

Osnovni pojmovi o palijativnoj medicini i palijativnoj skrbi

Marijana Braš^{1,2}, Veljko Đorđević^{1,2}, Branka Kandić-Splavski³, Vlasta Vučevac⁴

¹Klinika za psihološku medicinu, KBC Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

²Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine (CEPAMET) Medicinskoga fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

³Ambulanta za palijativnu medicinu, Odjel palijativne skrbi, Dom zdravlja Osijek

⁴Hrvatsko društvo za palijativnu medicinu HLZ-a

SAŽETAK Suvremena medicina dijeli se na preventivnu, kurativnu i palijativnu medicinu. Palijativna skrb je pristup koji poboljšava kvalitetu života bolesnika i njihovih obitelji suočenih s problemima povezanima sa smrtonosnom bolešću, prevencijom i olakšanjem patnje ranim prepoznavanjem te suzbijanjem boli i drugih problema, fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih. Palijativna skrb je multidisciplinarna u svom pristupu, te svojim djelokrugom obuhvaća bolesnika, obitelj i zajednicu. U nekom smislu, palijativna skrb nudi najosnovniji koncept zaštite – zbrinjavanje bolesnikovih potreba gdje god da se o njemu skrbi, bilo kod kuće ili u bolnici. Palijativna skrb afirmira život, a smrt smatra normalnim procesom; nastoji očuvati najbolju moguću kvalitetu života sve do smrti. Palijativnu medicinu prema razinama skrbi može se podijeliti na palijativni pristup, opću palijativnu medicinu, specijalističku palijativnu medicinu i centre izvrsnosti. U razvoju palijativne medicine iznimno je važna edukacija članova multidisciplinarnoga palijativnog tima, ali i šire javnosti, kao i izrada međunarodnih i nacionalnih strateških planova razvoja palijativne skrbi.

KLJUČNE RIJEČI edukacija; hospicijski pokret; multidisciplinarni palijativni tim; organizacijske jedinice; razine skrbi; palijativna medicina; palijativna skrb

Suvremena se medicina dijeli na preventivnu, kurativnu i palijativnu medicinu. Dostojanstveno suočavanje osobe i članova njezine obitelji s neizlječivom i smrtonosnom bolešću pitanje je civilizacijskog dosega zajednice, a upravo to omogućuju postupci i stavovi moderne palijativne medicine. Skrb o osobama koje pate i umiru dio je ljudske povijesti, tako da se u različitim civilizacijama može pratiti kako se tijekom tisuća godina skrbrilo o onima koji umiru. Međutim, od šezdesetih godina dvadesetoga stoljeća svjedoci smo prave revolucije u skrbi o oboljelima od neizlječivih bolesti, što je rezultat brojnih promjena u medicini općenito. Zbog otkrića novih lijekova i cjelokupnoga tehnološkog razvoja medicine, ljudi su sve manje umirali od akutnih zaraznih bolesti, a sve češće od kroničnih nezaraznih bolesti. Intenzivne promjene vezane uz medicinsku etiku dovele su do postupnih promjena uloge bolesnika i razvoja modela suradnog partnerstva te sve većeg napuštanja paternalističkog odnosa, a postupno su se razvijale brojne specijalističke i subspecijalističke medicinske discipline.

POVIJESNI RAZVOJ PALIJATIVNE MEDICINE I PALIJATIVNE SKRBI

Razvoj palijativne medicine 60-ih godina u Velikoj Britaniji te 70-ih u SAD-u i Kanadi počeo je upravo kao

reakcija na promjene u medicinskoj kulturi, a potaknulo ga je nekoliko izvanrednih vizionara i povijesnih ličnosti u medicini.^{1,2} Jedna od njih je i Cicely Saunders, začetnica hospicijskoga pokreta, koji je imao glavni međunarodni utjecaj u promicanju palijativne medicine i palijativne skrbi. Cicely Saunders završila je edukaciju za medicinsku sestru na Oxfordu u Velikoj Britaniji, a kada je zbog ozljede leđa morala prestati raditi taj posao, završila je edukaciju za socijalnu radnicu, a nakon toga, na savjet svoga medicinskog mentora, završila i edukaciju za liječnicu u dobi od 39 godina. Na taj je način ona bila „interdisciplinarni tim u jednoj osobi“, uz iznimne osobne kvalitete i potpunu posvećenost brizi o osobama koje boluju od teških i neizlječivih bolesti te s osobitim naglaskom na liječenje „totalne boli“ koja uključuje psihičku, tjelesnu, socijalnu i duhovnu komponentu.

Cicely Saunders napravila je najveći iskorak utemeljenjem Hospicija Sv. Kristofora (*St. Christopher Hospice*) u Londonu 1967. godine, koji nije bio prvi hospicij jer su brojni hospiciji postojali u svijetu i stotinama godina ranije, ali ga je razvila u prvu medicinsku akademsku modernu zdravstvenu ustanovu u kojoj se interdisciplinarno skrbi o oboljelima od neizlječivih bolesti. Cicely Saunders se zalagala za medicinu usmjerenu prema osobi, a ne dijagnozi i bila je globalni lider u promjeni nekoliko paradigmi u medicini, kao što su stavljanje naglaska na

kvalitetu života, biopsihosocijalni model te usmjerenost i na ljudsku patnju te egzistencijalna i duhovna pitanja koja su važna u pristupu bolesniku kao osobi.^{3,4}

U SAD-u je velik utjecaj imala psihijatrica Elisabeth Kubler-Ross, čije su knjige uzrokovale „revoluciju“ među stručnjacima i u javnosti u komunikaciji s umirućim bolesnikom i njegovim potrebama te odnosu liječnik-bolesnik-obitelj.^{5,6}

Uz hospicijsku palijativnu medicinu, vrlo se brzo počela razvijati i hospitalna palijativna medicina. Tako 1974. godine, urološki kirurg Balfour Mount osniva prvu svjetsku palijativnu službu pri bolnici *Royal Victoria Mc Gill* Sveučilišta u Montrealu (Kanada), kao dio medicinskoga fakulteta, a sve više se naglašava vrijednost palijativne službe pri bolnicama (palijativni odsjeci), osobito u svrhu kontrole boli. Balfour Mount otkrio je zbrku pojmova kad je tražio odgovarajući naziv za tu stacionarnu jedinicu u Montrealu, budući da se u francuskom govornom području Kanade izraz „hospicij“ već rabio u drukčijem kontekstu, što je dovelo do uvođenja pojma „palijativna skrb“, a prema latinskoj riječi *pallium* (plašt, ogrtač).^{1,3,7}

Pioniri moderne palijativne medicine i širenje hospicijskoga pokreta po svijetu, doveli su do znatnoga razvoja te medicinske discipline, koja se sve više razvija i kao posebna specijalizacija i subspecijalizacija, uz znatnu povezanost sa sveučilištima, tako da danas postoje tisuće specijalista palijativne medicine zaposlenih u više tisuća različitih organiziranih jedinica.

