

UNAPREĐENJE LJUDSKIH PRAVA KROZ RAZVOJ USLUGA PALIJATIVNOG ZBRINJAVANJA

ISTRAŽIVAČKA STUDIJA



SUPRAM
Beograd

2019



Ovaj dokument je deo projekta „Unapredjenje ljudskih prava kroz razvoj usluga palijativnog zbrinjavanja“ koji je finansijski podržan od strane Ambasade Kraljevine Norveške u Beogradu i Balkanskog fonda za demokratiju Nemačkog Maršalovog fonda Sjedinjenih država.

This document is a part of the project “Advancing Human Rights through Improved Palliative Care Services” which is financially supported by The Royal Norwegian Embassy in Belgrade and The Balkan Trust for Democracy of the German Marshall Fund of the United States.



*Unapredjenje ljudskih prava kroz razvoj usluga
palijativnog zbrinjavanja*
*Advancing Human Rights through Improved Palliative
Care Services*

Izdavač:
Udruženje pravnika za medicinsko
i zdravstveno pravo Srbije – SUPRAM
Beograd, Kraljice Natalije 45

Za izdavača:
Dr Marta Sjeničić

Priredila:
Dr Hajrija Mujović

Lektura:
Marina Zelić

Elektronsko izdanje:
Znanje plus, Banjani

Tiraž: 50

ISBN: 978-86-901426-0-6

Mišljenja izražena u ovoj publikaciji ne predstavljaju nužno stavove Ambasade Kraljevine Norveške u Beogradu, Balkanskog fonda za demokratiju Nemačkog Maršalovog fonda Sjedinjenih država, ili njihovih partnera.

Opinions expressed in this publication do not necessarily represent those of the Royal Norwegian Embassy, the Balkan Trust for Democracy, the German Marshall Fund of the United States, or its partners.

USLUGE ZDRAVSTVENE I SOCIJALNE ZAŠTITE U PALIJATIVNOM ZBRINJAVANJU – NADLEŽNOSTI I SARADNJA

Sanja Stojković Zlatanović* i Ranko Sovilj*

Uvod

Palijativna nega, odnosno palijativno zbrinjavanje podrazumeva sveobuhvatnu negu koja, pre svega, obuhvata kontrolu bola i drugih mučnih simptoma, uz istovremeno zadovoljenje ostalih zdravstvenih, socijalnih, psiholoških i duhovnih potreba u onim stadijumima bolesti kada više ne deluju medicinski tretmani. Stoga je cilj palijativne nege pružanje najboljeg kvaliteta života pacijentima i njihovim porodicama. Da bi se postigao cilj, palijativna nega, iziskuje uređeno fizičko i socijalno okruženje smrtno ili neizlečivo bolesnom pacijentu.¹⁴⁴

Najkraće rečeno, palijativna nega se obično definiše kao aktivna i sveobuhvatna briga o pacijentima koji boluju od teških i neizlečivih bolesti, ali uključuje i negu koja se pruža onima koji se, bilo iz razloga bolesti ili pak starosti, nalaze na kraju života i u stanju patnje i jakih bolova.¹⁴⁵ U okvirima Evropske unije, razvoj jedinica za palijativno

* Doktor pravnih nauka, naučni saradnik Instituta društvenih nauka u Beogradu.

* Doktor pravnih nauka, naučni saradnik Instituta društvenih nauka u Beogradu.

¹⁴⁴ V. Klajn Tatić, *Lekareva pomoć neizlečivo bolesnom pacijentu – etički i pravni problem*, Institut društvenih nauka, Beograd, 2002, 107.

¹⁴⁵ Prema prevladajućem stanovištu period koji se smatra „krajem nečijeg života“ je onaj gde postoji medicinska procena, odnosno veliki stepen verovatnoće da će

zbrinjavanje vezuje se za period sedamdesetih godina dvadesetog veka, i to u Velikoj Britaniji, Norveškoj i Švedskoj, da bi se one postepeno razvijale i u ostalim državama. S tim u vezi, 1988. godine osnovano je Evropsko udruženje za palijativnu negu koje, danas, broji više od 50.000 zdravstvenih radnika i volontera iz više od 50 država.¹⁴⁶ Na početku, cilj palijativne nege bio je pružanje olakšanja obolelima od kancera u završnoj fazi bolesti, kao i onima koji boluju od degenerativnih nervnih oboljenja.¹⁴⁷ Kasnije, ova definicija je proširena tako da se ona sada odnosi na sva ona lica koja boluju od teških bolesti, trpe bolove i pate, što je definicija potvrđena i od strane Svetske zdravstvene organizacije 2002. godine.¹⁴⁸ U širem kontekstu, ovaj vid zdravstvene usluge u okvirima sistema socijalne sigurnosti podrazumeva i brigu o pacijentu i njegovoj porodici u vidu psiho-socijalne podrške, a odnosi se na period od postavljanja dijagnoze pacijentu do kraja perioda žalosti usled gubitka člana porodice. Palijativno zbrinjavanje pretpostavlja usaglašeno zalaganje visoko obučenog i adekvatno formiranog multidisciplinarnog profesionalnog tima, koji se osim zdravstvenih radnika – lekara, medicinskih sestara/tehničara, sastoji i od socijalnog radnika, psihologa, duhovnika i volontera.¹⁴⁹

Nasuprot uobičajenoj medicinskoj praksi čiji je osnovni zadatak izlečenje pacijenta, ključni cilj palijativne nege i lečenja je ublažavanje patnje, očuvanje dostojanstva pacijenta, kao i unapređenje kvaliteta života pacijenta i članova njegove porodice.

lice preminuti u narednih 12 meseci. *The role of social workers in palliative, end of life and bereavement care*, Association of Palliative Care Social Workers in collaboration with the former College of Social Work and Making Waves Lived Experience Network/OPEN FUTURES Research, with support from the British Association of Social Workers and Hospice UK, 2016, 9.

¹⁴⁶ *Opinion of the Working group on ethics in research and medicine on palliative care in the European Union*, COMECE – February 2016, 5.

¹⁴⁷ *Ibid.*, 7.

¹⁴⁸ *Ibid.*

¹⁴⁹ Pokrajinski zaštitnik građana Autonomne pokrajine Vojvodine – Ombudsman, Organizacija palijativnog lečenja i nege i ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu u oblasti palijativnog lečenja na području AP Vojvodine, Novi Sad, 2015, 4.

