

Palijativna medicina u Hrvatskoj - nužnost implementacije u zdravstveni sustav

Brkljačić Žagrović, Morana

Source / Izvornik: **Medicina Fluminensis : Medicina Fluminensis, 2010, 46, 37 - 42**

Journal article, Published version

Rad u časopisu, Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:890510>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-27**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)



Palijativna medicina u Hrvatskoj – nužnost implementacije u zdravstveni sustav

Palliative medicine in Croatia – need for implementation in the health care system

Morana Brkljačić Žagrović

Sažetak. Palijativna medicina predstavlja jednu od novijih subspecijalističkih grana moderne medicine (prvenstveno onkologije, nefrologije, neurologije i anesteziologije). Glavno središte interesa palijativne medicine skrb je za terminalno oboljele bolesnike, odnosno bolesnike u završnom stadiju bolesti, gdje klasična, kurativna medicina svojim dijagnostičko-terapijskim kao i znanstveno-tehnološkim pristupom više ne može vratiti bolesnika (pacijenta) u stanje zdravlja, odnosno odsustva bolesti. Palijativna medicina obuhvaća tri područja: smirivanje simptoma, psihosocijalnu podršku štićenicima i njihovim njegovateljima te etičke probleme vezane uz kraj života.

Dostupnost palijativne skrbi mora se osnivati na potrebama i ne treba je ograničavati na tip bolesti, geografsku lokaciju ili socioekonomski status onoga koji takvu skrb treba.

Ključne riječi: etika palijativne skrbi, palijativna medicina, palijativna skrb

Abstract. Palliative medicine is one of the brand new specializations in modern medicine, primarily in oncology, neurology and anesthesiology. The aim of palliative medicine is to care for the terminally ill, in the moment when the curative medicine could not effort with disease even with high tech or science achievements. Palliative medicine includes three fields: settling the symptoms, psychosocial support and end-of-life ethics.

The accessibility of palliative care must be based on the needs and must not be limited only on the type of disease, geographic location or socio-economy status of the terminally ill.

Key words: end-of-life ethics, palliative care, palliative medicine

Katedra za društvene znanosti,
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci

Primljeno: 12. 10. 2009.

Prihvaćeno: 25. 1. 2010.

Adresa za dopisivanje:
Dr. sc. Morana Brkljačić Žagrović, dr. med.
Katedra za društvene znanosti,
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci,
B. Branchetta 20, 51 000 Rijeka
e-mail: morana.brkljacic@medri.hr

<http://hrcak.srce.hr/medicina>

UVOD

Do sredine prošlog (dvadesetog) stoljeća medicinska je znanost bila relativno ograničena u učinkovitom suzbijanju boli i kontroli simptoma. Napredak u ljekovitoj terapiji pedesetih godina dvadesetog stoljeća, u kombinaciji s većim razumijevanjem psihosocijalnih i duhovnih potreba umirućih bolesnika, otvorio je put razvitku palijativne skrbi/mediciner.

Cilj palijativne skrbi jest postići najbolju moguću kvalitetu života kroz olakšanje patnje, kontrolu simptoma i povrat životnih funkcija uz poštovanje osobnih, kulturnih, religijskih i etičkih vrijednosti.

Oblici palijativne skrbi postali su poznati u zdravstvenim krugovima Amerike i Europe s tendencijom širenja i u laičke krugove društva, da bi se u drugoj polovici dvadesetog stoljeća počeli i sustavno organizirati kao palijativna skrb, kako na terenu tako i u sklopu modernih zdravstvenih ustanova – hospicija.

DEFINICIJE HOSPICIJA I PALIJATIVNE SKRBI

Govorimo li o palijativnoj skrbi i hospicijskom pokretu zahvalno je opisati osnovne definicije te pojasniti osnovne ciljeve skrbi koja se provodi u hospicijima – palijativne skrbi. Obuhvaća tri područja: smirivanje simptoma, psihosocijalnu podršku štićenicima i njihovim njegovateljima te etičke probleme vezane uz kraj života.