„Jako sam puno vremena proveo s ljudima koji su bili na rubu života i smrti. Ovaj me je posao obogatio i proširio životne vidike. Korijene velikog dijela mog psihičkog, emocionalnog i duhovnog razvoja mogu pronaći u svom radu s onima koji umiru. Iako sam duboko zahvalan onima s kojima sam radio i koji su me naučili mnogo toga, pouke koje sam učio nisu počele s njima. Umjesto toga one su započele mnogo godina ranije smrću moje majke i nastavile su se sve do današnjeg dana kako sam gubio ljude koje volim. Imao sam čast neko vrijeme provesti s Majkom Terezom, nekoliko mjeseci prije nego što je umrla. Ona mi je rekla da je najvažniji dio njezina rada bio s onima koji umiru zato što je život smatrala tako dragocjenim.“ „Život je podvig“, rekla je „a oni koji umiru kraj su tog podviga.“ „Ne samo da većina nas ne vidi smrt kao podvig, mi ni svoje živote ne vidimo kao podvige – a oni to ipak jesu. Oni koji umiru uvijek su bili učitelji velikih lekcija jer tek kada smo gurnuti na rub života život vidimo najjasnije. Dok s nama dijele svoje pouke, oni koji umiru uče nas mnogo o dragocjenosti samoga života. U njima otkrivamo heroja, onaj dio koji NADILAŽI sve kroz što smo prošli i PREDAJE nas svemu što smo sposobni UČINITI i BITI. Ne samo da bi bili živi, već da se OSJEĆAMO živima (Kessler D. Pouke života).“⁷

TERMINOLOGIJA I DEFINICIJE

S obzirom na taj povijesni kontekst, nastali su i problemi oko terminologije, tako da već desetljećima traje rasprava vezana uz zajednički jezik u hospicijskoj i palijativnoj skrbi diljem svijeta, što ometa razvoj međunarodnih

standarda i normativa. Europsko udruženje za palijativnu skrb (engl. *European Association for Palliative Care*, EAPC) zbog toga je naručilo istraživanje o razvoju palijativne skrbi u europskim zemljama, uključujući i razumijevanje temeljnih koncepata i pojmova palijativne medicine. Razvoj zajedničke terminologije utvrđen je kao preduvjet smislenog uspoređivanja. Na osnovi toga, EAPC je istaknuo prijedloge za zajedničku europsku terminologiju nakon procesa postizanja konsenzusa s nacionalnim udruženjima.

U Europi postoji velika heterogenost vezana uz terminologiju, koja se pojavljuje ne samo u znanstvenoj literaturi, već i u pravnim tekstovima, upravnim odlukama i stručnim izvještajima relevantnih udruženja.⁷ Tako su Pastrana i sur. uočili uporabu različitih izraza koji se odnose na preklapajuća medicinska polja kao što su „hospicij“, „hospicijska skrb“, „produljena skrb“, „terminalna skrb“, „tanatologija“, „skrb o udobnosti“ i „potporna skrb“.⁸

U nizu zemalja pojam palijativna medicina odnosi se na medicinske postupke koje pruža interdisciplinarni palijativni tim i vezan je uz zdravstveno okruženje, a palijativna je skrb širi pojam koji uključuje i rad u zajednici, uključenost udruga, religijskih organizacija i sl.

Shvaćajući da u spektru jezika i kultura u Europi neće biti moguće postići puni konsenzus, EAPC je odlučio primijeniti sljedeće radne definicije palijativne i hospicijske skrbi: *Palijativna skrb je aktivna, ukupna skrb o bolesniku 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 bolesnika, obitelj i zajednicu. U nekom smislu, palijativna skrb nudi najosnovniji koncept zaštite – zbrinjavanje bolesnikovih potreba gdje god da se o njemu 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.*⁷ EAPC-ova definicija malo je drugačija od definicije Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) koja glasi: *Palijativna skrb je pristup koji poboljšava kvalitetu života bolesnika i njihovih obitelji suočenih s problemima povezanim sa smrtonosnom bolešću, primjenom prevencije i olakšanja patnje. To se postiže ranim prepoznavanjem bolesti te besprijekornom procjenom i suzbijanjem boli i drugih problema, fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih.*⁹ Ta definicija SZO-a zamijenila je stariju definiciju SZO-a koja je bila ograničena na bolesnike „čija bolest ne odgovara na postupke liječenja te proširuje opseg palijativne skrbi na bolesnike i obitelji suočene s problemima povezanim sa smrtonosnom bolešću“.⁷

Oko definicije pojma hospicijske skrbi postoji još mnogo problema, zbog različitih načina na koji su hospiciji osmišljeni u Europi kao i razlika u indikacijama za prijam u hospicij ili oblike intervencija koji se u njemu pružaju. EAPC ju definira kao *skrb o cijeloj osobi, s ciljem da zadovolji sve potrebe – fizičke, emocionalne, socijalne i duhovne. Kod kuće, u dnevnom boravku i u*

*hospiciju, skrbi se o osobi suočenoj sa završetkom života te o onima koji je vole. Osoblje i volonteri rade u multiprofesionalnim timovima za pružanje skrbi temeljene na individualnim potrebama i osobnom izboru, nastojeći ponuditi slobodu od bolova, dostojanstvo, mir i staloženost.*⁷ U brojnim zemljama smisao hospicija znači više filozofiju skrbi negoli određenu vrstu okruženja gdje se skrb pruža.