Uprkos tome, što je poslednjih decenija zabeležen ogroman tehnološki napredak u medicini, otkrićem brojnih novih lekova i terapija, postavlja se pitanje delotvornosti novih medikamenata u palijativnom lečenju. Dostupnost novih terapijskih mogućnosti ne podrazumeva da će one automatske biti primenjive kod svih pacijenata, niti da će doprineti napretku kod svakog pacijenta. Stoga je uvek neophodno razmatrati da li je određen medicinski tretman u najboljem interesu pacijenta, odnosno da li doprinosi poboljšanju života i ukupnoj socijalnoj dobrobiti, odnosno socijalnom blagostanju pacijenta.¹⁵⁰

Priznajući da svi pacijenti kojima se bliži kraj života, žele da profesionalni zdravstveni i socijalni radnici postupaju prema njima dostojanstveno, da im pruže adekvatnu stručnu pažnju usmerenu na očuvanje dostojanstva njihove ličnosti i podsticanje nezavisnosti, palijativno zbrinjavanje, kao i sva neophodna medicinska nega, trebalo bi da budu usmereni ka pacijentu, vođeni potrebama pacijenta, i činjenicama da su dostojanstvo i autonomija pacijenta najbitniji.¹⁵¹

Normativni okvir regulisanja palijativne nege – uporednopravna analiza

Danas u svetu preovladavaju različiti sistemi regulisanja palijativne nege. U domaćem pravnom poretku, palijativna nega regulisana je sistemskim zakonima u oblasti zdravstva i socijalne zaštite. Međutim, domaće zakonodavstvo još uvek ne prepoznaje hospise – domove koji pružaju sveobuhvatnu uslugu palijativnog zbrinjavanja umirućim pacijentima u kontekstu preovladavajućeg integrativnog i holističkog pristupa u kreiranju i vođenju politike socijalne sigurnosti.

¹⁵⁰ Priručnik za studente iz predmeta palijativna medicina, Razvoj palijativnog zbrinjavanja u Srbiji, avgust 2012, 98.

¹⁵¹ Uredba o nacionalnom program za palijativno zbrinjavanje dece u Republici Srbiji, *Službeni glasnik RS*, broj 22 od 4. marta 2016. godine, - Nacionalni program za palijativno zbrinjavanje dece u Republici Srbiji, čl. 6, st. 9.

Ideja o osnivanju hospisa za umiruće pacijente nastala je krajem XIX veka u Velikoj Britaniji. Još 1905. godine u Istočnom Londonu osnovan je Dom Svetog Jozefa. Naime, irske časne sestre pružale su usluge palijativnog zbrinjavanja u novoosnovanim domovima za naizlečivo bolesne, siromašne i umiruće pacijente. Kako je rastao broj obolelih pacijenata sa uznapredovanim kancerima, aproksimativno je rastao broj novoosnovanih hospisa. Osnivačem modernih hospisa smatra se baronesa *Sesil Sanders*, koja je pedesetih godina XX veka, radeći kao lekar, razvila tehnike u kontroli bola. Od 1958. godine, dr Sanders bila je angažovana u Domu Sv. Jozefa, gde je razvijala sopstvene metode smanjenja bola umirućih pacijenata.¹⁵² Osnovni principi na kojima su se zasnivale njene tehnike su: precizna kontrola simptoma bolesti, psihološko staranje o pacijentu i podrška pacijentovoj porodici. 1967. godine, dr Sesil Sanders osnovala je sopstveni hospis – Dom Svetog Kristofera, u kojem je primenjivala navedene tehnike u kontroli bola umirućih pacijenata. Kraljevski univerzitet lekara Velike Britanije priznao je tek 1987. godine palijativnu medicinu kao subspecijalnost opšte medicine. Priznanjem palijativne medicine otvorilo se pitanje primene, odnosno dostupnosti palijativnog lečenja. Naime, do tada je palijativno lečenje bilo namenjeno jedino pacijentima kojima je postavljena dijagnoza uznapredovalog kancera, i kojima nije preostalo još dugo da žive. U literaturi su se pojavili stavovi brojnih autora, koji insistiraju da se palijativno lečenje odnosi i na negu onih pacijenata koji boluju od akutnih, progresivnih i uznapredovalih bolesti, kojima su prognoze ograničene.¹⁵³

Uticaj dr Sesil Sanders proširio se izvan granica Velike Britanije. Na poziv dekana Visoke škole za medicinske sestre, dr Sesil Sanders održala je 1963. godine seriju predavanja na Jejlu. Međutim, bila je potrebna jedna decenija, da bi tek 1973. godine bio osnovan prvi hospis na tlu SAD-a, u Brenfordu, državi Konektikat. Za razliku od

¹⁵² C. Saunders, "The evolution of palliative care", *Journal of Royal Society of Medicine*, Vol. 94, September 2001, 430.

¹⁵³ V. Klajn Tatić, *Lekareva pomoć neizlečivo bolesnom pacijentu – etički i pravni problem*, Institut društvenih nauka, Beograd, 2002, 107-112.

Velike Britanije, gde su hospisi mahom podrazumevali bolničko lečenje, u SAD-u akcenat je bio na kućnoj nezi i lečenju.¹⁵⁴ Tokom 1978. godine osnovana je Nacionalna organizacija hospisa (*National Hospice Organization – NHO*) na konferenciji održanoj u Vašingtonu. Već naredne godine objavljen je prvi Standard program o pružanju usluga hospisa. Sledeći značajan korak u osnaživanju hospisa u SAD-u je angažovanje dobrovoljnih volontera – profesionalaca i amatera. Kako se povećavao broj novoosnovanih hospisa u SAD-u, rasla je i uloga i značaj volontera. Danas, približno 400.000 volontera je angažovano u američkim hospisima. Iako postoje više decenija, rukovodioci hospisa u saradnji sa zakonodavnim vlastima nastoje da i dalje osnaže i prošire uticaj i značaj hospisa u SAD-u.¹⁵⁵

U evropskim zemljama razvijeni su i primenjuju se različiti modeli palijativne nege i lečenja umirućih pacijenata. Prva komparativna studija koja je istraživala razvoj palijativne nege u Evropi sprovedena je tokom 2000. godine, i obuhvatila je istraživanje u sedam zemalja. U organizaciji Fondacije otvorenog društva - Međunarodna inicijativa palijativne nege (*Open Society Foundation International Palliative Care Initiative – IPCI*) 2003. godine analiziran je položaj i razvoj hospisa i palijativne nege u 28 nekadašnjih komunističkih zemalja istočne Evrope i centralne Azije.¹⁵⁶

Ubrzo nakon toga, osnovana je Radna grupa Evropskog udruženja za palijativnu negu (*European Association for Palliative Care – EAPC*), koja je po prvi put, 2006. godine sprovedla komparativnu analizu o statusu palijativne nege na tlu Evrope, obuhvatajući 52 zemlje i populaciju od 879 miliona stanovnika. Istraživanje je pokazalo da ne postoji jedinstven model regulisanja palijativne nege. Naime, pojedine vrste usluga razvijene su samo u određenim zemljama. Na primer, pored već pomenute Velike Britanije, zemlje poput

¹⁵⁴ Stephen R. Connor, "Development of Hospice and Palliative Care in the United States", *OMEGA – Journal of Death and Dying*, Vol. 56(1), 2007-2008, 90.

¹⁵⁵ *Ibid*, 91.

¹⁵⁶ T. Lynch, S. Connor, D. Clark, "Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global Update", *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 45, No. 6/2013, 1094.

Nemačke, Holandije, Poljske, Rusije i Italije imaju dobro razvijenu i rasprostranjenu mrežu hospisa. S druge strane, mobilni timovi za pružanje palijativne nege i timovi za podršku bolničkog lečenja

Tabela 1 - Struktura organizacije palijativne nege i lečenja u odabranim evropskim zemljama 2006. godine, prema: C. Centeno, D. Clark, T. Lynch et al., "Facts and indicators on palliative care development in 52 countries of the WHO European region: results of an EAPC task force", *Palliative Medicine*, 2007, 4.

