

Palijativna skrb u Primorsko-goranskoj i Istarskoj županiji o pacijentima s malignim bolestima probavnoga trakta

Karmen Lončarek¹, Diego Brumini²

¹Zavod za palijativnu medicinu, KBC Rijeka

²Opća bolnica Pula

SAŽETAK U Primorsko-goranskoj i Istarskoj županiji postoji desetogodišnje iskustvo sustavnoga razvoja mreže profesionalne palijativne skrbi. Razvijena je vlastita informatička aplikacija za podršku profesionalnoj komunikaciji te upravljanju i odlučivanju u palijativnoj skrbi – CISPAL. U posebnim slučajevima za informatičko praćenje palijativnih pacijenata primjenjuje se MKB-šifra Z02.8 kao alternativa šifri Z51.5. Kako je bol vodeći problem u mnogih pacijenata, osobito onih s malignim bolestima probavnoga trakta, u praksu je uvedena supkutana infuzija koja im omogućuje kvalitetnu kontinuiranu analgeziju u kućnoj skrbi. U suradnji sa Školom narodnoga zdravlja „Andrija Štampar“ izrađena je opsežna količina stručnih materijala te pohranjena na internetskom repozitoriju www.palijativna-skrb.hr.

KLJUČNE RIJEČI izgradnja kapaciteta; palijativna skrb; SPICIT; supkutana infuzija; upravljanje zdravstvenim informacijama

Sustavan razvoj palijativne skrbi u Primorsko-goranskoj i Istarskoj županiji započeo je 2008., odnosno 2010. godine. Taj je razvoj temeljen na promjeni dotadašnje paradigme palijative kao humanitarne djelatnosti zasnovane na volonterskom radu, u paradigmu profesionalizacije skrbi. Praktično je to značilo da su za podršku kućnoj skrbi o palijativnim pacijentima osnovana dva mobilna tima za palijativu, koja su u Primorsko-goranskoj županiji činili po jedan liječnik opće medicine i jedna medicinska sestra u punom opsegu svojega radnoga vremena.

U Istarskoj, pak, županiji osnovan je tim mobilnih stručnjaka, koji je bio kombinacija specijalista stalno zaposlenih i onih na honoraru (uz medicinsku sestru u punom opsegu radnoga vremena). Svaki mobilni tim imao je još i medicinsku sestru koja nije izlazila na teren, već je obavljala funkciju dispečera (prijava i dojava) i koordinatora u sklopu županijskoga centra za palijativnu skrb. Kako su mobilni timovi dobivali na vidljivosti, a potreba za njihovom skrbi rasla, tako je rastao i broj timova, pa sad u Primorsko-goranskoj županiji radi pet mobilnih timova.

U Istarskoj, pak, županiji broj profesija uključenih u rad mobilnoga tima bio je maksimalno devet (onkolog, neurolog, psihijatar, kirurg, psiholog, ljekarnik, liječnik dentalne medicine, specijalist obiteljske medicine te viša medicinska sestra kao koordinator).

OD MOBILNIH TIMOVA DO ŽUPANIJSKE MREŽE

Mobilni su timovi od početka imali podršku bolničkih anestezioloških ambulanti za liječenje boli. U KBC-u

