



Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu (SIPOCA 733)

NEVOIA DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE ÎN ROMÂNIA – PERSPECTIVA MEDICILOR DE FAMILIE

Dr. Elisabeth BRUMĂ, CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE



MEDICUL DE FAMILIE ÎN MODELE INTERNAȚIONALE DE IP ȘI ID STUDIATE

Ipoteză de lucru:

Muți oameni grav bolnavi pot beneficia de **îngrijiri paliative într-un stadiu incipient al bolii**. Acest lucru se aplică și **atunci când medicina curativă merită să prelungească viața joacă încă rolul principal**. Prin urmare, **îngrijirea paliativă este adesea implicată în îngrijirea de bază: la medicul de familie, prin îngrijirea la domiciliu, în spitalele de îngrijire acută, precum și în instituțiile medico-sociale.**



Modelul de îngrijiri paliative și îngrijiri la domiciliu din Belgia

Observații:

Medicii de familie **au identificat mai ușor pacienții cu cancer ca pacienți paliativi.**

Medicii de familie **au avut dificultăți în identificarea nevoilor paliative ale pacienților cu boli cronice** precum insuficiență cardiacă, BPOC sau demență, deoarece aceștia au un declin lent al sănătății.



Modelul de îngrijiri paleative și îngrijiri la domiciliu din Elveția

Observații:

Modelul de îngrijire a pacientului cu boli incurabile sau / și cu stadiu avansat al bolii cronice necesită **gestionarea în comun de către furnizorii de servicii în ambulatoriu și in spital**. Când un pacient este tratat în ambulatoriu, de obicei **medicul familie este cel care gestionează cazul**.

O bună coordonare, precum și **planificarea în avans** asigură continuitatea îngrijirii atât pentru cel bolnav, cât și pentru cei dragi. În cadrul echipei interprofesionale, formată din profesioniști și voluntari trebuie definit foarte rapid un **manager de caz**. Această misiune este **adesea asumată de medicii de familie** sau de profesioniștii care lucrează în organizații ajutor și îngrijire la domiciliu.



Modelul de îngrijiri paliative și îngrijiri la domiciliu din Olanda

Observații:

Îngrijirea paliativă este complexă. Pacienții au în general mai multe probleme care necesită o gama de furnizori de îngrijiri, rude și voluntari. **Împărțirea sarcinilor între furnizorii de servicii de îngrijire, familie și voluntari este diferită în fiecare caz și, de asemenea, se modifică în timpul procesului de boală.** Medicul de familie poate juca un rol din ce în ce mai proeminent pe măsură ce sfârșitul vieții se apropie.

Îngrijirea paliativă este multidisciplinară și implică **transferuri între îngrijirea primară și cea secundară, precum și între medicii de familie, asistenții medicali și alți furnizori locali de îngrijire.**

Pentru a aborda această problemă, a fost dezvoltat și implementat conceptul **de Grup de îngrijire la domiciliu paliativ** (PaTZ). Într-un PaTZ medici și asistenți medicali de district împreună analizează cazurile din regiune în care pacienții necesită îngrijiri paliative și, împreună cu experți externi, formează **o echipă de consultanță în îngrijiri paliative și elaborează un plan de îngrijire.**

Atât pacienții, cât și familiile lor trebuie încurajați și ajutați să se gândească la propriile dorințe referitoare la sfârșitul vieții la timp, posibil chiar înainte de faza finală a vieții, și să discute cu prietenii și rudele lor și cu furnizorii lor de îngrijire.



Modelul de îngrijiri paliative și îngrijiri la domiciliu din Australia

Observații:

*Instrucțiuni pentru sfârșitul vieții pentru îngrijirea în vârstă (ELDAC) este un **serviciu de consultanță națională specializată în îngrijirea paliativă și planificarea îngrijirii în avans.***

Acest serviciu cuprinde un **site web complet și un serviciu de consiliere telefonică care asigură furnizorilor de servicii de îngrijire medicală și socială, în special medicilor de familie, competențe și informații** pentru a ajuta pacienții în vârstă sau cu nevoi paliative, să beneficieze de îngrijire de înaltă calitate la sfârșitul vieții, într-un mediu familiar, cu puțină sau deloc nevoie de spitalizare.



Modelul de îngrijiri paleative și îngrijiri la domiciliu din Anglia

Observații:

Medicii de familie folosesc Indicele electronic al fragilității pentru a identifica în mod obișnuit persoanele care trăiesc cu fragilitate severă. **Folosirea unei abordări proactive a sănătății populației axată pe fragilitate moderată** va permite, de asemenea, detectarea și **intervenția mai timpurie** pentru tratarea tulburărilor nediatectate, cum ar fi insuficiența cardiacă. Pe baza nevoilor și alegerilor lor individuale, **persoanelor identificate ca având cele mai mari riscuri și nevoi** li se oferă asistență orientată atât pentru nevoile lor de sănătate fizică cât și mentală, care vor include afecțiuni musculo-scheletice, boli cardiovasculare, demență și fragilitate. **Echipele integrate primare și comunitare** colaborează cu pacienții pentru a-și menține independența, pentru a reduce semnificativ probabilitatea de recăderi și reducerea internărilor la spital.

Procesul de digitalizare: Conectarea **echipamentelor de monitorizare la domiciliu și portabile** permite din ce în ce mai mult NHS să prezică și să prevină evenimentele care altfel ar fi dus la internarea în spital.

Parteneriate de îngrijire integrată (ICP): PIC sunt alianțe între spitale, servicii comunitare, servicii de sănătate mintală și **medici de familie**, dar pot include și **asistență socială și furnizori din sectorul comunitar**. Furnizorii în aceste alianțe colaborează mai degrabă decât să concureze pentru a oferi servicii de sănătate și îngrijire locală populației.



Personalul se reunește ca o comunitate completă de îngrijire - cabinetele **medicilor de familie**, comunitate, sănătate mintală și spitale pentru îngrijiri acute, respectiv asistență socială și sectorul voluntar - pentru a se concentra asupra nevoilor populației locale și a oferi îngrijiri mai aproape de casele pacienților.

Caracteristici cheie care alcătuiesc o **unitate de îngrijire primară la domiciliu sau un centru rezidențial**:

- o forță de muncă integrată, cu un **accent puternic pe parteneriatele care acoperă asistența primară, secundară și socială**;
- o concentrare combinată asupra **personalizării** îngrijirii cu îmbunătățiri ale rezultatelor sănătății populației;
- factori clinici și financiari aliniați și acordarea de asistență unei populații definite înregistrate între **30.000 și 50.000**.