Država	Bolničke jedinice za palijativnu negu	Hospisi	Timovi za podršku bolničkog lečenja	Jedinice za kućnu negu
Velika Britanija	63	158	305	356
Nemačka	116	129	56	30
Francuska	78	0	309	84
Holandija	4	84	50	NK
Rusija	33	74	17	0
Poljska	69	59	2	232
Italija	5	90	-	153

prihvaćeni su u velikom broju zemalja, a naročito u Francuskoj. Dnevni centri su osobeni za Veliku Britaniju, sa stotinama usluga koje svakodnevno pružaju (preciznije 263 usluge). Takođe, istraživanje je pokazalo da su Velika Britanija i Island zemlje sa najboljim odnosom usluga koje pružaju stanovništvu, sa preko 15

usluga na milion stanovnika.¹⁵⁷ Jedna od najvećih poteškoća u realizaciji ovog istraživanja bila je raznolikost u vrstama usluga u različitim zemljama i nedostatak jedinstvenih standarda i univerzalno prihvaćenih definicija. Šta se podrazumeva pod pojmom "hospis", i kako su definisane i kvantifikovane "kućna nega" i "bolnička jedinica" značajno varira između različitih zemalja i između različitih regiona.¹⁵⁸

Tokom 2011. godine sprovedena je nova komparativna analiza, koja je ovoga puta, obuhvatila sve zemlje sveta. Istraživanje je ukazalo da u 136 od 234 zemlje sveta (58%) postoji najmanje jedan vid palijativne nege i lečenja, što je predstavlja povećanje od 9% u odnosu na prethodni period (2006). Najveće postignuće zabeleženo je u Africi, dok je napredni model palijativne nege ostvaren u samo 20 zemalja sveta (8,5%), u okviru tzv. Grupe 4b zemalja. Uprkos ostvarenom napretku po pitanju poboljšanja palijativne nege, u 75 zemalja od 234 zemlje, ne postoje aktivnosti u pogledu pružanja palijativne nege i lečenja. Ovaj rezultat je nešto bolji u odnosu na 2006. godinu, kada u 78 zemalja nije zabeležena nikakva aktivnost u vezi palijativne nege.¹⁵⁹

Prema ovom istraživanju, Srbija je svrstana u sam vrh, u Grupi 4a zemalja. U pitanju je grupa zemalja u kojima postoji mogućnost pružanja palijativnog zbrinjavanja u hospisima, koji se nalaze u fazi preliminarne integracije, ne bi li jednog dana postali nosioci celokupne palijativne nege. Ovu grupu zemalja karakteriše izražen aktivistički pristup palijativnoj nezi i lečenju; raznovrsnost pružaoca palijativnog zbrinjavanja i usluga; izražena svest o značaju palijativne nege od strane zdravstvenih radnika i lokalne zajednice; dostupnost morfijuma i drugih jakih medikamenata koji se koriste u terapiji

¹⁵⁷ C. Centeno, D. Clark, T. Lynch et al., "Facts and indicators on palliative care development in 52 countries of the WHO European region: results of an EAPC task force", *Palliative Medicine*, 2007, 1-4.

¹⁵⁸ *Ibid.*, 6.

¹⁵⁹ T. Lynch, S. Connor, D. Clark, "Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global Update", *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 45, No. 6/2013, 1094-1101.

ublažavanja bola; ograničen uticaj palijativne nege na kreatore javnih politika; pokretanje inicijativa i organizovanje brojnih obuka i edukacija; postojanje nacionalnog udruženja za palijativnu negu.¹⁶⁰

Nadležnost zdravstvenih službi u pružanju palijativne nege

Pravo na palijativnu negu ima svako, gde god da se nalazi, ukoliko pati od bolesti koja mu ugrožava život. S druge strane, obavezu pružanja palijativne nege ima svaki zdravstveni radnik i saradnik, kao što je psiholog, psihoterapeut i drugi, jer je obavezan da primenjuje pristup palijativnog zbrinjavanja (u konsultaciji sa zdravstvenim radnicima koji su obučeni za palijativno zbrinjavanje, ukoliko je to neophodno), bez obzira na to o kojoj se bolesti ili stadijumu bolesti radi.¹⁶¹

Države potpisnice dokumenata donetih u okvirima Saveta Evrope obavezale su se na poštovanje minimalnih standarda u oblasti zdravstva, prvenstveno Evropske socijalne povelje (*European Social Charter*) u delu koji se odnosi na ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu, Konvencije za zaštitu ljudskih prava i biomedicine (*Convention on Human Rights and Biomedicine*), te Konvencije o pravima deteta. U okvirima Saveta Evrope, 2002. godine usvojena je Preporuka o palijativnom zbrinjavanju, gde se pozivaju države članice da, na nacionalnom nivou, uključe standarde palijativnog zbrinjavanja kako u opšte zdravstvene strategije tako i u posebne planove, odnosno programe koji se odnose na lečenje karcinoma, HIV-a ili u one koje regulišu oblast gerijatrije.¹⁶² To nedvosmisleno ukazuje da je palijativno zbrinjavanje prepoznato kao integralni deo zdravstvenog sistema i neotuđivi element prava građanina na

¹⁶⁰ *Ibid.*, 1097.

¹⁶¹ Uredba o nacionalnom program za palijativno zbrinjavanje dece u Republici Srbiji, *Službeni glasnik RS*, broj 22 od 4. marta 2016. godine, - Nacionalni program za palijativno zbrinjavanje dece u Republici Srbiji, čl. 6, st. 7.

¹⁶² Council of Europe, *Recommendation of the Committee of Ministers to the Member States on the organisation of palliative care*, 12 November 2003, [http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/ Rec%282003%2924_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec%282003%2924_en.pdf)

zdravstvenu zaštitu. Dalje, potrebno je razvijati kvalitetno zbrinjavanje, koje se sprovodi humano, sa namerom da postane suštinski deo zdravstvene zaštite za pacijente koji se bliže kraju života.¹⁶³

Ove godine u Republici Srbiji sprovedena je reforma zdravstvenog zakonodavstva, usvajanjem novih sistemskih zakona – Zakona o zdravstvenoj zaštiti¹⁶⁴ i Zakona o zdravstvenom osiguranju.¹⁶⁵ Zakon o zdravstvenoj zaštiti posvećuje nekoliko članova palijativnom zbrinjavanju, određivanjem formi u okviru kojih se može organizovati palijativno zbrinjavanje. Članom 84 ZZZ određuje se Zavod za gerijatriju i palijativno zbrinjavanje, kao zdravstvena ustanova koja obavlja zdravstvenu zaštitu starih lica i sprovodi mere za očuvanje i unapređenje zdravlja i prevenciju bolesti, delatnost kućnog lečenja, zdravstvene nege i rehabilitacije starih lica, kao i poslove palijativnog zbrinjavanja starih lica, odnosno lica svih starosnih dobi. Zakon predviđa mogućnost da Zavod može imati i stacionar, kao i ambulantu za bol. U narednom članu (član 85 ZZZ) definiše se da Zavod za palijativno zbrinjavanje obavlja poslove palijativnog zbrinjavanja lica svih starosnih dobi. Takođe, predviđa se mogućnost Zavoda da može imati stacionar, kao i ambulantu za bol.¹⁶⁶ Upoređujući sa doskorašnjim Zakonom o zdravstvenoj zaštiti,¹⁶⁷ uočavamo da je novi Zakon prepoznao značaj palijativne

¹⁶³ Uredba o nacionalnom program za palijativno zbrinjavanje dece u Republici Srbiji, *Službeni glasnik RS*, broj 22 od 4. marta 2016. godine, - Nacionalni program za palijativno zbrinjavanje dece u Republici Srbiji, čl. 6, st. 8.

