

**NASTAVNI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO
SPLITSKO-DALMATINSKE ŽUPANIJE**

**JAVNOZDRAVSTVENA PROCJENA
POTREBA ZA PALIJATIVNOM SKRBI U
SPLITSKO-DALMATINSKOJ ŽUPANIJI**

Split, 17. listopad 2013.

IZRADILI

SLUŽBA ZA JAVNO ZDRAVSTVO

Smoljanović Ankica

Smoljanović Mladen

Marasović Šušnjara Ivana

Bočina Ivana

Vučica Inga

SLUŽBA ZA ZAJEDNIČKE
POSLOVE

Odjel za informacijsku tehnologiju

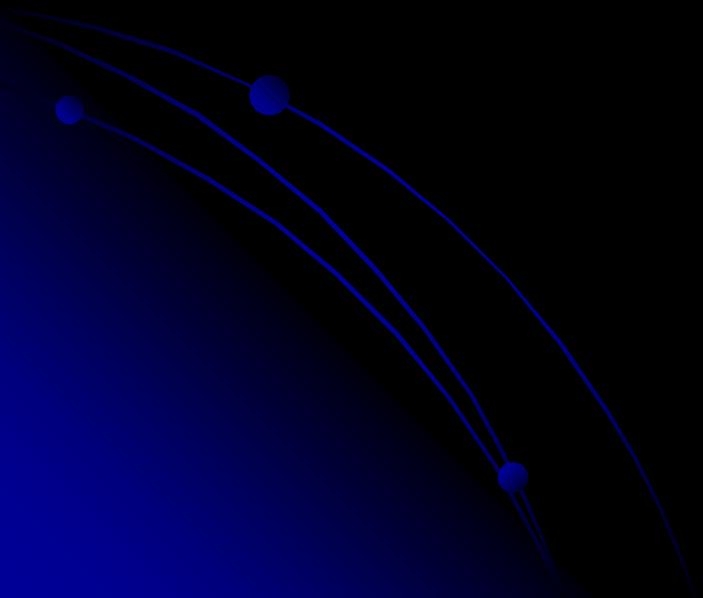
Zoran Primorac

KBC Split

Marija Županović



Palijativna medicina/skrb



STOLJEĆE PROMJENA

1900

Očekivano trajanje života

Uobičajeno mjesto smrti

Troškovi zdravstvene skrbi

Dizabilitet prije smrti

47 god.

u kući

obitelj

uglavnom ne predugo

2000

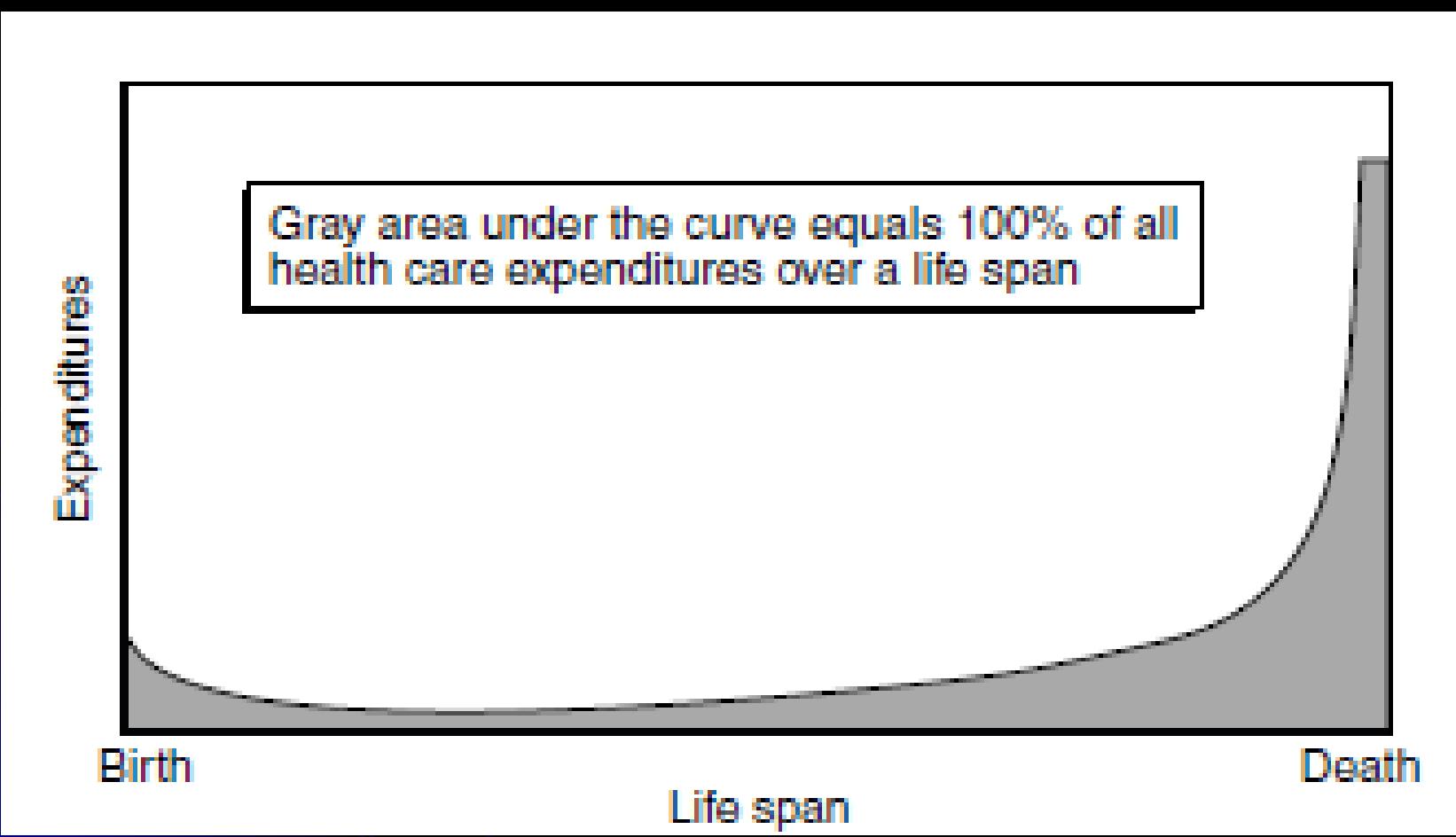
75 god.

u bolnici

zdr. osiguranje

prosječno 2. godine

Očekivana zdravstvena potrošnja tijekom života



Palijativna skrb?!

Javnozdravstveni problem!

Starenjem stanovništva
raste broj **starijih > 65** i **> 95 godina**

raste broj **teških kroničnih bolesnika / komorbiditet**

raste broj **bolesnika sa karcinomom,**

raste broj **bolesnika s demencijom,**

raste broj **umirućih bolesnika,**

a sve je manji broj članova obitelji, koji mogu pomoći oboljelom.

To zahtjeva novi pristup i organizaciju
novog modela zdravstvene skrbi.

ZAŠTO PALIJATIVNA SKRB?

“Zdravlje je temeljno ljudsko pravo neophodno za ostvarivanje drugih ljudskih prava. Svako ljudsko biće ima pravo na ostvarenje najviše moguće razine zdravlja koje pogoduje dostojanstvenom životu”.

SZO, 2002.

Povezanost temeljnih ljudskih prava i zdravstvene zaštite potvrđuje i predstavlja temelj za izjavu da je **palijativna skrb univerzalno ljudsko pravo**.

Definicija

Prema definiciji Europskog društva za palijativnu skrb:

Palijativna skrb je aktivna, ukupna skrb za pacijenta čija bolest ne reagira na postupke liječenja.

Najvažnije je suzbijanje боли, ili drugih simptoma te socijalnih, psiholoških i duhovnih problema.

Palijativna skrb je interdisciplinarna u svom pristupu te svojim djelokrugom obuhvaća pacijenta, obitelj i zajednicu. Palijativna skrb nudi najosnovniji koncept zaštite – zbrinjavanje pacijentovih potreba gdje god da se za njega skrbi, bilo kod kuće ili u bolnici.

Palijativna skrb afirmira život, a smrt smatra normalnim procesom; ona smrt ne ubrzava niti je odgađa. Ona nastoji očuvati najbolju moguću kvalitetu života sve do smrti.

Definicija

Definicija SZO iz 2002. godine

Palijativna skrb je pristup koji poboljšava kvalitetu života pacijenta i njihovih obitelji suočenih s problemima povezanim sa smrtonosnom bolešću, kroz prevenciju i olakšanje patnje putem ranog prepoznavanja te besprijekorne procjene i suzbijanja boli i drugih problema, fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih .

Drugi opisi palijativne skrbi

1. “*Skrb iznad terapije*”
2. “*Minimalna tehnologija, maksimalan učinak*”
3. “*Dodati život danima ne samo dane životu*”
4. Palijativna skrb nedopušta reći
“*ništa više ne možemo učiniti*” nego
“*uvijek nešto možemo napraviti*”

KLJUČNI PRINCIPI

1. Holistički pristup:

bolesnik je osoba sa tjelesnim, psihološkim, društvenim, duhovnim i kulturnim naslijeđem i potrebama. Svaku od ovih odrednica treba neizostavno uzeti u obzir. (A.Merriman, 2006)

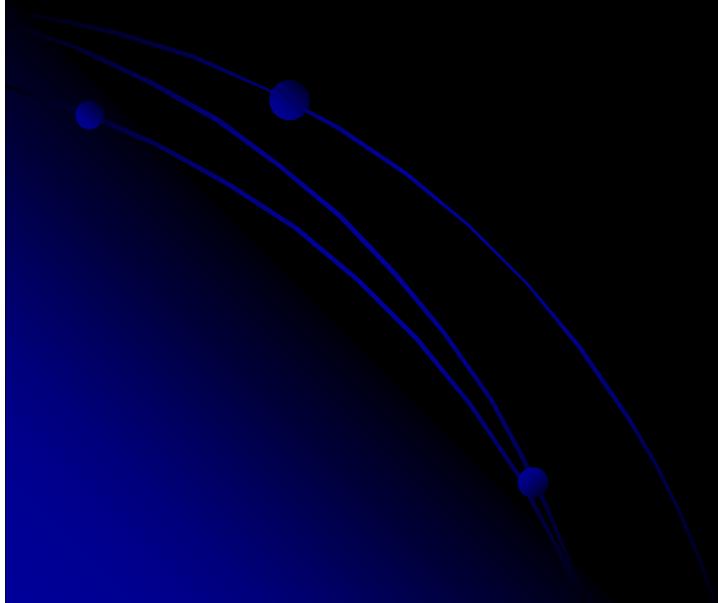


Ključni principi...

2. **Pacijentu orijentiran:** Pacijentove želje u središtu pažnje
3. **Timski rad i partnerska suradnja**
4. **Odgovarajuća etička načela.**
 - Blagonaklonost: činiti dobro
 - Nezločudnost: ne činiti nikakvu štetu
 - Autonomija: prava pacijenata na odlučivanje
 - Pravda: poštovanje

Ključni principi...

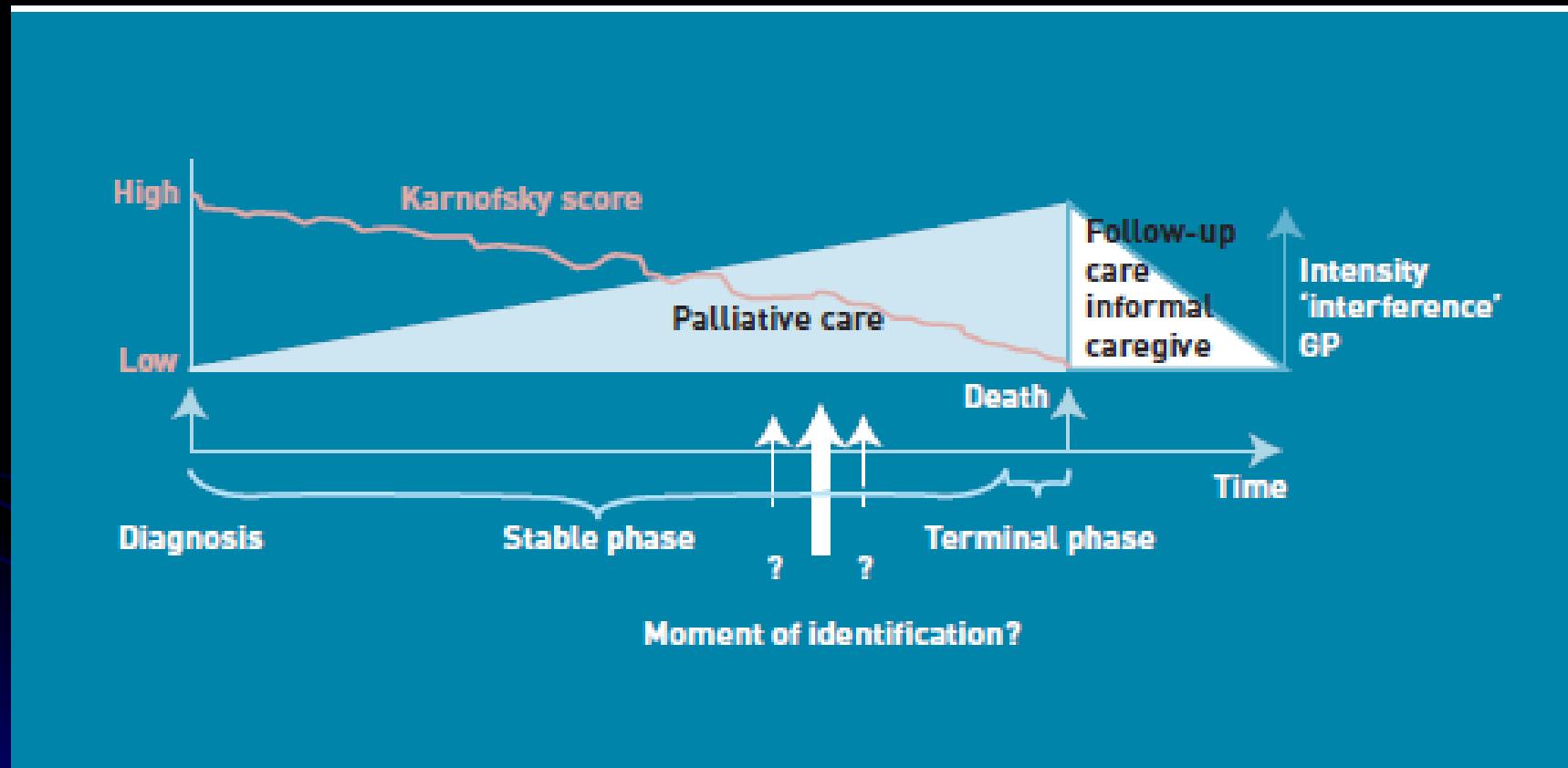
5. **KONTINUITET SKRBI**: Uključuje mrežu resursa i servisa koje pružaju cjelovite i sveobuhvatne podrške za pacijenta i obitelj skrbnika .



