

Ivan Šklebar
Duška Šklebar

UDK: 613.98(497.5-35Bjelovarsko-bilogorska županija)
Stručni članak
Rukopis prihvaćen za tisak: 12. 6. 2013.

MOGUĆNOSTI POBOLJŠANJA KVALITETE ŽIVOTA U TERMINALNOM STADIJU NEIZLJEČIVE BOLESTI RAZVOJEM SUVREMENIH OBLIKA PALIJATIVNE SKRBI NA PODRUČJU BJELOVARSKO-BILOGORSKE ŽUPANIJE

Sažetak

Na području Bjelovarsko-bilogorske županije godišnje umire između 350 i 450 bolesnika koji boluju od nekog tipa zloćudne bolesti. Jedna četvrtina umire u Općoj bolnici u Bjelovaru, a ostali kod kuće ili u nekom obliku smještaja za stare i nemoćne. Prisustvo i umiranje ovakvih bolesnika na bilo kojoj od spomenutih lokacija najčešće nije u skladu sa suvremenim dostignućima i mogućnostima zdravstvene struke u zadovoljavanju složenih potreba u palijativnoj skrbi koja jedina preostaje u terminalnom stadiju bolesti. Svijest o ovoj činjenici, kako struke, tako i javnosti, dovela je do toga da je Ministarstvo zdravlja 2012. potaklo izradu strategije razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj koja daje osnovu za planiranje kadrovskih potreba te uspostavu organizacijskih oblika i potrebnih kapaciteta za sveobuhvatnu i kvalitetnu zdravstvenu skrb za bolesnike u terminalnom stadiju neizlječive bolesti. Sukladno iskustvima ekonomski razvijenih europskih zemalja optimalna organizacija palijativne skrbi uključuje liječenje kod kuće pod nadzorom educiranih multidisciplinarnih timova za palijativne kućne posjete te ambulanti za palijativnu skrb. U stacionarnim ustanovama, prvenstveno bolnicama, racionalno je uspostaviti jedinicu za palijativnu skrb u okviru koje može djelovati dnevna bolnica te odjel za palijativnu skrb. Ovisno o ekonomskim mogućnostima zajednice može se uspostaviti i hospicij kao posebna ustanova palijativne skrbi. Osim u javnom vlasništvu, hospiciji mogu biti u privatnom vlasništvu, vlasništvu vjerskih zajednica ili vlasništvu filantropskih zaklada. Bjelovarsko-bilogorska županija već danas raspolaže prostornim kapacitetima na sekundarnoj razini zdravstvene zaštite koji se mogu izdvojiti za potrebe palijativnog liječenja, ali za tu, kao i sve druge razine organizacije palijativne skrbi, potrebno je imati educirane djelatnike tako da se ulaganje u edukaciju zdravstvenog osoblja nameće kao prioritetni zadatak bez kojeg neće biti moguće poboljšati postojeće stanje u palijativnoj skrbi, podići

kvalitetu preostalog života oboljelih te očuvati radna mjesta u sustavu zdravstvene skrbi.

Ključne riječi: palijativna skrb; dnevna bolnica za palijativnu skrb; hospicij; mobilni tim za palijativne kućne posjete; Bjelovarsko-bilogorska županija.