Potporna skrb. Pojam se odnosi na prevenciju i suzbijanje neželjenih učinaka tumora i njihova liječenja. Potporna skrb ne bi trebalo poistovjetiti s palijativnom skrbi. Potporna skrb je dio onkološke skrbi, dok je palijativna skrb zasebno područje koje obuhvaća sve bolesnike s bolestima opasnim za život.⁷

Skrb na kraju života. Može se razumjeti u užem smislu kao sveobuhvatna skrb o umirućim bolesnicima u posljednjih nekoliko sati ili dana života.

Terminalna skrb. Stariji je pojam koji se rabio za sveobuhvatnu njegu bolesnika s uznapredovalim rakom i ograničenim životnim vijekom, a budući da novije definicije palijativne skrbi nisu ograničene na bolesnike s ograničenim životnim vijekom u završnoj fazi bolesti, preporučuje se da je pojam „terminalna skrb“ izgubio relevantnost i ne treba se njime koristiti, ili ga pak treba rabiti samo za opisivanje skrbi tijekom krajnje faze (posljednjih nekoliko dana) bolesti.⁷ Članovi obitelji ili drugi primarni njegovatelji koji skrbe o palijativnom bolesniku kod kuće mogu, također, patiti zbog stalnoga tereta skrbi pa je i njima potrebna skrb radi predaha.

Skrb radi predaha. Može se osigurati u objektima za dnevni boravak, stacionarnim jedinicama ili u specijalističkim službama kućne skrbi.⁷

Unatoč razlikama između nacionalnih pristupa palijativnoj skrbi, u literaturi se može identificirati niz zajedničkih vrijednosti i načela koja su priznana i potvrđena u aktivnostima hospicijske i palijativne skrbi. To uključuje vrijednost bolesnikove autonomije i dostojanstva, potrebu za individualnim planiranjem i donošenjem odluka te holistički pristup. Središnji cilj palijativne skrbi jest podrška, postizanje, očuvanje i poboljšanje najbolje moguće kvalitete života. Međutim, značenje „kvalitete života“ može odrediti jedino svaki palijativni bolesnik za sebe pojedinačno.

U europskoj regiji u svakom trenutku više od 320.000 onkoloških i 285.000 neonkoloških bolesnika treba pomoć ili skrb specijalističkih službi palijativne skrbi.⁷ Osiguranje pristupačnosti visokokvalitetne palijativne skrbi o neonkološkim bolesnicima treba biti prioritet nacionalnog i europskog razvoja zdravstvene politike. Palijativna skrb o djeci posebno je područje, iako blisko srodno s palijativnom njegom odraslih. Vijće Europe upozorava na specifične zahtjeve palijativne skrbi o djeci s neizlječivim i za život opasnim bolestima. Ovdje jedinicu skrbi čine dijete i obitelj.

TKO TREBA PALIJATIVNU SKRB?

Stanovništvo pojedine zemlje, sa stajališta javnoga zdravstva, može se podijeliti na tri dijela. Prvi dio obuhvaća

većinu stanovništva i sastoji se od osoba koje su zdrave te očekuju da će takve i ostati u godinama koje dolaze, a njima su potrebne preventivne strategije kao što su cijepljenje, testiranje i promicanje zdravih stilova života te pristup zdravstvenim uslugama u slučaju akutnih stanja. Drugi dio čine osobe s kroničnim nezaraznim bolestima (npr. dijabetes, astma, hipertenzija), koje normalno žive ako je bolest pod kontrolom, s tim da su njihove potrebe ipak znatno veće nego što je to slučaj sa zdravim stanovništvom. Treći dio, koji obuhvaća približno 1–5% stanovništva ovisno o dobnoj skupini i porastu, čine osobe koje imaju progresivne, neizlječive bolesti sa smrtnim ishodom kao što su neizlječivi karcinom, IV. stadij srčanoga zatajavanja, teški oblik KOPB-a, ovisnost o dijalizi zbog bubrežne bolesti, teški oblik demencije i sl. Te osobe traže odlučno liječenje boli i drugih simptoma, ublažavanje tjeskobe i depresije, komunikaciju o svojoj dugoročnoj skrbi, koordiniranu skrb tijekom višegodišnjega trajanja bolesti, podršku članova obitelji koji im pružaju skrb, praktičnu podršku te osjećaj sigurnosti unutar sustava zdravstvene skrbi.¹⁰

Cilj palijativne skrbi jest odgovoriti na te potrebe koje su izvor patnje za bolesnike i članove obitelji. Zdravstveni profesionalci moraju imati znanje o trajektorijama (putanjama) uobičajenih bolesti koje ograničavaju život te o standardnim metodama njihova liječenja. Prvi je slučaj u bolesnika koji boluju od metastatske onkološke bolesti, gdje je otprilike prognoza preživljenja oko 12–18 mjeseci, pri čemu monofazično pogoršanje počinje otprilike 2–3 mjeseca prije smrti.

Drugačiji tijek bolesti imaju bolesnici koji umiru od bolesti zatajenja organa (srce, jetra, bubreg), jer je početna vrijednost funkcionalnoga statusa niža i slabljenje više postupno te isprekidano epizodama akutnoga povratnog pogoršanja, a trajanje je bolesti dulje, u pravilu oko dvije do pet godina. Smrt ovdje najčešće nastupa kao posljedica akutne epizode za koju je liječenje bilo odbijeno, uskraćeno ili neuspješno.

Treća se putanja odnosi na starije osobe krhkooga zdravlja. Početno funkcionalno stanje, također je u njih znatno niže, ali se unatoč povremenim fluktuacijama zapravo ne mijenja. Razdoblje preživljenja je dulje, često osam do deset godina te je teško predvidjeti kada će nastupiti smrt jer joj ne prethodi neki jasan događaj koji je ubrzava.