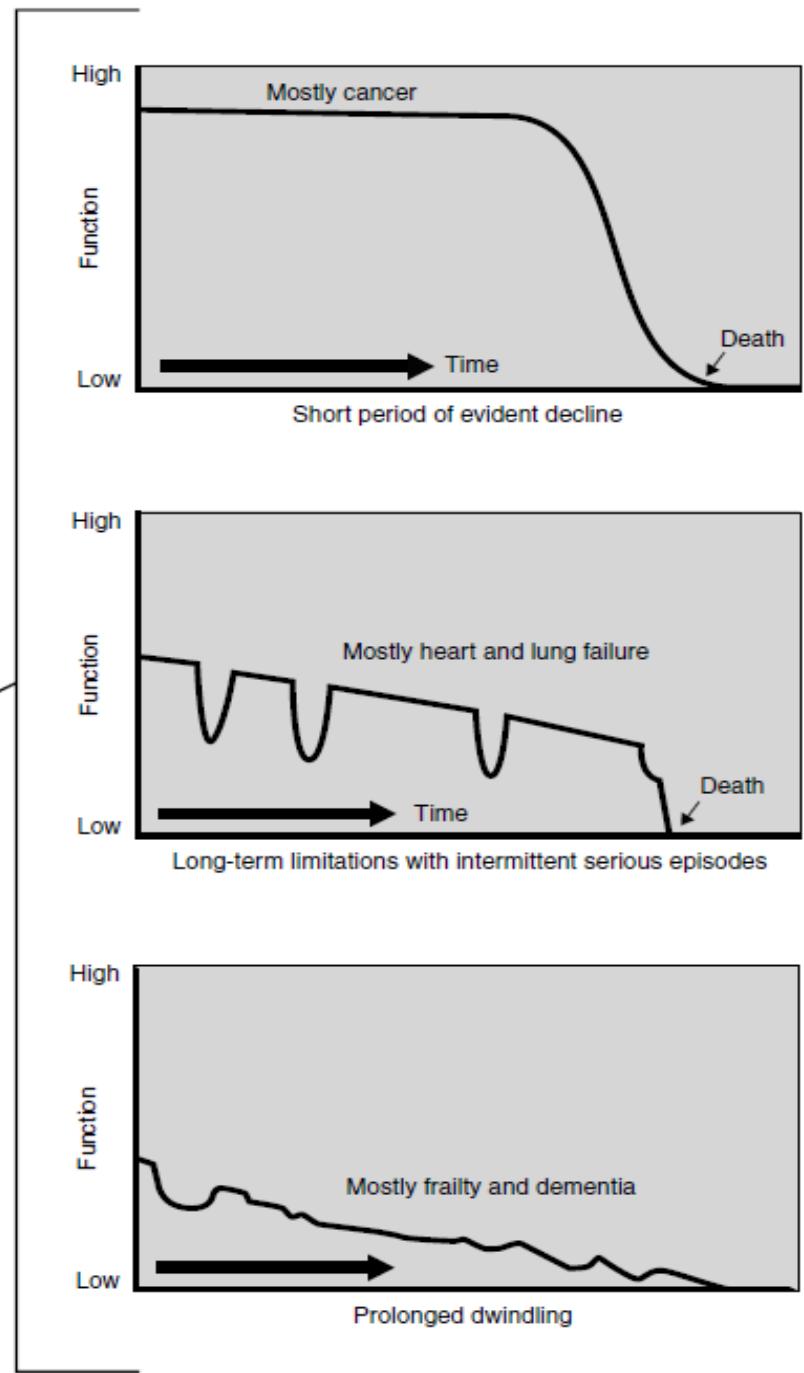
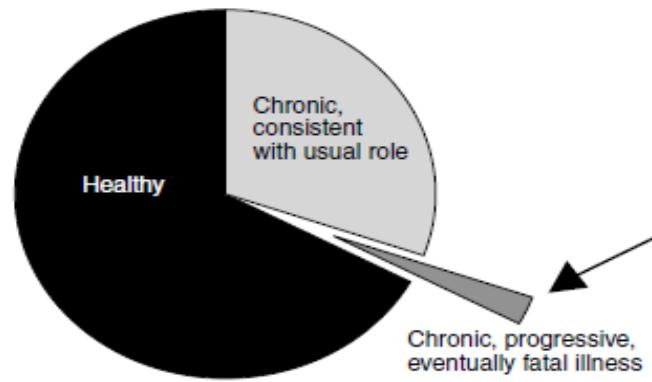
Kome je namijenjena palijativna skrb?

- Palijativna skrb trebala bi biti dostupna svim pacijentima s bolestima opasnima po život
- Nikako ne bi smjela biti ograničena na predefinirane medicinske dijagnoze

Kada će oboljeli trebatи palijativnu skrb ?



Izvor: Lynn J, Adamson DM. Living well and end of live. Adapting health care to serious chronic illness in old age. Washington: RAND Corporation, 2003.



Izvor: Lynn J, Adamson DM. Living well and end of live. Adapting health care to serious chronic illness in old age. Washington: RAND Corporation, 2003.

Oblici palijativne skrbi

		RAZINA PALIJATIVNE SKRBI		
OBLIK SKRBI	Akutna skrb	Palijativni pristup	Specijalistička podrška općoj palijativnoj skrbi	Specijalistička palijativna skrb
	Produžena skrb	Bolnica Dom za starije i nemoćne osobe, Dom za stanovanje	Volonterska služba	Bolnički tim za podršku palijativnoj skrbi Jedinica za palijativnu skrb
	Kućna skrb	Liječnici opće/obiteljske medicine; Sestrinski patronažni timovi		Timovi za zdravstvenu njegu u kući Stacionarne ustanove
				Mobilni timovi za palijativnu skrb, ustanove za dnevni boravak

Izvor: Strateški plan razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2013. do 2015. (nacrt)

Županija - minimalni standard

Prema Strateškom planu razvoja palijativne skrbi u RH za razdoblje 2013.-2015.

- **Centar za koordinaciju palijativne skrbi**
- **Osiguran stacionarni smještaj s palijativnom medicinom** (u vlastitim ustanovama, ili ugovoreni kreveti u stacionarnoj skrbi sa uslugama palijativne medicine). Standard za broj postelja za palijativnu medicinu je 80 postelja na 1000 000 stanovnika.
- **Organizirani sustav potpore specijalističkog tima** (bolničkog ili vanbolničkog) za palijativnu medicinu za sve koji pružaju palijativnu skrb u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.
- **Posudionicu pomagala.**

Kvaliteta života - Kvaliteta umiranja

Economist Intelligence Unit 

The quality of death Ranking end-of-life care across the world

A report from the Economist Intelligence Unit

Commissioned by



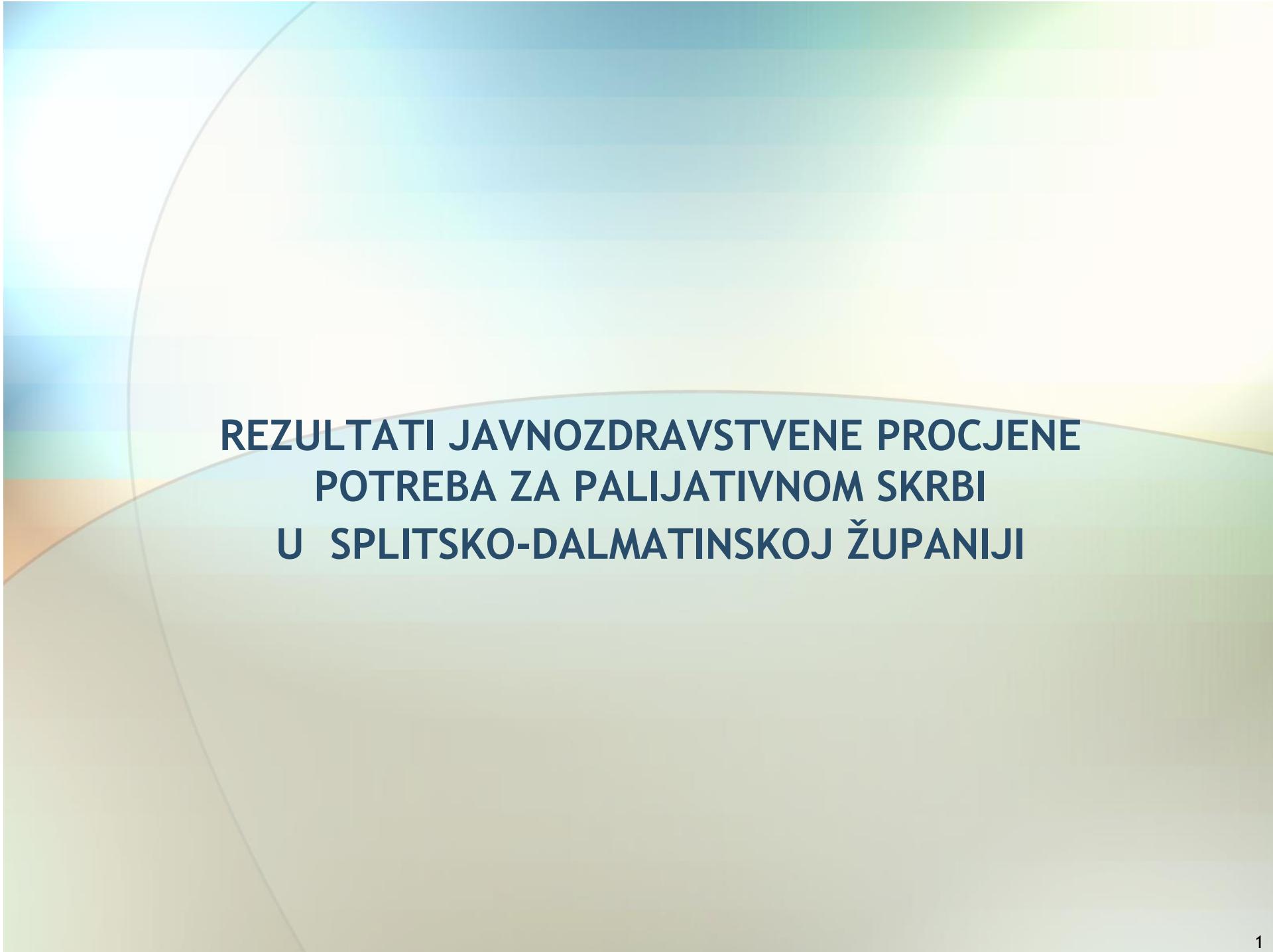
Figure 1
Overall score

Rank	Country	Score
1	UK	7.9
2	Australia	7.9
3	New Zealand	7.7
4	Ireland	6.8
5	Belgium	6.8
6	Austria	6.6
7	Netherlands	6.3
8	Germany	6.2
9	Canada	6.2
9	US	6.2
11	Hungary	6.2
12	France	6.1
13	Norway	6.1
14	Taiwan	6.0
15	Poland	6.0
16	Sweden	6.0
17	Luxembourg	5.9
18	Singapore	5.7
19	Switzerland	5.5
20	Hong Kong	5.4
21	Czech Republic	5.3
22	Denmark	5.2
23	Japan	5.1
24	Italy	4.7
25	Iceland	4.4
26	Spain	4.3
27	Slovakia	4.2
28	Finland	4.2
29	Greece	4.1
30	South Africa	4.0
31	Portugal	3.8
32	South Korea	3.7
33	Malaysia	3.7
34	Turkey	2.8
35	Russia	2.8
36	Mexico	2.7
37	China	2.3
38	Brazil	2.2
39	Uganda	2.1
40	India	1.9

Source: Economist Intelligence Unit.

„Svake godine, milijuni ljudi diljem svijeta koji žive u terminalnom stadiju svoje bolesti proživljavaju nepotrebnu bol i patnju, ne znajući za, ili im je nedostupna skrb koja im je potrebna. Kvalitetna hospicijska/palijativna skrb, koja ima za cilj zadovoljiti potrebe cijele osobe, može i treba dati odgovor. To je problem koji utječe doslovno na svakoga na ovoj planeti - svi bismo željeli živjeti do kraja mirno i ugodno.“

Nadbiskup Desmond Tutu



REZULTATI JAVNOZDRAVSTVENE PROCJENE POTREBA ZA PALIJATIVNOM SKRBI U SPLITSKO-DALMATINSKOJ ŽUPANIJI

ZAKONSKI OKVIR OBVEZE I MOGUĆNOSTI USPOSTAVE PALIJATIVNE SKRBI U ZAJEDNICI I ZDRAVSTVU SDŽ-a

◆ Zakon o zdravstvenoj zaštiti:

- *Mjere zdravstvene zaštite (Čl. 3., još u 2003. godini);*
- *Zdravstvene ustanove: DOM ZDRAVLJA na svom području mora osigurati palijativnu skrb (čl. 69., 2003.); USTANOVA ZA PALIJATIVNU SKRB, PRIMARNE razine (Čl. 81., 2003.);*
- *Razine zdravstvene djelatnosti - primarna i sekundarna razina (2010. godine)*

Zakonski okvir za osnivanje i razvoj palijativne skrbi ostvaren je još prije 10 godina, - 2003. godine već tadašnjim Zakonom o zdravstvenoj zaštiti. No, unatoč tome, ni 2013. godine palijativna skrb kao djelatnost još uvijek nije sustavno uključena unutar obveznog zdravstvenog osiguranja.

◆ Mreža javne zdravstvene službe: Broj postelja u bolnicama

◆ Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja:

- *Program mjera za djelatnost palijativne skrbi*

◆ Odluka o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja:

- *Cijena dana bolničkog liječenja*

◆ Strateški plan razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2013.-2015.

Organizacija palijativne skrbi

**Splitsko-dalmatinska županija
kao i Republika Hrvatska
i ove 2013. godine
su bez sustava cjelovite palijativne skrbi!**

Zašto sustavna palijativna skrb?

**Zdravstvene mjere zbrinjavanja oboljelih potrebnih
djelatnosti palijativne skrbi
u nas se provode
kroz postojeće oblike i razine zdravstvene zaštite,
ali aktualna zdravstvena infrastruktura za
pružanje palijativne skrbi ne
odgovara njihovim potrebama!**

Entuzijazam kao odgovor potrebama palijativne skrbi

Iako sustavno organizirana palijativna skrb u Hrvatskoj nije uspostavljena, organizacije civilnog društva temeljem entuzijazma brojnih stručnjaka zdravstvenih i nezdravstvenih kao i svih dobre volje diljem Hrvatske tijekom posljednjih nekoliko godina, pokrenuli su i provode niz zdravstveno-socijalnih aktivnosti za potrebne palijativne skrbi kroz dostupne oblike financiranja, na čemu im svesrdno zahvaljujemo!

Događanja i aktivnosti na području palijativne skrbi u Hrvatskoj

- 1994. - prof. Anica Jušić osnovala je „Hrvatsko društvo za hospicij / palijativnu skrb“**
- 2000. - osniva se „Povjerenstvo za PS pri MZSS“ u radu kojeg je, uz hrvatske stručnjake , sudjelovalo i 19 eksperata iz inozemstva.**
- 2002. - osniva se regionalni hospicijski centar „Hrvatska udruga prijatelja hospicija“, koji volonterski obavlja hospicijske kućne posjete**
- 2010. - Društvo je preimenovano u - HDPM „Hrvatsko društvo palijativne medicine Hrvatskog liječničkog zbora“**
- 2010. - osnovana je udruga - Hrvatski centar palijativne skrbi - humanitarni projekt “Ostani uz mene” (koji je dobio priznanje EU parlamenta u Bruxellesu 04. 5. 2011. kao najbolja humanitarna javna kampanja za probleme liječenja boli i palijativne medicine)**
- 23.9.2010. - osnovan je „CEPAMET“ - MF Šalata (CEPAMET - Centar Edukacije Palijativne Medicine, Medicinske Etike i Komunikacijskih vještina)**

Događanja i aktivnosti na području palijativne skrbi u Hrvatskoj

2007. - Pula, Liga za borbu protiv raka: multidisciplinarni tim, palijativne kućne posjete, posudionica pomagala, suradnja s ljekarnom, specijalističke kućne posjete (onkolog, neurolog, psihijatar) suradnja sa LOM.
2008. - DZ Rijeka - Projekt palijativne skrbi
2009. - Rijeka: 2 mobilna tima LOM + 1 (od 2011. treći tim plaća HZZO), novi hospicij otvoren u siječnju 2013. (plaća HZZO)
2010. - Gospić: 1 palijativni tim kućnih posjeta ZZJZ - Projekt MZSS
2010. - Udruga „Palia centar Osijek“
2011. - Ambulanta za palijativnu medicinu i bol, pri DZ Osijek
2011. - Dnevna bolnica za palijativnu medicinu - Koprivnica
2011. - Psihijatrijska bolnica Sveti Rafael - Strmac

Događanja i aktivnosti na području palijativne skrbi u Hrvatskoj

2012. - Novi Marof: novi odjel za PS

2012. - Knin: novi odjel za PS

2012. - HCPS - dobiva vlastiti prostor; otvoreno Savjetovalište za palijativnu skrb u Zagrebu

2012. - u sklopu Projekta osnivanja mobilnih palijativnih timova u DZ, HZZO je po 1 mobilni tim PS u:

- DZ Primorsko-goranske županije,
- DZ Istra-Pazin,
- DZ Zagreb - Centar,
- DZ Čakovec,
- DZ Osijek

2013. siječanj - Postdiplomski tečaj I. kategorije "Osnove palijativne medicine"

2013. siječanj - otvoren Hospicij u Rijeci

2013. siječanj - Popovača: Palijativna skrb i zdravstveni sustav - Novi izazovi

2013. veljača - Vinkovci: Ogranak HDPM - Uloga medicinske sestre u timu palijativne skrbi

2013. veljača - Sisak: Tribina u Domu umirovljenika

2013. veljača - Zagreb, KB Dubrava: Tribina za medicinske sestre

Događanja i aktivnosti na području palijativne skrbi u Hrvatskoj

2013. ožujak - Lipik: Tribina - Požeško-slavonska županija
2013. ožujak - Poreč: Udruga ravnatelja u djelatnosti socijalne skrbi
2013. travanj - Pakrac: Tribina - Opća bolnica
2013. travanj - Jezerčica: Savjetovanje udruga ustanova zdravstvene njegе
2013. travanj - Vinkovci: Zdravi grad
2013. travanj - Dom zdravlja Osijek: Županijski centar za koordinaciju palijativne skrbi
2013. travanj - Split: Osnivanje ogranka HDPM
2013. svibanj - Zagreb: 4. Savjetovanje županija
2013. svibanj - Osijek: 2. Kongres psihoonkologije
2013. svibanj - Karlovac: 35. svibanski zdravstveni dani
2013. svibanj - Zagreb Zdravi grad
2013. svibanj - Split - Javnozdravstvena tribina - KBC Firule
2013. svibanj - Šibenik: Osnivanje ogranka HDPM
2013. lipanj - Popovača: Okrugli stol
2013. lipanj - Zagreb: CEPAMET - Praktičan pristup bolesniku s demencijama
2013. lipanj - Lipik: Edukativna radionica Enteralna nutritivna potpora PB
2013. lipanj - Imotski: Tečaj palijativne medicine
2013. rujan - Opatija: Kongres Alpe-Adria
2013. listopad- Vukovar: Tribina

Ministarstvo zdravlja RH podržava proces uspostavljanja i razvoja PS u RH.