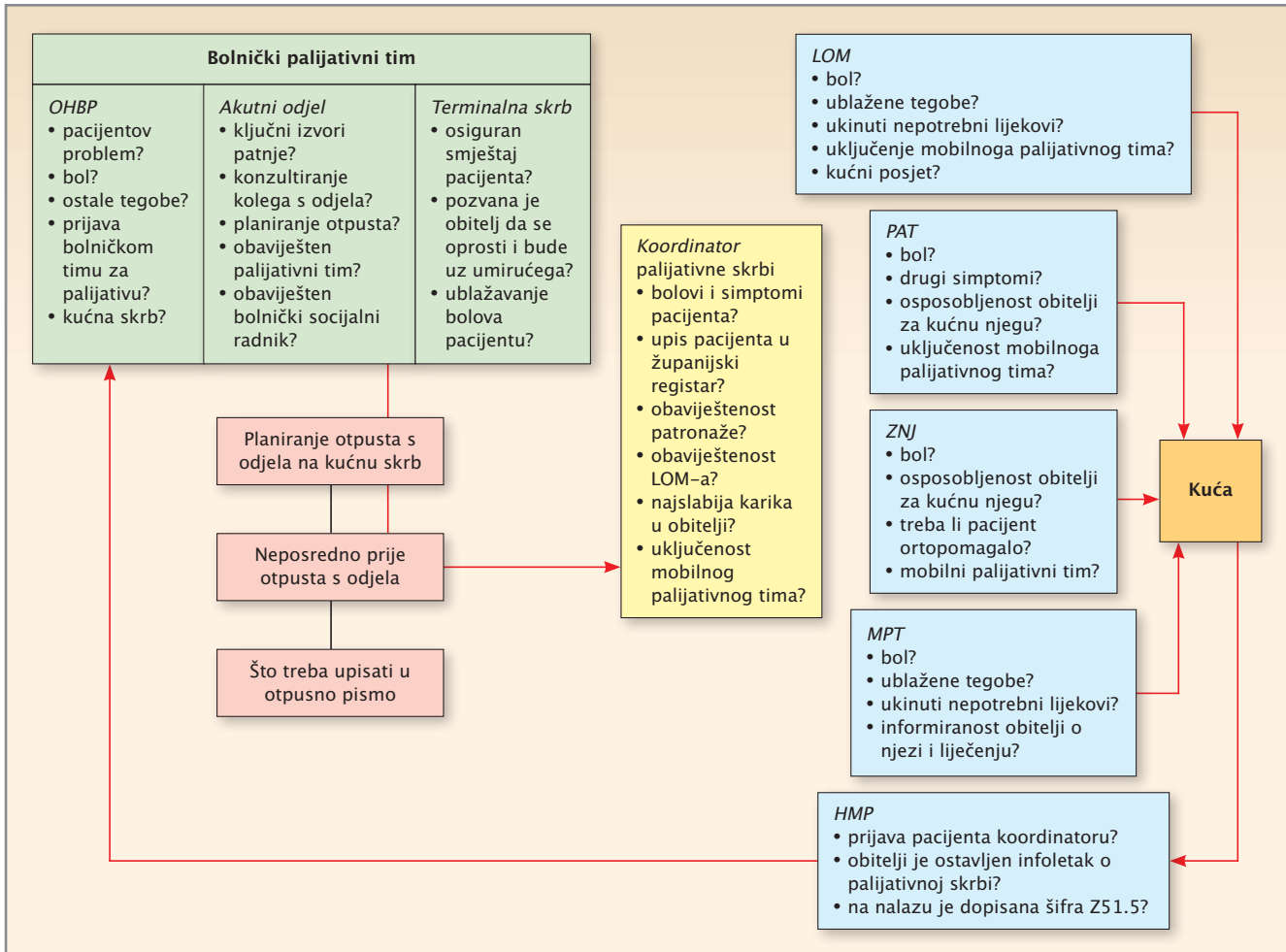
Rijeka formirane su čak tri ambulante za liječenje boli, a posebnu pozornost koju su posvećivale radu s palijativnim pacijentima iskazale su i u svojem formalnome nazivu „Ambulante za bol i palijativnu medicinu“. Na tragu aktivnosti tih ambulanti, 2013. godine u KBC-u Rijeka osnovan je najprije Centar, a potom i Zavod za palijativnu medicinu, koji danas broji jednoga liječnika i tri medicinske sestre u punom opsegu radnoga vremena.

Širi tim za podršku palijativnoj skrbi u KBC-u Rijeka izgrađen je kao mreža bolničkih profesionalaca s dodatnom edukacijom iz palijativne skrbi, te danas broji više od stotinu članova: liječnici, medicinske sestre, psiholozi, socijalni radnici, fizioterapeuti, pravnici i dr. Prema potrebi, uključuju se i izvanbolnički stručnjaci, primjerice, diplomirani bioetičar.

Tri godine kasnije osnovan je i bolnički tim za palijativnu skrb u Općoj bolnici Pula, s jednim liječnikom (onkolog radioterapeut) na pola radnoga vremena i medicinskom sestrom u punom radnom vremenu. Vrlo brzo izgradili su bolnički tim/mrežu za podršku palijativi u koju su uključeni psihijatar, internist, anesteziolog, algolog, psiholog i neurolog.

U objema su županijama timove prvih godina financirale isključivo lokalne i regionalne samouprave: u Istri Istarska županija, a u Primorsko-goranskoj županiji, pak, Županija zajedno s Gradom Rijeka. Zahvaljujući tomu, sve usluge mobilnih timova su od početka bile besplatne, a pacijente se uključivalo u skrb na preporuku obiteljskoga liječnika ili nadležnoga bolničkog liječnika. Riječ je o sredstvima reda veličine milijun kuna godišnje za svaku županiju.

SLIKA 1. Vizualna ček-lista sa setovima podataka nužnih za očuvanje kontinuiteta skrbi pri premještanju palijativnoga pacijenta iz jednoga u drugo okruženje skrbi



Izrađeno na radionicama palijativne skrbi 2018. u sklopu znanstvenoga projekta *Public Health Hub* pod vodstvom glavnog istraživača doc. dr. sc. Aleksandra Džakule, dr. med.

Lokalna i regionalna samouprava u PGŽ-u jednako je spremno financijski podržala i riječki hospicij „Marija Krucifiksa Kozulić“ i tako omogućila početak njegova rada, nastavivši ga financijski podupirati i nakon sklapanja ugovora s HZZO-om.