Hospicij je moderna zdravstvena ustanova s nizom sustava pružanja pomoći ljudima na kraju života, a njihovim obiteljima – njegovateljima, čak i nakon smrti, u žalovanju. Hospicij je također i sinonim za *gostoljubivost*. Naziv se odnosio na konačišta uz hodočasničke putove, namijenjena putnicima, gdje su bolesni, siromašni i umorni od putovanja pronalazili smještaj i primali skrb¹.

Godine 1990. zbog sve veće javne i profesionalne zabrinutosti uslijed učestalog manjka kvalitetne kontrole bola, posebno za terminalne bolesnike koji boluju od karcinoma, uključila se Svjetska zdravstvena organizacija (SZO)² koja je objavila izvješće pod naslovom *Cancer Pain Relief and Palliative Care* (olakšanje boli uzrokovane rakom i pa-

lijativna skrb) (SZO, 1990). Izvješće predlaže sljedeće definicije palijativne skrbi:

Palijativna skrb je pristup kojim se bolesnicima suočenim sa smrtonosnom bolešću i njihovim obiteljima poboljšava kvaliteta života. Započinje kada su iscrpljene klasične metode liječenja ili kada su znaci širenja maligne bolesti dosegli takav stupanj da ih bolesnik teško podnosi. Obuhvaća tri područja: smirivanje simptoma, psihosocijalnu podršku štićenicima i njihovim njegovateljima te etičke probleme vezane uz kraj života¹. Cilj palijativne skrbi jest postići najbolju moguću kvalitetu života kroz olakšanje patnje, kontrolu simptoma i povrat životnih funkcija uz poštovanje osobnih, kulturnih, religijskih i etičkih vrijednosti. Palijativna medicina predstavlja jednu od novijih subspecijalističkih grana moderne medicine (prevenstveno onkologije, nefrologije, neurologije i anesteziologije), a rezultat je razvoja ne samo medicinskih znanosti već uopće napretka humanističke i civilizacijske misli modernog društva³. Glavno središte interesa palijativne medicine skrb je za terminalno oboljele bolesnike, dakle bolesnike u završnom stadiju bolesti, gdje klasična, kurativna medicina svojim dijagnostičko-terapeutskim kao i znanstveno-tehnološkim pristupom više ne može vratiti bolesnika u stanje zdravlja, odnosno odsustva bolesti.

KRATKA POVIJEST HOSPICIJA

Općenito se smatra kako su prve hospicije osnovali križari u 11. stoljeću. Do tog vremena neizlječivi bolesnici nisu primani u lječilišta jer se njihovo prisustvo smatralo štetnim procesu ozdravljenja drugih. Prvi hospiciji bili su mjesta gdje se skrivilo za putnike na polasku i dolasku iz Svete Zemlje te mjesta gdje su se mogli osvježiti. Putnici su, kao i bolesni i umirući, također bili njegovani. Vitezovi monasi (hospitari) reda Sv. Ivana od Jeruzalema utemeljili su malu postaju u Jeruzalemu za bolesne i umorne hodočasnike, no križari su ih prisilili da krenu dalje u Tir, a zatim u Akru te naposljetku na otok Cipar⁴.

Hospitari su od pape Pasqualea II. 1113. god. prepoznati kao vojni red, te su dobili podršku za prijevoz putnika u Svetu Zemlju i na povratku iz nje. Moderni hospicijski pokret i palijativna skrb svoj razvitak uvelike duguju viziji, hrabrosti i zalaganju