Četvrti je slučaj iznenadna smrt, inače zdrave osobe, zbog srčanog ili moždanog udara, sepse, traume i sl. Takve su smrti obično neočekivane tako da je vrlo mala uloga palijativne skrbi, osim u obliku podrške onima koji žaluju za umrlim.¹⁰

Jedna australska radna skupina je, primjenjujući različite pristupe i konceptualne okvire, procijenila da populaciju kojoj je potrebna palijativna skrb čini između 50 i 89% svih umirućih bolesnika. Dok će palijativni pristup osigurati adekvatnu skrb za mnoge od tih bolesnika, procijenjeno je da najmanje 20% onkoloških bolesnika i 5% neonkoloških bolesnika zahtijeva specijalističku palijativnu skrb u posljednjih godinu dana njihova života, iako je taj postotak zasigurno i dosta

veći.¹⁰ Trajanje liječenja varirat će od nekoliko dana do nekoliko godina, no, uz napredak moderne medicine, mnogi od tih bolesnika trebat će palijativnu skrb tijekom duljeg razdoblja i to ne samo u posljednjoj godini svojega života. Uz demografske promjene populacije u starenju, statistički pokazatelji smrtnosti, također se mijenjaju, jer ljudi danas žive dulje, a s produljenjem očekivanoga životnog vijeka sve više ljudi umire zbog teških kroničnih bolesti kao što su bolesti srca, cerebrovaskularne bolesti i bolesti dišnog sustava, baš kao i od tumora. Zahvaljujući razvoju medicine, bolesnici će sve dulje preživljavati s kroničnom onesposobljavajućom bolešću, a posljedično će im palijativna skrb trebati u duljem razdoblju.

KADA ZAPOČETI S PALIJATIVNOM SKRBI?

Tradicionalni/stari model palijativne skrbi naglašavao je da je palijativna skrb istovjetna skrbi na samrti te se palijativna skrb uvodila tek kad su sve ostale mogućnosti aktivnog liječenja bolesti iscrpljene. Noviji modeli palijativne skrbi potpuno su drugačiji, jer palijativna skrb treba biti dostupna od trenutka postavljanja dijagnoze te se pruža istodobno s aktivnim liječenjem. Skrb na samome kraju života važan je oblik palijativne skrbi, ali je ona tek njezin mali dio. Palijativna skrb pruža se bolesnicima svih dobi i u svim stadijima ozbiljnih bolesti. Nema unaprijed određene vremenske točke tijekom bolesti koja obilježava prelazak s kurativne na palijativnu skrb. Većina bolesnika treba palijativnu skrb

samo u vrlo uznapredovaloj bolesti, ali bolesnici nerijetko trebaju palijativne intervencije za rješavanje kriza u ranijim stadijima svoje bolesti. Prelazak s kurativne na palijativnu skrb češće je postupan negoli jasno vremenski razgraničen, već prema tome kako se ciljevi liječenja sve više i više prebacuju s produljenja života pod svaku cijenu na očuvanje kvalitete života, s potrebom za pronalaženjem ravnoteže između koristi i tereta liječenja.¹¹

Godine 1997., američki Institut za medicinu (engl. *Institute of Medicine*, IOM) objavio je monografiju „Približavanje smrti“ u kojoj je iznesen model „mješovitog upravljanja, koji se u najvećoj mjeri zauzima za pristup usmjeren na osobu, usredotočen na četiri zdravstvena izazova s kojima se na kraju susretne svaka osoba kojoj je dijagnosticirana bilo koja neizlječiva bolest: žele nastaviti s liječenjem za kontrolu bolesti dokle god im se za to pružaju mogućnosti, žele ublažavanje simptoma (i fizičkih i psihičkih), žele pomoć pri donošenju odluka, napredno planiranje skrbi i pripremu za smrt te žele podršku za svoje obitelji, uključujući i vrijeme nakon smrti.“¹²

RAZINE PALIJATIVNE SKRBI

Palijativna je skrb specijalizirana medicinska skrb koju pruža multidisciplinarni tim, a uključuje obitelj i prijatelje u svoj djelokrug zato što neformalno pružanje skrbi može postati vrlo težak teret. Palijativna skrb može se pružati na različitim razinama, a razlikuju se *palijativni pristup, opća palijativna skrb, specijalistička palijativna skrb i centri izvrsnosti, dok je jednostavniji dvostupanjski*

PRILOG 1.

Razine palijativne skrbi⁷

Palijativni pristup. Način integriranja palijativnih metoda i postupaka u okruženjima koja nisu specijalizirana za palijativnu skrb. To ne uključuje samo farmakološke i nefarmakološke mjere suzbijanja simptoma, već i komunikaciju s bolesnikom i obitelji, kao i s drugim zdravstvenim radnicima te odlučivanje i postavljanje ciljeva u skladu s načelima palijativne skrbi. Velik dio takve skrbi može pružiti specijalist obiteljske medicine koji se inače brine o bolesniku, i koji ima osnovna znanja i vještine iz palijativne medicine, kao i stručno osoblje u staračkim domovima i ustanovama za njegu. Da bi se tim pružateljima usluga omogućila primjena palijativnog pristupa, palijativnu skrb mora se uključiti u nastavne planove i programe temeljne edukacije liječnika, sestara te drugih srodnih zdravstvenih struka.

Opća palijativna skrb. Pružaju je stručnjaci koji su češće uključeni u palijativnu skrb zbog naravi svojega

posla, odnosno većeg broja bolesnika koji zahtijevaju palijativnu skrb, ali palijativna skrb nije glavni fokus njihova rada. To su, npr, specijalisti obiteljske medicine, onkolozi, neurolozi, gerijatri, specijalisti interne medicine koji rade s bolesnicima s otkazivanjem organa i dr. Njima je potrebna dodatna razina kompetencija vezanih uz palijativnu skrb, a iznimno su važni u pružanju koordinirane i sveobuhvatne palijativne skrbi na svim razinama zdravstvene zaštite.