Rețelele de îngrijire primară ale cabinetelor medicilor locali și echipelor comunitare: În UK, au fost alocate fonduri pentru finanțarea echipelor multidisciplinare extinse ale comunității, aliniate cu noile rețele de asistență primară, care lucrează împreună, acoperind de obicei 30-50.000 de persoane.

Se **crează astfel o rețea de asistență medicală comunitară complet integrată**. Acest lucru este susținut prin formarea continuă și dezvoltarea de echipe multidisciplinare în centrele primare și comunitare.





ÎNGRIJIRI PALIATIVE
ȘI LA DOMICILIU



UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă
Competența face diferența!



Instrumente Structurale
2014-2020

Planul pe termen lung al NHS și alte reforme ale NHS: Rețelele de îngrijire primară sunt piatra de temelie a noului model de servicii prezentat în Planul pe termen lung al NHS, care a fost publicat în ianuarie 2019.

De ce îngrijirea socială este esențială: Îngrijirea primară și îngrijirea socială sunt aliați și parteneri naturali, cu scopul unitar de a ajuta oamenii să trăiască cât mai independent și mai sănătos posibil în propriile case și comunități. Ambele sectoarele se confruntă cu provocări comune - **îmbătrânirea populației și creșterea numărului de cazuri cronice și complexe**; boala conduce la cererea de servicii de sănătate și îngrijire care depășește resursele, este greu de recrutat și recalificat suficient personal și schimbările sociale și tehnologice alimentează așteptările mai mari ale publicului cu privire la servicii.

Linii de finanțare: Fondul **Better Care** este un **fond comun de sănătate și asistență socială**, văzut ca punctul de plecare de la care sănătatea sistemele vor ajunge la o serie de noi configurații organizaționale. Această abordare integrează nu numai bugete diferite, ci reunește, de asemenea, beneficiarii și furnizorii într-**un singur model organizațional**. Limita organizațională a finanțării disponibile încurajează **îngrijirea preventivă și proactivă a populației pentru a reduce costurile**.



Palliative Care and Pain Control

In: Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty. 3rd edition. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2017 Nov 27. Chapter 12

[Eric L Krakauer](#), [Xiaoxiao Kwete](#), [Stéphane Verguet](#), [Hector Arreola-Ornelas](#), [Afsan Bhadelia](#), [Oscar Mendez](#), [natalia M Rodriguez](#), [Zipporah Ali](#), [Silvia Allende](#), [James F Cleary](#), [Stephen Connor](#), [Kristen Danforth](#), [Liliana de Lima](#), [Liz Gwyther](#), [Ednin Hamzah](#), [Dean T Jamison](#), [Quach Thanh Khanh](#), [Suresh Kumar](#), [Emmanuel Luyirika](#), [Anne Merriman](#), [Eqide Mpanumusingo](#), [Diana Nevzorova](#), [Christian Ntizimira](#), [Hibah Osman](#), [Pedro Perez-Cruz](#), [M R Rajaopala](#), [Lukas Radbruch](#), [Dingle Spence](#), [Mark Stoltenberg](#), [Neo Tapela](#), [David A Watkins](#), [Felicia Knaul](#), [Dean T Jamison](#), [Hellen Gelband](#), [Susan Horton](#), [Prabhat Jha](#), [Ramanan Laxminarayan](#), [Charles N Mock](#), [Rachel Nugent](#)

Capitolul se bazează direct pe activitatea Comisiei Lancet privind accesul global la îngrijirea paliativă și controlul durerii (Knaul și alții 2017) și descrie **un pachet esențial (PE) de servicii și tratamente de îngrijire paliativă care ar putea și ar trebui să fie accesibile tuturor de pretutindeni**, precum și crearea de site-uri sau platforme cu informații despre locul unde aceste servicii și tratamente ar putea fi oferite.

PE este o **responsabilitate etică a tuturor sistemelor de îngrijire a sănătății și o componentă necesară a acoperirii universale a sănătății** .



PE de îngrijire paliativă și control al durerii este conceput pentru:

- Prevenirea sau ameliorarea celor mai frecvente și severe suferințe legate de boli sau vătămări.
- A fi accesibil, chiar și în țările cu PIB mic, fiind conceput special pentru a fi **pachetul minim acceptabil pentru cele mai mici venituri**.
- A oferi protecție împotriva riscurilor financiare pentru pacienți și familii, fiind o alternativă realistă la tratamentul costisitor, cu valoare redusă.

Se compune dintr-o listă de medicamente, pe baza modelului OMS Lista de medicamente esențiale pentru îngrijiri paliative (OMS 2015b, 2015c). Importantă în această listă este **morfina cu eliberare imediată.**

Morfina, în preparatele injectabile orale cu eliberare imediată, trebuie să fie accesibilă în formă și doză adecvate pentru orice pacient cu dispnee terminală sau cu durere moderată sau severă, fie acută, cronică și asociată cu malignitate, fie cronică la un pacient cu prognostic terminal.



Toți medicii care au grijă de pacienții cu durere moderată sau severă caracteristică afecțiunilor ce necesită IP sau de pacienții cu dispnee terminală, **ar trebui să poată prescrie morfină orală și injectabilă** în orice doză necesară pentru a oferi o ameliorare adecvată.

Printre celelalte medicamente paliative esențiale se numără **haloperidolul oral și injectabil și fluoxetina orală sau un alt inhibitor selectiv al recaptării serotoninei (ISRS)**. Deși aceste medicamente sunt considerate medicamente psihiatrice sau psihotrope, acestea au multiple utilizări esențiale în îngrijirea paliativă și sunt sigure și ușor de prescris. De exemplu, haloperidolul este medicamentul de primă linie în multe cazuri pentru ameliorarea stărilor de greață, vărsături, agitație, delir și anxietate. Fluoxetina, este farmacoterapia de primă linie pentru starea de spirit deprimată sau anxietatea persistentă, ambele fiind frecvente în rândul pacienților cu probleme de sănătate grave, complexe sau care limitează viața.

Toți medicii de la orice nivel al sistemului de îngrijire a sănătății și care îngrijesc pacienții cu aceste simptome ar trebui să fie instruiți și autorizați să prescrie aceste medicamente.



Model de dezvoltare a serviciilor pentru suport de doliu

Premise:

Sistemul național de sănătate și cel social ar trebui să asigure servicii specifice de doliu persoanelor afectate de decesul unui apropiat, servicii ce presupun o comunicare empatică și furnizarea de suport emoțional și spiritual adecvat nevoilor.