TIM posvećen PS na razini RH: Dr. Vlasta Vučevac, predsjednica Hrvatskog društva za palijativnu medicinu HLZ; dr. sc. Aleksandar Džakula, prof dr. sc. Karmen Lončarek.

Pozadina javnozdravstvene procjene potreba za palijativnom skrbi u SDŽ-u

Lista šifara bolesti-stanja za javnozdravstvenu procjenu potreba za palijativnom skrbi u SDŽ-u je preuzeta od “*e PALLIATIVE CARE COUNCIL OF NEW ZEALAND. National Health Needs Assessment for Palliative Care. Phase 1 Report: Assessment of Palliative Care Need. Appendix 1: ICD-10-AM codes used in estimates. June 2011*

 dostupne <http://www.cancercontrolnz.govt.nz/sites/default/files/Needs%20Assesst%20Report.pdf>

Šifre bolesti-stanja (MKB-10) korištene u javnozdravstvenoj procjeni potreba za palijativnom skrbi u SDŽ-u uključuju:

- ◆ bolesti skupine Novotvorina (C00-D48),
- ◆ druge definirane neonkološke kronične onesposobljavajuće bolesti (neurološke bolesti, zatajenja srca, pluća, bubrega),

kao osnovnih uzroka smrti umrlih stanovnika svih gradova (njih 16) i svih općina (njih 39) Splitsko-dalmatinske županije.

(“Osiguranje pristupačnosti visoko kvalitetne palijativne skrbi za neonkološke pacijente treba biti prioritet nacionalnog i europskog razvoja zdravstvene politike.”(*Bijela knjiga standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi*)

Pozadina javnozdravstvene procjene potreba za palijativnom skrbi u SDŽ-u

Argumenti za utemeljenost korištenja mortalitetnih podataka u svrhu grube javnozdravstvene procjene potreba za palijativnom skrbi u SDŽ-u proizilaze iz:

- definicije **palijativne skrbi**
- defininiranih razina palijativne skrbi
- definiranog obuhvata palijativnom skrbi - sve teške, iscrpljujuće, uznapredovale i po život opasne bolesti oboljelih

(prema: *Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi*),

i koje su kao takve unutar promatranog vremenskog razdoblja završile smrću i stoga su predmet naše procjene, jer su tijekom njihovog uznapredovanja i pogoršanja, oboljeli bez sumnje bili potrebni nekih i/ili svih razina palijativne skrbi.

Kada bolest prelazi u obuhvat potrebnih u palijativnu skrb?

“Nema unaprijed određene vremenske točke u toku bolesti koja obilježava prijelaz s kurativne na palijativnu skrb.”

“Većina pacijenata treba palijativnu skrb samo u daleko uznapredovaloj bolesti, ali neki pacijenti mogu trebati palijativne intervencije za rješavanje kriza u ranijim dijelovima svoje bolesti. To može biti razdoblje od nekoliko godina, mjeseci, tjedana ili dana.”

(Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi)

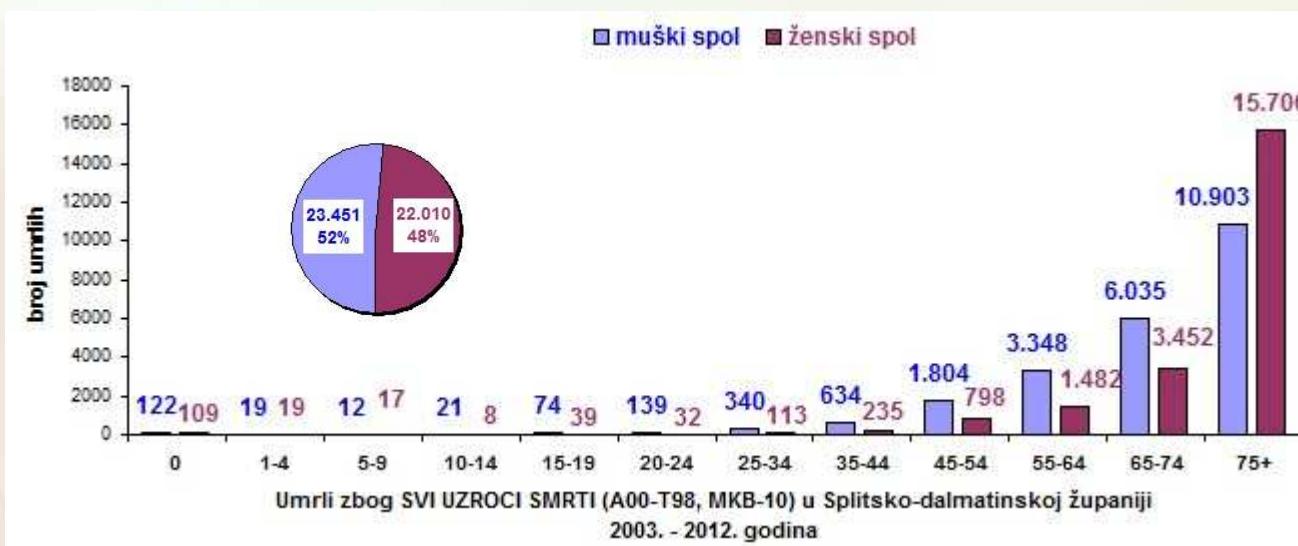
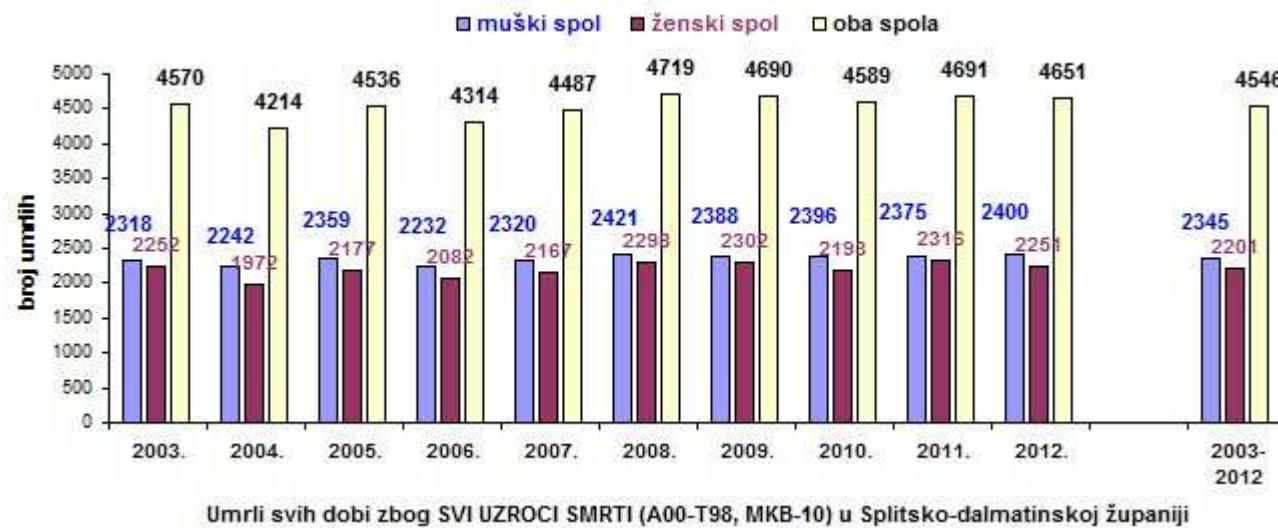
Pozadina javnozdravstvene procjene potreba za palijativnom skrbi

IZVOR PODATAKA:

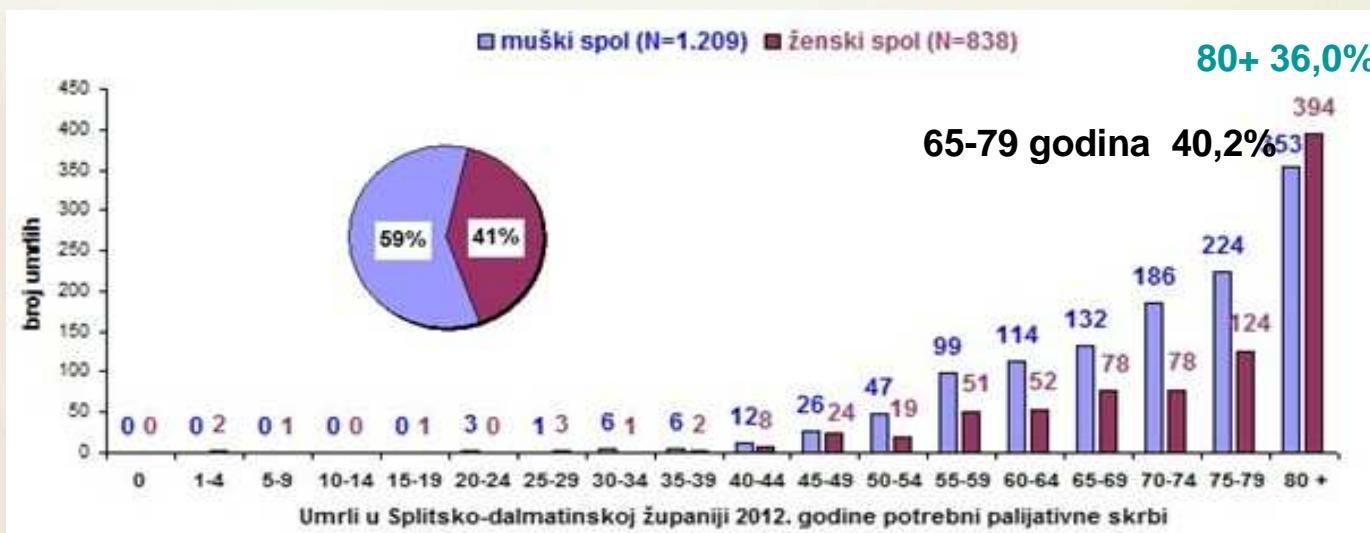
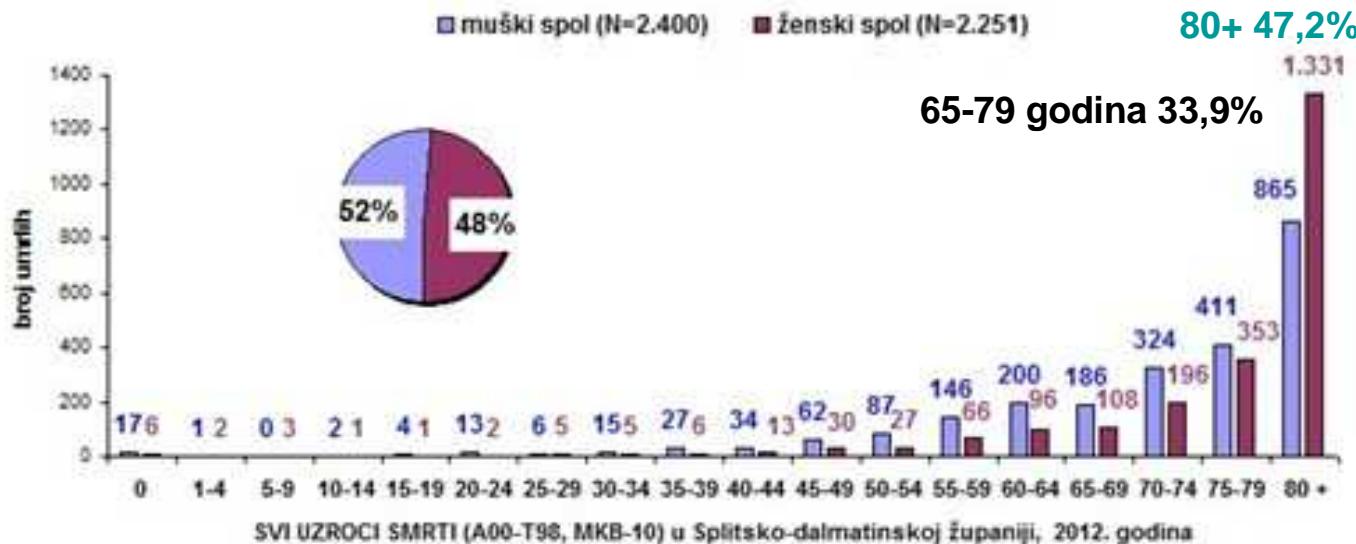
- Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske
- Elektroničke baze zdravstveno-statističkih podataka o hospitalizacijama stanovnika SDŽ-a Službe za javno zdravstvo NZJZ SDŽ-a.

Jesmo li potrebni sustava palijativne skrbi u Splitsko-dalmatinskoj županiji?

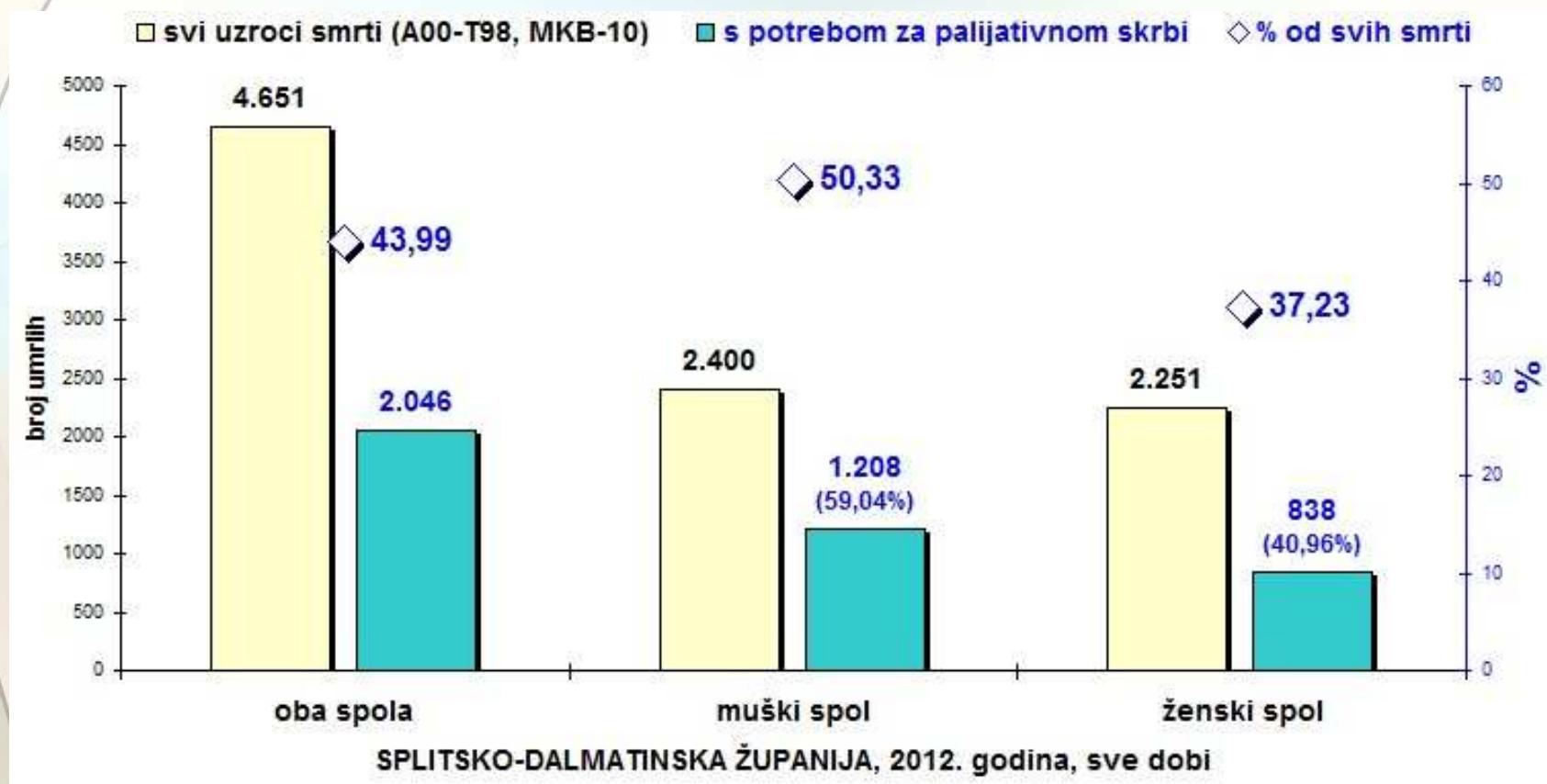
Umrli u Splitsko-dalmatinskoj županiji, 2003. - 2012.