Specijalistička palijativna skrb. Opisuje službe čija je glavna djelatnost pružanje palijativne skrbi. Te službe obično skrbe o bolesnicima sa složenim i teškim potrebama i stoga zahtijevaju višu razinu obrazovanja, osoblja i drugih resursa. Zbog toga specijalističku palijativnu skrb pruža multidisciplinarni tim, kako bi se optimizirala kvaliteta života osoba sa smrtonosnim ili pak iscrpljujućim kroničnim bolestima. Taj tim radi zajedno s bolesnikovim obiteljskim liječnikom kako bi

pružio, ne samo kliničku stručnost, nego i dodatnu razinu podrške bolesniku i njegovoj obitelji. Većini osoba je palijativna skrb na specijalističkoj razini potrebna samo povremeno, a bolesnik može očekivati pristup specijalističkim uslugama mnogo puta tijekom primanja trajne skrbi od pružatelja primarne zdravstvene skrbi. Da bi ta vrsta pristupa uslugama bila uspješna, skrb mora biti kvalitetno koordinirana, uloge moraju biti jasne na različitim razinama usluga, a komunikacija među pružateljima usluga uspješna. Specijalistička služba mora biti lako prepoznatljiva bolesnicima, obiteljima i drugim profesionalcima te mora imati neovisan proračun.

Centri izvrsnosti. Trebaju osiguravati specijalističku palijativnu skrb u raznim okruženjima, uključujući ambulatnu i stacionarnu skrb, kućnu skrb i konzilijarne službe. Centri izvrsnosti su iznimno važni i kao nastavne baze i mjesta istraživanja te razvoja standarda i novih metoda.

*model koji uključuje samo palijativni pristup i specijalističku palijativnu skrb.*⁷

Palijativna skrb usmjerena na bolesnika trebala bi mu biti dostupna gdje god da se on nalazi. Ipak, iznimno je važno da i hospitalizirani bolesnici imaju pristup uslugama specijalističke palijativne skrbi. Broj bolnica u svijetu koje nude usluge palijativne skrbi ubrzano se povećava. Službe specijalističke palijativne skrbi zahtijevaju timski pristup, kombinirajući multiprofesionalni tim s interdisciplinarnim načinom rada. Članovi tima moraju biti visokokvalificirani i moraju proći priznatu edukaciju iz specijalističke palijativne skrbi, a trebaju imati i iskustvo u kliničkom rješavanju problema u više domena, kako bi mogli ispuniti kompleksne bolesnikove potrebe. Razine palijativne skrbi prikazane su u prilogu 1.

POTREBE BOLESNIKA

Bolesnici i njihove obitelji žele nastaviti s liječenjem u svrhu kontrole bolesti, dokle god su im za to na raspolaganju mogućnosti. Bolesnici s ozbiljnim bolestima i njihove obitelji žele ublažavanje fizičkih i psihičkih simptoma. Bol je najčešći simptom uz koji je vezan najrašireniji strah u bolesnika s ozbiljnim bolestima pa je smanjenje boli najvažniji čimbenik kvalitetne palijativne skrbi.¹³ Programi palijativne skrbi uvelike smanjuju razinu boli i povećavaju bolesnikovo zadovoljstvo zahvaljujući smanjenju boli. Brojne su studije, također, pokazale da palijativna skrb pomaže u kontroli umora, tjeskobe, otežanoga disanja, mučnine, konstipacije i drugih izvora i simptoma koji su uzrok patnje. Psihološki simptomi kao što su tjeskoba i depresija, uobičajeni su u bolesnika s uznapredovalim bolestima, tako da su psihosocijalne intervencije iznimno važan dio palijativne skrbi. Jednako je tako važna komunikacija s bolesnikom i članovima njegove obitelji.¹⁴

Palijativna sedativna terapija može olakšati neke od simptoma koji uzrokuju nesavladivu patnju na samom kraju života. U palijativnoj sedativnoj terapiji cilj je olakšati bolesnikovu patnju, a smrt je posljedica procesa bolesti koji je u podlozi. Utvrđeno je da bolesnici i obitelji žele pomoć pri donošenju odluka, napredno planiranje skrbi i pripremu za smrt, odnosno žele jasnu i stalnu komunikaciju sa svojim liječnicima i ostalim pružateljima zdravstvene skrbi o onome što mogu očekivati te o načinu na koji će se planirati njihovo liječenje i njihova budućnost. Potrebna im je praktična podrška u osobnim potrebama kod kuće, uključujući pomoć članova obitelji i upućivanje na ostale resurse u njihovim zajednicama.

Kad ljudi proživljavaju završnu fazu svojega života, osjećaju sve veće tjelesno slabljenje i gubitak, različito emocionalno reagiraju na te promjene, a s duhovnoga stajališta čovjekova pozornost sve je usmjerenija prema sebi, prema najvažnijim egzistencijalnim pitanjima povezanim sa svrhom i smislom njihova života te vjerovanja u transcendentno i odnosu prema njemu. Ljudi se najčešće nose sa smrću na način koji je u skladu s obrascem ponašanja kojim su se vodili tijekom cijeloga života.^{10,15}

Kako se zdravstvene usluge restrukturiraju, sve je veća potreba bolesnika s neizlječivim bolestima da se za skrb i podršku kod kuće oslone na članove obitelji. Međutim, problem nastaje kad su ti pružatelji skrbi i sami starije ili bolesne osobe ili možda njihova odrasla djeca koja imaju i druge obiteljske i radne odgovornosti. Bolesnici su zabrinuti i žele smanjiti teret svojim voljenima. Intervencije se zato trebaju usredotočiti ne samo na bolesnika nego, također, i na davatelja skrbi, a nastavlja se nakon bolesnikove smrti u obliku podrške žalujućima.