Orice strategie națională de sanătate publică trebuie să aibă în vedere accesul la servicii de doliu atât după decesul celui apropiat, cât și în perioada premergătoare decesului, atât pentru adulți, cât și în mod particular pentru **copii și adolescenți**.

Autoritățile contractante, furnizorii și personalul angajat sau colaborator, trebuie să aibă în vedere, la furnizarea serviciului de doliu, de **particularitățile individuale ale beneficiarului, relațiile cu prietenii, familia, comunitatea**.

Furnizarea serviciilor de doliu reprezintă o provocare pentru instituțiile responsabile centrale ale statului, deoarece presupune **furnizarea integrată a serviciilor de tip medical și social**, de către furnizorii ce acordă servicii paliative, necesare la sfârșitul vieții unei persoane; presupune **suport acordat aparținătorilor, servicii maternale, servicii de sănătate mentală, servicii post-suicid, pregătire pentru situații de urgență** ce pot apare în viața unei persoane, **psihoterapie și consiliere psihologică** pentru tulburări emoționale precum și **servicii acordate grupurilor de persoane**, pe lângă serviciile individuale.



Ce înseamnă doliul?

Doliul este reacția normală la decesul unei persoane apropiate, cum ar fi partenerul de viață, copiii, părinți, frați, surori, alte rude și prieteni. Deși **doliul** este considerat în primul rând de natură emoțională, acesta **include reacții pe nivel fizic, cognitiv, spiritual, comportamental și începe de cele mai multe ori înainte de decesul persoanei apropiate.** Unele persoane manifestă **simptome de stress post-traumatic**, în special în situațiile în care decesul le afectează în mod particular. Pentru multe persoane, decesul cuiva apropiat aduce schimbări majore de viață și provocări de natură materială, presupune adaptarea la noi circumstanțe administrative, noi responsabilități, continuarea vieții fără persoana decedată.



Implicații în medicina de familie:

Tulburarea de doliu prelungit și tulburarea complicată de doliu reprezintă o serie de dificultăți, de diferite forme, dar co-existând cu alte tulburări de sanatate mentală, cum ar fi **depresia, anxietatea și tulburarea de stres post-traumatic. În jur de 10% dintre persoanele afectate de doliu experimentează aceste tulburări.** O rată mai mare a acestor tulburări se regăsește în cazul părinților al căror copil a murit.

În urma morții unui părinte, în jur de **o treime dintre copii** vor prezenta un **nivel clinic de dificultăți de ordin emoțional sau comportamental** la un moment dat **în următorii 2 ani după decesul părintelui.**

Doliul este asociat cu un **risc crescut de mortalitate, probleme fizice sau de sănătate mentală** (cum ar fi depresia și anxietatea), dificultăți de relaționare și dificultăți în a face față vieții de zi cu zi.

Aceste riscuri se asociază cu **factori predispozanți** ce țin de istoricul personal al persoanei respective, variabilele de sănătate și socio-demografice, circumstanțele decesului, semnificația relației pe care a avut-o cu persoana decedată, calitatea percepută a suportului social și alți factori stresori cum ar fi obligativitatea de a îngriji alte persoane și de a face față grijilor de natură financiară.



Modelul de asistență de doliu

Componentele modelului trebuie să fie flexibile și accesibile la momentul potrivit.

Componenta 1: Doliul este o perioadă normală și majoritatea oamenilor trec prin această perioadă fără să aibă nevoie de intervenții externe. Totuși, **multe persoane nu pot integra doliul în perioadă imediat următoare decesului.** Tuturor persoanelor afectate de doliu ar trebui să li se comunice informații despre perioada de doliu și să fie informate despre modalitățile de accesare a diferitelor forme de suport. **Familia și prietenii** oferă în mare parte suportul necesar și vor informa persoanele în nevoie despre serviciile ce pot fi oferite de profesioniștii sistemului de sanatate și ai sistemului social.

Componenta 2 (30-35% dintre persoanele afectate de doliu): Unele persoane au **nevoie de asistență specializată pentru a integra pierderea suferită**, însă nu au nevoie de consultație medicală sau psihologică specializată. Suportul de doliu oferit de voluntari, grupuri de self-ajutor, grupuri de natură religioasă, fac parte din această componentă. Voluntarii sau acele persoane care fac parte din aceste grupuri de ajutor trebuie să aibă cunoștințele necesare în **identificarea cazurilor în care este necesară trimiterea persoanei îndoliate către un specialist din sistemul de sanatate sau social**, care au abilități și calificări în furnizarea serviciilor de doliu.

Componenta 3 (10% dintre persoanele afectate de doliu): O minoritate a persoanelor îndoliate necesită intervenții specializate. **Intervențiile specializate sunt oferite de sistemul de sanatate, serviciile psihologice conexe actului medical sunt acordate de psihologul specializat în consiliere psihologică sau psihoterapie, specialiștii cu atestat, specializați în îngrijiri paliative de sanatate.** Ar fi indicată dezvoltarea la nivelul sistemului național de sanatate sau al sistemului social de servicii specializate de doliu pentru **copii și adolescenți.**



Ordinul ministrului sănătății nr. 253/2018 pentru aprobarea Regulamentului de organizare, funcționare și autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative

Schimbare de paradigmă

Termeni:

a) **îngrijire paliativă**: un tip de îngrijire care **combină intervenții și tratamente** având ca scop **îmbunătățirea calității vieții pacienților și familiilor acestora**, pentru a face față problemelor asociate cu boala amenințătoare de viață, prin prevenirea și înlăturarea suferinței, prin **identificarea precoce**, evaluarea corectă și tratamentul durerii și al altor probleme **fizice, psiho-sociale și spirituale**;

b) **îngrijiri terminale**: îngrijirile acordate unui pacient cu mijloacele de tratament disponibile, atunci când nu mai este posibilă îmbunătățirea prognozei fatale a stării de boală, precum și îngrijirile acordate **în apropierea decesului**.



În funcție de nivelul de complexitate a îngrijirilor paliative sunt definite trei niveluri și intervenții de îngrijiri paliative.

A. **Nivelul 1: Educarea și sprijinul pacientului pentru autoîngrijire** are ca scop asigurarea îngrijirii adecvate în perioadele dintre intervențiile de îngrijiri paliative ale personalului medical; **acest nivel este asigurat de către personalul din serviciile de îngrijiri paliative de bază și specializate**; acest nivel include următoarele intervenții:

- a) **educarea și informarea pacientului** pentru dobândirea încrederii, cunoștințelor, abilităților pentru autoîngrijire;
- b) **suportul acordat familiei** pentru păstrarea sau prelungirea independenței funcționale a pacientului în contextul bolii și îmbunătățirea capacității familiei de a face față problemelor ridicate de îngrijire a pacientului la domiciliu;
- c) organizarea de sesiuni de **consiliere psihoemoțională pentru pacienți și aparținători**, cu scopul înțelegerii și gestionării adecvate a bolii;
- d) organizarea de **campanii de informare și conștientizare a populației** vizând îngrijirile paliative.



