja posebne državne skrbi i sl., može se dodatno osigurati daljnjih 45-80 postelja, što predstavlja dodatni standard od 20 postelja na milijun stanovnika

Radi pravilne raspodjele kapaciteta, u svakoj općoj bolnici se za palijativnu medicinu prenamjenjuje najmanje 1% postelja (2 postelje kao minimum). Ako u regiji nema opće bolnice, kreveti za palijativnu medicinu mogu se osigurati i u kliničkom bolničkom centru (najmanje 1% postelja i minimum od 2 postelje).

U načelu, palijativnog pacijenta treba smještati u palijativne posteljne kapacitete što bliže pacijentovom mjestu stanovanja kako bi se što bolje očuvali socijalni kontakti i mogućnost posjeta.

Izobrazba, praćenje, vrednovanje i unapređenje kvalitete

Izobrazba u sustavu palijativne skrbi uspostavlja se kao kontinuitet na svim razinama – od članova obitelji i volontera, do poslijediplomskih studija. Sadržaji o palijativnoj skrbi moraju biti dio redovitog obrazovanja svih zdravstvenih djelatnika. Posebnu ulogu u

izobrazbi imat će centri izvrsnosti, određeni za pojedine oblike palijativne skrbi. Stupanj izobrazbe, te stečena znanja i vještine trebaju biti prilagođeni ovlastima zdravstvenih djelatnika koji pružaju palijativnu skrb, što je povezano i s licenciranjem. Sustav evaluacije, samo-evaluacije i unapređenja kvalitete ugrađuje se u sve segmente pružanja palijativne skrbi, od samog početka razvoja sustava. U okviru toga, nužno je uspostaviti jedinstveni informatički sustav za prikupljanje, praćenje i obradu podatka o palijativnoj skrbi, što uključuje i osnivanje registra palijativnih pacijenata. Odabirom prikladnih pokazatelja kvalitete skrbi omogućit će se vrednovanje i nadzor. Ti pokazatelji moraju postati dijelom redovitih postupaka za praćenje kvalitete na svim razinama palijativne skrbi. U osiguravanju 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. Palijativna skrb u javnosti se treba promicati kao oblik cjelovitog stručnog, javnog i humanitarnog djelovanja.

9. Provedba Strateškog plana

Ključni elementi provedbe Strateškog plana razvoja palijativne skrbi u razdoblju 2013.-2015. prikazani su u tablici 12.

Tablica 12. Ciljevi, aktivnosti, dionici, indikatori i rokovi u provedbi Strateškog plana razvoj a palijativne skrbi. PS – palijativna skrb, MiZ – Ministarstvo zdravlja, MZOS – Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta, HZJZ – Hrvatski zavod za javno zdravstvo, HZZO – Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, AKAZSS – Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, CEPAMET – Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine, NN – Narodne novine.

Ciljevi	Aktivnosti	Dionici	Pokazatelji	Rok
Procjena općih i specifičnih potreba za palijativnom skrbi u RH	<ul style="list-style-type: none"> • Utvrđivanje umrlih po dobi, dijagnozi, mjestu smrti • Utvrđivanje potreba potprivilegiranih skupina (zatvorenici, djeca, beskućnici, osobe s mentalnim hendikepom, etničke manjine...) 	<p>Izvršitelj: HZJZ,</p> <p>Suradnici: HZZO, MiZ, stručna društva, Povjerenstvo MiZ za PS, bolnice, domovi zdravlja;</p>	Izrađen završni dokument s procjenom potreba za palijativnom skrbi	31.06.2013.
Vrednovanje dionika i resursa za osiguranje palijativne skrbi u RH	<ul style="list-style-type: none"> • Utvrđivanje zakonskih, socijalnih, ekonomskih, kulturalnih, administrativnih i fizičkih zapreka koje mogu utjecati na dostupnost službi palijativne skrbi. • Vrednovanje dionika i resursa prema domeni: <ul style="list-style-type: none"> ○ Zdravstveni sustav ○ Sustav socijalne skrbi ○ Obrazovni/visokoškolski sustav ○ Civilno društvo 	<p>Izvršitelj: Povjerenstvo MiZ za PS</p> <p>Suradnici: HZJZ, HZZO, MiZ, stručna društva</p>	Izrađen završni dokument s vrednovanjem dionika i resursa	31.06.2013.
Reguliranje sustava koji pruža palijativnu skrb	<ul style="list-style-type: none"> • Donošenje posebnog zakona o palijativnoj skrbi • Izmjene i dopune postojeće legislative: <ul style="list-style-type: none"> ○ Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 150/08, 155/09, 71/10, 130/10, 22/11, 54/11, 154/11, 12/12, 70/12, 144/12) ○ Zakon o zaštiti prava pacijenata (NN 169/04) 	<p>Izvršitelj: MiZ</p> <p>Suradnici: HZJZ, HZZO, stručna društva, Povjerenstvo MiZ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usvojene promjene zakona • Doneseni novi zakoni i pravilnici • Ozakonjena izjava o zaživotnoj volji i odluka o prirodnoj smrti • Postojanje dokumentacije koja prati proces skrbi za palijativnog pacijenta 	31.12.2013.