Dame Cicely Saunders. Medicinska sestra, socijalna radnica i liječnica, smatrana je i prihvaćena kao pionirka modernog hospicijskog pokreta. Radeći niz godina u Hospiciju sv. Josipa (Hackney, London), otvorila je *St. Christopher's Hospice* izvan Londona u Sydenhamu, 1967. godine. Bila je to prva moderna nastavna i istraživačka hospicijska jedinica. Dame Cicely posvetila je svoj profesionalni i privatni život skrbi i istraživanju bolesnika koji trpe od uznapredovale i progresivne bolesti. Prepoznala je i odgovorila na **neprimjećivanje potreba umirućih bolesnika i njihovih obitelji**, te se uvijek koncentrirala na specifične i jedinstvene potrebe svakog pojedinog bolesnika i obitelji. C. Saunders učila je o potpunoj skrbi za bolesnika, skrbi za obitelj, skrbi u žalovanju te potrebi za istinskim interdisciplinarnim radom u timu. U uočljivo kratkom vremenu ona je promijenila ovaj dio zdravstvene skrbi i poljuljala mnoge od uhodanih stavova i predrasuda. Ukratko, ona je revolucionirala način na koji prihvaćamo različite potrebe umirućih bolesnika i njihovih obitelji⁵.

Bliže gledano unazad i grad Rijeka imao je svoj hospicij. Naime, prvi kapucinski samostan u Hrvatskoj izgrađen je u Rijeci 1610. godine⁶. Na sjednici Trećeg reda Sv. Franje u prosincu 1916. godine, iznosi se prijedlog o osnutku male bolnice za nemoćne i napuštene starce i starice Trećeg reda. Ovaj hospicij, poznat kao Hospicij svetog Franje, djeluje prema svom statutu tijekom 1917. godine i smatra se pretečom modernog hospicija.

Preporuku Vijeća Europe Rec (2003) Povjerenstva ministara Vijeća Europe državama članicama o organizaciji palijativne skrbi podupiru ovi principi⁷:

Palijativna skrb je vitalan, integralan dio zdravstvenih službi. Odredbe za njezin razvoj i funkcionalnu integraciju treba uključiti u nacionalne zdravstvene strategije.

Svaka osoba koja treba palijativnu skrb mora do nje doći bez nepotrebnog odgađanja, na prikladnom mjestu, u skladu s osobnim potrebama i sklonostima.

Palijativna skrb ima zadatak postići i održati najbolju moguću kvalitetu života bolesnika.

Palijativna skrb usmjerena je na fizičke, psihološke i duhovne sadržaje vezane uz uznapredovalu bolest, stoga traži koordiniran doprinos vrlo vještog i primjereno opskrbljenog interdisciplinarnog i multiprofesionalnog tima.

Ako to bolesnik želi, akutno nastali problemi mogu se uzeti u postupak, ali ako ne želi mogu ostati izvan postupka uz nastavak adekvatne palijativne skrbi.

Pristup palijativnoj skrbi treba se zasnivati na potrebama i ne treba biti pod utjecajem tipa bolesti, zemljopisnog smještaja, društveno-gospodarskog statusa ili sličnih čimbenika.

Obrazovni programi o palijativnoj skrbi trebaju se uključiti u školovanje svih zdravstvenih profesionalaca kojih se to tiče.

Treba poduzeti istraživanja koja bi poboljšala kvalitetu skrbi. Sve zahvate palijativne skrbi treba što je više moguće potkrijepiti odgovarajućim podacima istraživanja.

Palijativna skrb treba dobiti primjeren i pravedan stupanj financiranja.

Kao i u svim područjima medicinske skrbi zdravstveni djelatnici uključeni u palijativnu skrb moraju u potpunosti poštovati prava bolesnika, biti u skladu s profesionalnim obvezama i standardima i u tom kontekstu raditi u interesu bolesnika.

Fokus palijativne skrbi u završnoj (terminalnoj) fazi bolesti nije izlječenje nego ublažavanje nelagodnosti i boli te održavanje kvalitete života do njegovog kraja kroz kontrolu simptoma, psihološku, duhovnu i socijalnu podršku bolesnika.

Dostupnost palijativne skrbi mora se osnivati na potrebama i ne treba je ograničavati na tip bolesti, geografsku lokaciju ili socioekonomski status onoga koji takvu skrb treba.