B. **Nivelul 2: Îngrijirea paliativă de bază** este îngrijirea și suportul acordat pacienților și familiilor sau aparținătorilor acestora de către **personalul medical din asistența primară, comunitară sau din spitale, având instruire de bază în domeniul îngrijirilor paliative**, certificată prin absolvirea unor programe de instruire acreditate de organisme profesionale competente și care au ocazional în îngrijire pacienți cu boli cronice progresive și cu nevoi de îngrijire paliativă; acest nivel include următoarele intervenții:

- a) **evaluarea holistică**: înțelegerea bolii de către pacient și familie, povara simptomelor, statusul de performanță, comorbidități, comunicarea și luarea deciziilor, sprijinul familiei și rețeaua de îngrijire, temeri legate de sfârșitul vieții, nevoi de educare referitoare la boală;
- b) **intervenții de comunicare**: comunicarea empatică, comunicarea diagnosticului și a prognosticului, evitarea comunicării diagnosticului/prognosticului real;
- c) **managementul simptomelor**: durerea, dispneea, anorexia, cașexia, depresia, anxietatea, greața/vărsăturile, delirul, fatigabilitatea, insomnia;
- d) **educația familiei și a pacientului în legătură cu drepturile sociale, mobilizarea pacientului, îngrijirea tegumentelor și a cavității bucale, administrarea medicației, managementul nonfarmaceutic al simptomelor în îngrijirea terminală**;
- e) **manevre** precum: montarea subcutanată a fluturașului, paracenteza, montarea cateterului urinar;
- f) **monitorizarea pacientului**;
- g) **coordonarea îngrijirii** cu serviciile specializate de îngrijiri paliative și/sau alte servicii specializate;
- h) **îngrijirea terminală**;
- i) **manevre de nursing**



C. **Nivelul 3: Îngrijirea paliativă specializată** este îngrijirea asigurată de furnizori autorizați pentru acordarea îngrijirilor paliative specializate, prin **echipe interdisciplinare** formate din personal cu **studii aprofundate în domeniul paliatiei**, pentru care îngrijirile paliative reprezintă activitatea de bază; acestea asigură îngrijirea directă a pacienților și familiilor sau aparținătorilor acestora, precum și consultanță pentru nivelurile 1 și 2 de competență.



Suportul în perioada de doliu cuprinde trei componente:

- 1. componenta 1: se adresează tuturor familiilor afectate de pierdere și constă în oferirea de informații sau suport minim** prin 1 - 2 întâlniri cu echipa serviciului de îngrijiri paliative specializate, în vederea facilitării procesului de adaptare la pierdere; procesul se desfășoară în general cu intervenție minimă a personalului de specialitate, **în primele 6 săptămâni după decesul pacientului;**
- 2. componenta 2: se adresează membrilor familiilor cu nevoi complexe de adaptare la pierdere, identificate în timpul asistării pacientului cu boală cronică progresivă ca fiind persoane cu risc de dezvoltare a doliului patologic;** suportul este asigurat de profesioniști cu pregătire în domeniul îngrijirilor paliative și în consiliere de doliu, membri ai echipei de îngrijiri paliative specializate care a fost implicată în asistența pacientului decedat; **suportul se desfășoară pe o perioadă de până la 12 luni după decesul pacientului;**
- 3. componenta 3: se adresează persoanelor afectate de o suferință prelungită/patologică** datorată decesului unui membru de familie sau unei persoane apropiate; suferința patologică se poate manifesta prin probleme mentale și fizice severe - insomnie, depresie, imunodepresie, boli cardiace, suicid, afectare a integrării sociale; **suportul este asigurat prin servicii specializate psihiatrice în situațiile în care serviciul de doliu face trimiteri spre serviciile de psihiatrie.**





ÎNGRIJIRI PALIATIVE
ȘI LA DOMICILIU



UNIUNEA EUROPEANĂ



Îngrijirile paliative la domiciliu se acordă astfel:

a) pentru nivelul 1 - de către furnizori de îngrijire paliativă de bază și de îngrijire paliativă specializată;

b) pentru nivelul 2 - de către furnizori de îngrijire paliativă de bază;

c) pentru nivelul 3 - de către furnizori de îngrijire paliativă specializată pentru pacienții definiți la capitolul de beneficiari cu grad de mobilitate diminuat și pentru familiile acestora sau pentru pacienții mobili care primesc intermitent servicii de îngrijiri paliative în alte locații, dar care primesc intervenții de consultanță telefonică pentru asigurarea continuității serviciului de îngrijiri paliative.

Pot fi furnizori de îngrijiri paliative de bază la domiciliu medicii de familie cu supraspecializare/competență /atestat de studii complementare în îngrijiri paliative sau personal medical din asistența primară, comunitară sau din spitalele generale, având instruire de bază în domeniul îngrijirilor paliative, certificată prin absolvirea unor programe de instruire acreditate de organisme profesionale competente.

Pentru a asigura acoperirea nevoilor de îngrijiri paliative specializate la domiciliu se prevede un serviciu specializat de îngrijiri paliative la domiciliu cu **o echipă multidisciplinară formată din minim 1 medic, asistenți medicali, asistenți sociali, psihologi, instruiți în IP.**

Îngrijirile paliative la nivelul cabinetelor de medicină de familie sunt de nivel 1 și de nivel 2 și se acordă pacienților cu grad bun de mobilitate.



În vederea îmbunătățirii accesului pacienților la serviciile de îngrijiri paliative și pentru asigurarea continuității îngrijirii, **furnizorii de îngrijire paliativă de bază și specializată vor colabora la nivel județean.**

Pentru funcționarea adecvată a îngrijirilor paliative de bază, **este nevoie ca în raza de acțiune a medicilor de familie să existe servicii specializate de îngrijiri paliative, care să furnizeze consultații la domiciliu pentru pacienții cu nevoi complexe, un serviciu specializat de îngrijire paliativă de internare în unitate cu paturi la o distanță de maxim 50 km de locația pacientului, precum și un serviciu de suport pentru medicii de familie prin linie telefonică de consultanță.**

Pe măsura dezvoltării serviciilor de îngrijiri paliative în toate județele, se va organiza **un centru coordonator pentru fiecare județ**; acesta va asigura continuitatea asistenței pacienților, colaborarea între autorități, unitățile sanitare publice și private, în scopul coordonării îngrijirii, transferului pacienților între unitățile de internare și serviciile în ambulatoriu sau la domiciliul pacienților; aceste centre coordonatoare vor fi organizate de către Ministerul Sănătății, cu consultarea Comisiei de paliatie, prin direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București.