<ul style="list-style-type: none"> ○ Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite (NN 107/2007) ○ Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene (NN 079/2011) ○ Mreža javne zdravstvene službe (NN 101/12) ○ Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe (NN 88/2010, 1/11, 87/11) ○ Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (NN 126/2006) ○ Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti (NN 61/11, 128/12) ○ Pravilnik o uvjetima za ustroj zavoda i odjela u kliničkim bolničkim centrima i kliničkim bolnicama (NN 106/2007) ○ Pravilnik o načinu pregleda umrlih te utvrđivanju vremena i uzroka smrti (NN 046/2011) ○ Pravilnik o obrascu suglasnosti te obrascu izjave o odbijanju pojedinog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka (NN 010/2008) ○ Odluka o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (NN 126/11) ● Usvajanje međunarodnih konvencija o PS ● Izrada standardizirane dokumentacije/obrazaca koji prate palijativnog pacijenta i njegovu obitelj od utvrđivanja potrebe za PS pa do završetka žalovanja ● Izrada jedinstvenih nacionalnih pravilnika, normi, standarda, kriterija, protokola i smjernica u palijativnoj skrbi. ● Ozakonjenje zaživotne volje ("living will") i odluke o prirodnoj smrti („Allow natural death“) 	<p>za PS</p>	<p>i njegove bližnje</p>	
---	--------------	--------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Izmjena nastavnih programa 			
Organizacija mreže PS	<p>Uspostava elemenata organizacije sustava palijativne skrbi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Županijsko povjerenstvo za palijativnu skrb (može preuzeti Savjet za zdravlje) • Županijski koordinacijski centar za palijativnu skrb • Bolnički tim za potporu palijativnoj skrbi • Ambulanta za palijativnu skrb (uključujući po potrebi i poseban tim doma zdravlja) • Mobilni tim za palijativnu skrb (uključujući po potrebi i poseban tim doma zdravlja) • Posudionica pomagala • Savjetovalište za palijativnu skrb • Prilagođavanje prostora i opreme za pružanje palijativne skrbi • Nabava opreme i pomagala 	<p>Izvršitelj: županije</p> <p>Suradnici: MiZ, HZZO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Broj mobilnih timova za palijativnu medicinu • Broj multiprofesionalnih palijativnih timova • Broj bolničkih timova za potporu palijativnoj skrbi • Broj palijativnih postelja • Broj socijalnih ustanova koje provode palijativni pristup • Broj posudionica pomagala • Broj službi žalovanja • Količina propisanih opijata • Broj nabavljenih specifičnih pomagala (poluintenzivne postelje, antidekubitalni madraci, infuzomati, aspiratori...) • Broj osnovanih timova • Broj konzultacija koje je tim pružio na razini bolnice • Broj konzultacija koje je tim pružio na primarnoj razini 	31.12.2013.
Izgradnja i unapređenje kapaciteta za PS	<ul style="list-style-type: none"> • Edukacija zdravstvenih radnika, socijalnih radnika, volontera, građana, županijskih savjeta za zdravlje • Uvođenje palijativne skrbi u programe zdravstvenih škola i visokoškolskih ustanova. 	<p>Izvršitelj: sveučilišta i veleučilišta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Broj educiranih radnika po strukama (liječnika, sestara, fizioterapeuta i radnih terapeuta, psihologa, socijalnih radnika, njegovatelja, 	31.12.2014.