Koliko je danas neupitna i neizbježna potreba za palijativnom skrbi najbolje možemo pratiti kroz neke od preporuka formuliranih u aktu donesenom u studenom 2003. kao "Preporuke Povjerenstva ministara država članica Vijeća Europe o organizaciji palijativne skrbi":

Palijativna skrb je integralni dio zdravstvenog sistema i neotuđivi element građanskog prava na zdravstvenu skrb i zato je odgovornost vlade garantirati i učiniti palijativnu skrb pristupačnom svakome tko je treba⁸.

ORGANIZACIJSKI OBLICI PALIJATIVNE/ HOSPICIJSKE SKRBI

Organizacijski oblici palijativne odnosno hospicijske skrbi razvili su se sukladno potrebama terminalno oboljelih bolesnika odnosno bolesnika. Na-

čin na koji se pruža skrb upravo u onom obliku kakav bolesnik zahtijeva razvio je sljedeće organizacijske oblike skrbi.

Fundamentalno je prihvatiti da se radi o zanemarenom problemu javnog zdravstva. Treba organizirati educirane interdisciplinarne timove koji se sastoje od liječnika, medicinske sestre, socijalnog radnika, psihologa, bioetičara, pripadnika crkve i volontera; osigurati raspolaganje lijekovima, poglavito uporabu opijata; izgraditi hospicije te donijeti zakone koji štite kako liječnika tako i bolesnika i njegovu obitelj, odnosno onoga tko za bolesnika skrbi (engl. *caregivers*). Akademsko priznanje palijativne medicine neminovno je.

Preferirani oblik je **kućna hospicijska skrb** koju realiziraju interdisciplinarni hospicijski timovi u suradnji s timovima primarne zdravstvene zaštite. No, ona puno puta nije moguća ili zato jer bolesnik nema u kući osobu koja bi ga mogla njegovati, ili je postojeća osoba premorena, ili je pak simptomatologija preteška. U tom se slučaju bolesnik mora smjestiti u **hospicij**, gdje ostaje ili prolazno do oporavka ili, ako je u terminalnoj fazi, do smrti.

Dnevni hospicijski boravci služe resocijalizaciji kronično bolesnih i izoliranih uz mogućnost medicinskih kontrola, dobivanja usluga različitog tipa ili realizacije voljenih aktivnosti, uz istodobno oslobađanje njegovatelja od obveza spram bolesnika za jedan dan. U većim bolnicama postoje manji **palijativni odsjeci**, posebno uz onkološke jedinice⁹.

Ambulante/savjetovališta za palijativnu skrb, posebno **bol**, primaju ambulantne bolesnike i usko surađuju s dnevnim boravkom i specijalističkim bolnicama.

Službe žalovanja su ambulantne jedinice koje surađuju s prethodno spomenutim, dajući psihosocijalnu podršku obiteljima/njegovateljima još za života šticećenika, a posebno nakon njegove smrti, prema potrebi i dulje vrijeme⁹.

Palijativnu/hospicijsku skrb provode educirani **interdisciplinarni timovi** sastavljeni od liječnika, medicinske sestre, socijalnog radnika, psihologa, fizijatra, duhovnika, nutricionista te drugih stručnjaka, ovisno o potrebama bolesnika¹⁰.

Jedan od glavnih ciljeva palijativne medicine ogleda se u psihosocijalnoj podršci bolesnicima, odnosno holističkom pristupu i stvaranju osjećaja sigurnosti, povjerenja i vjere u tim koji skrbi za terminalnog bolesnika¹¹.

Palijativna medicina pristupa bolesniku tako da mu osigura¹²:

- dostupnost
- kontinuitet u pružanju skrbi
- nenapuštanje
- psihosocijalnu utjehu
- rješavanje etičkih problema vezanih uz kraj života.