H.G. nr. 324/2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară

Serviciile de sănătate includ servicii medicale preventive, curative, de recuperare, inclusiv managementul de caz în cazurile complexe de boli cronice și boli rare, care pot fi furnizate de către asistenții medicali comunitari și moașe, în limita competențelor profesionale, precum și activități de telemedicină și paleație în colaborare cu specialiști pe aceste domenii.

Acțiunile de sănătate publică cuprind inclusiv intervenția integrată cu măsurile și acțiunile preventive de asistență socială și educațională.



Proiectul PAL-PLAN

Proiectul PAL-PLAN vizează crearea și **introducerea unui mecanism unitar și fluent de planificare, dezvoltare, evaluare și monitorizare a unui sistem național de îngrijiri paliative (IP) și de îngrijiri generale la domiciliu (ID)**, pentru asigurarea asistenței persoanelor suferind de boli cronice progresive sau incurabile, și a celor cu grad ridicat de dependență.

Pentru atingerea acestui obiectiv este necesară realizarea unui studiu atât cantitativ privind **evaluarea numărului de beneficiari adulți și copii cu boli cronice progresive care au nevoie de îngrijiri paliative și îngrijiri la domiciliu**, pe județe și pe categorii de patologii, dar și calitativ, în sensul **evaluării perspectivei medicului de familie asupra nevoilor de îngrijiri paliative și îngrijiri la domiciliu**, în rândul pacienților înscriși pe lista proprie, adulți și copii, implicarea actuală sau potențială în oferirea acestor servicii și perspectiva medicului de familie asupra modului optim de dezvoltare a acestor servicii în România.



CHESTIONAR ADRESAT MEDICILOR DE FAMILIE

Având în vedere contactul direct pe care îl are medicul de familie cu persoanele ce au potențial nevoie de servicii de îngrijire paliativă, fie de bază, fie specializată, am înaintat spre completare medicilor de familie un **chestionar**:

Secțiuni

- Date demografice și legate de cabinetul medicului de familie
- Perspectiva medicului de familie asupra îngrijirii paliative
- Pacient
- Familie
- Implicare în dezvoltarea îngrijirii paliative



Unde vă desfășurați activitatea ca și medic de familie ? (778)

- Urban: 434 (55,78%)
- Rural: 344 (44,22%)

În localitatea dumneavoastră **există servicii specializate în îngrijiri paliative?** (778)

- **DA: 331 (42,54%)**
- NU: 447 (57,46%)

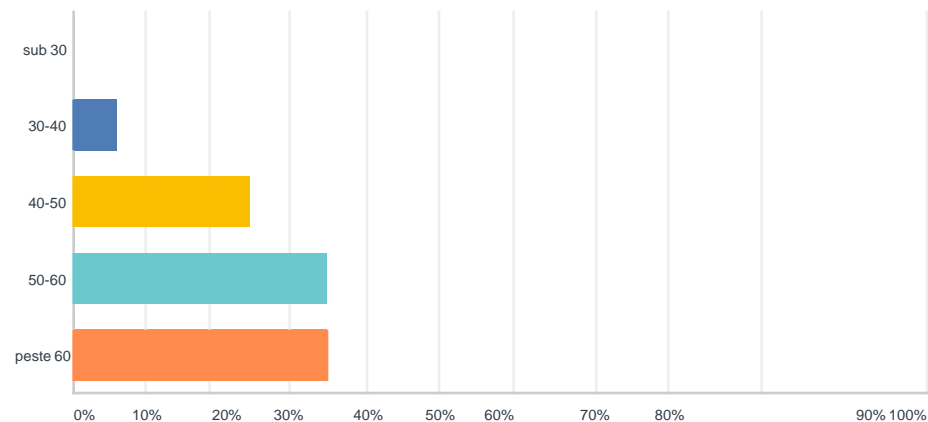
Dacă există, menționați tipul de servicii specializate (237)

- **compartiment/secție/unitate cu paturi de îngrijiri paliative 163 (68.78%)**
- **servicii de îngrijiri paliative la domiciliu 162 (68.35%)**
- centru de zi de îngrijiri paliative 70 (29.54%)
- ambulatoriu de îngrijiri paliative 36 (15.19%)



Vârsta medicului de familie

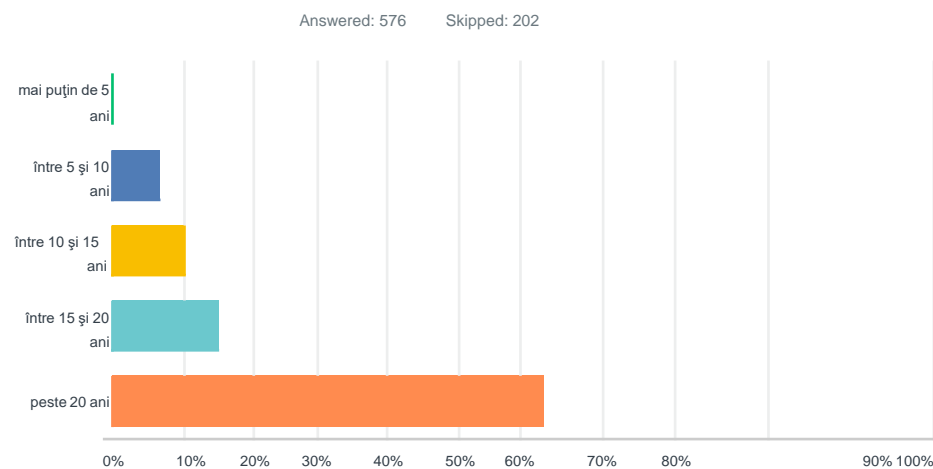
Answered: 576 Skipped: 202



ANSWER CHOICES	RESPONSES	
sub 30	0.00%	0
30-40	6.94%	40
40-50	23.78%	137
50-60	34.20%	197
peste 60	35.07%	202
TOTAL		576



De câți ani practicați specialitatea de medicină de familie?



ANSWER CHOICES	RESPONSES
mai puțin de 5 ani	1.91% 11
între 5 și 10 ani	8.68% 50
între 10 și 15 ani	10.76% 62
între 15 și 20 ani	14.41% 83
peste 20 ani	64.24% 370
TOTAL	576





ÎNGRIJIRI PALIATIVE
ȘI LA DOMICILIU



UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă
Competența face diferența!