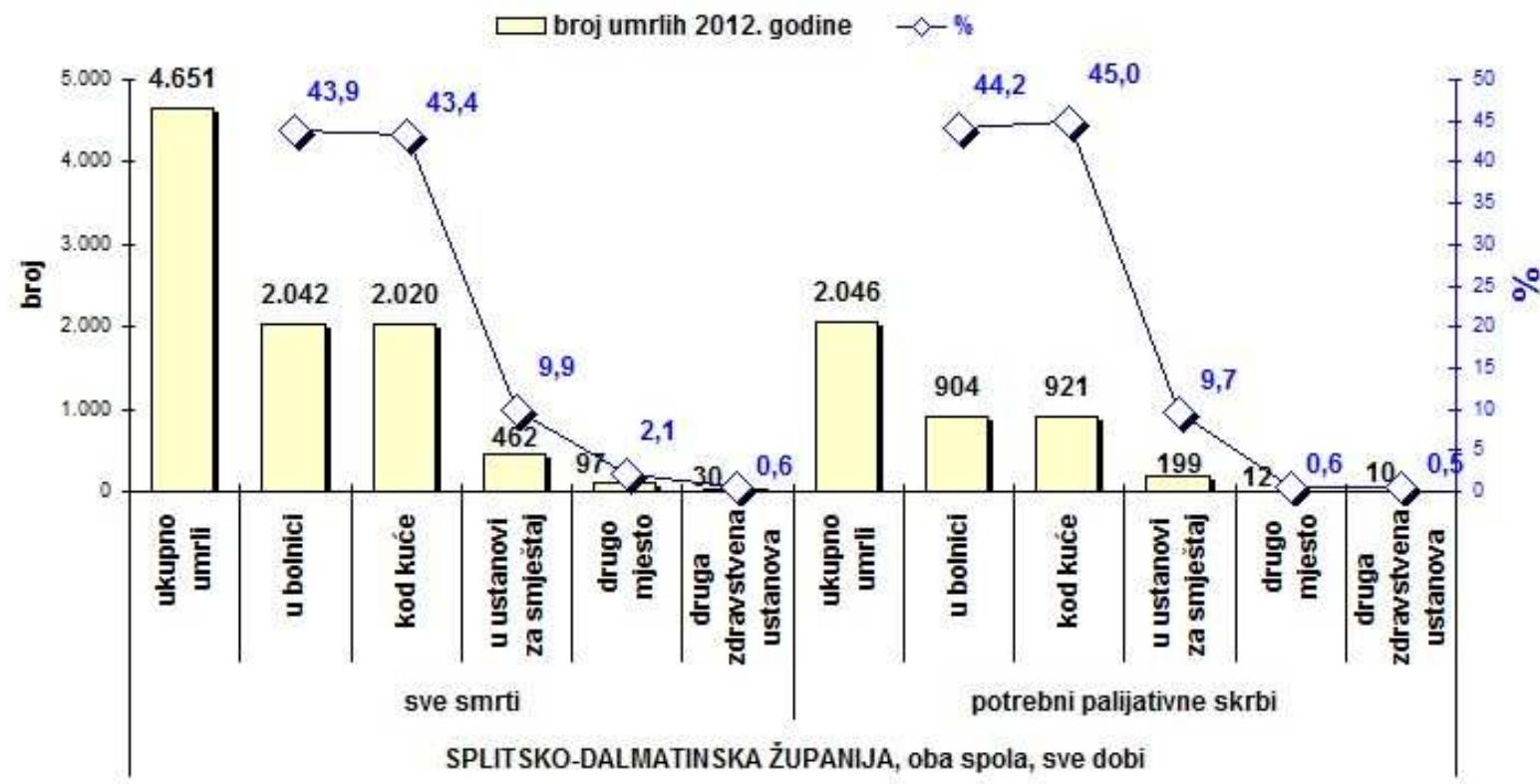
Ukupno umrli i umrli potrebni palijativne skrbi po spolu i dobi u SDŽ, 2012.



Ukupno umrli i umrli potrebni palijativne skrbi po spolu u SDŽ, 2012.



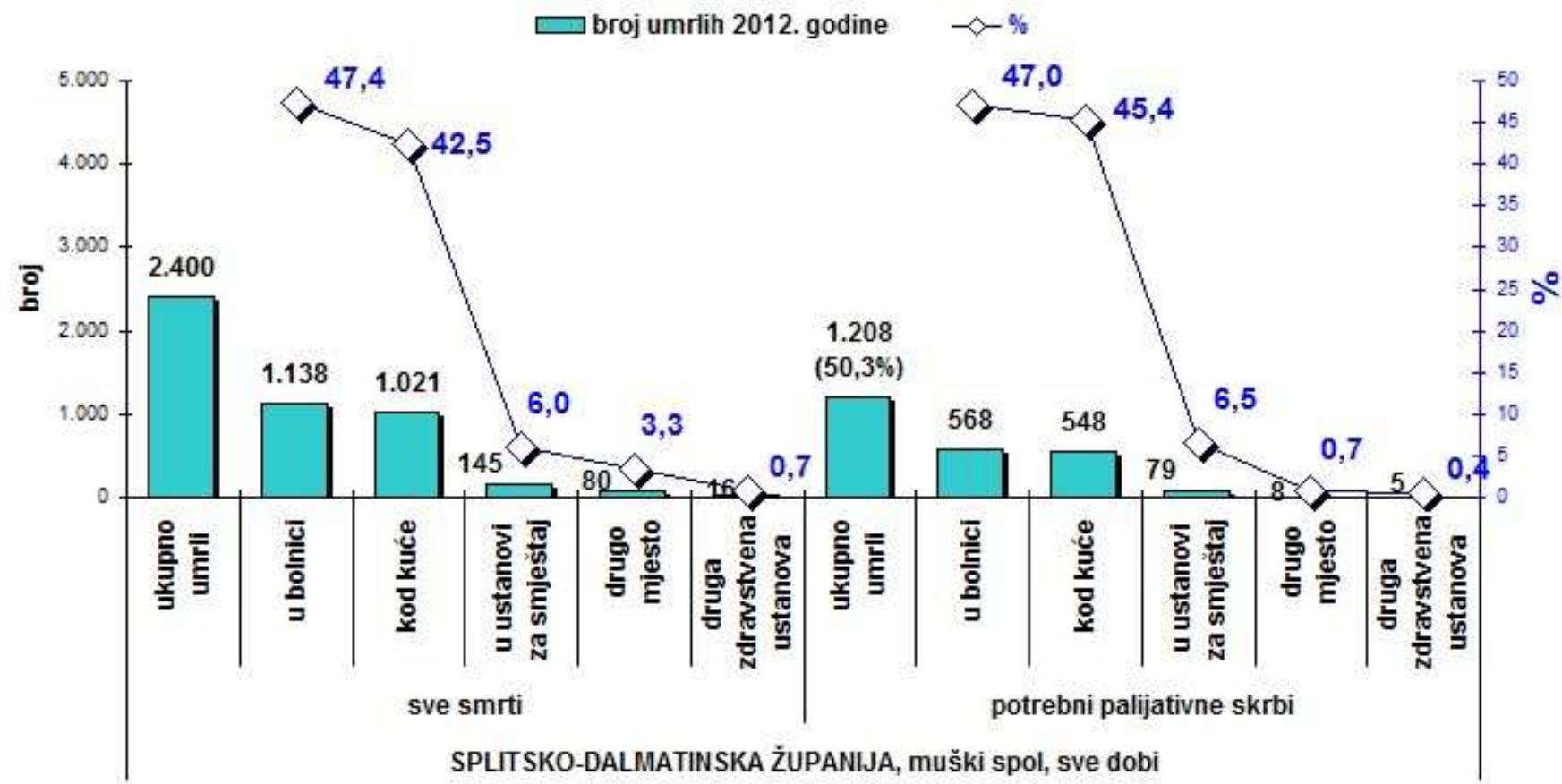
Ukupno umrli i umrli potrebni palijativne skrbi prema mjestu smrti oba spola svih dobi u SDŽ, 2012.



**Godišnja zauzetost bolničkih kreveta
za umrle u bolnici oba spola
potrebnih palijativne skrbi = 35 kreveta.**

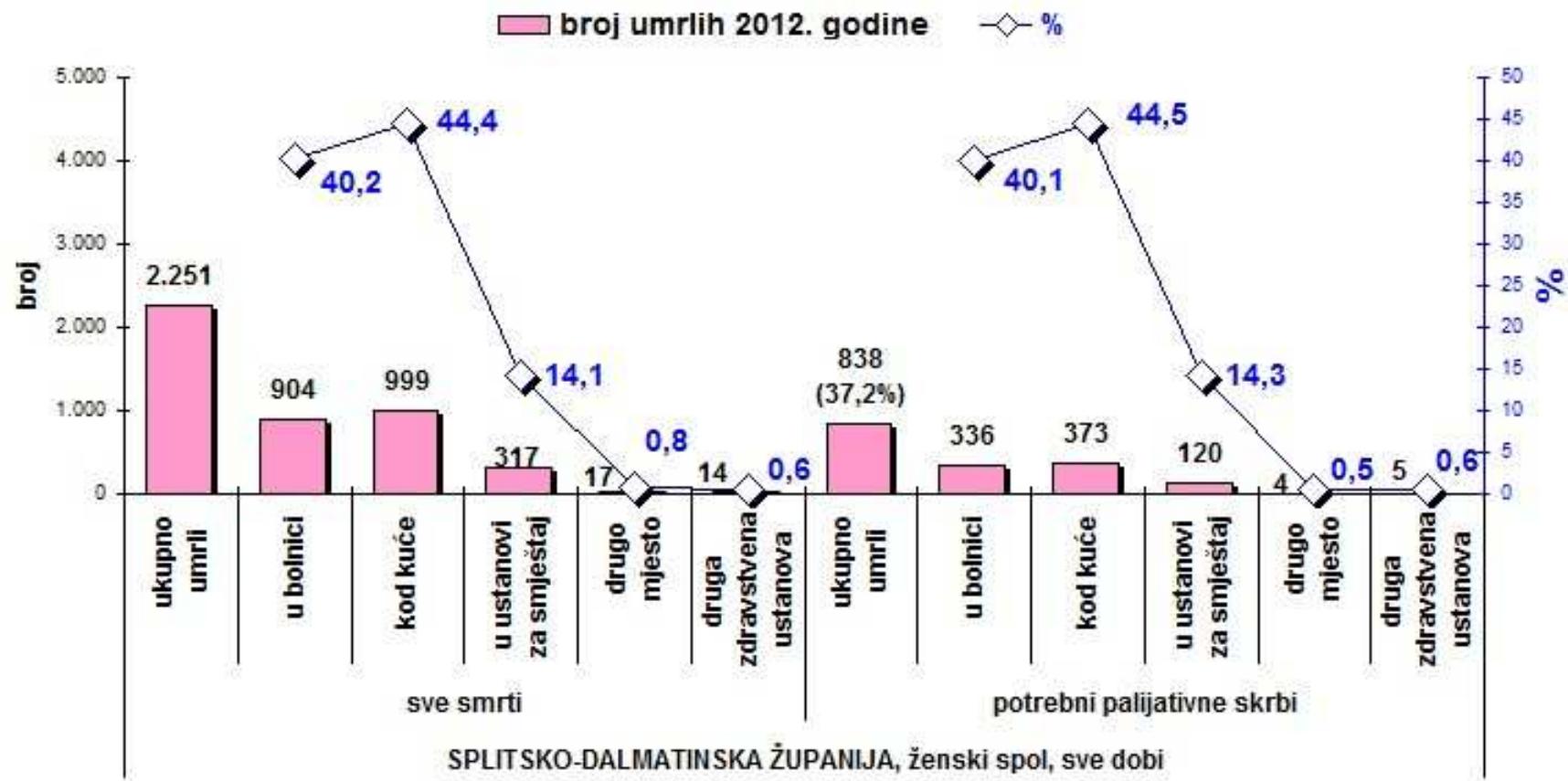
	umrli kod kuće (%)
NORVEŠKA	12,8
ENGLESKA	22,7
BELGIJA	27,9
NIZOZEMSKA	45,4
ITALIJA	35,8

Ukupno umrli i umrli potrebni palijativne skrbi prema mjestu smrti muškog spola u SDŽ, 2012.



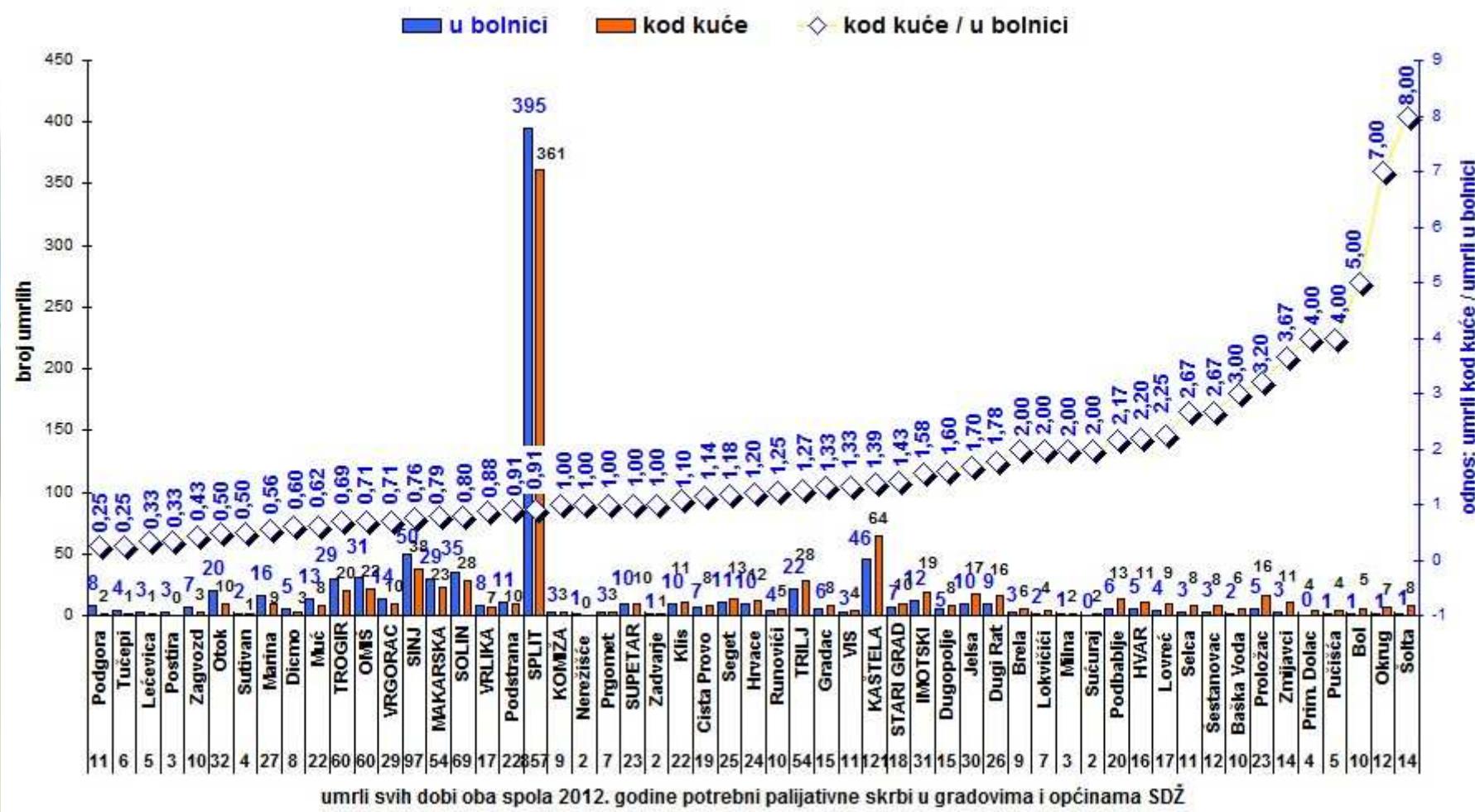
Godišnja zauzetost bolničkih kreveta za umrle u bolnici muškog spola
potrebnih palijativne skrbi = 20 kreveta

Ukupno umrli i umrli potrebni palijativne skrbi prema mjestu smrti ženskog spola u SDŽ, 2012.