ORGANIZACIJSKI MODELI PALIJATIVNE SKRBI

Organizacijski modeli palijativne skrbi koji uključuju hospicijske programe podrazumijevaju¹⁰:

- timove konzilijarnih usluga (obično u bolnici, privatnoj praksi, staračkim domovima i kućnom okruženju) koji se sastoje od liječnika, medicinske sestre i/ili socijalnih radnika, psihologa, duhovnika, dobrovoljaca;
- predanu bolničku jedinicu (akutna i rehabilitacijska bolnica, starački dom) ili u kombinaciji sa samostalnim hospicijem;
- kombinaciju tima za konzilijarne usluge i bolničke jedinice (bolnica i starački dom);
- kombinaciju hospicijskog programa i programa palijativne skrbi (bolnica, starački dom i određene samostalne hospicijske ustanove);
- bolničku ili privatnu ambulantnu praksu palijativne skrbi ili klinika;
- hospicijsku palijativnu skrb u vlastitom domu;
- hospicijsku konzilijarnu službu u ambulantnim ustanovama¹⁰.

POPULACIJA BOLESNIKA KOJIMA JE NAMIJENJENA PALIJATIVNA/HOSPICIJSKA SKRB

Pretpostavlja se kako izraz “za život opasna ili degenerativna bolest” obuhvaća široku populaciju bolesnika različite životne dobi te različitih dijagnoza koje štetno utječu na bolesnike svakodnevne funkcije ili pak smanjuju njegov očekivani životni vijek.

Na osnovi ove definicije, u odnosu populaciju ubrajaju se¹⁰:

- djeca i punoljetne osobe koje pate od prirođenih bolesti ili stanja koja dovode do ovisnosti o

- terapijama koje ih održavaju na životu i/ili dugoročne skrbi njihovih skrbnika s ciljem pružanja skrbi za obavljanje svakodnevnih aktivnosti
- osobe bilo koje dobi koje pate od akutnih, ozbiljnih i po život opasnih bolesti (poput teških ozljeda, leukemije ili moždanog udara) kada je izlječenje, ako do njega dođe, vrlo dugotrajan i zahtjevan put ispunjen značajnim teškoćama
 - osobe koje pate od progresivnih kroničnih stanja (maligniteta, kroničnih zatajenja bubrega, bolesti jetre, moždanog udara koji je uzrokovao značajno funkcionalno oštećenje, uznepredovale srčane ili plućne bolesti, krhkosti, neurodegenerativne bolesti i demencije)
 - osobe koje pate od kroničnih i za život ograničavajućih povreda uslijed nesreća ili drugih oblika teških ozljeda
 - ozbiljno i terminalno oboljeli bolesnici (poput osoba koje pate od demencije u posljednjoj fazi terminalnog stadija karcinoma ili teškog invaliditeta uslijed zadobivene moždane kapi) koji se vjerojatno neće oporaviti niti stabilizirati te za koje je intenzivna palijativna skrb vodeći fokus i cilj skrbi za vrijeme koje im preostaje.

INTERDISCIPLINARNI TIM PALIJATIVNE/ HOSPICIJSKE SKRBI

Interdisciplinarni tim (IDT) temelj je za potpunu hospicijsku/palijativnu skrb.

Zbog čestih komplikacija i problema s kojima su suočeni bolesnici s uznepredovanom bolešću i njihove obitelji interdisciplinarni tim treba pružiti kako opću tako i specijaliziranu skrb. Treba biti spreman pružiti fizičku, psihološku, socijalnu i duhovnu potporu pomoću metoda koje proizlaze iz interdisciplinarnog, kolaborativnog timskog pristupa⁶.

Uspješna djelatnost hospicijskog interdisciplinarnog tima može se naglasiti kada postoji jasna metodologija koja se odnosi na palijativnu skrb i etička pitanja, otvorena komunikacija unutar tima i između tima i obitelji, fleksibilno vodstvo i pripravnost za rješavanje razlika. Stručnost osoblja u sistemskom menadžmentu i psihosocijalnim/duhovnim pitanjima bit će naglašena kroz pripremu ili pristup edukacijskim programima na radnom mjestu, za timove u cjelini kao i za članove određenih struka⁶.