Regionalni sustavi palijativne skrbi u tim dvjema županijama od početka su se razvijali kao kompleksne, slojevite mreže sastavljene od nekoliko jednostavnijih mreža:

- komunikacijska mreža
- mreža za liječenje boli
- mreža postelja (bolnice, stacionari DZ-a, DSNO, hospicij ...)
- mreža posudionica pomagala
- mreža mobilnih stručnjaka
- mreža zdravstvene njege u kući (s jakom ulogom patronažnih sestara educiranih o palijativnoj skrbi)
- volonterska mreža
- ljekarnička mreža.

INFORMATIČKO POVEZIVANJE

Primorsko-goranska županija prepoznala je važnost razmjene informacija o pacijentima u palijativnoj skrbi te

je odlučila razviti informatičku aplikaciju za podršku komunikaciji profesionalaca u palijativnoj skrbi. Tako je od 2017. godine u funkciji aplikacija CISPAL (Centralni informatički sustav za palijativu), koja sve županijske dionike u palijativu povezuje u jedinstvenu komunikacijsku mrežu te olakšava upravljanje i donošenje odluka.¹

U CISPAL-u se tako bilježe kućni posjeti mobilnih palijativnih timova i postupci bolničkoga tima za palijativu, županijski Zavod za hitnu medicinu dojavljuje županijskom koordinatoru da je otkrio novoga palijativnog pacijenta, bolnica informira patronažnu službu o otpustu palijativnoga pacijenta iz bolnice itd. U tijeku je dobava tableta i prijenosnih pisaca kako bi svi zdravstveni radnici koji ulaze u kuću palijativnoga pacijenta – obiteljski liječnik, patronaža, zdravstvena njega u kući, fizikalna terapija u kući, mobilni timovi, hitna medicinska pomoć, mrtvozornik – mogli što jednostavnije iskoristiti podatke već pohranjene u CISPAL-u te ih prema potrebi dopunjavati i ažurirati.

Palijativne službe u Primorsko-goranskoj županiji trenutno imaju u skrbi oko 800 pacijenta (te njihovih obitelji, ako postoje).

Od 2018. godine aplikacija CISPAL primjenjuje se u Istarskim domovima zdravlja i Općoj bolnici Pula te se

planira međusobno povezivanje tih dviju ustanova, kao i povezivanje s CISPAL-om Primorsko-goranske županije.

Dio aktivnosti razvoja županijskih sustava palijative odvijao se u sklopu projekta „Public Health Hub/Održivi javnozdravstveni programi – Razvoj i implementacija“ Škole narodnoga zdravlja „Andrija Štampar“. Brojni stručni materijali nastali u toj suradnji, a namijenjeni su profesionalcima u palijativi, donosiocima političkih odluka te laicima, pohranjeni su na internetskom repozitoriju „Palijativna skrb“ i slobodno dostupni pod licencijom poštenoga korištenja (*fair use*).²

Primjer jednoga takvog dokumenta jest tzv. vizualna ček-lista koja sadržava set najnužnijih podataka za pojedino okruženje skrbi (slika 1).

Naime, za kontinuitet skrbi važno je da idući dionik u lancu skrbi dobije optimalnu količinu podataka potrebnih za nastavak skrbi: ni premalenu jer će to uroditi propustima, ni preveliku jer će otežati snalaženje (slika 1).

Integracija i kontinuitet skrbi dolaze u pitanje kad god pacijent ili podatci prelaze „iz ruke u ruku“, čak i kad se radi o prelascima unutar jedne te iste ustanove. Hodogram kirurške palijative pokazuje složenost procesa odlučivanja te neke smjernice koje pomažu pri upravljanju tim procesom (slika 2).

UVOĐENJE MKB-ŠIFARA Z51.5 I Z02.8

Razvoj bolničke palijative u Kliničkome bolničkomu centru Rijeka započeo je upravo u suradnji Zavoda za

palijativnu medicinu sa Zavodom za gastroenterologiju. Kako bi dva zavoda olakšala informatičku komunikaciju i informatičko praćenje palijativnih pacijenta, dogovoreno je da ih se označi MKB-šifrom Z51.5. Tom se šifrom ne označuje pacijentovo stanje, već vrstu skrbi koju je primio – u ovom slučaju palijativnu skrb – kao što se, primjerice, šifrom Z51.0 označuje da je pacijent primio radioterapiju, a šifrom Z51.3., pak, da je primio transfuziju.