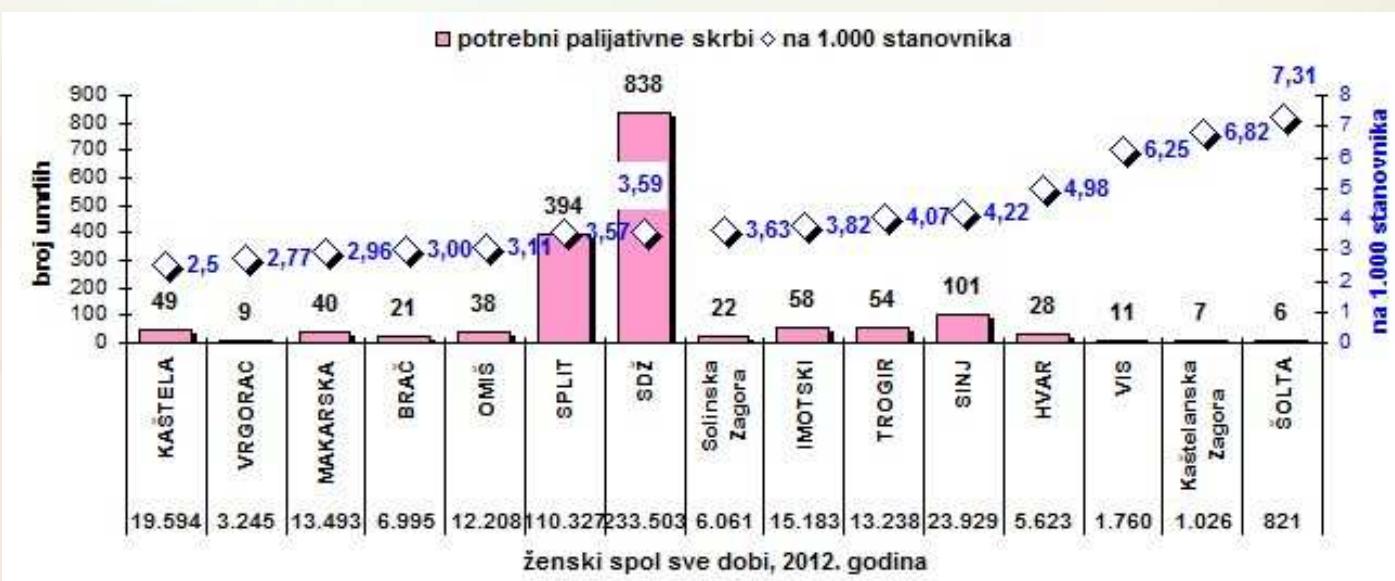
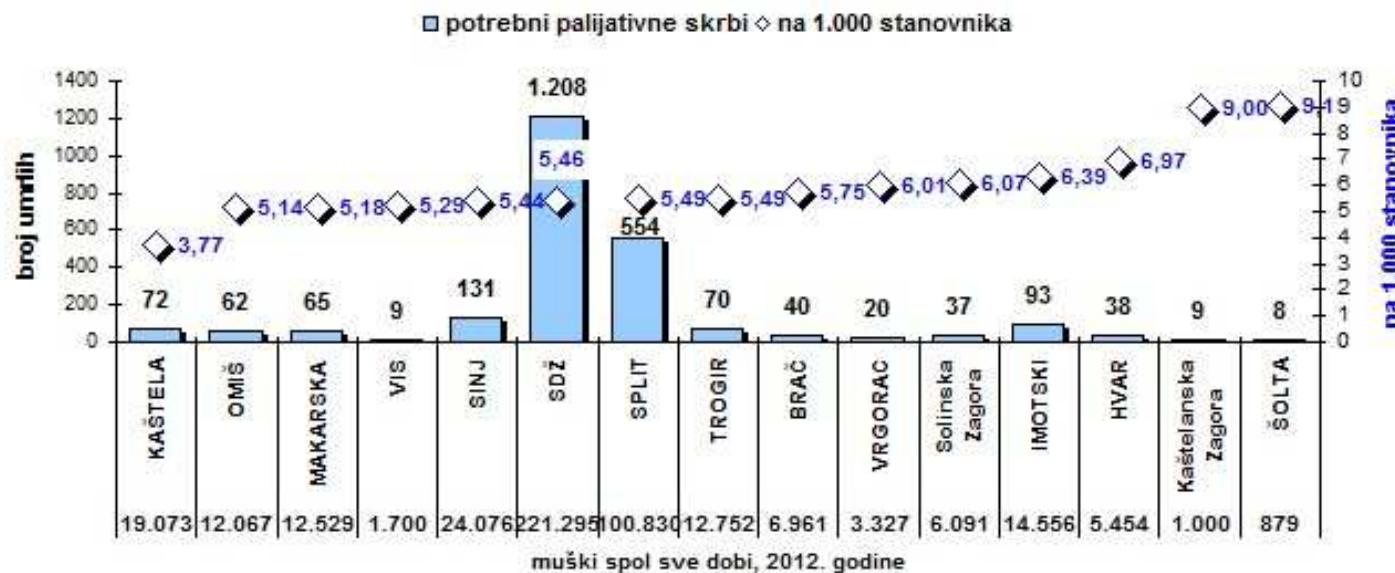


Godišnja zauzetost bolničkih kreveta za umrle u bolnici ženskog spola
potrebnih palijativne skrbi = 15 kreveta

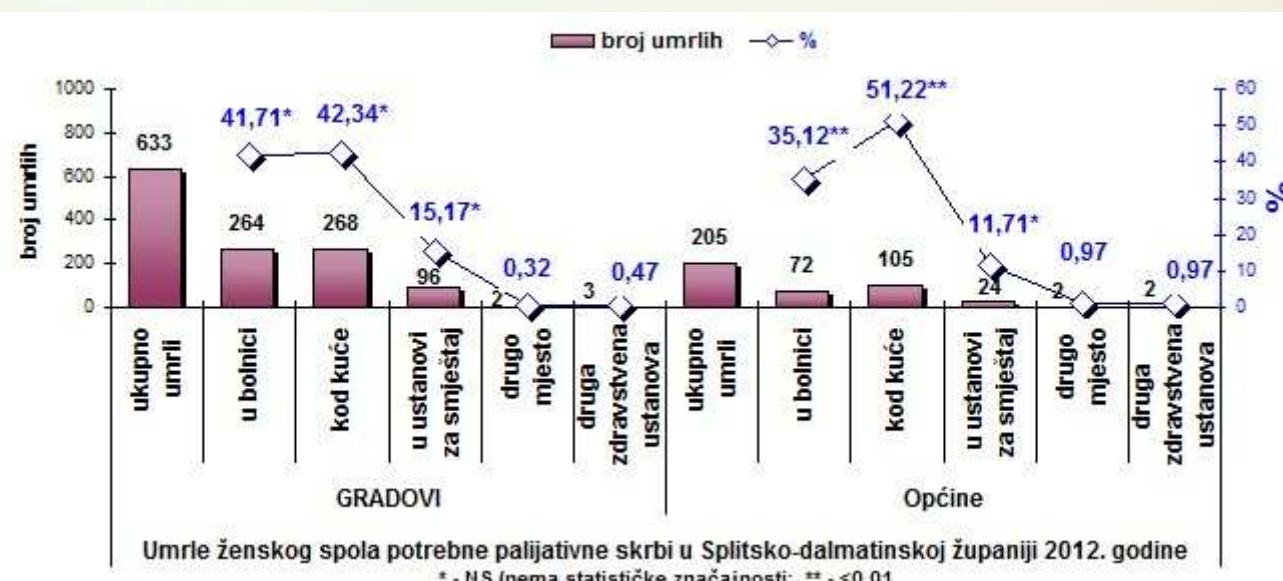
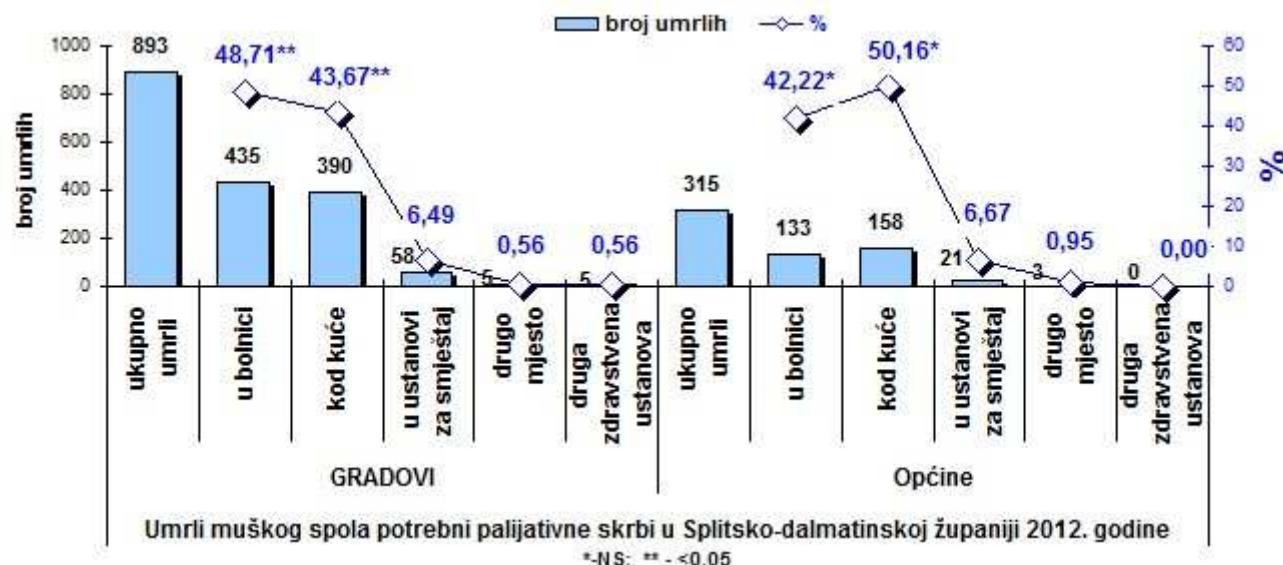
Umrli potrebni palijativne skrbi svih dobi oba spola po mjestu smrti i odnos broja umrlih u kući / umrli u bolnici po gradovima i općinama SDŽ-a, 2012.



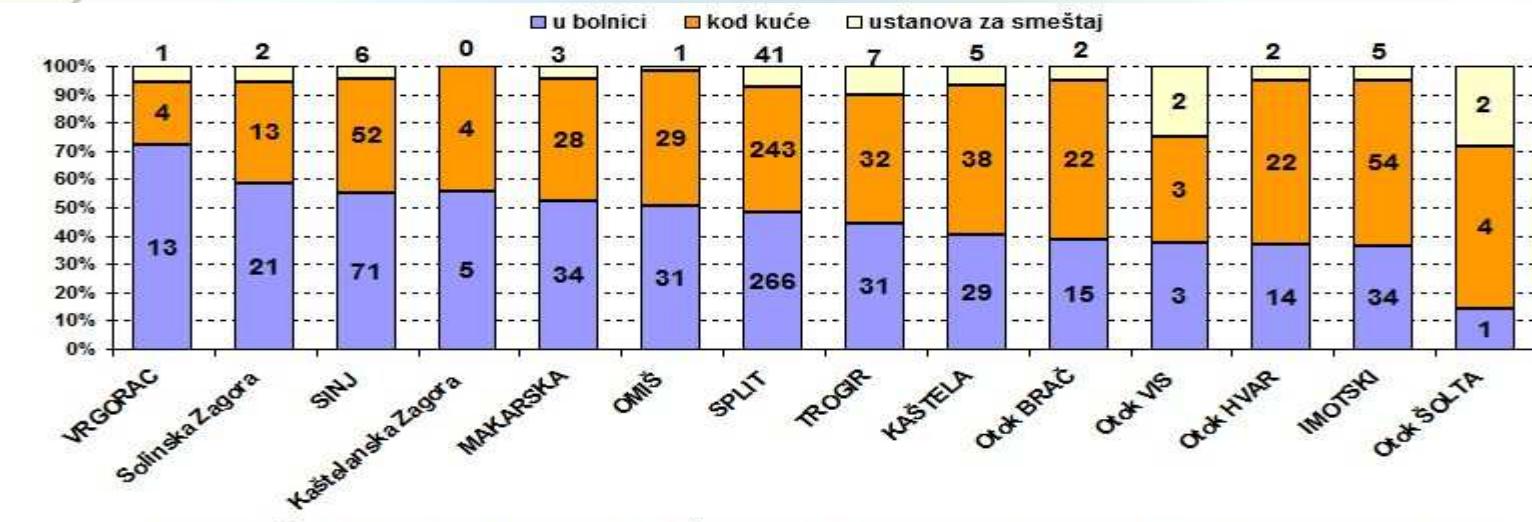
Potrebe za palijativnom skrbi po ispostavama ŽDZ SDŽ, 2012.