Uvod

Unatoč ogromnom napretku medicine kojem smo svjedoci u posljednjih 50-100 godina, duljinu i kvalitetu ljudskog života često reduciraju kronične neizlječive bolesti koje uzrokuju smrt puno ranije nego li je biološki očekivano. Kada tijekom bolesti dođe do stadija kad aktivno liječenje više ne može produžiti život, ili čak može biti štetno, tada govorimo o terminalnom stadiju bolesti. Ni u tom stadiju bolesti medicina ne smije dići ruke od bolesnika, već mu mora pristupiti na drugi način i s drugim ciljevima držeći se osnovnih postulata palijativne skrbi. Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) te Europskog društva za palijativnu skrb palijativna skrb znači pristup kojim se bolesnicima suočenim s neizlječivom bolešću, kao i njihovim obiteljima, pruža i unaprjeđuje kvaliteta života prevencijom i olakšavanjem simptoma metodama ranog otkrivanja, procjenom i liječenjem boli te olakšavanjem ostalih fizičkih, psihičkih, psihosocijalnih i duhovnih problema. Palijativna skrb je aktivna, potpuna, multidisciplinarna skrb o bolesniku čija bolest ne odgovara na kurativni tretman, a njena osnovna uloga je kontrola boli i drugih fizičkih, socijalnih, psiholoških i spiritualnih problema i potreba bolesnika. Palijativna skrb afirmira život, ali ne inzistira na njegovom produženju pod svaku cijenu uvažavajući i smrt kao normalan proces pri čemu je težište djelovanja usmjereno kvaliteti života uz uvažavanje želja bolesnika i njegovih najbližih. Palijativno liječenje nije isključivo vezano za terminalni stadij neizlječive bolesti, već se ono postupno uvodi usporedno s metodama kurativnog liječenja pružajući oboljelom i njegovim najbližima podršku od vremena spoznaje o dijagnozi neizlječive bolesti do razdoblja žalovanja nakon smrti osobe. Palijativna skrb je, dakle, interdisciplinarna u svom pristupu, te svojim djelokrugom obuhvaća pacijenta, obitelj i zajednicu. Palijativna skrb nudi najosnovniji koncept zaštite – zbrinjavanje potreba oboljelog, gdje god da se za njega skrbi, kod kuće ili u bolnici. [1, 2, 3]

U velikom broju ekonomski razvijenijih zemalja palijativna se medicina provodi unutar postojećeg zdravstvenog sustava u kojem profesionalci i volonteri u multiprofesionalnim timovima provode skrb temeljenu na individualnim potrebama i osobnim željama težeći oslobođenju od boli i drugih simptoma, dignitetu i miru. [4] U tom duhu intoniran je i hrvatski Zakon o zaštiti prava pacijenata koji afirmira pravo na umiranje bez boli i uz puno dostojanstvo. [5] Članovi multidisciplinarnog tima obavezno su liječnici i medicinske sestre s edukacijom iz palijativnog liječenja, te socijalni radnici. Tim može uključivati još i farmakologa, psihologa, fizioterapeuta, okupacijskog terapeuta, dijetetičara, duhovnika i volontere. [2 - 4]

Trenutno stanje palijativne skrbi na državnoj i županijskoj razini

Promjena načina života uvjetovana urbanizacijom s nestankom velikih obitelji, a posebice starenje populacije i sve veći broj samačkih obitelji suočavaju zajednicu s problemom sve većeg broja oboljelih za koje se općenito nema tko brinuti, a pogotovo ne u terminalnom stadiju bolesti. Problemu doprinose i promjene u epidemiologiji bolesti s kontinuiranim porastom pobola od zloćudnih bolesti te kroničnih nezaraznih bolesti koje u završnoj fazi također zahtijevaju prvenstveno palijativnu skrb. Prema podacima Zavoda za javno zdravstvo za 2011. u Hrvatskoj (RH) je umrla 51.000 stanovnika od čega je 13.800 smrti uzrokovano zloćudnim bolestima. U Bjelovarsko-bilogorskoj županiji (BBŽ) umrlo je 1.730 stanovnika od čega 421 radi zloćudnih bolesti (24 %) te 871 od kardiovaskularnih bolesti (50 %). [6] Prema procjenama Europskog društva za palijativnu skrb, populaciju, kojoj je potreban neki oblik palijativne skrbi čini između 50 % i 89 % svih umirućih pacijenata, što bi u RH-a bilo 26.000 do 46.000 pacijenata godišnje. [2, 3] Najmanje 20 % pacijenata oboljelih od zloćudnih bolesti te 5 % neonkoloških pacijenata zahtijevaju specijalističku palijativnu skrb u posljednjih godinu dana njihova života za što je potrebno osigurati oko 400 palijativnih postelja u Hrvatskoj. Slijedom te procjene u BBŽ-u trebalo bi osigurati 10-12 stacionarnih kreveta za palijativnu skrb. [2, 3]