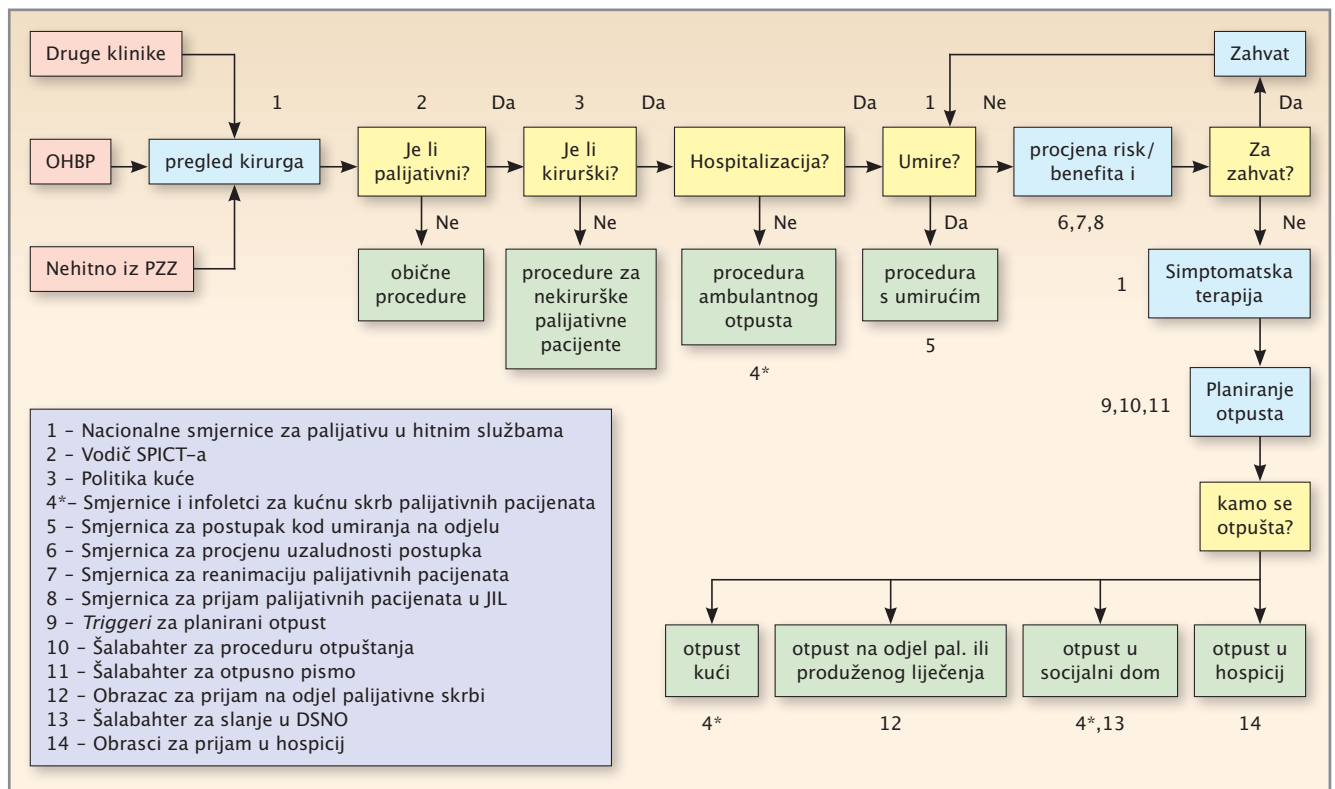
Ponekad se ta šifra odnosi samo na postupak prepoznavanja pacijentove potrebe za daljnjom palijativnom skrbi („prepoznavanje pacijenta“) te uključivanja u županijski registar palijative kako bi i druge županijske palijativne službe doznale za pacijenta i njegove nepodmirene potrebe.

Na riječkome Zavodu za gastroenterologiju započelo se i s primjenom pribora SPICT (engl. *Supportive and Palliative Care Indicators Tool* – pribor za indikatore palijativne i potporne skrbi) za prepoznavanje potreba pacijenta za palijativnom skrbi.³

Ubrzo se primjena pribora uvriježila u cijelome Kliničkomu bolničkomu centru Rijeka te u Općoj bolnici Pula. To su prepoznali nosioci Programa SPICT Sveučilišta u Edinburghu te je riječki klinički bolnički centar ponio naziv partnera programa.⁴

Ponekad nije prikladno primjenjivati MKB-šifru Z51.5 (npr. kad obitelj odbija palijativnu skrb jer se ne uspijeva suočiti sa stanjem pacijenta; kad pacijent nije dijagnostički sasvim razriješen, a kliničko stanje jasno

SLIKA 2. Hodogram kirurške palijative



Hodogram prikazuje šest ključnih točaka (žuto) u kojima kirurg donosi odluke o upravljanju slučajem (osam glavnih smjerova, označeni zeleno). Pojedini koraci u tom procesu određeni su ili usmjereni različitim dokumentima.¹⁻¹⁴

Izrađeno na radionicama palijativne skrbi 2018. u sklopu znanstvenoga projekta *Public Health Hub* pod vodstvom prof. dr. sc. Karmen Lončarek, dr. med.

pokazuje na skori smrtni ishod i sl.). Tada se za informatičko praćenje koristimo MKB-šifrom Z02.8 (administrativni pregled iz drugih razloga).