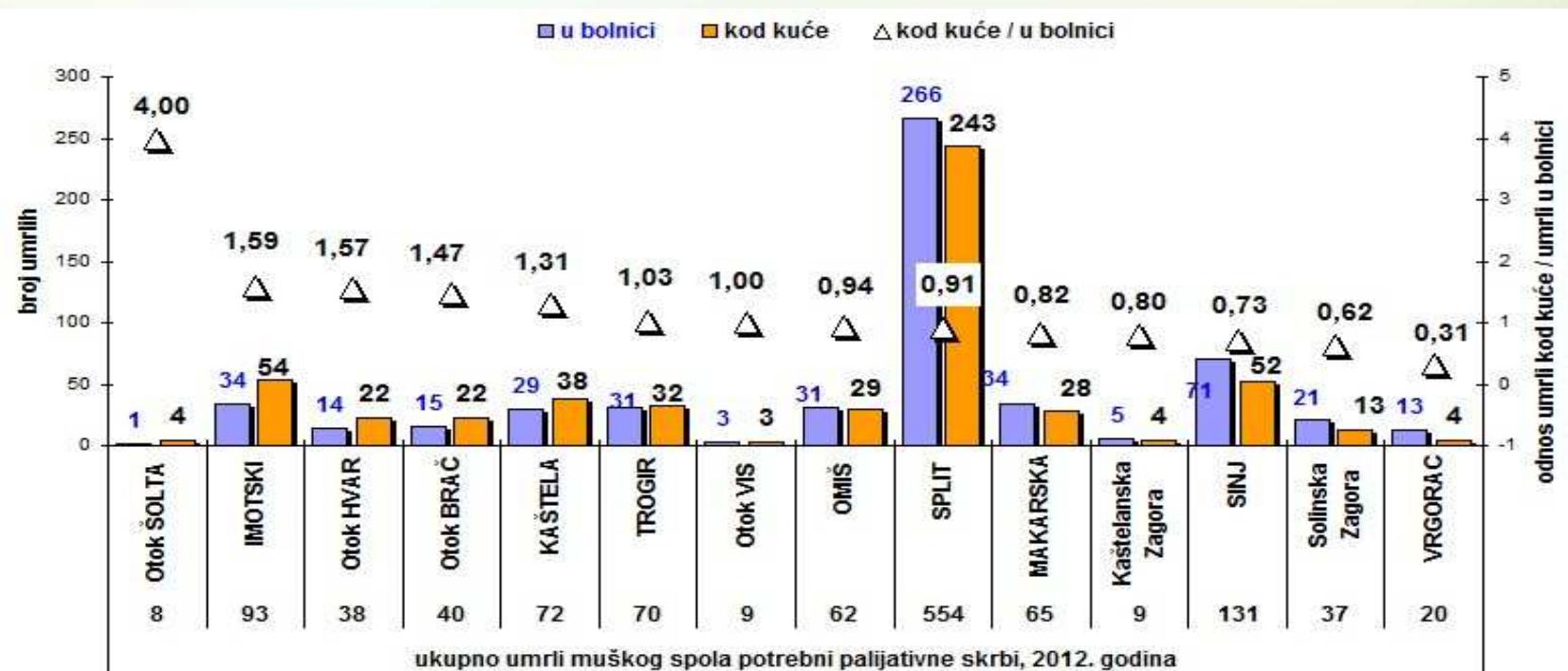
Ukupno umrli potrebni palijativne skrbi po spolu svih dobi po mjestu smrti ukupno u gradovima i ukupno u općinama SDŽ-a, 2012.



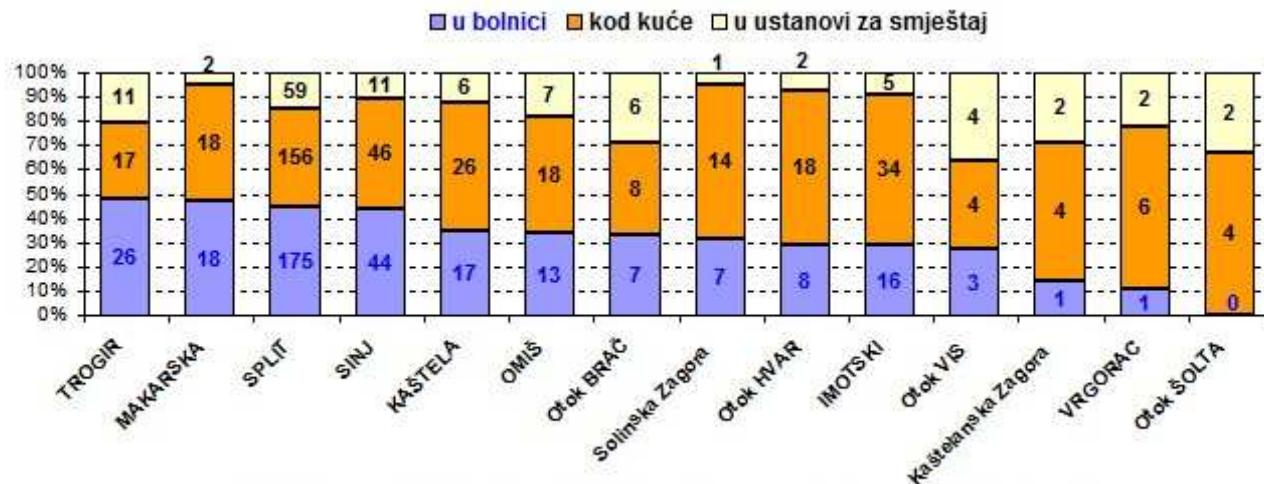
Umrli muškog spola potrebni palijativne skrbi po mjestu smrti po područjima ispostava ŽDZ SDŽ, 2012.



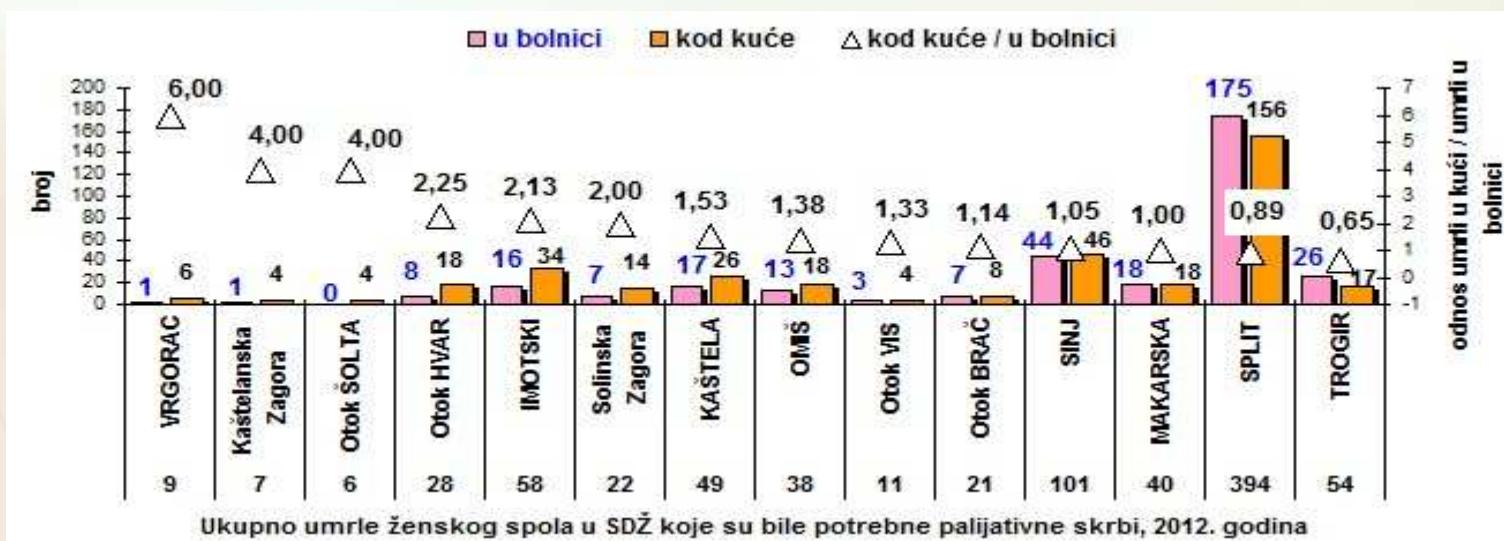
Umrli muškog spola 2012. godine u SDŽ koji su bili potrebni palijativne skrbi prema mjestu smrti



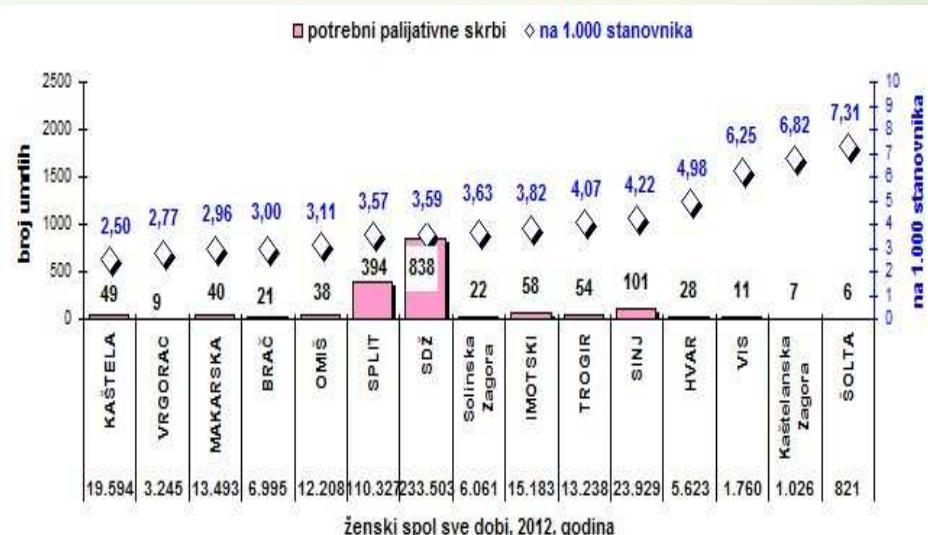
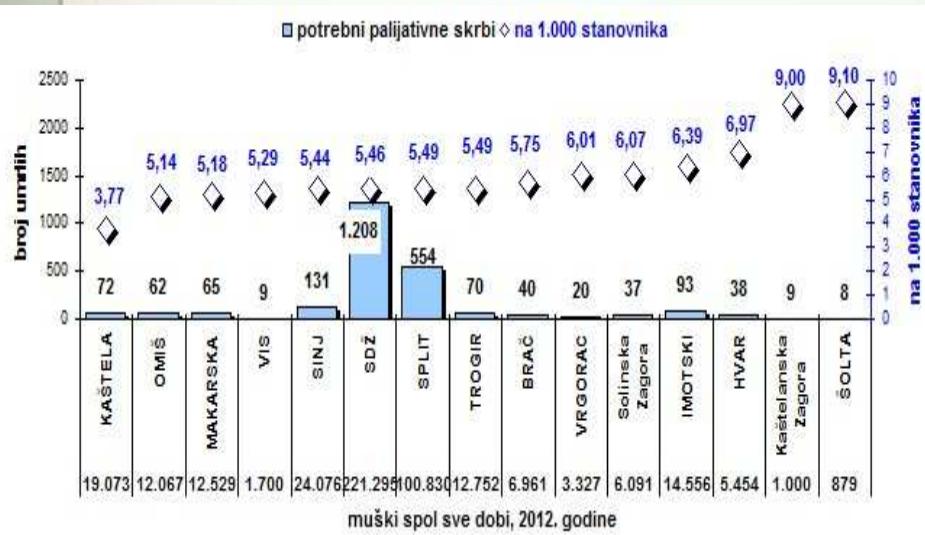
Umrle ženskog spola potrebne palijativne skrbi po mjestu smrti po područjima ispostava ŽDZ SDŽ, 2012.



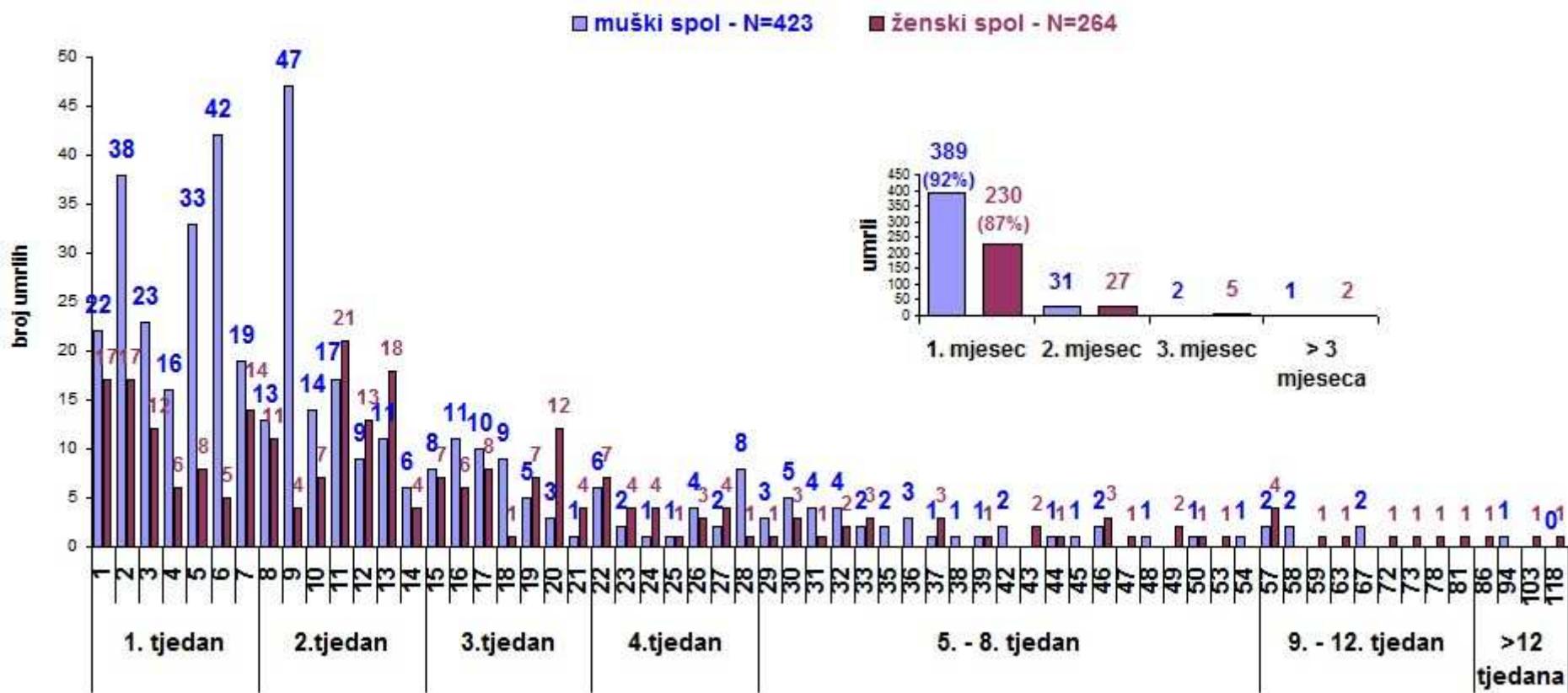
Umrle žene u SDŽ potrebne palijativne skrbi prema mjestu smrti, 2012. godina



Stope umrlih potrebnih palijativne skrbi / 1.000 stanovnika po ispostavama ŽDZ SDŽ, 2012.