	<ul style="list-style-type: none"> • Standardizacija i akreditacija programa edukacije svih zdravstvenih i nezdravstvenih učesnika u palijativnoj skrbi s popisom znanja, vještina i stavova potrebnih u palijativnoj skrbi • Kontinuirana edukacija svih dionika palijativne skrbi • Izrada edukacijsko promotivnih materijala 	<p>Suradnici: MiZ, MZOS, HZZO, Županije</p>	<p>duhovnika, građana, volontera)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Broj volontera • Broj edukativnih programa i tečajeva • Broj educiranih savjeta za zdravlje • Broj sati nastave o palijativnoj skrbi u školama, te na fakultetima u dodiplomskoj i poslijediplomskoj nastavi • Broj akreditiranih programa edukacije iz palijativne skrbi • Broj održanih edukacija i tečajeva 	
Osiguravanje pružanja palijativne skrbi	<ul style="list-style-type: none"> • Izrada programa mjera iz obaveznog zdravstvenog osiguranja • Izrada programa za PS u skupinama sa specifičnim potrebama • Informatičko povezivanje svih dionika u procesu palijativne skrbi • Ugovaranje s ustanovama koje će pružati palijativnu skrb 	Izvršitelj: HZZO	<ul style="list-style-type: none"> • Izrađen program mjera palijativne skrbi prema obaveznom zdravstvenom osiguranju • Izrađene norme za usluge prema skupinama s posebnim potrebama • Broj ugovorenih kreveta • Broj ugovorenih timova/usluga 	30.06.2014.
Praćenje, vrednovanje i znanstveno istraživanje	<ul style="list-style-type: none"> • Uspostavljanje jedinstvenog informatičkog sustava za skupljanje, praćenje i obradu podataka o palijativi – osnivanje nacionalnog registra palijativnih pacijenata • Povezivanje i suradnja sa SZO, Savjetom Evrope, Međunarodnom asocijacijom za hospicijsku i palijativnu skrb, Evropskom asocijacijom za hospicijsku i palijativnu skrb, Radnom skupinom za palijativnu skrb Centralne i Istočne Evrope • Uspostavljanje indikatora i procedura za evaluaciju i nadzor • Razvoj procedura za praćenje i kontrolu kvalitete na svim 	<p>Izvršitelj: AKAZSS, MiZ, HZJZ (registar)</p> <p>Suradnici: HZZO, nevladine organizacije</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Izrađena lista definiranih pokazatelja dobre palijativne skrbi • Uspostavljen registar palijativnih pacijenata • Uspostavljeno periodično izvještavanje o pokazateljima kvalitete • Broj istraživanja i znanstvenih projekata o PS 	31.09.2014.

	<p>razinama palijativne skrbi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Odabir indikatora kvalitete skrbi koji će osigurati standardiziranu informaciju o korisnicima palijativne skrbi • Osnivanje centara izvrsnosti za PS 		<ul style="list-style-type: none"> • Broj centara izvrsnosti 	
Informiranje i osnaživanje (javnosti i dionika)	<ul style="list-style-type: none"> • Promotivne kampanje (npr. za informiranje javnosti o opijatima u palijativi; protiv uzaludnih postupaka) • Kampanje prema ciljnim grupama • Osnaživanje dionika • Mobilizacija i smanjivanje štete • Humanitarno djelovanje 	<p>Izvršitelj: CEPAMET</p> <hr/> <p>Suradnici: MiZ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ispitivanje javnog mnijenja prije i poslije kampanje • Broj anketiranih građana koji prepoznaju smisao pojma palijativne skrbi. • Broj anketiranih građana koji prepoznaju razliku između upotrebe opijata u palijativi i zloupotrebe opijata kao droge. 	Kontinuirano

10. Glavni očekivani rezultati razvoja palijativne skrbi u razdoblju 2013.-2015.

Mjerljivi rezultati razvoja palijativne skrbi u razdoblju 2013.-2015. godine prikazani su u tablici 13.

Tablica 13. Ključni rezultati razvoja palijativne skrbi, po godinama.

Rezultat	Godina		
	2013.	2014.	2015.
Udio umirućih osoba zbrinutih u sustavu palijativne skrbi	5%	15%	25%
Broj postelja za palijativnu skrb	100	150	200
Broj županijskih centara za palijativnu skrb	5	10	21
Udio akutnih bolnica s uspostavljenim timovima za palijativnu skrb	10%	40%	80%
Broj posudionica pomagala za palijativnu skrb	5	10	21
Broj zdravstvenih djelatnika uključenih u edukaciju o palijativnoj skrbi	100	500	1500
Broj volontera educiranih i uključenih u sustav palijativne skrbi	50	200	500

11. Rizici u provedbi Strateškog plana

Glavni rizici, njihova vjerojatnost i utjecaj na provedbu Strateškog plana, te mjere smanjivanja rizika prikazane su u tablici 14.