Prepoznavanje i uključivanje pacijenta u palijativnu skrb, najčešće počinje u bolnici, i ti postupci postali su rutina kako u KBC-u Rijeka, tako i u OB-u Pula. Poštujući načela integracije skrbi, započeta skrb prenosi se na izvanbolničke dionike: patronažne sestre, timove obiteljske medicine, mobilne timove za palijativnu skrb, posebno educirane socijalne radnike i dr.

NAJČEŠĆE PACIJENTOVE TEŠKOĆE

Postupci koji se najčešće pružaju palijativnim pacijentima s malignim bolestima probavnoga trakta odnose se na liječenje boli te na liječenje gastrointestinalnih simptoma: oralna patologija, dispepsija, štucavica, mučnina, povraćanje, opstipacija, kolike, dijareja, ascites, žutica, anoreksija, kaheksija, tenezmi. Tu su još njega te zamjena stoma i katetera: enterostome, perkutana gastrostoma, nazogastrične sonde.

Osim gastroenteroloških, prisutni su i simptomi drugih organskih sustava, primjerice, respiratorni: dispneja, kašalj, hipersekrecija dišnih puteva, pleuralni izljev, pogoršanje KOPB-a i dr.

Od neuropsihijatrijskih simptoma najčešći su depresija, anksioznost, smetenost, poremećaji spavanja te delirij. Pojavljuju se i drugi opći simptomi i problemi kao što su dehidracija, vrućica, svrbež, infekcije, deku-bitusi, limfedemi itd.

Preklapanje simptomatologije, agravacija i komorbiditeti vrlo često zamagljuje oštre konture simptomatologije na koje smo navikli u radu s oboljelima od izlječivih bolesti. No, sve nabrojene simptome moguće je riješiti u kućnim uvjetima, pa čak i evakuaciju ascitesa pod nadzorom ultrazvuka.

SUPKUTANA INFUZIJA U KUĆNOJ SKRBI

U kućnim uvjetima iznimno je teško organizirati parenteralnu primjenu lijekova i otopina više puta tijekom dana. No, svi intramuskularni lijekovi mogu se primjenjivati i potkožno (osim kod onih gdje je nužna dubinska intramuskularna primjena). Palijativni pacijenti s malignim bolestima probavnoga trakta često imaju velike dobrobiti od kontinuirane supkutane infuzije, kojom ne samo da se nadomješta oralni unos tekućine, već se mogu primjenjivati i mnogi lijekovi, pojedinačno i u kombinacijama. Produljeno, sporo ukapavanje u potkožje omogućuje određivanje i održavanje ustaljenoga titra lijeka u organizmu. Indikacije za kontinuiranu supkutanu infuziju jesu:

- teška disfagija
- ozljede usne šupljine, ždrijela ili jednjaka
- opstrukcija crijeva
- izrazita opća slabost
- slaba apsorpcija oralno primijenjenih lijekova
- neprihvatljiva količina oralno primijenjenih lijekova (tableta, sirupa) što otežava probavu

- tvrdokorni simptomi koje nije moguće ublažiti oralnom primjenom lijekova
- pacijent nije pri svijesti
- rektalna primjena nije prihvatljiva.

Prednosti supkutane infuzije su brojne:

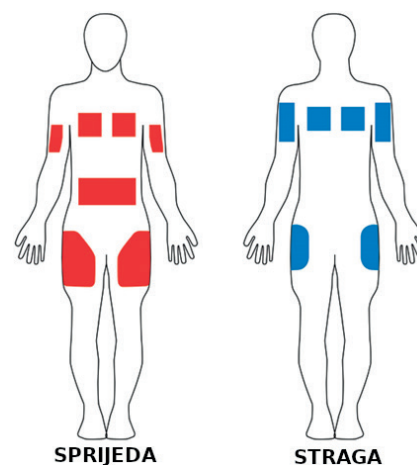
- može se primijeniti kad pacijent zbog mučnine, povraćanja ili disfagije više ne podnosi oralnu primjenu terapije
- izbjegava se opetovano ubadanje injekcija
- izbjegava se uzimanje velike količine tableta
- prikladan je za pacijente poremećene svijesti (sommolentni, semikomatozni, komatozni)
- igla može ostati na mjestu 72 sata (štoviše, posebni silikonski venski kateteri mogu ostati i do 15 dana)
- ako se obitelj osposobi da zamjenjuje infuzijske boce, rjeđe su potrebni posjeti zdravstvenih radnika
- kao i svaka druga zdravstvena tehnologija, i ova ima određenih nedostataka, primjerice:
- upala ili iritacija kože na mjestu uvođenja igle, odnosno venskoga katetera
- curenje na mjestu uvođenja katetera
- alergijska reakcija (vrlo rijetko).