Prof. dr. sc. Rudolf Likar, priznati stručnjak na području palijativne medicine i liječenja boli iz Austrije, na otvorenju je međunarodnoga kongresa o palijativnoj skrbi u Opatiji 2014. godine rekao, između ostaloga, sljedeće: „*Jedva primjetno operirano tijelo, zategnuto i botoksirano, nema svoju beskonačnost i besmrtnost. I tako uljepšano tijelo jednom će se slomiti i raspasti. Kad se tijelo slomi i kada dođe kraj, kad se ljuštura raspadne i kad je duša prazna, a duh više nije prisutan jer nismo radili na njemu i razvijali ga, tada ništa više ne može biti prezentirano, a pojedinac ode bez vrijednosti, a da nije ostavio ikakav trag iza sebe. Ako osoba nema unutarnje vrijednosti i ako nema povezanosti između tijela i duše, tada osobe pokušavaju zaustaviti „pucanje“ ljuštura i zaustaviti starenje tijela ... Svakodnevna praksa u liječenju teško bolesnih osoba pokazala je da se s dostupnim lijekovima i terapijama bol može adekvatno ublažiti, i to tako da osoba zbog same naravi bolesti nikad ne poželi počinuti potpomognuto samoubojstvo. Dostojanstvena smrt kao i dostojanstven život do samoga kraja, glavni je cilj palijativne skrbi. Smrt mora biti vraćena u život kao prirodni proces. Kao što je kardinal Konig rekao: „Nemojte umrijeti od ruke druge osobe, već radije držite osobu za ruku“. Odgovore na sve strahove možemo naći u palijativnoj skrbi – cjelovito liječenje osobe s medicinske strane, njegovanja, duhovne i socijalno-terapijske strane. Palijativna skrb omogućuje bolesniku da svoj život vidi kao vrijedan življenje.“*

MODELI ORGANIZACIJE PALIJATIVNE SKRBI

U svijetu postoje razni modeli organizacije palijativne medicine. Danas se smatra da palijativnu skrb u zajednici treba osigurati uz „kontinuum specijalizacije“, odnosno da se palijativna skrb treba pružiti od primarne zdravstvene zaštite pa do specijalističkih službi čija je osnovna djelatnost upravo palijativna skrb.

Nespecijalizirane službe palijativne skrbi jesu patronažna služba, specijalisti obiteljske medicine, ustanove za njegu u kući, jedinice u općim bolnicama i domovi za starije i nemoćne osobe.

Specijalizirane službe palijativne skrbi su stacionarne jedinice palijativne skrbi, hospiciji, bolnički timovi za podršku palijativnoj skrbi, mobilni timovi za palijativnu skrb, hospicijski timovi u zajednici, hospicijski dnevni boravci, tzv. „bolnice u kući“ i ambulantne službe.¹⁶

Potrebno je naglasiti da velik dio palijativne skrbi trebaju osigurati nespecijalizirane službe, ali stručnjaci u tim službama moraju imati jednostavan pristup do

TABLICA 1. Stupnjevit sustav službi palijativne skrbi

| | Palijativna skrb | | | |
|-----------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| | Palijativni pristup | Specijalistička podrška općoj palijativnoj skrbi | | Specijalistička palijativna skrb |
| Akutna skrb | Bolnica | Volonterska hospicijska služba | Bolnički tim za podršku palijativnoj skrbi | Jedinica za palijativnu skrb |
| Produljena skrb | Starački dom, dom za stanovanje | | Timovi za kućnu njegu | Stacionarni hospicij |
| Kućna skrb | Liječnici opće medicine, sestrični patronažni timovi | | | Mobilni timovi za palijativnu skrb, ustanove za dnevni boravak |

Prilagođeno prema: Nemeth C, Rottenhofer I. *Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich*. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2004.

specijalističkih timova radi savjeta i podrške. U nekim nespecijaliziranim službama (npr. radiologija, radioterapija ili kirurgija) ograničeni resursi mogu uzrokovati stvaranje lista čekanja pa se sugerira uvođenje kliničkih puteva za ubrzano rješavanje kazuistike, kojima se palijativnim bolesnicima daje prednost pristupa. U svakom slučaju, ključna je koordinacija između pojedinih organizacijskih jedinica, pri čemu izrazito važnu ulogu svojevrsnog središta ima stacionarna jedinica za specijalističku palijativnu skrb, a iznimno je važna povezanost tih specijalističkih jedinica s liječnicima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.¹⁶ Stupnjevit sustav različitih organizacijskih jedinica za pružanje palijativne skrbi prikazan je u tablici 1.

Jedinica palijativne skrbi. Odjel specijaliziran za liječenje i njegu palijativnih bolesnika. To je obično odjel unutar bolnice ili uz bolnicu, ali također može postojati kao samostalna služba. Jedinice palijativne skrbi primaju bolesnike čije zdravstveno stanje (fizičko, psihičko, socijalno i duhovno) zahtijeva specijalističku multiprofesionalnu palijativnu skrb. Ovdje usluge trebaju biti dostupne 24 sata na dan i sedam dana tjedno, uz intenzivnu suradnju s drugim palijativnim službama. Što se tiče potreba za posteljama za palijativnu skrb, novije procjene pokazuju da je potrebno oko 80–100 postelja na milijun stanovnika, iako je stvarna potreba zbog starenja populacije i brojnih neonkoloških bolesnika koji trebaju palijativnu skrb barem dvostruko veća.^{7,16} U specijalističkim jedinicama palijativne skrbi mora raditi dobro educiran multiprofesionalni tim koji, uz liječnike, medicinske sestre, fizioterapeute, psihologe, socijalne radnike, duhovnike, nutricioniste, radne terapeute, ljekarnike, logopede i druge, uključuje i volontere, a ne smije se zaboraviti da su dio tima uvijek i bolesnik i njegova obitelj. U tim je jedinicama iznimno bitna domaća atmosfera, tako da je cjelokupno uređenje odjela i arhitektonski prilagođeno tim uvjetima, a trebale bi imati do najviše 15 postelja, po mogućnosti jednoposteljne ili dvoposteljne sobe, uz mogućnost smještaja za članove obitelji te prostore koji održavaju tu „domaću atmosferu“, kao što su kuhinje, dnevni boravci, prostori za relaksaciju, molitvena soba ili kapela, a potrebna je i prostorija za smještaj umrle osobe i opraštanje od nje (tiha soba).

Hospicij. Prima bolesnike na kraju života, kad više nema potrebe za liječenjem u bolnici, a nije moguća skrb kod kuće ili u domu, sa svrhom održanja najbolje moguće kvalitete života i ublaživanja simptoma. U brojnim se zemljama bolesnici primaju u jedinice palijativne skrbi (odjele u bolnicama) radi nekih kriznih intervencija (najčešće liječenje boli), a u hospicij radi skrbi na kraju života. I u hospiciju treba raditi multiprofesionalni palijativni tim, a ponovno je važno stvaranje „kućne atmosfere“ s mogućnošću smještaja članova obitelji bolesnika i prostorima za društvene aktivnosti.