¹⁶⁴ Zakon o zdravstvenoj zaštiti, *Službeni glasnik RS*, br. 25/2019.

¹⁶⁵ Zakon o zdravstvenom osiguranju, *Službeni glasnik RS*, br. 25/2019.

¹⁶⁶ Zakon o zdravstvenoj zaštiti, čl. 84, 85.

¹⁶⁷ Zakon je predvideo postojanje samo Zavoda za gerijatriju i palijativno zbrinjavanje, kao zdravstvene ustanove u kojoj se obavlja zdravstvena zaštita starih lica i sprovode mere za očuvanje i unapređenje zdravlja i prevenciju bolesti ove populacione grupe, odnosno koja obavlja i delatnost kućnog lečenja i nege, palijativnog zbrinjavanja i rehabilitacije starih lica. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, *Službeni glasnik RS*, br. 107/2005, 72/2009 – drugi zakon, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 – drugi zakon, 93/2014, 96/2015 i 106/2015. Tumačenjem navedene definicije, uočava se da je Zakonom određena samo jedna

nege i lečenja, predviđajući osnivanje Zavoda za palijativno zbrinjavanje. Opravdanim se smatra osnivanje Zavoda za palijativno zbrinjavanje, uzimajući u obzir, rastuće potrebe za ovim vidom zdravstvene zaštite, nastale kao posledica demografskih promena, odnosno starenja stanovništva,¹⁶⁸ kao i sve većeg broja obolelih od bolesti koje imaju progresivni tok (npr. maligna oboljenja, kardiovaskularne bolesti, dijabetes, neuromuskularna oboljenja, cerebrovaskularne bolesti, itd.), HIV/AIDS-a, saobraćajnog traumatizma i drugo. U prilog tome, utvrđeni demografski trendovi predviđaju dalje povećanje zastupljenosti starih u ukupnoj populaciji, odliv mladih u inostranstvo, kao i produženje očekivane dužine života, što neminovno dovodi do povećanje zastupljenosti starijih lica, koji imaju i preko 80 i više godina. Samim tim, povećava se i zastupljenost hronično obolelih i funkcionalno zavisnih lica (npr. maligna oboljenja, oboljenja koštano-mišićnog sistema, hronične opstruktivne bolesti pluća, osteoporoza kao glavni uzrok invalidnosti starih i sl.). Stoga će biti sve neophodnije usluge službi za kućno lečenje i palijativno zbrinjavanje, imajući u vidu i zastupljenost starih koji žive sami, neretko i bez podrške porodice.¹⁶⁹

Uzimajući u obzir sve prethodno navedeno, 2009. godine usvojena je Strategija za palijativno zbrinjavanje. Prema Strategiji, predviđeno je da se palijativno zbrinjavanje odvija na svim nivoima zdravstvene

grupa stanovništva – stara lica, apstrahujući sve ostale kategorije obolelih lica, kojima je neophodna palijativna nega i lečenje.

¹⁶⁸ Projekcije vezane za starosni sastav stanovništva u Srbiji za period od 2010. do 2060. godine, pokazale su da bi na kraju posmatranog perioda broj starih 65 i više godina dostigao 1,5 miliona stanovnika, što je za 240 hiljada više nego 2010. godine (G. Penev, Projekcije stanovništva Srbije od 2010. do 2060. godine, 2013, dostupno na: <http://www.fiskalnisanet.rs/doc/istrazivacki-radovi/studija-projekcije-stanovnistva-srbije-od-2010-2060-penev.pdf>, 18). Osim toga, Nikitović ukazuje da, shodno projekcijama za period od 1950. do 2050., u Srbiji demografsko starenje predstavlja dominantan demografski proces, te da ni u najpovoljnijem razvoju događaja ne postoji mogućnost da se ono zaustavi, gde se medijalna starost sa 41,1 godine u 2008. povećava na 46,4 2050. godine. V. Nikitović, „Srbija kao imigraciona zemlja –očekivana budućnost?“, *Stanovništvo*, br. 1/2009, 45.

¹⁶⁹ Strategija za palijativno zbrinjavanje, *Službeni glasnik RS*, br. 17/2009, 2-3.

zaštite. Analizom dotadašnje organizacije, rada službi kućnog lečenja i nege i kadrovske strukture u domovima zdravlja, utvrđeno je da 59,3% domova zdravlja u Srbiji nema osnovanu posebnu organizacionu službu kućnog lečenja i nege, već se delatnost ove službe obavlja u okviru zdravstvene zaštite odraslih (opšta medicina, hitna medicina, polivalentna patronaža). Na teritoriji grada Beograda postoji specijalizovana zdravstvena ustanova (Gradski zavod za gerontologiju, Beograd), koji pruža usluge kućnog lečenja i palijativnog zbrinjavanja na dnevnom nivou, za oko 1500 starih i teško obolelih osoba.¹⁷⁰

Na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite, Zakon o zdravstvenoj zaštiti omogućava bolnicama da obavljaju produženo bolničko lečenje i negu, palijativno zbrinjavanje, fizikalnu medicinu i rehabilitaciju, kao i lečenje obolelih u toku dnevnog rada (dnevna bolnica).¹⁷¹ Uredba o planu mreže zdravstvenih ustanova određuje kapacitet bolničkih ustanova za produženo lečenje i negu (gerijatrija, palijativno zbrinjavanje, hemioterapija, fizikalna medicina i rehabilitacija) i to 0.20 postelja na 1000 stanovnika.¹⁷² Pravilnikom je određen i maksimalan broj angažovanog kadra u odeljenjima za produženo lečenje i negu u opštoj bolnici, i to osam doktora medicine i 50 medicinskih sestara – tehničara sa višom odnosno srednjom školskom spremom, u specijalnoj bolnici pet doktora medicine i 75 zdravstvenih radnika sa višom odnosno srednjom školskom spremom, dok je maksimalan broj ljudstva u klinici u internističkoj oblasti i rehabilitaciji osam doktora medicine specijaliste iz odgovarajuće grane medicine i 20 medicinskih sestara – tehničara sa višom odnosno srednjom školskom spremom.¹⁷³

¹⁷⁰ Strategija za palijativno zbrinjavanje, *Službeni glasnik RS*, br. 17/2009, 4-5.

¹⁷¹ Zakon o zdravstvenoj zaštiti, čl. 91, st. 8.

¹⁷² Uredba o planu mreže zdravstvenih ustanova, *Službeni glasnik RS*, br. 42/2006, 119/2007, 84/2008, 71/2009, 85/2009 i 24/2010, čl. 22, st. 1.