Za primjenu supkutane infuzije upotrebljavamo „leptiriće“ kalibra 24-26, ili pak venske katetere, koje ubodemo u potkožje na određenim mjestima, a najčešće u drugi međurebreni prostor medioklavikularno. „Leptirić“, odnosno kateter potom se fiksira na kožu prozirnicom ili flasterom. Količina tekućine koja se preporučuje je do 20 kapi (1 mL) u minuti. Mjesta primjene prikazana su na slici 3. Mogućnost miješanja različitih lijekova u supkutanoj primjeni prikazana je u tablici 1.

Ako se obitelj osposobi da prema potrebi odvoji leptirić/kateter od sustava za infuziju te da sama mijenja prethodno pripremljene otopine i infuzije, to u obitelji jača osjećaj samopouzdanja i kontrole nad situacijom, te znatno rjeđe traže pomoć profesionalaca u obliku posjeta i telefonskih konzultacija.

Zbog važnosti terapije boli, kao podsjetnik donosimo i opći procesni dijagram za liječenje boli u onkoloških pacijenata (slika 4).

SLIKA 3. Mjesta primjene supkutane infuzije



TABLICA 1. Mogućnost miješanja različitih lijekova u supkutanoj primjeni

	Klonazepam	Deksametazon	Fentanil	Haloperidol	Hioscin butilbromid	Kalij	Ketamin	Levomepromazin	Heparin	Metadon	Metoklopramid	Midazolam	Morfin	Oktreotidom	Femitoin	Ranitidin	Atropin	Dihidrokodein	Furosemid	Bupivakain	Klonidin	
Klonazepam	■	K h		K h	K h		K h	K h	N	K s	K h	K h	K h									
Deksametazon	K h	■	K g		K h		K s	K s	N	K g	K s	K h	Kgh				K	K h	K			
Fentanil		K g	■	K	K g		K s	K s			K g	K s	K s	K s	N		K g			K		
Haloperidol	K h	K h	K	■	K		K s	K	N	K g	K s	K h	Kgh	K				K h				
Hioscin butilbromid	K h	K h	K	K	■		K h	K s	N	K g	K h	K s	K h	K s		K s						
Kalij						■				K			K			K						
Ketamin	K h	K s	K s	K s	K h		■	K s			K s	K s	K s								K	
Levomepromazin	K h	K s	K s	K	K s		K s	■		K g	K s	K s	Kgh	K s			K	K h				
Heparin	N	N		N	N				■	N	N	N	N	N		N	N	N		N		
Metadon	K s	K g		K g	K g			K g	N	■	K g	K			N		K g					
Metoklopramid	K h	K s	K g	K s	Kh	K	K s	K s	N	K g	■	K s	Kgh	K						N		
Midazolam	K h	K h	K	K h	K s		K s	K s	N	K	K s	■	Kgh	K s		K h		K h	N			
Morfin	K h	Kgh	K s	K	K h	K	K s	Kgh	N		K	K	■	K	N	K h	K g			K	K	
Oktreotid			K s	K	K s			K s	N		K	K s	K	■								
Femitoin			N							N			N		■							
Ranitidin					K s	K			N			K h	K h			■						
Atropin		K	K g					K	N	K g			K g				■					
Dihidrokodein		K h		K h				K h	N			K h						■				
Furosemid		K									N	N							■			
Bupivakain			K				K		N				K							■		
Klonidin													K								■	

K = kompatibilno s (h = H₂O; g = glukoza; s = NaCl); N = nije kompatibilno
 Prilagođeno iz H. Neuenschwander, et al. Palliativmedizin, 2006.⁵

KAKO RAZGOVARATI?

Valja znati da se s napredovanjem bolesti prema terminalnoj fazi mijenja potreba za pojedinim lijekovima, primjerice, diureticima, antilipemicima, antihipertenzivima, pa čak i opioidima. Bilo bi preopširno ovdje pojašnjavati primjenu pojedinih lijekova za određene simptome.

Međutim, uvijek treba imati na umu da je palijativni pacijent ravnopravni član palijativnoga tima te da mu treba omogućiti primjenu nečega što se nama čini nepotrebnim ili štetnim, kao što su soda bikarbona ili razni alternativni pripravci. Ako pacijent s terminalnom malignom bolešću probavnoga trakta želi popiti kola-napitak, čašu vina ili piva, treba mu udovoljiti. Korisno je objasniti obitelji da je alkohol odličan ekspektoprans, blagi sedativ i analgetik te pospješuje tek i žed.