ULOGA I ČLANOVI INTERDISCIPLINARNOG TIMA

Slijedi prikaz ključnih struka od kojih se najčešće sastoji palijativni/hospicijski interdisciplinarni tim. Svaki će pojedini program morati utvrditi vlastite izvjesne potrebe s obzirom na članove svojih timova. Bez obzira na sastav tima, svaki pojedini član mora razumjeti i cijeniti ciljeve palijativne skrbi i hospicijskog programa te poštovati i primjenjivati snagu i vještine drugih članova tima⁷.

Palijativna medicina pristupa bolesniku tako da mu osigura:

- dostupnost
- kontinuitet u pružanju skrbi
- nenapuštanje
- psihosocijalnu utjehu
- rješavanje etičkih problema vezanih uz kraj života.

LIJEČNICI

Hospicijski liječnik organizira postupak liječenja i daje medicinske naredbe koje će najučinkovitije poboljšati bolne i neugodne simptome. Ovom ulogom prepunom izazova primjenjuje se na ciljeve palijativne svrhe sve znanje stečeno u akutnoj medicini. Hospicijski liječnik svojom moći i podrškom pridonosi hospiciju kroz poznavanje procesa i putanja bolesti, odgovarajuće intervencije i kroz potvrdu planova tima. Hospicijski liječnik djelovat će s ostalim članovima tima, bolesnikom, bolesnikovom obitelji i bolesnikovim glavnim liječnikom kako bi koordinirao najučinkovitijim planom skrbi^{6,7}.

MEDICINSKE SESTRE

Medicinske sestre imaju glavnu ulogu u hospicijskoj/palijativnoj skrbi zato što su članice tima koji najviše vremena provode s bolesnicima, te su odgovorne za stalnu procjenu i planiranje izravnih potreba skrbi. Medicinske sestre moraju biti pronicljive u procjeni verbalnih i neverbalnih poruka bolesnika vezanih uz svaki oblik tjelesne i emocionalne utjehe. Moraju misliti i na postupke prevencije (npr. prevencija dekubitusa ili opstipacije) te ne smiju zaboraviti uključiti obitelj u procjenu, edukaciju i podršku^{6,7}.

SOCIJALNI RADNICI

Psihosocijalni problemi koji se javljaju uspoređeno sa životno opasnom bolešću mogu biti neizmjerljivi. Socijalni radnik procjenjuje i planira intervencije s obzirom na financijska pitanja, obiteljska pitanja, žalovanje i okolišne probleme. Socijalni radnik uključen je u terapijsko savjetovanje, prepoznavanje sredstava zajednice i kao pomoć timu za razumijevanje psihosocijalnih problema bolesnika i njihovih obitelji kao i uzoraka svladavanja bolesničkog stanja⁸.

BIOETIČARI

Uloga kliničkog bioetičara u interdisciplinarnom timu odnosi se na svakodnevno moralno donošenje odluka u sustavu skrbi za bolesnika. U važnu ulogu kliničkog bioetičara uključeni su postupci donošenja odluka u skladu s moralnim dimenzijama i propisanim zakonima Republike Hrvatske.

ZAKLJUČAK

Iako izložena ratnoj situaciji, prepoznavanje i shvaćanje problematike organiziranja palijativne skrbi Hrvatska je uočila još 1994. godine. Dokaz je tome organizirani hospicijski pokret koji je edukativno započeo Prvim hrvatskim simpozijem o hospiciju i palijativnoj skrbi te osnivanjem Hrvatskoga društva za hospicij i palijativnu medicinu unutar Hrvatskoga liječničkog zbora¹³.

Fundamentalno je prihvatiti da se radi o zanemaranom problemu javnog zdravstva. Treba organizirati educirane interdisciplinarne timove koji se sastoje od liječnika, medicinske sestre, socijalnog radnika, psihologa, bioetičara, pripadnika crkve i volontera; osigurati raspolaganje lijekovima, poglavito uporabu opijata; izgraditi hospicije te donijeti zakone koji štite kako liječnika tako i bolesnika i njegovu obitelj, odnosno onoga tko za bolesnika skrbi (engl. *caregivers*). Akademsko priznanje palijativne medicine neminovno je.