Iako zakonska osnova za organizaciju sustavne palijativne skrbi u RH-a postoji još od 2003. kada je Zakonom o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske predviđeno osnivanje prve ustanove za palijativnu skrb i to do prosinca 2008., godinama nije bilo značajnijeg pomaka unatoč evidentnih potreba za palijativnom skrbi kao i pritiska struke preko Hrvatskog društva za palijativnu medicinu HLZ-a koje je poduzimalo brojne akcije, educiralo liječnike i medicinske sestre iz palijativne skrbi te predlagalo načine njezine organizacije. [7-9] Najveći pomak učinjen je uspostavom ambulanti za bol kojih u Hrvatskoj ima 27, a u novije vrijeme formirana su i 3 mobilna palijativna tima, 4 volonterska palijativna tima, 6 postelja u palijativnoj dnevnoj bolnici (Opća bolnica u Koprivnici) te nešto manje od 200 postelja u bolnicama za kronične bolesti i stacionarima domova za stare i nemoćne. Ministarstvo zdravlja već je u prvoj godini mandata pokrenulo program palijativne skrbi. Tako je u rujnu 2012. godine otvoren Odjel za palijativnu skrb u Specijalnoj bolnici za kronične bolesti Novi Marof, u OB "Hrvatski ponos" u Kninu Odjel za palijativnu skrb dobio je odobrenje za obavljanje ove djelatnosti isto kao i Specijalna bolnica za produženo liječenje Duga Resa. Registraciju za djelatnost palijativne skrbi očekuje i Psihijatrijska bolnica "Sveti Rafael" Strmac Šumetlica, pored Nove Gradiške. U siječnju 2013. godine otvoren je i prvi hospicij u Rijeci kao dio sustava javnog zdravstva kojega je osnivač Caritas Riječke nadbiskupije, a suosnivači Grad Rijeka i Primorsko-goranska županija s kapacitetom od 15 postelja i 16 stalno zaposlenih djelatnika te 4 na pola radnog vremena. [10]

U međuvremenu se otvaraju i hospiciji u privatnim domovima za stare i nemoćne, a Ministarstvo zdravlja izrađuje Nacionalnu strategiju razvoja zdravstva 2012.-2020. u kojoj se naglašava uspostava sustava palijativne skrbi, odnosno njezin organizacijski i zakonski okvir. U strategiji se navode prioritetne mjere vezane uz strateški razvoj palijativne skrbi, ponajprije jačanje interdisciplinarnе suradnje, povećanje bolničkih kapaciteta za palijativnu skrb, te uključivanje civilnog društva, osobito volontera, u pružanje palijativne skrbi, uz odgovarajuću zakonsku regulaciju. [11]

Razradu razvojnih mjera i konkretnih aktivnosti na uspostavi sustava palijativne skrbi ukorporiranog u nacionalni sustav zdravstvene zaštite treba donijeti Strateški plan razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2013.-2015. [12] Nacrt ovog dokumenta na javnoj je raspravi, a njegova temeljna polazišta solidna su osnova planiranja razvoja palijativne skrbi na nacionalnoj kao i na regionalnoj razini. [12] U organizaciji službe palijativne skrbi Strateškim planom predlaže se prvenstveno koristiti postojeće resurse koji će se prema potrebi prenamijeniti i unaprijediti u skladu s normama i standardima palijativne skrbi koje također treba definirati i ozakoniti odgovarajućim aktima kako bi pružanje palijativne skrbi bilo ujednačene kvalitete i dostupnosti na cijelom području države. [12]

U Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva 2012.-2020. navodi se da je za uspješan razvoj palijativne skrbi presudno povezivanje svih razina zdravstvene zaštite i uspostava novih načina rada, uključujući osnivanje mobilnih timova za palijativnu skrb, sustavnu suradnju više ustanova, intersektorsku suradnju, te fleksibilnost rasporeda rada u skladu sa specifičnim potrebama i mogućnostima. [11] Da bi se to ostvarilo strateškim planom, predlaže se jačanje upravljanja i koordinacije uspostvom centara za koordinaciju palijativne skrbi u svakoj županiji. Posebno važnim u uklanjanju barijera uspješne uspostave sustava smatra se izrada normi, te definiranje 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, osoblje, izobrazba, znanje, vještine, stavovi, prostor, oprema, minimalni skup podataka za registar palijativnih pacijenata, razvoj novih struktura i sadržaja osnaživanje dionika, uklanjanje barijera, evaluacija kvalitete, 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. Konačno, tamo gdje to već nije učinjeno, potrebno je revidirati nastavne programe visokoškolskih ustanova kako bi sadržaji iz palijativne skrbi bili primjereno zastupljeni u izobrazbi zdravstvenih djelatnika. [12]