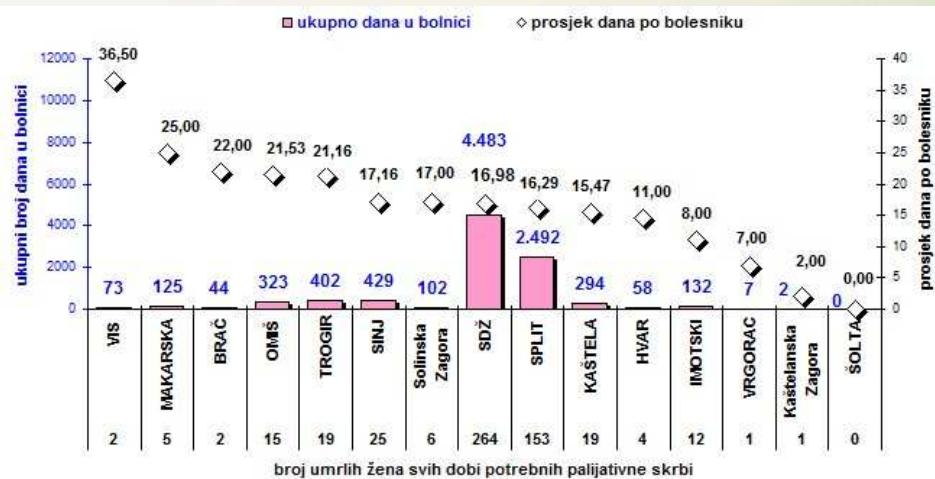
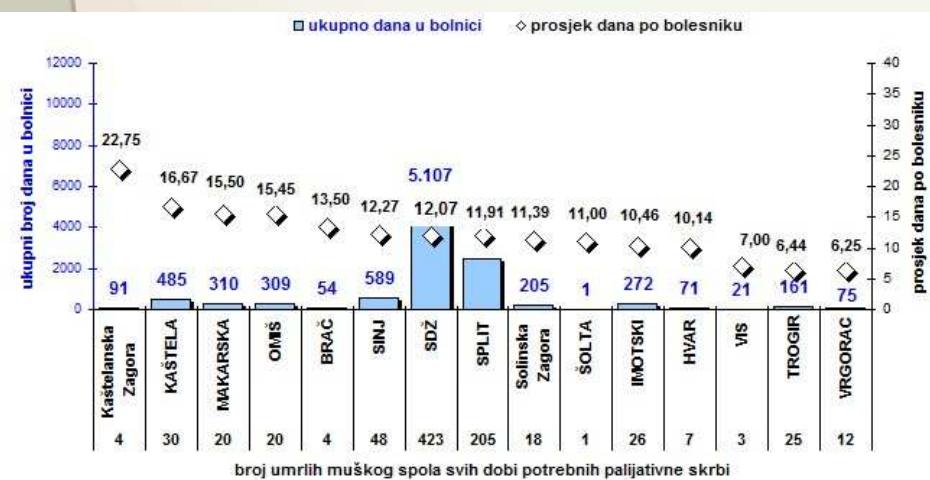
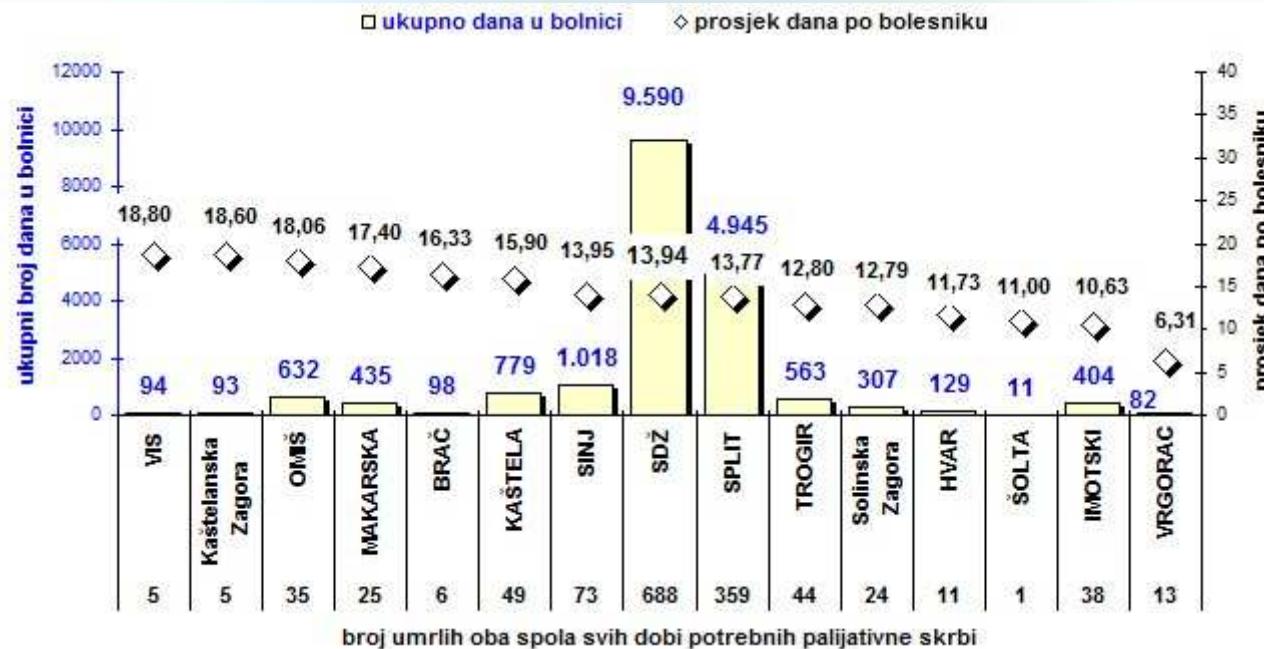


Umrli po spolu potrebni palijativne skrbi po danu događaja smrti nakon prijama u KBC Split, 2012.



	1. tjedan hospitalizacije		2. tjedan hospitalizacije		3. tjedan hospitalizacije		4. tjedan hospitalizacije	
	broj umrlih	% od ukupno						
muški spol	193	45,6	117	27,7	47	11,1	24	5,7
ženski spol	79	29,9	78	29,5	45	17,0	24	9,1

Dani trajanja hospitalizacija umrlih potrebni palijativne skrbi hospitaliziranih u KBC Split po ispostavama ŽDZ SDŽ-a, 2012.



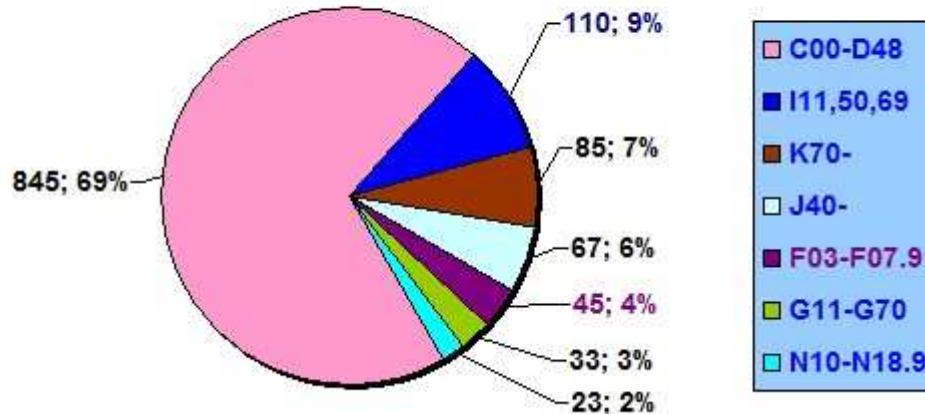
Uzroci smrti umrlih potrebni palijativne skrbi u KBC Split, 2012.

OBA SPOLA
potrebni palijativne skrbi (N=2.046)



5 - 6 dnevno
umire u SDŽ potrebnih
palijativne skrbi

MUŠKI SPOL
potrebni palijativne skrbi (N=1.208)



>3 dnevno

ŽENSKI SPOL
potrebne palijativne skrbi (N=838)

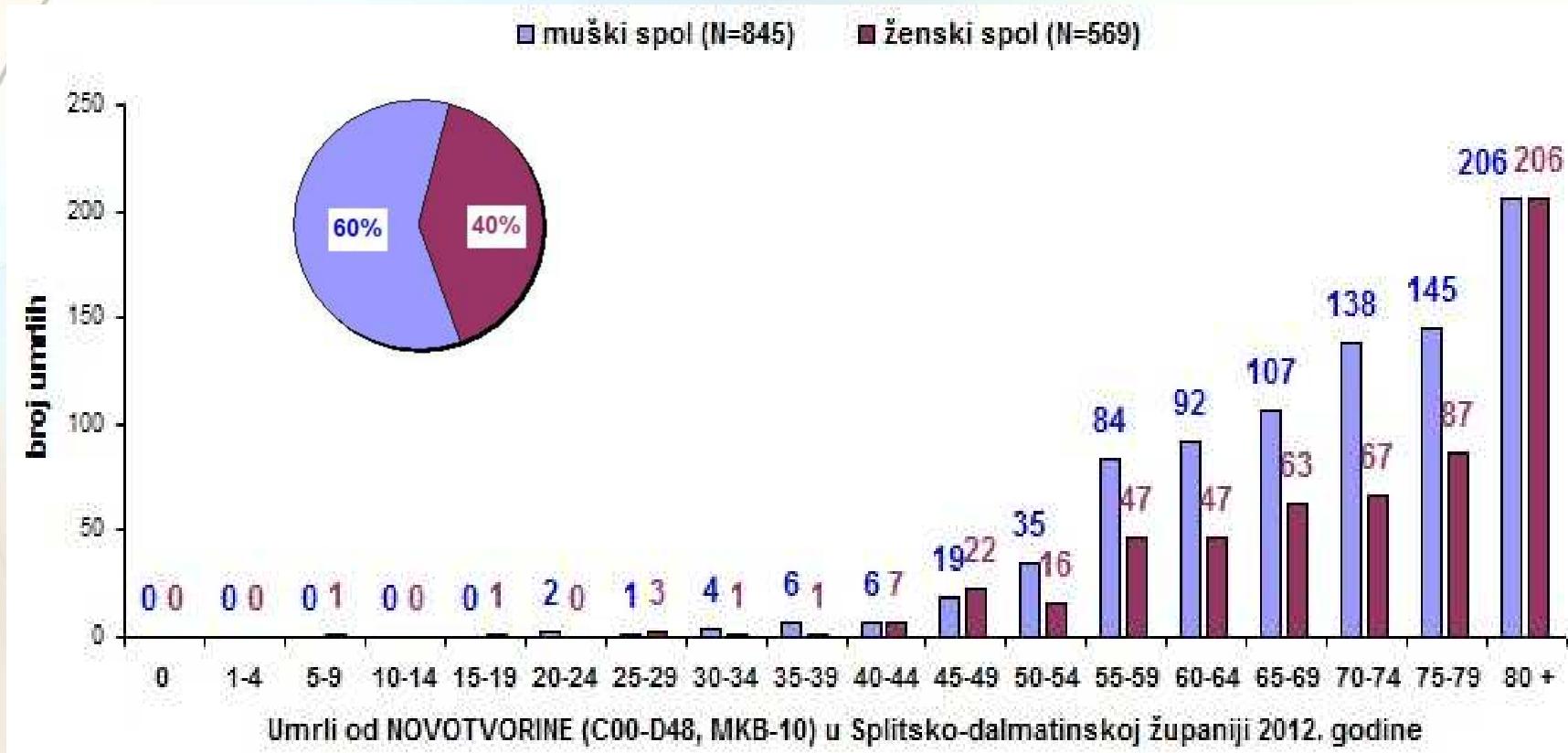


>2 dnevno

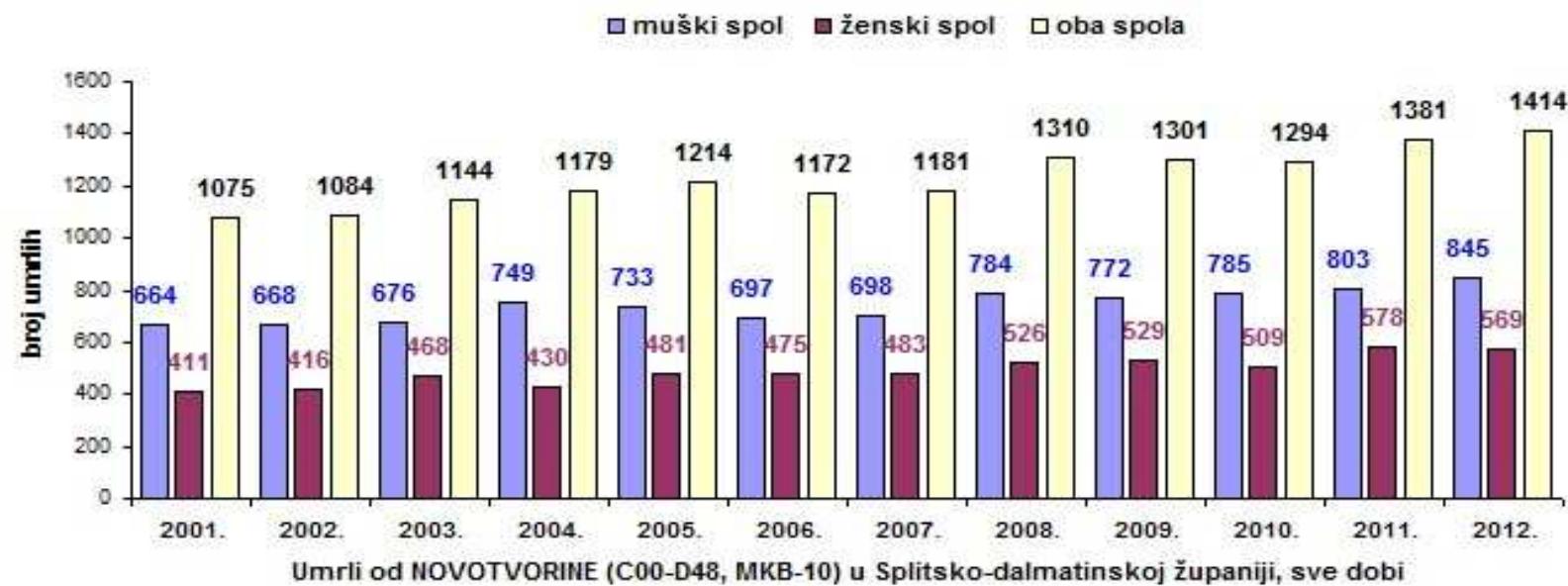
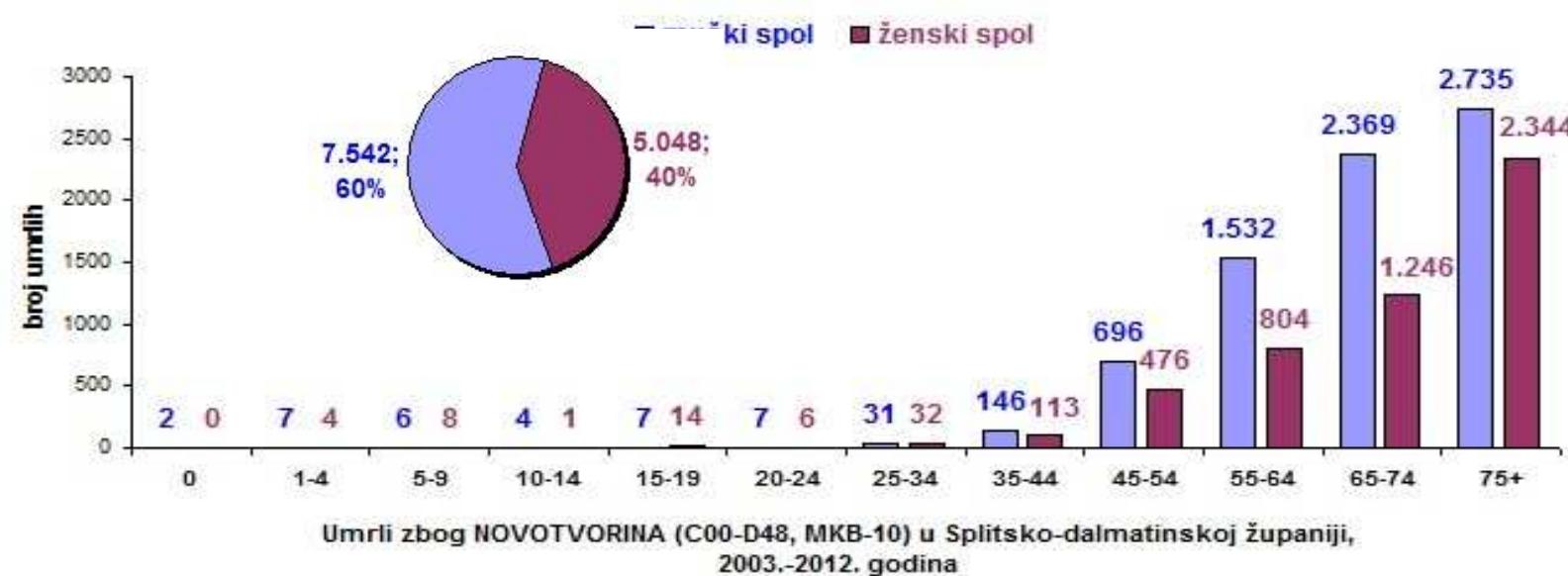
Prosječno vrijeme hospitalizacije umrlih od svih uzroka smrti, novotovorina i potrebnih palijativne skrbi u KBC Split 2012. godine

		broj umrlih	ukupni broj dana hospitalizacije	prosječno vrijeme hospitalizacije	χ^2 -test	P
Svi uzroci smrti	muški spol	985	11.645	11,82		
	ženski spol	754	9.793	12,99		
	oba spola	1.739	21.438	12,33		
Umrli od Novotvorine	muški spol	294	3.847	13,09	2,43	NS
	ženski spol	172	3.294	19,15	22,64	<0,001
	oba spola	466	7.141	15,30		
Umrli potrebni palijativne skrbi	muški spol	423	5.096	12,05	0,09	NS
	ženski spol	264	4.483	16,98	14,94	<0,001
	oba spola	687	9.579	13,94		