¹⁷³ Pravilnik o bližim uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe, *Službeni glasnik RS*, br. 43/2006, 112/2009, 79/2011, 10/2012, 119/2012, 22/2013, čl. 19, st. 1, tač. 11, čl. 25, st. 1, tač. 1, čl. 26, st. 1, tač. 1.

Prema Strategiji za palijativno zbrinjavanje, predviđeno je formiranje posebnih jedinica za palijativno zbrinjavanje u okviru odeljenja za produženo lečenje i negu pri opštim bolnicama. Kada je doneta Strategija, napravljen je plan bolnica pri kojima bi trebalo osnovati ove posebne jedinice, vodeći računa o demografskoj situaciji u zemlji, bolestima i stanjima koja dovode do potreba za palijativnim zbrinjavanjem, geografskoj distribuciji ovih ustanova, ali i o nepopunjenosti postojećih kapaciteta. Broj postelja u pojedinim jedinicama kreće se od 4 do 16 postelja. Ovaj broj trebao bi da bude adekvatan shodno teritoriji koju pokriva, ukoliko uzmemo u razmatranje međunarodni standard, koji je skreće u rasponu od 50 do 80 postelja na milion stanovnika.¹⁷⁴ Strategijom je bilo predviđeno da se u prvoj fazi, od 2009. do 2012. godine osnuju jedinice za palijativno zbrinjavanje u 13 zdravstvenih ustanova sa ukupnim brojem postelja 140, i to: u opštim bolnicama u Subotici, Somboru, Zrenjaninu, Smederevskoj Palanci, Čupriji, Zaječaru, Loznici, Užicu, Vranju, specijalnoj bolnici u Vrnjačkoj Banji, KBC Zemun i Zvezdara, Klinički centar u Nišu. U drugoj fazi implementacije predviđeno je formiranje jedinica za palijativno zbrinjavanje sa još 160 postelja u opštoj bolnici u: Kikindi, Pančevu, Vrbasu, Sremskoj Mitrovici, Valjevu, Požarevcu, Boru, Čačku, Kruševcu, Pirotu, Prokuplju, Kosovskoj Mitrovici, KBC "Bežanijska kosa", "Dragiša Mišović – Dedinje", Klinički centar u Kragujevcu.¹⁷⁵ Prema raspoloživim informacijama, na osnovu istraživanja koje je sprovedeno na teritoriji Autonomne pokrajine Vojvodina tokom 2015. godine utvrđeno je da su jedinice za palijativno zbrinjavanje osnovane pri opštim bolnicama u Subotici, Zrenjaninu, Sremskoj Mitrovici, Kikindi, dok je u Somboru otvoreno odeljenje za palijativno zbrinjavanje. U drugim mestima ističu da jedinice za palijativno zbrinjavanje nisu osnovane zbog manjka ljudskih kadrova, ali i nedostatka finansijskih sredstava. U opštoj bolnici u Pančevu navode da imaju 42 postelje namenjene za Odeljenje

¹⁷⁴ Informativni bilten asocijacije centara za socijalni rad Srbije, *Glas centara*, Vrnjačka Banja, br. 41, decembar 2013, 23.

¹⁷⁵ Strategija za palijativno zbrinjavanje, 6.

produžene nege i lečenja, ali da ono nije u funkciji usled nedostatka prostora.¹⁷⁶

Na tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, Strategijom za palijativno zbrinjavanje predviđeno je formiranje konsultativnog tima u ustanovama zdravstvene zaštite, poput kliničkih centara i instituta. Određeno je da direktor nadležne ustanove, na predlog Stručnog saveta ustanove, imenuje konsultativni tim koji uspostavlja saradnju sa timovima na primarnom i sekundarnom nivou zdravstvene zaštite, odnosno pruža stručnu pomoć u rešavanju problema pacijenata koji su na palijativnom zbrinjavanju. Predviđa se da konsultativni tim čine doktor medicine, specijalista određene grane medicine i medicinska sestra sa visokim ili višim stepenom obrazovanja.¹⁷⁷ Takođe, predviđa se formiranje centra za razvoj palijativnog zbrinjavanja u Institutu za onkologiju i radiologiju Srbije, u čijoj je nadležnosti praćenje, istraživanje i predlaganje mera za unapređenje razvoja palijativnog zbrinjavanja. Delokrug poslova centra pretpostavlja i uspostavljanje saradnje sa Svetskom zdravstvenom organizacijom, međunarodnim organizacijama i udruženjima građana, medicinskim fakultetima u zemlji i inostranstvu s ciljem unapređenja palijativne medicine.¹⁷⁸

Na osnovu sprovedenog istraživanja u nekoliko fokus grupnih intervjua tokom proleća 2019. godine, održanih u Beogradu, Novom Sadu i Nišu, sa korisnicima palijativne nege i pružaocima usluga, u više navrata ukazano je na nedostatak broja postelja za palijativno zbrinjavanje, odnosno sve učestalijom potrebom za produženom negom i palijativnim zbrinjavanjem u zdravstvenim ustanovama. Imajući u vidu da je nedavno usvojen novi Zakon o zdravstvenoj zaštiti, te neophodnosti izmene i dopune pratećih podzakonskih akata, predlažemo izmene Uredbe o planu mreže zdravstvenih ustanova koje se tiču povećanja broja postelja za palijativno

¹⁷⁶ Pokrajinski zaštitnik građana Autonomne pokrajine Vojvodine – Ombudsman, Organizacija palijativnog lečenja i nege i ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu u oblasti palijativnog lečenja na području AP Vojvodine, Novi Sad, 2015, 13-14.

¹⁷⁷ Strategija za palijativno zbrinjavanje, 6-7.

¹⁷⁸ *Ibid.*, 7.

zbrinjavanje. Naime, time bi se stvorili preduslovi da se pored opštih bolnica, osnuju jedinice za palijativno zbrinjavanje i u specijalnim bolnicama, koje obavljaju zdravstvenu delatnost na sekundarnom nivou, a pritom imaju neiskorišćene kapacitete. Osim pomenutog problema, ukazano je na još jedan problem, nedostatak ljudskog kadra, pogotovo medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara. Ovaj problem se produbljuje sve češćim odlaskom medicinskog osoblja u inostranstvo, kao i zabranom zapošljavanja u javnom sektoru. Stoga je u narednom periodu neophodno intenzivnije kadrovsko osnaživanje palijativne nege i lečenja na svim nivoima zdravstvene zaštite.