Mogućnosti i izazovi optimalne organizacije palijativne skrbi na području Bjelovarsko-bilogorske županije

U Bjelovarsko-bilogorskoj županiji potrebu za uspostavom sustava palijativne skrbi prepoznao je Županijski tim za zdravlje koji je 2009. odlučio među zdravstvene prioritete županije uvrstiti i prioritet poboljšanja skrbi za one koji boluju od neizlječivih bolesti u svom završnom stadiju. [13] Glavni cilj Županijskog tima bio je edukacija zdravstvenih djelatnika iz palijativne skrbi na svim razinama kao i senzibilizacija struke, javnosti i političkih struktura koje donose odluke o problemu bolesnika kojima je potrebno palijativno liječenje. Uz nekoliko nastupa u medijima i okupljanje nekolicine liječnika u lokalni ogranak Društva za palijativnu medicinu HLZ-a, glavno postignuće Županijskog tima bila je organizacija tečaja iz palijativnog liječenja za liječnike obiteljske medicine. Tečaju se odazvalo oko 40 liječnika, a uspješno je organiziran zahvaljujući volonterskom odazivu respektabilnih predavača i organizacijskoj jezgri od troje liječnika Opće bolnice Bjelovar koji su prošli zahtjevnu edukaciju iz palijativnog liječenja i liječenja boli u okviru TEMPUS projekta 2008./2009. Edukacija je osim teorijske nastave uključivala i posebice koristan praktični dio tijekom četverotjednog studijskog boravka u izabranim zdravstvenim ustanovama koje provode palijativnu skrb u Italiji i Francuskoj. Edukaciju medicinskih sestara kao i volontera nije se uspjelo organizirati zbog nedostatka novca kojim bi se platili predavači iz Udruge prijatelja hospicija u Zagrebu. Promjene odnosa Ministarstva zdravlja aktualne vlade prema palijativnoj skrbi i dokumenti koji su doneseni ili se trebaju usvojiti na tragu su nastojanja i razmišljanja kojima se vodio Tim za zdravlje BBŽ-a u određivanju županijskih prioriteta pa je logično očekivati da BBŽ bude među prvim županijama koje će započeti uspostavu sustava palijativne skrbi.

Prilikom uspostave sustava palijativne skrbi u BBŽ-u moguće je uvažiti gotovo sve preporuke navedenih dokumenata. Naime, prenamjena i prilagodba prostornih kapaciteta može se provesti relativno brzo i bez velikih ulaganja jer samo u OB Bjelovar, koja posljednjih godina bilježi popunjenost krevetnih kapaciteta ispod 80 %, nalazimo slobodnih više od 60 kreveta od kojih se bez ikakve sumnje može izdvojiti 10-12 koliko je potrebno za potrebe specijalističke palijativne skrbi za cijelu županiju, odnosno za formiranje bolničke jedinice za palijativnu skrb ili hospicija. Srednje i pomoćno osoblje također se može preraspodijeliti budući da je jednim dijelom i zaposleno na račun tih praznih kreveta, a najveći problem bit će educirani liječnici tako da prvi korak treba biti što hitniji odabir zainteresiranih liječnika koje treba uputiti na tečajeve što ih organizira Društvo za palijativnu medicinu. Naime, za bjelovarsku sredinu karakteristično ležeran odnos prema visoko stručnom zdravstvenom osoblju, doveo je do osipanja onih koji su stekli potrebnu edukaciju iz palijativnog liječenja te je potrebno educirati nove liječnike kao i medicinske sestre i druge članove budućeg multidisciplinarnog tima za palijativno liječenje u BBŽ-u. Ono što je

također moguće na planu edukacije, to je uvođenje predmeta iz palijativne skrbi na Studiju sestrinstva pri Visokoj tehničkoj školi u Bjelovaru, a u budućnosti, pri istoj školi organizirati nastavu u okviru specijalističkog studija iz palijativne skrbi za medicinske sestre.