Tablica 14. Opis rizika u provedbi Strateškog plana i mjera za njihovo smanjivanje

Opis rizika	Vjerojatnost	Utjecaj	Smanjivanje rizika
Ključne inicijative i modeli osiguravanja palijativne skrbi u proteklih 15 godina pretpostavljali su razvoj novih organizacijskih struktura i sustava financiranja, a cjelokupan proces bio je zasnovan na iskustvima i analizama koje polaze od palijativne skrbi kao dopunskog oblika skrbi kojeg su nositelji civilno društvo ili stručne skupine bez snažnije povezanosti s redovitim pružanjem zdravstvene zaštite. Kao posljedica takvog koncepta, postojeći zdravstveni sustav dosad nije uspio odgovoriti na potrebu sustavnog osiguravanja palijativne skrbi. Stoga se slične tendencije mogu očekivati i u budućnosti.	Velika	Velik	Sustavno i dosljedno provođenje svih elemenata i aktivnosti predviđenih ovom strategijom.
Pojedine privatne zdravstvene ili socijalne ustanove koje u uvjetima nepostojanja sustavne skrbi za palijativne pacijente uspijevaju dobro plasirati svoje usluge skrbi za takve pacijente na komercijalnoj osnovi, odupirat će se razvijanju državno financiranog sustava koji pruža palijativnu skrb besplatnu za korisnika u času potrebe za njom	Umjerena	Umjeren	Komunikacija cjelovitih informacija prema privatnim ustanovama i građanima. Uključivanje privatnih ustanova u segmente pružanja palijativne skrbi.
Volonterske i neprofitne organizacije koje su dosad radile u palijativi, usustavljanjem strukturirane, regulirane i profesionalizirane palijativne skrbi dobivaju „konkurenciju“ koja njihovom radu oduzima značajku ekskluzivnosti. To kod nekih može izazvati otpor prema sustavnom razvijanju palijativne skrbi.	Umjerena	Umjeren	Izrada plana uključivanja volontera i civilnog društva u novi model organizacije palijativne skrbi.
Zapošljavanje djelatnika u palijativnoj skrbi koji nemaju potrebne preduvjete (npr. emocionalna zrelost, razvijeni interes za palijativu...)	Umjerena	Velik	Definiranje kriterija i procedura za izbor djelatnika u PS

Otpor pojedinih dionika u zdravstvenom sustavu uvođenju organiziranog sustava palijativne skrbi	Mala	Velik	Kontinuiran rad sa stručnim društvima i upravama zdravstvenih ustanova
Nedovoljan broj profesionalaca koji u zdravstvu, ali i izvan njega, raspoložu znanjem potrebnim da bi cjelovito sagledali i razvijali održiv sustav palijativne skrbi.	Umjerena	Umjeren	Provođenje jedinstvenih nacionalnih programa edukacije i osnaživanja profesionalaca kako bi se osigurala kritična masa za razvoj koherentnog i održivog sustava palijativne skrbi na cijelom području RH.
Manjak liječnika u zdravstvenom sustavu.	Velika	Umjeren	Poticanje preuzimanja odgovornosti u skladu s ostvarenom višom razinom obrazovanja (engl. <i>task shifting</i>)
Prijetnja da se resursi namijenjeni zdravstvenoj njezi ili medicinskoj skrbi za palijativne pacijente počnu koristiti kao sustav zbrinjavanja kronično bolesnih, nemoćnih ili drugih skupina koji nisu neposredno životno ugroženi, te koje je moguće opskrbiti kroz druge oblike zdravstvene ili socijalne skrbi.	Velika	Velik	Jasno definiranje kriterija za osobe koje ulaze u program palijativne skrbi, kao i procedura za postupanje i dokumentiranje aktivnosti u palijativnoj skrbi.

12. Praćenje i vrednovanje provedbe Strateškog plana

Povjerenstvo za palijativnu skrb, koje je imenovalo Ministarstvo zdravlja, odgovorno je za praćenje provedbe aktivnosti i ostvarivanja glavnih očekivanih rezultata utvrđenih ovim Strateškim planom. Povjerenstvo ima zadaću identificiranja ključnih problema ili prepreka koje se pojavljuju tijekom provedbe Strateškog plana, a koji se ne mogu prevladati na razini provoditelja pojedinih aktivnosti. U tom smislu Povjerenstvo može predlagati rješenja i odluke kako bi se uočeni problemi ili prepreke učinkovito prevladali. S obzirom na sastav Povjerenstva, ono je pogodno za poticanje suradnje i koordinaciju aktivnosti među različitim ustanovama i resorima koji sudjeluju u razvoju informatizacije u zdravstvu.

Povjerenstvo polugodišnje izvještava ministra zdravlja o provedbi i rezultatima ovog Strateškog plana.