Nadležnosti socijalnih službi u pružanju palijativne nege

Uloga ustanova socijalne zaštite, i socijalnih radnika uopšte, u kontekstu pružanja palijativne nege ne sme da bude zanemarena. Iako je značaj posebnih, odnosno dodatnih mera zdravstvene zaštite usmerenih ka pacijentima u terminalnoj fazi socijalnih rizika bolesti i starosti, a čiji se položaj kvalifikuje kao naročito vulnerabilan, dominantan, specijalizovane i koordinisane mere socijalne zaštite, u ovom domenu, u velikoj meri doprinose ostvarivanju vrednosti ljudskog dostojanstva pojedinaca. Pregledom literature, naročito stranih autora, uloga socijalne zaštite u palijativnom zbrinjavanju je uglavnom posmatrana kroz odgovornost socijalnih radnika i njihovo učešće u zdravstvenoj negi u periodu koji je, zatim, definisan kao usluga na kraju života pacijenta (eng. *End-of-life care*), ne kao posebna usluga sistema socijalne zaštite.¹⁷⁹ Međutim, osnivanjem i razvojem hospisa, kao multidimenzionih jedinica, gde multidisciplinarni timovi (zdravstveni radnik, socijalni radnik, psiholog, sveštenik) pružaju sveobuhvatne usluge pacijentima u završnoj fazi bolesti, na kraju života, kao i članovima njihovih porodica, a na osnovu pacijentovih potreba i želja bez diskriminacije po bilo kom osnovu, došlo je do potrebe sagledavanja uloge

¹⁷⁹ C. A. Couture, "*Hospice social work and the Patient Protection and Affordable Care Act*", Theses, Dissertations, and Projects. 1709, 2016, 25.

socijalnih radnika u palijativnom zbrinjavanju, uzimajući u obzir biopsihosocijalne potrebe pacijenata i članova porodice. Naime, razvoj hospisa doveo je do prepoznavanja značaja socijalnog rada u pristupu palijativnom zbrinjavanju, a u kontekstu holističkog pristupa u oblasti ostvarivanja ljudskih prava, naročito onih iz grupe ekonomsko-socijalnih, ali i specijalizacije pojedinih, gde se pravo na palijativnu negu, danas, sve češće definiše i kao posebno pravo.

Po ugledu na rešenja u međunarodnom i uporednom pravu, i u Srbiji je za oblast palijativnog zbrinjavanja primaran sistem zdravstvene zaštite, gde su, prema postojećem zakonskom okviru, jedinice za palijativno zbrinjavanje prepoznate kao usluge dugotrajne nege i lečenja u ustanovama sekundarnog nivoa zdravstvene zaštite, i kao služba kućnog lečenja i nege koja deluje u okvirima primarnog nivoa zdravstvene zaštite. Jedino na nivou Grada Beograda postoji ustanova specijalizovana za kućno lečenje, negu i palijativno zbrinjavanje (Gradski zavod za gerontologiju), gde se obezbeđuju usluge zdravstvene zaštite, kao deo produženog bolničkog lečenja ili se pružaju usluge palijativnog zbrinjavanja za stara lica.¹⁸⁰ Na osnovu navoda ispitanika, odnosno zaposlenih u Gradskom zavodu, učesnika u fokusgrupnom intervjuu, koje je sprovedeno u okviru ove studije, u Zavodu se primenjuje multidisciplinarni pristup pacijentu, uz obavezno učešće socijalnog radnika, ali i psihijatra, odnosno fizijatra. Osim toga, ispitanici ukazuju na dobru obučенost zaposlenih, plan za formiranje stacionara u budućnosti, uz postojeće ambulate i rad na terenu. Kao lica kojima je potrebna palijativna nega, osim starih, prepoznaju se i deca obolela od teških, neizlečivih bolesti, zbog čega je Vlada RS usvojila podzakonski opšti akt, odnosno Uredbu o nacionalnom programu za palijativno zbrinjavanje dece u RS.¹⁸¹ Uredbom se utvrđuje mogućnost pružanja usluge u posebnim hospisima za decu van bolničkih ustanova sa specijalizovanom namenom, zatim osnivanje multidisciplinarnih

¹⁸⁰ G. Matković, "Dugotrajna nega starih u Srbiji – stanje, politike i dileme," *Stanovništvo*, br. 1/2012, 7.

¹⁸¹ Uredba o nacionalnom programu za palijativno zbrinjavanje dece u RS, *Službeni glasnik RS*, br. 22 od 4. marta 2016. godine.

pedijatrijskih timova u čiji sastav ulazi i socijalni radnik, te se ukazuje na nedovoljnu saradnju zdravstvenih i socijalnih ustanova, što je od posebne važnosti za ostvarivanje zaštite i kvalitet usluge.

U Srbiji je 2005. godine usvojena Strategija razvoja socijalne zaštite¹⁸² koje je prestala da važi, a nova nije usvojena, iako je javnosti dostupan Nacrt Strategije socijalne zaštite u R Srbiji 2019-2025. Shodno Strategiji iz 2005. godine, kao osnovni ciljevi u politici socijalne zaštite, navode se deinstitutionalizacija, decentralizacija, uključivanje različitih socijalnih aktera u koncipiranje politike, uključujući i specijalizovane socijalne nevladine organizacije, integrativnost u pristupu korisnicima, kao i razvijanje i jačanje međusektorske saradnje, naročito u oblasti zdravstva, socijalne zaštite, zapošljavanja i obrazovanja. Posebno se naglašava pristup koji počiva na specijalizaciji potreba i usluga, shodno karakteristikama grupe korisnika, odnosno fokus je na uvođenju specijalizovanih programa podrške za posebne grupe korisnika, koje se definišu kao vulnerabilne. Osim toga, tendencija je i pluralizacija pružaoca usluga iz javnog, privatnog i nevladinog sektora uspostavljanjem javno-privatnog partnerstva, kao i uvođenje novih, inovativnih i fleksibilnih usluga za različite grupe korisnika. Prema navodima iz Strategije razvoja socijalne zaštite (2005) dominira rezidencijalni, odnosno institucionalni smještaj, kao najzastupljenija usluga socijalne zaštite, gde se u državnim ustanovama za stare smješta znatan broj korisnika sa medicinskim indikacijama, psihijatrijskim problemima i hroničnim bolestima, i to sve do terminalne faze, često bez adekvatnih materijalnih i kadrovskih uslova.¹⁸³ U Nacrtu Strategije socijalne zaštite za period od 2019. do 2025. stoji podatak da je došlo do povećanja broja korisnika u domovima za stare, s tim da je ukupan obuhvat starijih u domskom smještaju u Srbiji manji nego u drugim evropskim državama, gde kako u državnim tako i u privatnim domovima, stoji da se korisnici opredeljuju za smještaj "tek u poodmaklom stadijumu bolesti i

¹⁸² Strategija razvoja socijalne zaštite, *Službeni glasnik RS*, br. 108/2005.