U cilju racionalne organizacije te osiguranja zadovoljavajuće razine kvalitete i sigurnosti u Općoj bolnici Bjelovar trebalo bi organizirati i dnevnu bolnicu za palijativno liječenje sa 4-6 kreveta te proširiti djelokrug postojeće ambulante za bol kako bi dio radnog vremena bio posvećen liječenju boli onkoloških bolesnika. Time bi se zaokružio sustav palijativne skrbi na sekundarnoj razini i značajno podigla razina kvalitete same bolnice kao i skrbi za ovu vulnerabilnu skupinu bolesnika. [14]

Za potrebe palijativne skrbi u obitelji bolesnika trebalo bi formirati barem jedan mobilni tim za palijativne kućne posjete, a voditelj tima mogao bi ujedno biti i voditelj Centra za koordinaciju palijativne skrbi BBŽ-a s kojim bi se povezale i uskladile aktivnosti patronažne službe, službe za kućnu njegu, centra za socijalnu skrb, te kapaciteti palijativne skrbi u bolnici i domovima za stare i nemoćne. Ovi posljednji trenutno nisu uključeni u zdravstveni sustav što stvara probleme financiranja, a posebno adekvatne zdravstvene skrbi tako da sustavno rješenje mora omogućiti njihovo rasterećenje od najtežih slučajeva preko bolničkog odjela za palijativnu skrb uz mogućnost korištenja konzultantskih usluga liječnika primarne i sekundarne razine.

Jedan od korisnih oblika pomoći oboljelima dok se liječe u kući je usluga posudionice pomagala koja može uspješno funkcionirati u okviru Doma zdravlja, odnosno patronažne službe.

Zaključak

Kao zaključak može se reći da je nakon dugo vremena u okviru zdravstvenog sustava Hrvatske otvorena mogućnost uspostave cjelovitog sustava palijativne skrbi na svim razinama zdravstvene zaštite. Isto tako možemo reći da BBŽ već danas raspolaže prostornim kapacitetima na sekundarnoj razini zdravstvene zaštite koji se mogu izdvojiti za potrebe palijativnog liječenja, ali za tu, kao i sve druge razine organizacije palijativne skrbi potrebno je imati educirano zdravstveno osoblje. Što hitnije ulaganje u edukaciju zdravstvenog osoblja nameće se stoga kao prioritetni zadatak bez kojeg neće biti moguće poboljšati postojeće stanje u palijativnoj skrbi, podići kvalitetu preostalog života oboljelih te očuvati i povećati broj radnih mjesta u sustavu zdravstvene skrbi u BBŽ-u.