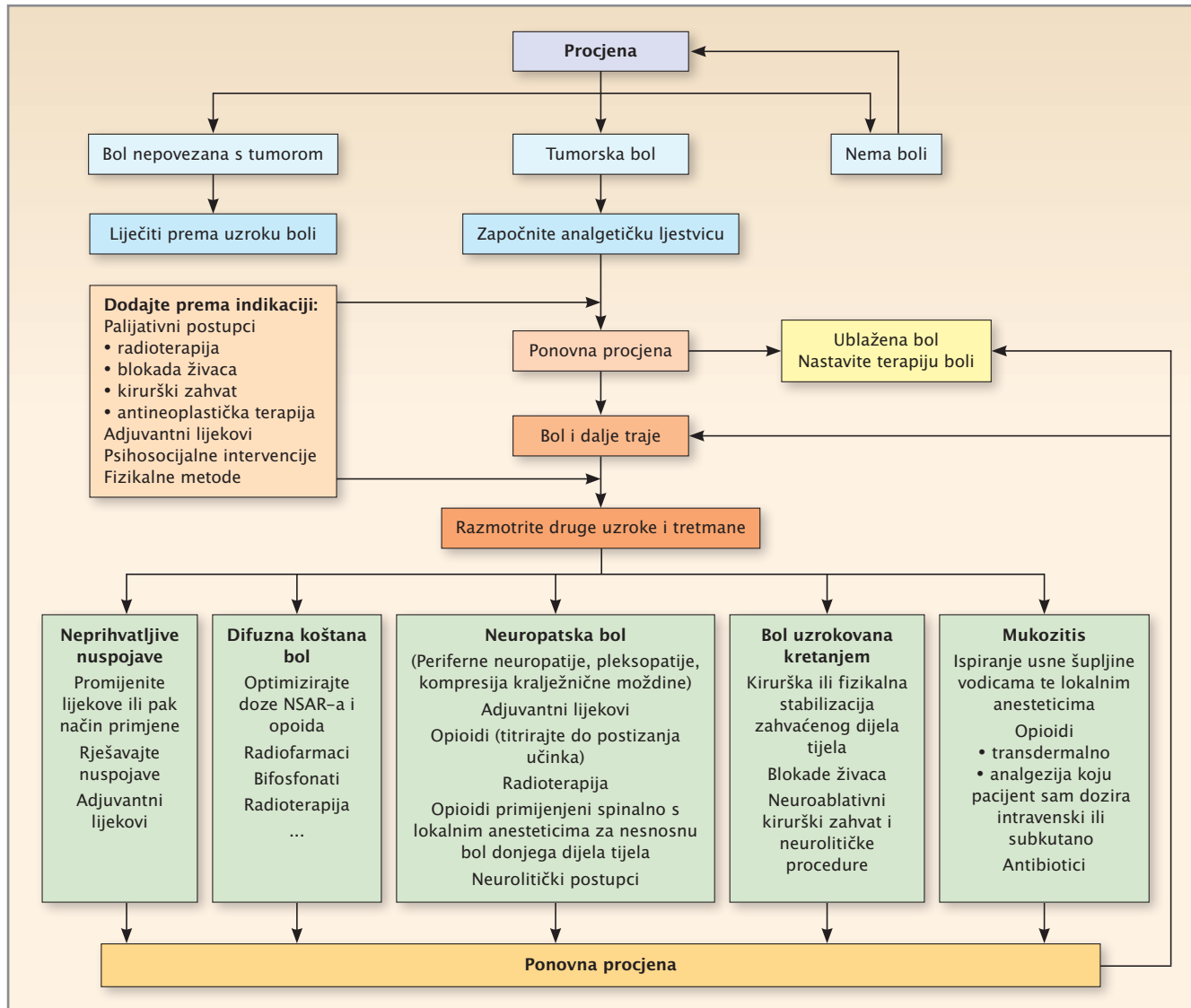
O pripravcima kanabisa treba razgovarati blagonaklono i bez predrasuda. Takav razgovor u pravilu nije moguć kod prvoga, nego tek kod trećega ili četvrtoga susreta s pacijentom i obitelji.

U situacijama kad je pacijent pri kraju života, a obitelj na izmaku snaga, dezorijentirana preobiljem informacija koje kolaju društvenim mrežama, mudro je ne suprotstavljati se njihovim uvjerenjima i ne razuvjeravati ih. Mala je vjerojatnost da bismo uspjeli.

OČUVANJE KONTINUITETA PALIJATIVNE SKRBI

Da bi se očuvao kontinuitet, potrebno je pažljivo isplanirati otpust pacijenta iz bolnice na kućnu skrb. Zato je u suradnji sa Zavodom za gastroenterologiju razvijena jednostavna lista s trima skupinama trigerata koji

SLIKA 4. Procesni dijagram za liječenje boli u onkoloških pacijenata



Adaptirano prema Jacox, Carr, Payne, i sur.⁶

upozoravaju na potrebu planiranja otpusta od trenutka kad se trigeri uoče, a idealno već u trenutku prijma u bolnicu (prilog 1).

Što je otpust bolje isplaniran, to će nesnalaženje, neinformiranost pa i strah obitelji od neposrednog i neminovnog biti manji, a pacijentu će rjeđe trebati pomoć izvanbolničke i bolničke hitne medicinske službe. Zato je korisno započeti upoznavanje pacijentova stanja ispitivanjem o njegovoj percepciji ukupne patnje (engl. *total pain*).