¹⁸³ G. Matković, „Dugotrajna nega starih u Srbiji – stanje, politike i dileme“ *Stanovništvo*, br. 1/2012, 6.

nemoći" dok jedan broj privremeno koristi nakon bolničkog lečenja.¹⁸⁴ Kao cilj utvrđena je potreba za kombinovanjem zdravstvenih i socijalnih usluga, posebno u kontekstu palijativne nege, koja postoji samo u okviru domske zaštite dok se u zdravstvenom sistemu tek uspostavlja.¹⁸⁵ Ovaj cilj treba da se ostvari na srednji rok, gde je neophodno definisanje uloge domske zaštite u sistemu palijativne nege, ali i donošenje protokola kako bi se unapredila zaštita korisnika koji koriste usluge zdravstvene i socijalne zaštite.¹⁸⁶

Pravni osnov za međusektorsku saradnju, kao i integrativni pristup korisnicima u okvirima sprovođenja specijalizovanih programa podrške vulnerabilnim kategorijama, kakvi su, svakako, palijativni pacijenti, u sistemu socijalne sigurnosti nalazi se u čl. 60. Zakona o socijalnoj zaštiti. Ovim članom se predviđa da se za korisnike koji zbog svog specifičnog socijalnog i zdravstvenog statusa imaju potrebu za socijalnim zbrinjavanjem i stalnom zdravstvenom zaštitom mogu osnivati posebne zdravstveno-socijalne jedinice bilo u okviru ustanova socijalne zaštite ili u okviru zdravstvenih ustanova.¹⁸⁷ Ove specijalizovane jedinice u Srbiji još uvek nisu osnovane dok se može reći da njihov položaj odgovara hospisima, koji se pak pretežno osnivaju kao privatne institucije, odnosno od strane nevladinog sektora, te obavljaju delatnost van sistema uz određenu saradnju koja je još uvek nedovoljna na čemu je potrebno raditi u budućnosti, naročito, jer važeći zakonodavni okvir predviđa saradnju javnog i privatnog, odnosno nevladinog sektora, po osnovu tendencija u međunarodnom i uporednom pravu, koje se tiču razvoja javno-privatnog partnerstva i pluralizacije pružalaca usluga, uz fokus na kvalitet same usluge i okrenutost ka korisniku. Podzakonski akti vezano za ovaj član Zakona nisu doneti, a prema

¹⁸⁴ Nacrt Strategije socijalne zaštite u RS za period od 2019. do 2025, Inicijalna verzija, 27. mart 2019, dostupno na: <http://www.udruzenjesz.rs/images/PDF/nacrt-strategije-socijalne-zastite-2019-2025-27032019.pdf>

¹⁸⁵ *Ibid.*

¹⁸⁶ *Ibid.*

¹⁸⁷ Zakon o socijalnoj zaštiti, *Službeni glasnik RS*, br. 108/2011, čl. 60.

navodima ispitanika u fokusgrupnom intervjuu, standardi pružanja palijativne nege u okvirima sistema socijalne zaštite, takođe, nisu usvojeni, što ukazuje na nezadovoljavajuće stanje u ovoj oblasti. Ovde treba ukazati na to, da hospisi, te i same socijalno-zdravstvene jedinice ne treba da budu organizovane kao stacionari za rezidencijalni smeštaj, već više kao tip predah smeštaja za pacijente i članove porodica, što je, inače, i stanovište ispitanika, odnosno zdravstvenih radnika, učesnika u fokusgrupnom intervjuu.

Saradnja zdravstvenih i ostalih socijalnih aktera u pružanju palijativne nege

Saradnja zdravstvenih i socijalnih službi posebno je izražena u pružanju palijativne nege i lečenja, budući da pacijenti i njihove porodice imaju različite potrebe, u zavisnosti od faze bolesti kroz koju prolaze, što neminovno zahteva angažovanje brojnih stručnjaka iz različitih oblasti.

Međusobna saradnja i podrška zdravstvenih radnika na svim nivoima zdravstvene zaštite je preko potrebna. Upravo ta saradnja doprinosi širenju osnovnog principa i filozofije palijativne nege i lečenja – holistički pristup patnji pacijenta i članova njegove porodice. Punom saradnjom na svim nivoima zdravstvene zaštite omogućava se procedura upućivanja pacijenata, odnosno kontinuitet zbrinjavanja pacijenata. Jedan tim za palijativnu negu pomaže pojedinim pacijentima i njihovom porodicama, dok dobro razvijena mreža timova za palijativnu negu pomaže celokupnoj populaciji.¹⁸⁸

Osim uspostavljanja adekvatne saradnje zdravstvenog i socijalnog sektora, neophodno je uključiti i sektor civilnog društva u pružanje palijativne nege. Sem toga, lokalne zajednice takođe mogu doprineti na više načina promovisanju i razvoju palijativnog zbrinjavanja (prikupljanjem finansijskih sredstava, angažovanjem volontera).

¹⁸⁸ Priručnik za studente iz predmeta palijativna medicina, Razvoj palijativnog zbrinjavanja u Srbiji, avgust 2012, 124.

Dobra saradnja na lokalnom, regionalnom i nacionalnom nivou je izuzetno bitna, s obzirom da palijativna nega i lečenje nije u nadležnosti samo jednog sektora, već više njih: sektor zdravstvene zaštite, sektor socijalne zaštite, sektor obrazovanja, što treba da doprinese sveobuhvatnom unapređenju palijativne nege i lečenja.¹⁸⁹

Uzimajući u razmatranje da palijativna nega i lečenje zahteva multidisciplinarni pristup, prevashodno saradnju ustanova zdravstvene i socijalne zaštite, uočavamo da se u praksi ovakav vid saradnje mahom i realizuje, premda nije formalizovan (samo 8 domova zdravlja na teritoriji AP Vojvodine navelo je da ima potpisan protokol o saradnji sa centrom za socijalni rad ili gerontološkim centrima). Kao primer dobre prakse, navodimo opštu bolnicu "Dr Radivoj Simonović" u Somboru, u kojoj postoji dobra saradnja ustanova zdravstvene i socijalne zaštite u pružanju palijativne nege. Na odeljenju za palijativnu negu angažovan je lekar i sedam medicinskih tehničara, a usluge palijativne nege pružaju i socijalni radnici, psiholozi, farmaceuti.¹⁹⁰

Na osnovu sprovedenog istraživanja uočava se da je krucijalan problem u obezbeđivanju i pružanju palijativne nege i lečenja pacijenata nedostatak zdravstvenih radnika – lekara i medicinskih sestara/tehničara, ali i drugog nemedicinskog osoblja (psihologa, psihoterapeuta, fizioterapeuta, farmaceuta, socijalnih radnika). Premda je tokom trajanja projekta "Razvoj palijativnog zbrinjavanja u Srbiji" održan nemali broj edukacija u ovoj oblasti, uz prisustvo brojnih učesnika, ukazuje se da i dalje postoji potreba za obukom većeg broja zdravstvenih radnika i saradnika. Ova obuka treba da se sprovodi, kontinuirano, i za socijalne radnike.