Literatura

1. WHO *Definition of Palliative Care*. 2008. Dostupno na: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
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* 2009; 16(6):278-289.
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* 2010; 17(1):22-33.
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.
5. *Zakon o zaštiti prava pacijenata*. *Narodne novine* 2004: 169; 2008: 37.
6. *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2011*. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2012. Dostupno na: http://www.hzjz.hr/publikacije/hzs_ljetopis/index.htm.
7. *Zakon o zdravstvenoj zaštiti*. *Narodne novine* 2008: 150; 2009: 155; 2010: 71; 2010: 130; 2011: 22; 2011: 54; 2011: 154; 2010: 12; 2012: 70; 2012: 144.
8. *Hrvatska deklaracija o palijativnoj skrbi*. U Zagrebu, svibnja 2008. Dostupno na: <http://www.ostaniuzmene.com/wp-content/uploads/2010/04/Hrvatska-deklaracija-o-palijativnoj-medicini.pdf>.
9. *Prijedlog organizacije palijativne skrbi u RH*, 29. 5. 2011. Hrvatsko društvo za palijativnu medicinu HLZ i Hrvatski centar za palijativnu skrb. Dostupno na: http://www.palijativa.com/index.php?option=com_content&view=article&id=219%3A-prijedlog-organizacije-palijativne-skrbi-u-republici-hrvatskoj&Itemid=53.
10. Ministar Ostojić na otvorenju novog hospicija u Rijeci 28. siječnja 2013. Dostupno na: http://www.zdravlje.hr/novosti/novosti/ministar_ostojic_na_otvorenju_novog_hospicija_u_rijeci.
11. *Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020*. Zagreb: Ministarstvo zdravlja, 2012. Dostupno na: www.zdravlje.hr
12. *Strateški plan razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2013.-2015*. (nacrt). Dostupno na: http://www.zdravlje.hr/programi_i_projekti/otvorena_javna_rasprava_o_strateskom_planu_razvoja_palijativne_skrbi_2013_2015.
13. Šklebar, I., Šklebar, D. *Palijativna skrb kao javnozdravstveni prioritet Bjelovarskobilogorske županije*. Hcjz [serial online]. 2010; 6(22). Dostupno na: URL: <http://www.hcjz.hr/clanak.php?id=14166>.
14. Mustajbegović, J., Šklebar, I. Može li se tvrditi da je organizirana palijativna skrb indikator povećanja kvalitete zdravstvene ustanove? U: Jušić, A. (ur.). *Palijativna skrb u Hrvatskoj i svijetu: sažeci i članci s Prvog kongresa palijativne skrbi Hrvatske 2006*. Zagreb: Hrvatsko društvo za hospicij i palijativnu skrb HLZ, 2006., str. 32-35.

The Possibilities for Improving Quality of Life in the Terminal Stage of Incurable Diseases by Developing Up-To-Date Forms of Palliative Care in the Bjelovar-Bilogora County

Summary

In the area of the Bjelovar-Bilogora County, 350–450 patients die annually suffering from malignant diseases. One fourth of these patients die at the Bjelovar General Hospital, while the others die either at their own home or at a nursing home. Their residence and way of dying on any of these locations is usually not in compliance with the up-to-date knowledge and skills of the health care profession with regard to fulfilling the complex needs in palliative care, which is the only form of care to be provided in the terminal stage of a disease. As a result of the overall awareness of this fact, the Ministry of Health initiated in 2012 the drafting of the strategy for the development of palliative care in the Republic of Croatia. Thereby, a basis for planning staffing, and the introduction of organisational forms and capacities necessary for a comprehensive and high-quality health care for patients in the terminal stage of incurable disease was created. According to the experience of economically developed European countries, the optimal organisation of palliative care includes home care supervised by multidisciplinary teams educated in provision of visits at patient's home as well as to provide outpatient services for the symptom control in palliative care. In inpatient institutions, primarily hospitals, it is the most rational to organise a palliative care unit which can include a day hospice and a palliative care ward. Depending on the financial power of a community, a hospice as a special palliative care institution may also be established. Hospices may be publicly owned, privately owned, owned by religious communities or by philanthropic trusts. The Bjelovar-Bilogora County already disposes of facilities at the secondary health-care level that may be used for the purposes of providing palliative care. However, for this, as well as for the organisation of palliative care at any other level, trained staff is needed, so that investing in staff training presents a priority task. It is essential for improvement of existing level of palliative care in the aim to improve the quality of life for patients as well as to preserve professional staff employment within the health care system.

Keywords: palliative care; day hospice; hospice; mobile team for home palliativ care; the Bjelovar-Bilogora County.

Dr. sc. Ivan Šklebar, prim. dr. med.,
Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje,
Klinička bolnica „Sveti Duh“,
Sveti Duh 64, 10 000 Zagreb
Visoka tehnička škola Bjelovar - Studij sestrinstva,
Trg E. Kvaternika 4, 43 000 Bjelovar
isklebar@gmail.com

Prim. mr. sc. Duška Šklebar, dr. med., specijalista neurologije,
Djelatnost za neurologiju, Opća bolnica Bjelovar,
A. Mihanovića 8, 43 000 Bjelovar
dsklebar@gmail.com