Instrumente Structurale
2014-2020

După părerea dumneavoastră cât de mult ar trebui să fie implicate următoarele structuri în oferirea îngrijirii paliative:

	DELOC	PUȚIN	MODERAT	FOARTE MULT	ÎN TOTALITATE	TOTAL
asistența primară prin medicul de familie	4.47% 23	14.56% 75	43.11% 222	33.01% 170	4.85% 25	515
asistența comunitară	1.98% 10	3.77% 19	20.63% 104	56.75% 286	16.87% 85	504
asistența spitalicească	4.83% 24	21.53% 107	37.63% 187	29.38% 146	6.64% 33	497
asistența ambulatorie	4.46% 22	21.50% 106	42.80% 211	27.79% 137	3.45% 17	493
biserica	7.57% 37	14.52% 71	31.29% 153	34.76% 170	11.86% 58	489
serviciile sociale	1.21% 6	5.63% 28	19.92% 99	50.91% 253	22.33% 111	497
comunitatea	2.29% 11	11.67% 56	32.92% 158	40.83% 196	12.29% 59	480
serviciul specializat de îngrijiri paliative	0.00% 0	0.97% 5	4.28% 22	31.32% 161	63.42% 326	514





ÎNGRIJIRI PALIATIVE
ȘI LA DOMICILIU



UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă
Competența face diferența!



Instrumente Structurale
2014-2020

După părerea dumneavoastră, ce **procent din finanțarea serviciilor de îngrijiri paliative ar trebui asigurată din următoarele surse** (selectați în așa fel încât răspunsurile alese să însumeze 100%):

	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	TOTAL	WEIGHTED AVERAGE
sistemul public prin CAS	5.50% 27	13.44% 66	14.05% 69	16.70% 82	7.13% 35	18.74% 92	5.30% 26	4.07% 20	3.46% 17	2.65% 13	8.96% 44	491	5.15
sistemul public (programul național)	2.02% 10	8.69% 43	15.15% 75	18.79% 93	9.70% 48	19.19% 95	3.84% 19	3.23% 16	3.43% 17	3.84% 19	12.12% 60	495	5.59
sistemul public prin subvenții sociale	5.80% 26	30.36% 136	23.66% 106	12.95% 58	3.79% 17	8.93% 40	2.46% 11	1.56% 7	3.35% 15	0.67% 3	6.47% 29	448	4.00
donatii /sponsorizări	13.72% 59	37.21% 160	18.60% 80	8.84% 38	2.56% 11	7.91% 34	1.16% 5	1.40% 6	2.33% 10	2.33% 10	3.95% 17	430	3.47
sistemul privat contra cost	27.70% 113	37.99% 155	17.89% 73	3.92% 16	2.21% 9	5.15% 21	1.47% 6	0.74% 3	0.49% 2	0.49% 2	1.96% 8	408	2.62



Unde considerați că trebuie să se acorde cu precădere îngrijirea pacientului cu afecțiuni oncologice în ultimele ore/zile de viață (bifați toate răspunsurile care se aplică)? (520)

- În spital: 17,5% (91)
- Într-un centru specializat de tip hospice: 69,62% (362)
- La domiciliul pacientului: 58,85% (306)
- Altele: 3,46% (18)

Unde considerați că trebuie să se acorde cu precădere îngrijirea pacientului cu afecțiuni terminale non-oncologice în ultimele ore/zile de viață (bifați toate răspunsurile care se aplică)?

- În spital: 14,23% (74)
- Într-un centru specializat de tip hospice: 60,58% (315)
- La domiciliul pacientului: 68,27% (355)
- Altele: 2,69% (14)



Pacienții pe care îi asistați **au acces la servicii de îngrijiri paliative?** (354)

- niciodată: 13,56% (48)
- **Rar: 63,84% (226)**
- Frecvent: 18,64% (14)
- Întotdeauna: 3,95% (14)

Ce procent din pacienții dvs. cu boală cronică progresivă considerați că **își înțeleg boala corespunzător:** (354)

	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	TOTAL	WEIGHTED AVERAGE
înțelegere totală (menționați cât la % din cazuri)	1.82% 6	16.36% 54	17.58% 58	15.15% 50	11.21% 37	16.06% 53	6.97% 23	6.06% 20	4.24% 14	2.73% 9	1.82% 6	330	3.73
înțelegere parțială (menționați cât la % din cazuri)	0.93% 3	11.42% 37	17.28% 56	26.85% 87	11.42% 37	19.44% 63	5.86% 19	3.70% 12	2.47% 8	0.62% 2	0.00% 0	324	3.58
nu a înțeles (menționați cât la % din cazuri)	6.80% 21	28.80% 89	21.68% 67	12.94% 40	5.18% 16	11.00% 34	5.50% 17	4.21% 13	2.91% 9	0.97% 3	0.00% 0	309	3.04
nu dețin informația necesară pentru a răspunde acestei întrebări	31.53% 64	25.62% 52	11.33% 23	7.39% 15	4.43% 9	6.90% 14	2.96% 6	0.99% 2	1.97% 4	1.48% 3	5.42% 11	203	2.62





ÎNGRIJIRI PALIATIVE
ȘI LA DOMICILIU



UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă
Competența face diferența!



Instrumente Structurale
2014-2020

Cât de frecvent întâlniți la pacienții dvs. cu **afecțiuni progresive oncologice** următoarele **simptome**?

	NICIODATĂ	UNEORI	FRECVENT	FOARTE FRECVENT	TOTDEAUNA	TOTAL	WEIGHTED AVERAGE
durere	0.00% 0	6.65% 23	27.17% 94	41.04% 142	25.14% 87	346	3.85
oboseală	0.00% 0	4.64% 16	30.43% 105	44.06% 152	20.87% 72	345	3.81
lipsa poftei de mâncare	0.00% 0	9.74% 34	36.96% 129	38.97% 136	14.33% 50	349	3.58
greață/vărsături	0.29% 1	34.29% 119	41.50% 144	21.33% 74	2.59% 9	347	2.92
probleme de respirație	1.45% 5	48.55% 167	35.17% 121	13.66% 47	1.16% 4	344	2.65
depresie	0.00% 0	12.86% 45	34.86% 122	32.29% 113	20.00% 70	350	3.59
anxietate	0.00% 0	12.10% 42	33.14% 115	33.72% 117	21.04% 73	347	3.64
constipație	1.16% 4	45.93% 158	35.47% 122	14.53% 50	2.91% 10	344	2.72
insomnie	0.00% 0	19.83% 68	39.94% 137	34.69% 119	5.54% 19	343	3.26
nu dețin informația necesară pentru a răspunde acestei întrebări	43.48% 60	47.10% 65	5.80% 8	2.90% 4	0.72% 1	138	1.70



Cât de frecvent întâlniți la pacienții dvs. cu **afecțiuni progresive non-oncologice** următoarele **simptome**?