Bolnički timovi za podršku palijativnoj skrbi. Poznati su pod nazivima „bolnički timovi za potpurnu skrb“ i „bolnički mobilni timovi“, a pružaju podršku ostalim zdravstvenim profesionalcima u bolnici koji nisu specijalizirani za palijativnu skrb, sa svrhom ublaživanja simptoma (tjelesnih, psihičkih, socijalnih, duhovnih) specijalističkim palijativnim intervencijama. Takvi su timovi jako važni i u cjelokupnoj koordinaciji palijativne skrbi o pojedinom bolesniku između bolnica i izvanbolničke skrbi.¹⁶ U takvom timu treba biti barem jedan liječnik i medicinska sestra sa specijalističkom edukacijom iz palijativne skrbi, ali s mogućnošću uključivanja svih drugih potrebnih stručnjaka.

Tim za kućnu palijativnu skrb. Multiprofesionalni je tim koji u svom radu pomaže osobama kod kuće ili u staračkom domu (na primjer, rodbini, medicinskom osoblju, medicinskim sestrama, fizioterapeutima), odnosno ima savjetodavnu i mentorsku funkciju i rjeđe obavlja praktične postupke. Samo u odabranim slučajevima s vrlo složenim simptomima i problemima, taj tim može preuzeti liječenje od obiteljskoga liječnika i službe kućne njege, a pomaže i u transferu između bolnice i kuće.¹⁶ I taj tim treba biti dostupan sedam dana u tjednu 24 sata, a sastoji se od 4–5 profesionalaca sa specijalističkom edukacijom iz palijativne skrbi, zaposlenih u punom radnom vremenu (liječnici, medicinske sestre, socijalni radnici, psiholozi, administrativno osoblje i sl.).

Volonterski palijativni (hospicijski) tim. Ima iznimno važnu ulogu u pružanju podrške bolesnicima i članovima obitelji tijekom bolesti i u vrijeme žalovanja nakon smrti bolesnika. Ti timovi trebaju kvalitetno surađivati s drugim službama palijativne skrbi, a djeluju i

kao promotori i zagovaratelji razvoja palijativne skrbi u široj zajednici. U timu treba biti najmanje 10–12 dobro educiranih volontera i jedan koordinator s obrazovanjem iz zdravstvene ili socijalne skrbi sa specijalističkom edukacijom iz palijativne skrbi.¹⁶

Dnevni hospiciji ili hospicijski dnevni boravci.

Organizirani prostori u bolnicama, hospicijima ili negdje drugdje u zajednici, s ciljem unapređenja terapijskih ili rekreativnih aktivnosti bolesnika koji trebaju palijativnu skrb. Bolesnici u njima provode dio dana svaki dan ili nekoliko puta tjedno. Ovdje je ključni cilj izbjegavanje socijalne izolacije te olakšanje skrbi članovima obitelji.

Ambulanta za palijativnu skrb. Važan je dio u organizaciji palijativne skrbi u zajednici, a često je povezana sa specijalističkom stacionarnom jedinicom palijativne skrbi ili stacionarnim hospicijem. Ambulanta nudi savjetovanje bolesnicima koji su kod kuće i u stanju su posjetiti ambulantu, a važna je koordinacija s obiteljskim liječnikom, timom za kućnu palijativnu skrb i stacionarnim službama.

Stacionarna jedinica za specijalističku palijativnu skrb. Temeljni je element službi specijalističke palijativne skrbi. Službe specijalističke palijativne skrbi u svim drugim strukturama, uključujući opće bolnice i zajednice, trebale bi se temeljiti na, stacionarnoj jedinici za specijalističku palijativnu skrb ili biti formalno povezane s njom. Ta veza ne samo da jamči podršku i kontinuirano obrazovanje timova, već i poboljšava kontinuitet skrbi.

Vijeće Europe u svojim preporukama navodi da kvaliteta skrbi u određenoj regiji ne ovisi samo o kvaliteti pojedinih institucija i službi, već i o koordinaciji među specijalističkim službama te koordinaciji između specijalističkih službi i službi primarne zdravstvene zaštite. Ako su te službe organizirane u sklopu koherentne regionalne mreže, to će poboljšati pristupačnost palijativne skrbi i poboljšati njezinu kvalitetu i kontinuitet skrbi.¹⁷

MULTIPROFESIONALNI PALIJATIVNI TIM

Temeljni tim palijativne skrbi trebao bi se sastojati minimalno od medicinskih sestara i liječnika s posebnom obukom, te psihologa (ili psihijatra), socijalnog radnika, duhovnika i fizioterapeuta. Volonteri također pružaju nezamjenjiv doprinos palijativnoj skrbi. Hospicijski pokret, kao pokret za građanska prava, temelji se na volonterskom radu. Nužno je da volonteri budu kvalitetno educirani i da razumiju kako u interdisciplinarnom timu volonteri nisu zamjena za bilo kojeg člana osoblja, već dodatak radu tima. Vijeće Europe i Nacionalni savjetodavni komitet za palijativnu skrb dali su popis zahtjeva

za osobljem u službama specijalističke palijativne skrbi. Prema tom popisu, osim medicinskih sestara i liječnika, sljedeći stručnjaci trebaju biti dostupni u punom radnom vremenu, u dijelu radnog vremena ili u redovito vrijeme: socijalni radnici, stručnjaci vješti u psihosocijalnoj podršci, odgovarajući broj uredskih radnika, administratora i uredskih pomoćnika, fizioterapeuti, stručnjaci vješti u podršci u žalovanju, koordinatori za duhovnu skrb, koordinatori za volontere, svećenici, stručnjaci za skrb o ranama, stručnjaci za limfedem, radni terapeuti, logopedi, dijetetičari, ljekarnici, terapeuti za komplementarne terapije, art- terapeuti.¹⁶

Timski se rad smatra središnjom komponentom palijativne skrbi. Sastav multiprofesionalnog tima razlikovat će se ovisno o mnogim čimbenicima, kao što su skupine bolesnika s kojima se radi, opseg skrbi koju pruža te lokalno područje koje pokriva.