Naime, vrlo je važno razlučiti tjelesnu bol od duhovne, psihičke i socijalne komponente. Potrebno je dulje vrijeme uz pacijenta te višekratni susreti kako bi se uspostavio željeni kontakt s njim i njegovom obitelji/njegovateljem. Tako će se izgraditi prisniji kontakt i povjerenje nužno za pravilan pristup i postupke.

ZAKLJUČAK

Osnova razvoja sustava palijativne skrbi jest profesionalizacija i integracija skrbi. Za ustroj županijskoga

PRILOG 1. Trigeri za planirani otpust palijativnoga pacijenta

Socijalni:

- 48 sati nakon prijma nitko nije posjetio niti se telefonski interesirao za pacijenta
- Pacijent nema uredne dokumente (osobna iskaznica, zdrav. osiguranje, putovnica)

Zdravstveni:

- Pacijent je 3. ili 4. kategorija
- Pacijent nosi pelenu
- Pacijent nosi „cijev“ (stome, kanile, drenovi, kateteri, kisik ...)
- Pacijent ima dekubitus

Pravni:

- Pacijent ima demenciju ili je ranije boravio na psihijatrijskom odjelu
- Pacijent ima zakonskoga skrbnika.

sustava palijativne skrbi nužna je dobra informatička povezanost svih dionika, što olakšava upravljanje, odlučivanje te kontinuitet skrbi. Kako ponekad za informatičko praćenje pacijenata MKB-šifra Z51.5 nije prikladna, u PGŽ-u i IŽ-u uvedena je primjena šifre Z02.8 kao alternativa.

Palijativni pacijenti s malignim bolestima probavnoga trakta trpe od širokoga spektra teškoća, a u mnogih je bol vodeći problem. Supkutana infuzija omogućuje im kvalitetnu kontinuiranu analgeziju u kućnoj skrbi. Planiranje otpusta palijativnoga pacijenta treba započeti u času hospitalizacije.

Palliative care for patients with malignant digestive tract diseases in Primorje-Gorski Kotar and Istria Counties

Karmen Lončarek¹, Diego Brumini²

¹Department for Palliative Medicine, University Hospital Center Rijeka, Rijeka, Croatia

²General Hospital Pula, Pula, Croatia

SUMMARY There is a ten-year experience of systematic development of a professional palliative care network in the Counties of Primorje-Gorski Kotar and Istria. CISPAL, the counties' own IT application was developed to support the professional communication, management, and decision-making in palliative care. In special cases, ICD-10 code Z02.8 is used as an alternative to Z51.5 for informational monitoring of the palliative patients. As pain is a leading problem in many patients, especially those with malignant digestive tract disease, subcutaneous infusion has been introduced to provide continuous, high-quality analgesia in home care. An extensive amount of professional materials was created in cooperation with the School of Public Health „Andrija Štampar“ and stored on the internet repository: www.palijativna-skrb.hr.

KEY WORDS capacity building; health information management; infusions; subcutaneous; palliative care; SPICT

LITERATURA

1. www.mcs.hr/rjesenja-i-usluge/medicus-net/palijativna-skrb/ Accessed on 12.7.2018.
2. www.palijativna-skrb.hr Pristupljeno 12.7.2018.
3. NHS Lothian, The University of Edinburgh Primary Palliative Care Research Group. SPICT Programme. Available at <https://www.spict.org.uk/>.
4. <https://www.spict.org.uk/partners/croatia/> Accessed on 12.7.2018.
5. Neuenschwander H., et al. Palliativmedizin. 2nd Ed. Bern: Herausgeber Krebsliga Schweiz. 2006.
6. Jacox A, Carr DB, Payne R, et al. Management of Cancer Pain [Clinical Practice Guideline No. 9; AHCP Publication No. 94-0592]. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research. 1994.

ADRESA ZA DOPISIVANJE

Prof. dr. sc. Karmen Lončarek, dr. med.
Zavod za palijativnu medicinu KBC-a Rijeka
Krešimirova 42, 51000 Rijeka
Email: karmen.loncarek@uniri.hr
Telefon: +385 91 1259 568

MEDICUS.Net[®]

Prvo programsko rješenje za palijativnu skrb

Medicus.Net program za palijativnu skrb povezuje sve razine zdravstvene skrbi (primarna, sekundarna, tercijarna) kao i nezdravstvene entitete (socijalne službe, civilne osobe, ...). Omogućuje nadzor i upravljanje nad palijativnom skrbi na razini doma zdravlja ili županije. Medicus.Net za palijativnu skrb trenutno koristi 12 domova zdravlja/županija.

www.mcs.hr

MCS Grupa

Zagrebačka cesta 126, Zagreb • tel. 01 3040200
prodaja@mcs.hr