	NICIODATĂ	UNEORI	FRECVENT	FOARTE FRECVENT	TOTDEAUNA	TOTAL	WEIGHTED AVERAGE
durere	0.00% 0	29.80% 104	41.55% 145	27.51% 96	1.15% 4	349	3.00
oboseală	0.29% 1	22.87% 78	45.75% 156	28.45% 97	2.64% 9	341	3.10
lipsa poftei de mâncare	0.29% 1	44.25% 154	34.77% 121	18.97% 66	1.72% 6	348	2.78
greață/vărsături	2.33% 8	73.26% 252	20.64% 71	3.49% 12	0.29% 1	344	2.26
probleme de respirație	1.17% 4	66.37% 227	25.44% 87	6.43% 22	0.58% 2	342	2.39
depresie	0.58% 2	31.40% 108	38.95% 134	20.35% 70	8.72% 30	344	3.05
anxietate	0.29% 1	28.99% 100	41.45% 143	22.03% 76	7.25% 25	345	3.07
constipație	2.07% 7	66.27% 224	21.30% 72	9.17% 31	1.18% 4	338	2.41
insomnie	0.59% 2	33.33% 113	39.82% 135	21.24% 72	5.01% 17	339	2.97
nu dețin informația necesară pentru a răspunde acestei întrebări	46.92% 61	39.23% 51	7.69% 10	5.38% 7	0.77% 1	130	1.74



După părerea dumneavoastră, în ce măsură considerați că **simptomele pacienților cu boli cronice progresive și terminale pot fi gestionate la domiciliu de către medicul de familie?**

	NICIODATĂ	UNEORI	FRECVENT	FOARTE FRECVENT	TOTDEAUNA	TOTAL	WEIGHTED AVERAGE
durere	1.98% 7	43.34% 153	37.11% 131	15.58% 55	1.98% 7	353	2.72
oboseală	9.25% 32	48.55% 168	31.21% 108	8.96% 31	2.02% 7	346	2.46
lipsa poftei de mâncare	3.14% 11	51.14% 179	34.00% 119	9.71% 34	2.00% 7	350	2.56
greață/vărsături	1.15% 4	48.56% 169	38.22% 133	10.34% 36	1.72% 6	348	2.63
constipație	4.03% 14	45.82% 159	33.72% 117	14.41% 50	2.02% 7	347	2.65
simptome respiratorii	9.43% 33	60.29% 211	21.43% 75	8.57% 30	0.29% 1	350	2.30
depresie	4.57% 16	55.43% 194	27.14% 95	11.71% 41	1.14% 4	350	2.49
anxietate	3.44% 12	52.15% 182	30.37% 106	12.61% 44	1.43% 5	349	2.56
insomnie	2.94% 10	47.06% 160	32.65% 111	15.59% 53	1.76% 6	340	2.66



Cu cine discutați preponderent schimbările de tratament/ deciziile noi inițiate de dumneavoastră cu privire la controlul simptomelor (bifați toate răspunsurile care sunt valabile în cazul dvs)?

ANSWER CHOICES	RESPONSES	
pacientul	7.63%	27
apartinătorii	8.76%	31
ambii	40.68%	144
cu medicul specialist care gestionează boala cronică progresivă	32.49%	115
alți colegi	6.50%	23
nu discut	0.85%	3
altele (vă rugăm precizați)	3.11%	11
TOTAL		354



Discutați cu pacienții despre nevoile religioase/spirituale (valori și sensul vieții, pacea interioară, pace cu cei din jur/ Dumnezeu)? (354)

ANSWER CHOICES	RESPONSES	
da, întotdeauna	13.84%	49
da, de cele multe ori	37.85%	134
da, în puține cazuri	29.94%	106
nu	18.36%	65





ÎNGRIJIRI PALIATIVE
ȘI LA DOMICILIU



UNIUNEA EUROPEANĂ



Discutați cu pacienții despre **grijile** lor, precum: (354)

	DELOC	RAR	UNEORI	FRECVENT	TOTDEAUNA	TOTAL	WEIGHTED AVERAGE
faptul că boala progresează?	2.28% 8	9.97% 35	30.77% 108	47.01% 165	9.97% 35	351	3.52
că ar putea avea suferințe care nu pot fi ușurate nici de către specialiștii medicali?	9.22% 32	19.88% 69	32.85% 114	31.41% 109	6.63% 23	347	3.06
că timpul care le-a mai rămas este limitat?	34.00% 119	26.57% 93	28.00% 98	9.71% 34	1.71% 6	350	2.19
că familia nu este pregătită pentru a face față situației?	32.95% 115	22.92% 80	27.22% 95	14.33% 50	2.58% 9	349	2.31
că nu vor fi îngrijiți la locul unde ar dori (ex.: acasă)?	28.82% 100	28.82% 100	28.24% 98	12.39% 43	1.73% 6	347	2.29
că există lucruri nelămurite legate de aspectele materiale, moșteniri?	59.30% 204	21.80% 75	14.53% 50	3.49% 12	0.87% 3	344	1.65





ÎNGRIJIRI PALIATIVE
ȘI LA DOMICILIU



UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă
Competența face diferența!



Instrumente Structurale
2014-2020

Aveți pacienți adulți cu nevoi de îngrijire paliativă definite prin categoriile de mai jos pe lista dumneavoastră de pacienți:

	DA	NU	NU ȘTIU	TOTAL	WEIGHTED AVERAGE
Pacienți oncologici stadiul II (cu deteriorare progresivă a pacientului), stadiu III și IV	76.64% 269	18.52% 65	4.84% 17	351	1.28
Pacienți cu boală cardiovasculară (NYHA clasa III și IV)	83.92% 287	11.70% 40	4.39% 15	342	1.20
Pacienți cu scleroză laterală amiotrofică (cu progresie rapidă a bolii în ultimele 12 luni)	20.24% 67	73.72% 244	6.04% 20	331	1.86
Pacienți cu demență aflați în stadiu avansat	81.12% 275	15.93% 54	2.95% 10	339	1.22
Pacienți cu scleroză multiplă	42.46% 138	52.92% 172	4.62% 15	325	1.62
Pacienți cu boala Parkinson ce necesita îngrijire paliativă	62.72% 212	33.43% 113	3.85% 13	338	1.41
Pacienți cu boli respiratorii ce necesită îngrijire paliativă (BPOC, fibroză chistică, etc.)	67.16% 225	29.25% 98	3.58% 12	335	1.36
Pacienți cu accident vascular cerebral ce necesită îngrijire paliativă	81.25% 273	15.48% 52	3.27% 11	336	1.22
Pacienți cu miastenia gravis	19.87% 63	74.76% 237	5.36% 17	317	1.85
Pacienți cu boală renală ce necesită îngrijire paliativă	44.71% 148	50.45% 167	4.83% 16	331	1.60
Pacienți cu boală hepatică ce necesită îngrijire paliativă	46.08% 153	50.00% 166	3.92% 13	332	1.58





ÎNGRIJIRI PALIATIVE
ȘI LA DOMICILIU



UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă
Competența face diferența!