ZAKLJUČAK

Skrb o osobama koje boluju od neizlječivih i za život opasnih bolesti dio je ljudske povijesti, a unazad pedesetak godina svjedoci smo naglog razvoja palijativne medicine kao posebne specijalizacije i subspecijalizacije u brojnim zemljama širom svijeta, s tisućama zdravstvenih profesionalaca koji su zaduženi isključivo za provođenje palijativne skrbi. Palijativna medicina ne može izliječiti osobu, ali može o njoj skrbiti, ublažiti joj bol i patnju, čuvajući dostojanstvo osobe kao jedinstvenoga ljudskog bića. U palijativnoj medicini nema i ne smije biti rečenice „ništa se više ne može učiniti“, nego se uvijek treba upitati „što još možemo učiniti za bolesnika i njegovu obitelj“. Ovdje se testiraju sposobnost dobrog kliničara, komunikacijske vještine, sposobnost rada u multidisciplinarnom timu, ali podjednako tako i čovječnost. I upravo zbog činjenice da se palijativna medicina bavi sveobuhvatnošću brige o čovjeku, potreban je multidisciplinarni pristup, pristup u kojem će svaka osoba u timu znati što će raditi, ali i kako će tražiti pomoć od drugih. Civilizacijski, humanistički i profesionalno, ne smije se dopustiti da danas bilo tko, a osobito teško oboljeli pate zbog boli, malnutricije, dehidracije, ali i usamljenosti i patnje bilo kojeg uzroka. Medicina, ali i sve srodne struke koje se bave ljudima, s jedne su strane profesija, ali još više i umijeće, umijeće koje proizlazi iz odnosa stručnjaka sa svakim pojedincem koji treba pomoć, ali i s osobama drugih profesija koje u tome sudjeluju. Palijativna medicina je najbolji primjer umijeća medicine (*ars medica*) koja povezuje znanost, kliničko znanje i umjetnost, a prema putu kulture zdravlja i čovječnosti.

Basic concepts of palliative medicine and palliative care

Marijana Braš^{1,2}, Veljko Đorđević^{1,2}, Branka Kandić-Splavski³, Vlasta Vučevac⁴

¹Clinic of Psychological Medicine, Clinical Hospital Center Zagreb, University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia

²Center for palliative care, communication skills and medical ethics (CEPAMET), University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia

³Polyclinic for Palliative Medicine, Department of palliative care, Health Center Osijek, Croatia

⁴Croatian Society for Palliative Medicine, Croatian Medical Association, Zagreb, Croatia

SUMMARY Modern medicine is divided into preventive, curative and palliative medicine. Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing problems associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early detection and suppression of pain and physical, psychosocial and spiritual problems. Palliative care is multidisciplinary in its approach, and its scope includes the patient, family and community. In a sense, palliative care offers the most basic concept of care – taking care of patients' needs, whether they be at home or in the hospital. Palliative care affirms life, and death is regarded as a normal process; it seeks to maintain the best possible quality of life until death. Palliative medicine, according to the level of care, can be divided into palliative approach, general palliative medicine, specialist palliative medicine and centers of excellence. In the development of palliative medicine it is extremely important to educate members of the multidisciplinary palliative team and the general public, as well as the development of international and national strategic plans for the progression of palliative care.

KEY WORDS education; hospices; level of care; multidisciplinary palliative team; organizational units; palliative care; palliative medicine

LITERATURA

- Centeno C, Clark D, Lynch T, et al.; EAPC Task Force. Facts and indicators on palliative care development in 52 countries of the WHO European region: results of an EAPC Task Force. *Palliat Med.* 2007 Sep; 21(6):463–71.
- Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage.* 2002 Aug; 24(2):91–6.
- Braš M, Đorđević V. Palijativna medicina – civilizacijski iskorak. U: Osnove palijativne medicine – Ars medica prema kulturi zdravlja i čovječnosti. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
- Đorđević V, Bras M, Brajković L. Person-centered medical interview. *Croat Med J.* 2012 Aug; 53(4):310–3.
- Kubler-Ross E. O smrti i umiranju. Zagreb: Hlad i sinovi; 2007.
- Kubler-Ross E, Kessler D. Pouke života. Kako nas naša smrtnost može poučiti životu i življenju. Zagreb: Biovega; 2001.
- 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. *EJPC.* 2009; 16(6):278–89.
- Pastrana T, Jünger S, Ostgathe C, et al. A matter of definition—key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. *Palliat Med.* 2008 Apr; 22(3):222–32.
- Definition of palliative care. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Glare P. Person centered care: palliative care. In: Đorđević V, Braš M, Miličić D. (eds). Person centered medicine – from bench to bedside to community. Zagreb: Medicinska naklada; 2012.
- Levy MH, Back A, Benedetti C, et al. NCCN clinical practice guidelines in oncology: palliative care. *J Natl Compr Canc Netw.* 2009 Apr; 7(4):436–73.
- Approaching Death. Washington, D.C.: Institute of Medicine; 1997.
- Breivik H, Cherny N, Collett B, et al. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Ann Oncol.* 2009 Aug; 20(8):1420–33.
- Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, et al. Preparing for the end of life: preferences of patients, families, physicians, and other care providers. *J Pain Symptom Manage.* 2001 Sep; 22(3):727–37.
- Higginson IJ, Evans CJ. What is the evidence that palliative care teams improve outcomes for cancer patients and their families? *Cancer J.* 2010 Sep-Oct; 16(5):423–35.
- 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.
- Council of Europe. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care, 2003. [www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf) Accessed Sep 8, 2009.

ADRESA ZA DOPIŠIVANJE

Doc. dr. sc. Marijana Braš, dr. med.
 Klinika za psihološku medicinu, KBC Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
 Kišpatićeva 12, 10000 Zagreb
 E-mail: predstojnik.cmz@kbc-zagreb.hr; mbras@kbc-zagreb.hr
 Telefon: +385 1 2376 450