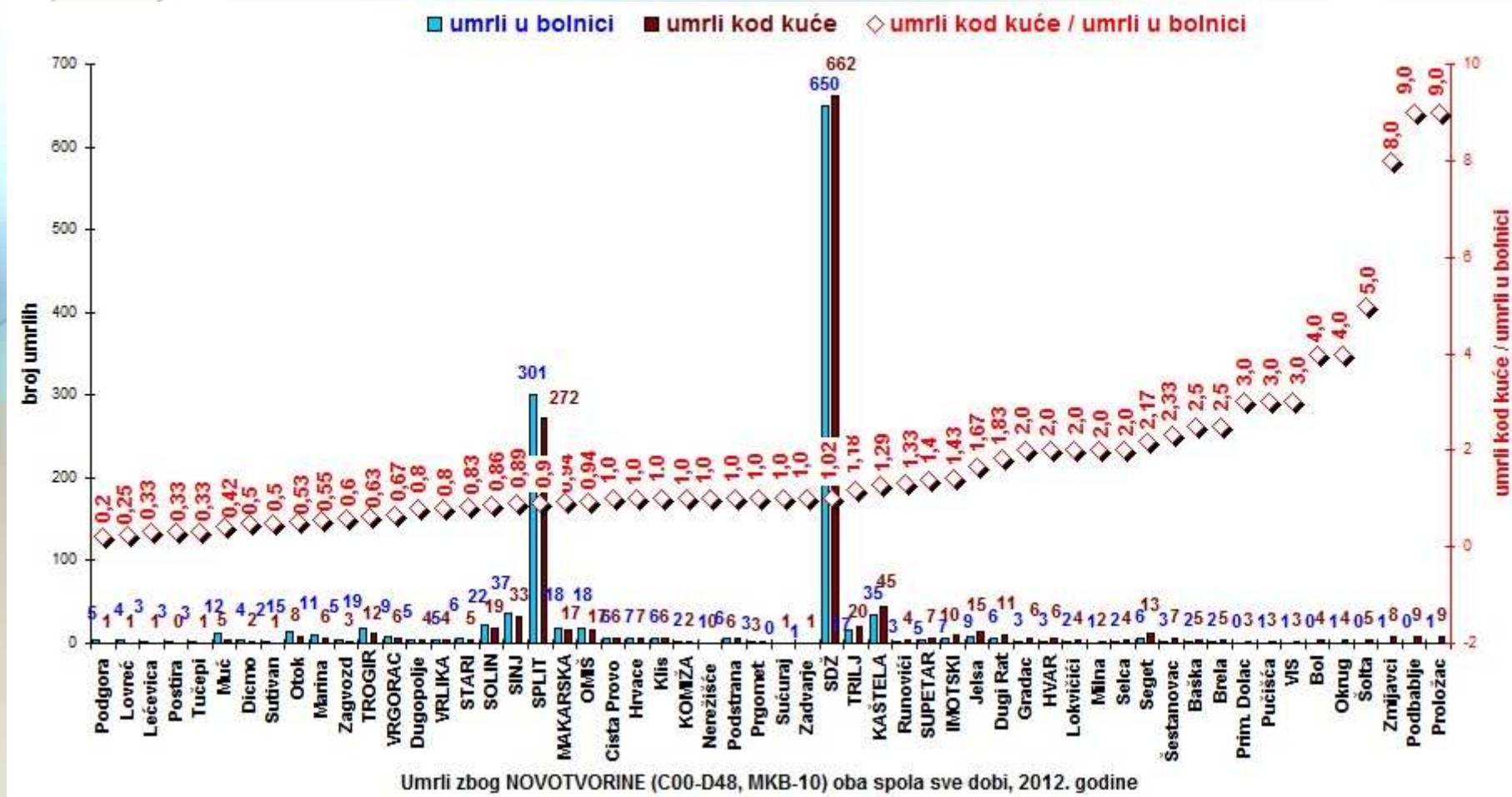
Umrli od Novotvorina (C00-D48, MKB-10) po spolu i dobi u SDŽ, 2012.



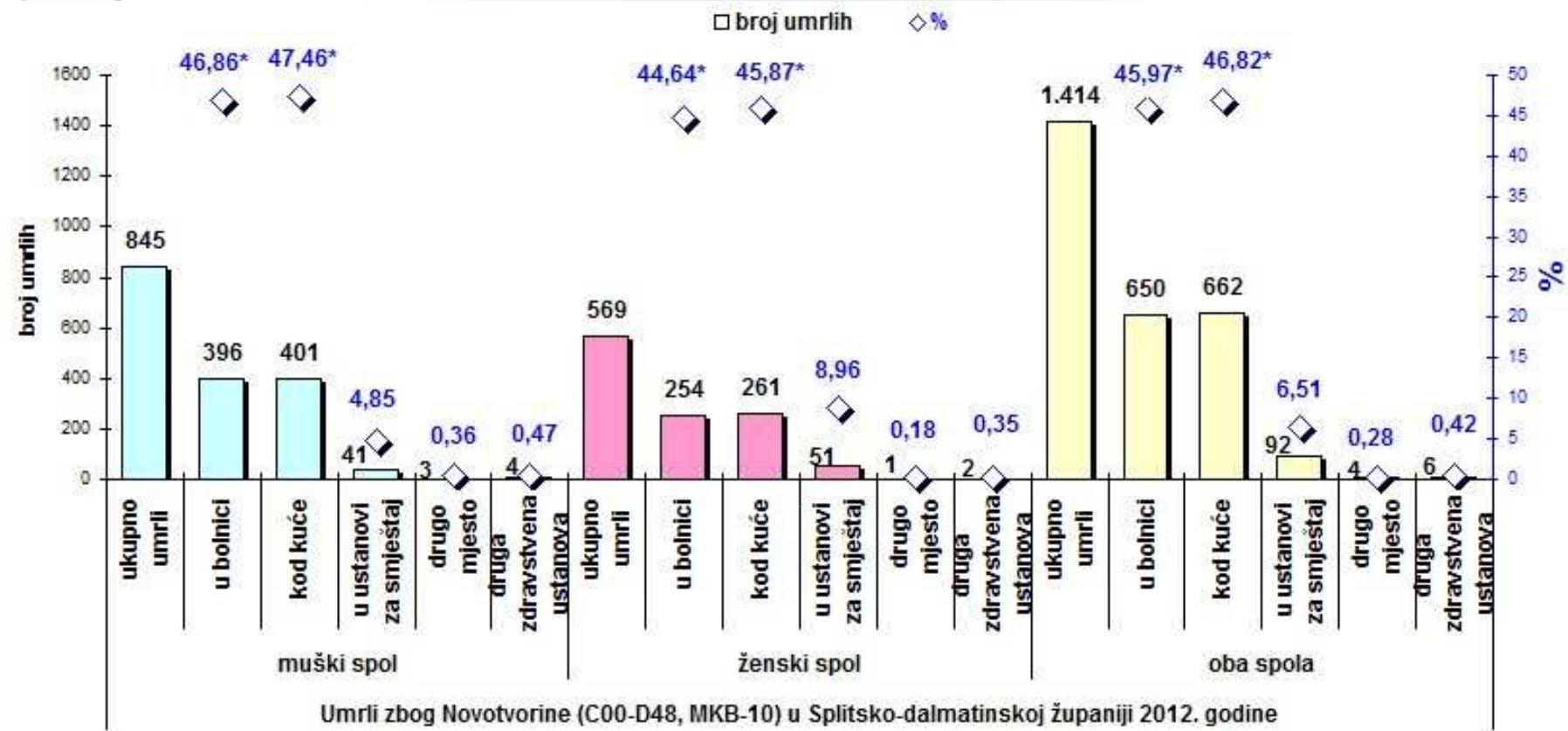
Umrli od Novotvorina po spolu i dobi u SDŽ u razdoblju 2003.-2012.
i umrli svih dobi po spolu po kalendarskim godinama 2001.-2012.



Umrli od Novotvorina oba spola svih dobi po mjestu smrti na područjima gradova i općina SDŽ-a, 2012.



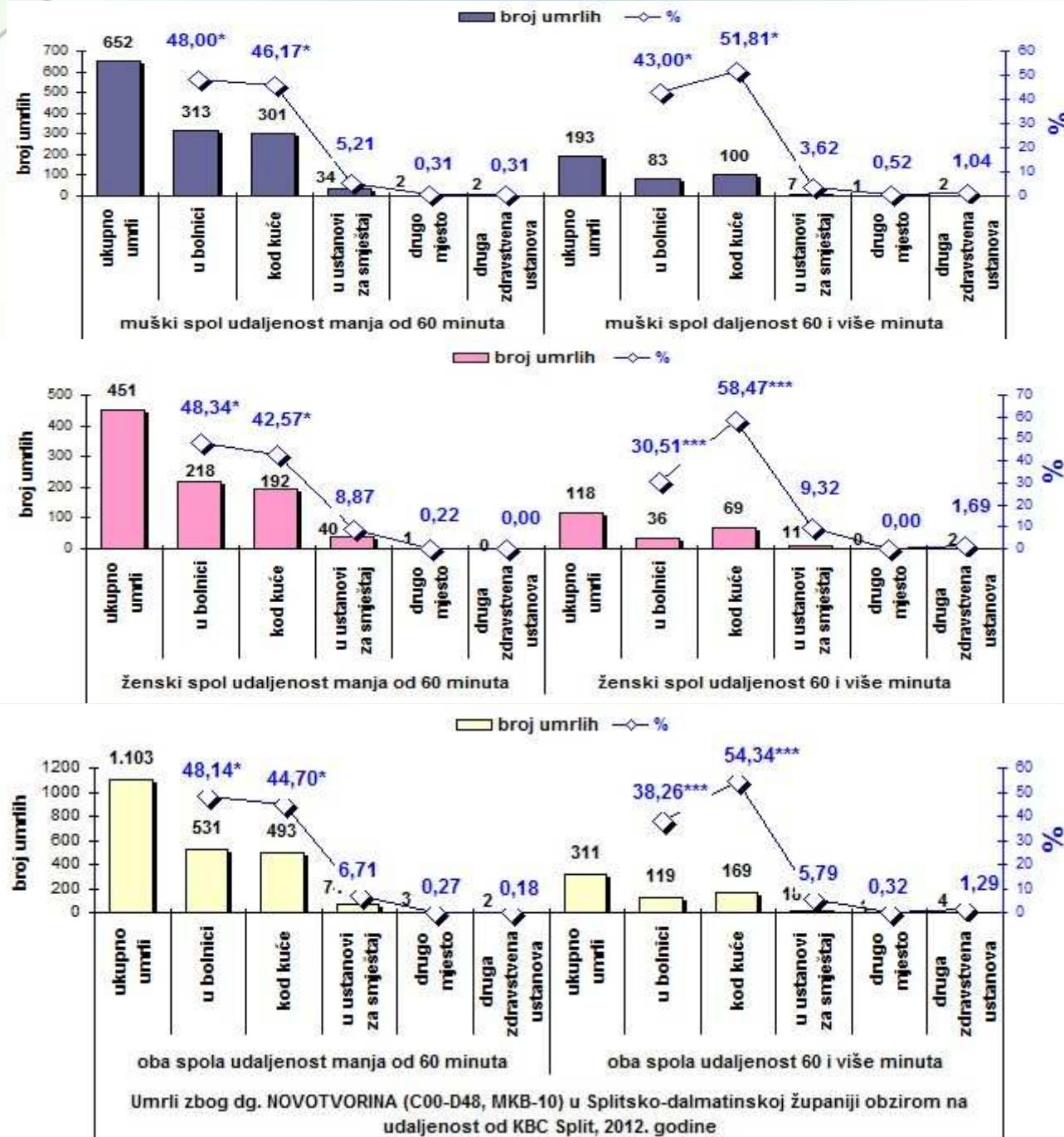
Umrli od Novotvorina po spolu svih dobi po mjestu smrti u SDŽ, 2012.



* - NS (nema statističke značajnosti)

Prema udaljenosti: manje od 60 minuta

više od 60 minuta



Zaključci

- **Rezultati su utemeljeni na pokazateljima o umrlima od bolesti i stanja kao uzroka smrti u SDŽ u 2012., koja je reprezentativna u odnosu na prosjek broja umrlih u SDŽ u desetogodišnjem razdoblju 2003.-2012.**
- **Na područjima svih gradova i svih općina SDŽ-a postoje potrebe za PS.**
- **Sve dobne skupine stanovnika SDŽ-a su potrebne PS.**
- **Udjeli najvećih potreba za PS su u dobi 65-79 godina (40%), zatim u dobi 80 i više godina (36%).**

Zaključci

- Stanovnici muškog spola su značajno više potrebni PS (59%) u odnosu na stanovnice (41%).
- Premda stanovnice SDŽ-a potrebne PS više umiru kod kuće nego muškog spola, nema statističkih značajnih razlika između umrlih u bolnici u odnosu na umrle kod kuće (44,2% : 45,0%).
- Manje od 10% ukupno umrlih oba spola potrebnih PS umire u ustanovama za smještaj (domovi za stare i dr.).
- Stopa umrlih u SDŽ potrebnih PS za oba spola je 4,5 / 1000 stanovnika (muški: 5,46/1.000; ženski:3,59/1.000).

Zaključci

- Prosječno trajanje hospitalizacije za umrle bolesnike potrebne PS u 2012. godini za oba spola bilo je **13,94 dana** (muški: **12,05 dana** $P>0,05$; ženski: **16,98 dana** $P<0,001$)
- U **PRVOM tjednu** hospitalizacije umrlo je **45,6%** ukupno hospitaliziranih muških bolesnika i **29,9%** ukupno hospitaliziranih žena.
- U **PRVOM mjesecu** hospitalizacije umrlo je **92%** muških a **87%** ženskih bolesnika.
- **Minimalni broj potrebnih kreveta za PS u bolnici za stanovnike SDŽ-a je 35 kreveta** (ukupno 904 umrla bolesnika potrebna PS u KBC Split 2012.)
- **Novotvorine** (69% za oba spola) su najzastupljenije kao uzrok potreba za PS u SDŽ-u.

Zaključci

- Kod umrlih muškog spola potrebnih PS na DRUGOM mjestu uzroka su bolesti zatajenja srca i posljedice moždanog udara (9%) te zatajenja jetrenih funkcija (7%).
- Kod umrlih ženskog spola potrebnih PS na DRUGOM mjestu su duševni poremećaji (12%) i na TREĆEM mjestu je zatajenje srca i posljedice moždanog udara (9%)
- Između broja umrlih potrebnih PS u gradovima i općinama SDŽ-a nema razlika kod umrlih muškog spola, dok su umrle stanovnice općina SDŽ-a statistički značajno više umirale kod kuće nego u bolnici ($P<0,01$). Umrli muškarci potrebni PS stanovnici gradova značajno više su umirali u bolnici nego kod kuće ($P<0,05$)
- U odnosu na udaljenost mjesta stanovanja od KBC Split većoj od 60 minuta, nema razlika kod muškog spola dok je kod ženskog spola razlika u umrlima kod kuće u odnosu na umrle u bolnici (58,5% umrlo kod kuće- 30,5% umrlo u bolnici) statistički značajno više izražena nego u razlici gradovi-općine.

Zaključci

- Do donošenja Strateškog plana razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2013.-2015., na području Splitsko-dalmatinske županije palijativna skrb se provodila na svim razinama zdravstvene zaštite sukladno preporukama, standardima i normativima europskih zemalja.
- U budućnosti s donesenom Strategijom neophodno je javnozdravstveno kontinuirano praćenje PS na području SDŽ-a, kako bi se svim područjima SDŽ-a omogućila jednaka prava izbora i provedbe PS.
- Postojeći nedostaci poput nedostatka ustanova za smještaj (domovi za stare, sestrinske ustanove za njegu, specijalizirane ustanove za određene kategorije bolesnika, hospiciji), jedinstvenog doktrinarnog stava o PS, jedinstvenih oblika financiranja PS i sl., moraju se uklanjati sukladno gospodarskim mogućnostima.

Zaključci

- Udaljenim područjima od županijskog središta potrebito je posvetiti veću potporu obzirom na rastući broj potreba za PS sve starijeg stanovništva na tim područjima.
- Brojne pozitivne primjere diljem Hrvatske, gdje je problem PS prepoznat, treba pohvaliti i podržati te njihova iskustva primjeniti na svim područjima SDŽ-a.
- Uočene razlike i posebnosti po područjima SDŽ-a iz ovog prvog javnozdravstvenog istraživanja, potrebno je ciljano istražiti dalnjim medicinsko-sociološkim istraživanjima i sukladno njihovim rezultatima poduzimati i provoditi adekvatne mjere osiguravajući tako jednaku kvalitetu PS svakom stanovniku SDŽ-a, neovisno o bilo kojem čimbeniku njegovog socijalno-zdravstvenog okruženja