Instrumente Structurale
2014-2020

Câte persoane cu nevoie de îngrijire paliativă, de pe lista dvs, având unul dintre diagnosticile ce aparțin categoriilor de boală definite mai jos au decedat în ultimul an? (vă rugăm completați un număr cât mai apropiat de realitate) (354)

ANSWER CHOICES	AVERAGE NUMBER	TOTAL NUMBER	RESPONSES
Pacienți oncologici stadiul II (cu deterioarare progresivă a pacientului), stadiu III și IV	4	1,253	342
Pacienți cu boală cardiovasculară (NYHA clasa III și IV)	5	1,690	332
Pacienți cu scleroză laterală amiotrofică (cu progresie rapidă a bolii în ultimele 12 luni)	0	56	266
Pacienți cu demență aflați în stadiu avansat	3	913	307
Pacienți cu scleroză multiplă	0	48	257
Pacienți cu boala Parkinson ce necesită îngrijire paliativă	1	326	283
Pacienți cu boli respiratorii ce necesită îngrijire paliativă (BPOC, fibroză chistică, etc.	2	625	287
Pacienți cu accident vascular cerebral ce necesită îngrijire paliativă	4	1,101	307
Pacienți cu miastenia gravis	0	19	243
Pacienți cu boală renală ce necesită îngrijire paliativă	1	217	272
Pacienți cu boală hepatică ce necesită îngrijire paliativă	2	478	277



Exceptând pacienții cu nevoi de îngrijire paliativă definiți în întrebările anterioare, câți dintre pacienții dumneavoastră considerați că ar avea nevoie de îngrijiri medicale la domiciliu în ultimul an pe categorii de dependență? (vă rugăm precizați numărul)

ECOG 3=incapabil să desfășoare activități casnice, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază (igienă și/sau alimentație și/sau mobilizare)

349 medici: total 4.365 pacienți ECOG 3 (12-13 pacienți/medic)

ECOG 4=complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentație, mobilizare)

343 medici: total 2.488 pacienți ECOG 4 (aprox. 7 pacienți/medic)



Cât de des ați fost solicitat de familie/îngrijitorul principal în timpul îngrijirii pacientului pentru următoarele probleme?

	DELOC	RAR	UNEORI	DES	FOARTE DES	TOTAL	WEIGHTED AVERAGE
probleme fizice	6.10% 21	13.08% 45	31.10% 107	36.92% 127	12.79% 44	344	3.37
probleme emoționale	9.09% 31	21.11% 72	31.96% 109	28.45% 97	9.38% 32	341	3.08
sfaturi pentru îngrijire	3.50% 12	8.16% 28	26.82% 92	44.02% 151	17.49% 60	343	3.64
probleme sociale	12.02% 41	24.63% 84	36.95% 126	21.11% 72	5.28% 18	341	2.83
probleme spirituale	35.69% 121	33.33% 113	23.60% 80	5.31% 18	2.06% 7	339	2.05



Ați fost solicitat de familie/îngrijitorul principal în perioada de **după decesul pacientului îngrijit**, pentru următoarele probleme?

	DELOC	RAR	UNEORI	DES	FOARTE DES	TOTAL	WEIGHTED AVERAGE
probleme emoționale ale aparținătorului	17.58% 61	28.24% 98	33.43% 116	17.00% 59	3.75% 13	347	2.61
probleme sociale	36.63% 126	29.65% 102	23.55% 81	8.43% 29	1.74% 6	344	2.09
probleme spirituale	52.65% 179	29.12% 99	12.94% 44	4.12% 14	1.18% 4	340	1.72



Ce fel de pregătire aveți în îngrijirea paliativă (alegeți răspunsurile care sunt valabile în cazul dvs)? (342)

ANSWER CHOICES	RESPONSES	
curs de abordare paliativă de bază	6.73%	23
atestat/competență /masterat	4.97%	17
nu am pregătire specifică	88.30%	302

Există **sistem on call pentru pacient** în cadrul unui serviciu specializat de îngrijire paliativă? (342)

ANSWER CHOICES	RESPONSES	
da	5.26%	18
nu	26.02%	89
nu, dar mi-aș dori să existe	38.01%	130
nu știu	30.70%	105



Există **sistem on call pentru medic**, în cazul în care are nevoie de îndrumare în îngrijirea pacientului cu nevoi de îngrijire paliativă? (342)

ANSWER CHOICES	RESPONSES	
da	4.97%	17
nu	28.65%	98
nu, dar mi-aș dori să existe	39.47%	135
nu știu	26.90%	92



Care credeți că ar fi stimulentele care ar motiva medicii de familie să se implice în dezvoltarea îngrijirii paliative? (vă rugăm precizați) (336)

ANSWER CHOICES	RESPONSES	
financiare (plata /vizită, plata/caz, plata/ manevre/intervenții)	77.08%	259
dezvoltare (profesională, educație, puncte EMC)	60.71%	204
dezvoltare personală (ex: încredere în gestionarea situațiilor)	45.54%	153
programe informatice (acces, familiarizare)	43.75%	147
altele	13.39%	45





ÎNGRIJIRI PALIATIVE
ȘI LA DOMICILIU



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

Vă mulțumim!



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



AUTORITATEA NAȚIONALĂ
DE MANAGEMENT AL
CALITĂȚII ÎN SĂNĂTATE

ANMCS



HOSPICE CASA SPERANȚEI
PREȚUIM FIECARE CLIPĂ DE VIAȚĂ



MINISTERUL MUNCII
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE



Casa Națională
de Asigurări de Sănătate

***Proiect cofinanțat din Fondul Social European, prin
Programului Operațional Capacitate Administrativă 2014-2020***



www.poca.ro