U Republici Hrvatskoj zakonski okviri za organizaciju palijativne skrbi stvoreni su u srpnju 2003. godine stupanjem na snagu novog Zakona o zdravstvenoj zaštiti¹⁴. Tim je zakonom palijativna skrb navedena kao jedna od mjera zdravstvene zaštite (članak 8.), a kao djelatnost uvrštena je na primarnu razinu zdravstvene zaštite (članak 25.).

Ova je djelatnost među ostalima uvrštena i u djelatnost Domova zdravlja (članak 69.), te je utvrđeno da svaki Dom zdravlja na teritoriju RH mora osigurati i Ustanovu za palijativnu skrb¹⁵. Danas, sedam godina od stupanja navedenog Zakona na snagu, palijativna skrb još uvijek nije uključena u sustav obveznog zdravstvenog osiguranja, nisu utvrđeni standardi i normativi, a što je najbitnije, ne postoji nacionalna zdravstvena politika za palijativnu skrb.

LITERATURA

1. Jušić A. Palijativna skrb: poruke teškog bolesnika. Zagreb: Hrvatska udruga prijatelja hospicija; 2003;2-7.
2. World Health Organisation. Available at www.who.com. Accessed January 13, 2010.
3. Hrvatsko društvo za hospicij i palijativnu skrb Hrvatskog liječničkog zbora. Available at www.hospicij-hrvatska/hr/info. Accessed January 13, 2010.
4. Connor SR. So What is Hospice, Anyway?. In: Connor SR (ed.) Practice, Pitfalls and Promise. Washington, DC: Taylor & Francis; 1997;4-7.
5. Brkljačić M. Bioetika i palijativna medicina: Potreba grada Rijeke za hospicijem i palijativnom skrbi. Magistarski rad. Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci; Rijeka: 2006.
6. Pavlović E, Vučić, M. Hospicij Sv. Franje Asiškog u Rijeci iz 1917. godine: preteča modernog hospicija. Acta Fac med Flum 1997;22:57-62.
7. Preporuka Rec (2003) 24 Povjerenstva ministara Vijeća Europe državama članicama o organizaciji palijativne skrbi. Zagreb: Hrvatsko društvo za hospicij/palijativnu skrb, HLZ; 2004.
8. Council of Europe. Available at www.coe.int/cm. Accessed January 13, 2010.
9. Bozeman M. Bereavement. In: Kinzbrunner BM, Weinreb NJ, Policzer JS (eds). 20 Common Problems in End-of-Life Care. United States of America: The McGraw – Hill Companies, Inc.; 2002;283-92.
10. Brkljačić M. Bioetički, zakonodavni i organizacijski preduvjeti primjene suvremenih trendova u hospicijskom pokretu u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske. Doktorska disertacija. Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci. Rijeka: 2009.
11. Smith AS. Application of Palliative or "Comfort" Care. In: Smith AS (ed.) Hospice Concepts. Illinois: Research Press Illinois 61822;2000.
12. Doyle D, Hanks GWC, Mac Donald N. Oxford textbook of palliative medicine. Oxford / New York / Tokyo: Oxford University Press; 1999.
13. Jušić A, Čepulić E, Kotnik I. Implementacija palijativne skrbi u postojeći sustav zdravstvene zaštite Republike Hrvatske. In: Šegota I (ed.) Bioetika i palijativna medicina. Rijeka: Medicinski fakultet Rijeka, 2005;11-3.
14. Brkljačić M. Potreba grada Rijeke za hospicijem i palijativnom skrbi. Klinička bioetika. Rijeka: Medicinski fakultet Rijeka, Katedra za društvene znanosti, 2000.
15. Narodne novine. Zakon o zdravstvenoj zaštiti RH broj 121/03.