Sprovedeno istraživanje, kao i komparativna analiza svakako može doprineti daljem unapređenju palijativne nege i lečenja, ukazivanjem na značaj palijativne nege, aktivnim promovisanjem u

¹⁸⁹ *Ibid.*

¹⁹⁰ Pokrajinski zaštitnik građana Autonomne pokrajine Vojvodine – Ombudsman, Organizacija palijativnog lečenja i nege i ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu u oblasti palijativnog lečenja na području AP Vojvodine, Novi Sad, 2015, 14, 17.

medijima, uticanjem na kreatore javnih politika, u kontekstu izmene i dopune trenutne regulative. Takav rad trebalo bi da bude sveobuhvatan, ukorenjen u načelima obezbeđenja javnog zdravlja, uzimajući u razmatranje odredbe o palijativnoj nezi u okviru zdravstvene politike, politike socijalne zaštite, ali i etičke i kulturne činioce. Ovakav rad pretpostavlja kompleksan pristup u regulisanju palijativne nege, kombinujući zakonodavni okvir uz aktivno učešće civilnog društva i volonterskih organizacija.¹⁹¹

Zaključak

Na osnovu prethodno navedenog konstatujemo da uprkos preduzetim merama i aktivnostima s ciljem poboljšanja usluge palijativne nege i lečenja, i dalje postoji obilje prepreka u normalnom odvijanju pružanja palijativne nege, pre svega, nedostatak ukupnih kapaciteta zdravstvenih ustanova na svim nivoima zdravstvene zaštite, kao i nedovoljno aktivno učešće ustanova socijalne zaštite u pružanju palijativne nege. Osim toga, odredba čl. 60 Zakona o socijalnoj zaštiti nije implementirana, pa tako još uvek nisu osnovane specijalizovane zdravstveno-socijalne jedinice namenjene naročito vulnerabilnim kategorijama, kakva su i lica sa potrebom za palijativnim zbrinjavanjem, iako postoji definisan pravni osnov. Pozitivni pomaci su zapaženi, ali su nedovoljni. Svakako, gorući problem u pružanju adekvatne palijativne nege na svim nivoima zdravstvene zaštite predstavlja nedostatak medicinskog osoblja, kao i njihova obučenost. Pomenutom problemu doprinosi i podatak da shodno Zakonu o budžetskom sistemu, korisnici javnih sredstava ne mogu zasnivati radni odnos s novim licima u cilju popunjavanja slobodnih i upražnjenih mesta do kraja 2019. godine.¹⁹² Ovde treba ukazati i na

¹⁹¹ C. Centeno, D. Clark, T. Lynch et al., "Facts and indicators on palliative care development in 52 countries of the WHO European region: results of an EAPC task force", *Palliative Medicine*, 2007, 8.

¹⁹² Zakon o budžetskom sistemu. *Službeni glasnik RS*, br. 54/2019, 73/2010, 101/2010, 101/2011, 93/2012, 62/2013 – ispr. 108/2013, 142/2014, 68/2015 – dr. zakon, 103/2015, 99/2016, 113/2017, 95/2018 i 31/2019.

problem odlaska medicinskog osoblja na rad u inostranstvo. Tako, učesnici u fokusgrupnom intervjuu, u smislu nedostatka kadra, su kao problem prepoznali i nedostupnost specijalista različitih grana medicine kao konsultanata zdravstvenim radnicima koji u okviru primarne zdravstvene zaštite pružaju uslugu kućne nege i pomoći. Pri tome, ukazuju na potrebu za većim brojem medicinskih tehničara i sestara u odnosu na lekare, shodno prirodi palijativne nege. Osim toga, ističu i to, da usluga palijativne nege nije prepoznata od strane Republičkog zavoda za zdravstveno osiguranje, kao moguća usluga koju sistem zdravstvene zaštite pruža, što je osnov za ostvarivanje prava iz zdravstvenog osiguranja, odnosno prava na zaštitu zdravlja. Stavovi ispitanika, zdravstvenih radnika u državnom sistemu zdravstvene zaštite, ukazuju i na to da se njihovo radno angažovanje u pružanju kućne nege u kontekstu palijative, prvenstveno, svodi na administrativne procedure, vremena je malo zbog nedostatka kadra, čime se sam kvalitet usluge zanemaruje.

Na osnovu rezultata sprovedenog istraživanja, a uzimajući u razmatranje primedbe i sugestije korisnika usluga i pružaoca usluga – zaposlenih u zdravstvenim ustanovama obuhvaćenim istraživanjem, preporučujemo donosiocima javnih politika u nadležnim organima da je neophodno:

- Obezbediti optimalnu dostupnost svih nivoa palijativnog lečenja i nege kroz adekvatne organizacione modele na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite;
- Obezbediti uslove u pogledu mogućnosti angažovanja dodatnog broja lekara i zdravstvenog osoblja (medicinske sestre i tehničari) u službama kućnog lečenja i nege na primarnom nivou (domovi zdravlja), odnosno, u jedinicama za pružanje palijativne nege na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite (bolnice);
- Uspostavljanje odgovarajuće koordinacije u oblasti palijativne nege, shodno holističkom i integrativnom pristupu, formiranjem stručnih tela za palijativno zbrinjavanje, odnosno,

uspostavljanjem i jačanjem intersektorske i međusektorske saradnje, kao i saradnje sa udruženjima građana putem javno-privatnog partnerstva;

- Stvaranje preduslova da se palijativno lečenje i nega sprovode i u ustanovama socijalne zaštite;
- Omogućiti i ojačati saradnju zdravstvenih ustanova i ustanova socijalne zaštite u pružanju usluga palijativnog lečenja i nege, po osnovu odredbi važećeg Zakona o socijalnoj zaštiti;
- Obezbeđivanje novčanih sredstava za nabavku odgovarajuće opreme (npr. vozni park), lekova i medicinskih pomagala, koji su potrebni pružaocima usluga palijativnog lečenja;
- Organizovanje edukacija svih učesnika koji su uključeni u palijativno zbrinjavanje: zdravstvenih radnika i saradnika na svim nivoima zdravstvene zaštite, socijalnih radnika, psihologa, pacijenata i članova njihovih porodica;
- Upoznavanje javnosti putem medija (štampanih i elektronskih) o značaju i specifičnostima palijativnog zbrinjavanja, organizovanjem multidisciplinarnih timova, i podsticanjem intersektorske i međusektorske saradnje;
- Na nacionalnom nivou, neophodno je definisati zdravstvenu, odnosno socijalnu politiku o palijativnom lečenju i saradnji sa zdravstvenim radnicima, socijalnim radnicima, udruženjima građana, pacijentima i njihovim porodicama.
- Unapređenje kvaliteta naučno-istraživačkog i stručnog rada u oblasti palijativnog zbrinjavanja – donošenjem protokola, standarda i vodiča dobre prakse; objavljivanjem relevantne naučne literature iz oblasti palijativne nege, uspostavljanjem međunarodne naučne i stručne saradnje, organizovanjem naučnih konferencija; realizacijom naučno-istraživačkih projekata iz oblasti palijativnog zbrinjavanja.

CIP – Katalogizacija u publikaciji
Narodna biblioteka Srbije
349:616-083(497.11)(082)(0.034.2)
364-787.9(497.11)(082)(0.034.2)

**UNAPREDJENJE ljudskih prava kroz razvoj usluga
palijativnog zbrinjavanja** = [Advancing human rights
through improved palliative care services] : istraživačka
studija / [priredila Hajrija Mujović]. - Beograd : Udruženje
pravnika za medicinsko i zdravstveno pravo Srbije -
SUPRAM, 2019 (Banjani : Znanje plus). - 1 elektronski optički
disk (CD-ROM) ; 12 cm

Sistemske zahteve: Nisu navedeni. - "Studija je nastala kao
rezultat istoimenog projekta 'Unapređivanje ljudskih prava
putem poboljšanja usluga palijativne nege' ..." --> kolofon. -
Nasl. sa naslovnog ekrana. - Tiraž 50.

(978-86-901426-0-6)

a) Палијативна нега -- Правни аспект -- Србија --
Зборници

COBISS.SR-ID 279203596