

"Potrebe bolesnika za palijativnom skrbi na području Dubrovačko-neretvanske županije"

Radetić, Ana

Master's thesis / Specijalistički diplomski stručni

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Dubrovnik / Sveučilište u Dubrovniku**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:155:468003>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-27**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Dubrovnik](#)



Sveučilište u Dubrovniku

Odjel za stručne studije

Diplomski studij "Kliničko sestrinstvo"



DIPLOMSKI RAD

**POTREBE BOLESNIKA ZA PALIJATIVNOM SKRBI NA
PODRUČJU DUBROVAČKO-NERETVANSKE ŽUPANIJE**

Mentor: Vedrana Iveta, dipl.med.techn.

Student: Ana Radetić, bacc.med.techn.

Dubrovnik,

veljača, 2017.

Sveučilište u Dubrovniku

Odjel za stručne studije

Diplomski studij "Kliničko sestrinstvo"



DIPLOMSKI RAD

**POTREBE BOLESNIKA ZA PALIJATIVNOM SKRBI NA
PODRUČJU DUBROVAČKO-NERETVANSKE ŽUPANIJE**

Mentor: Vedrana Iveta, dipl.med.techn.

Student: Ana Radetić, bacc.med.techn.

Dubrovnik,

veljača 2017.

ZAHVALA

Zahvaljujem se svojoj mentorici. Vedrani Iveta, dipl. med. tech., na strpljenju, prenesenom znanju i iznimnoj pomoći prilikom izrade svakog dijela ovog rada.

Zahvaljujem se i mr. Ankica Dzono Boban, dr. med., spec. javnog zdravstva na pomoći tijekom istraživačkog dijela, koja je svojim marljivim trudom uveliko pomogla u statističkoj obradi podataka.

Rad želim posvetiti svojim roditeljima koji su mi bili najveća podrška tijekom svih godina školovanja.

SADRŽAJ

SAŽETAK.....	4
SUMMARY	5
UVOD	6
1. POVIJEST PALIJATIVNE SKRBI	7
1.1. Palijativna medicina u svijetu.....	8
1.2. Palijativna medicina u Hrvatskoj.....	9
1.3. Palijativna skrb današnjice u Hrvatskoj.....	10
1.4. Palijativna skrb u Dubrovačko–neretvanskoj županiji	12
2.PALIJATIVNA SKRB.....	15
2.1. Organizacija palijativne skrbi.....	19
3. MEDICINSKA ETIKA.....	22
4. UMIRANJE I ŽALOVANJE	24
5. ULOGA MEDICINSKE SESTRE U SKRBI ZA UMIRUĆEG PACIJENTA	25
6. BOL.....	27
7. CILJ RADA.....	30
8. MATERIJALI I METODE ISTRAŽIVANJA.....	31
9. REZULTATI.....	33
10 .RASPRAVA.....	47
11. ZAKLJUČAK	50
12. LITERATURA.....	51
12.1. Popis tablica :.....	52
12.2. Popis slika:.....	53

SAŽETAK

Palijativna skrb je skrb za osobu u smislu očuvanja njenog digniteta i cjelovitosti. Usmjeren je na ublažavanje patnji, te očuvanju najbolje moguće kvalitete života sve do smrti. Palijativna skrb se primjenjuje paralelno s kurativnom skrbi od časa postavljanja dijagnoze potencijalno smrtonosne bolesti. U našoj državi sustav palijativne skrbi je u razvoju i nema resurse za sve veće potrebe. Resurse je važno usmjeriti na one pacijente kod kojih je završeno aktivno liječenje. Takvim pacijentima potrebna je veća podrška i pomoć u liječenju fizičkih, duhovnih, socijalnih i psihičkih boli.

Cilj rada je prikazati zastupljenost dijagnoza koje zahtijevaju palijativnu skrb na području Dubrovačko - neretvanske županije u dvogodišnjem razdoblju. U radu će se prikazati kolika je zastupljenost onkoloških dijagnoza u odnosu na ostale dijagnoze, zatim učestalost takvih dijagnoza prema dobnoj skupini. Odnosno prikazati će se zastupljenost dijagnoza koje zahtijevaju palijativnu skrb u dobi od 20 do 65 godina , te u starijoj dobi iznad 65 godina. Usporediti će se podaci dvogodišnjeg razdoblja koji će prikazati postoji li neka statistički značajna razlika u broju oboljelih. Na kraju će se prikazati podaci koji dokazuju broj umrlih u odnosu na broj hospitaliziranih.

Materijali i metode istraživanja koji će biti korišteni pripadaju podacima iz Zavoda za javno zdravstvo Dubrovačko - neretvanske županije. Podaci koji će biti analizirani odnose se na dvogodišnje razdoblje, odnosno na 2014. i 2015. godinu.

Rezultati istraživanja će biti prikazani prema postavljenim problemima istraživanja tabelarno i grafički.

Ključne riječi : palijativna skrb, bolesnik, medicinska sestra

SUMMARY

Palliative care is a care that provides the preservation of the dignity and integrity of a person. It aims to alleviate the suffering and to provide the best possible care until death. Palliative care is applied parallel with curative care from the time of diagnosis of potentially fatal disease. In our country, palliative care is in the process of development and it has no resources for the growing needs. It's important to direct resources on those patients who completed their active treatment and also, the patient needs greater support and help in the treatment of physical, spiritual, mental and social problems.

Purpose of this paper is to present diagnosis which demand palliative care in the area of Dubrovačko – neretvanska county in a two-year period. It will also be shown the presence of oncological diagnosis in relation to the other diagnosis. The data will show the frequency of those diagnosis according to the age and gender group. It will be shown a representation of diagnosis which require palliative care at the age of 20 to 65 years, and in older age above 65 years old. The two year data will be compared to show whether there is a statistically significant difference in the number of patients. At the end we will show the data which demonstrate the number of death cases compared to the number of hospitalizations.

Materials and research methods which are used in the paper, belong to the data of the Institute of Public Health of the Dubrovačko – neretvanska county. The data that will be analyzed relate to the period of the year 2014 and 2015 and they will be analyzed according to the given goal in the two year period.

Research results will be presented according to the set of research problems using tables and graphs.

Keywords : palliative care, patient, nurse

UVOD

Palijativna skrb, odnosno skrb o umirućima i njihovim obiteljima dio je socijalnih aktivnosti brojnih država te je kao takva sastavni dio strategije brige za svakog čovjeka. Kada je riječ o Hrvatskoj, situacija nije ni približno takva. Palijativna skrb u Hrvatskoj još uvijek je nedovoljno razvijena te kao takva gotovo se može reći u većini regija još uvijek nije zaživjela. Kvalitetnu palijativnu skrb pruža stručni tim specijalista koji međusobno surađuju, a to su : specijalist obiteljske medicine, internist, onkolog, neurolog, psihijatar, psiholog, duhovnik, socijalni radnik, farmakolog, nutricionist, rehabilitator, te medicinska sestra koja posjeduje znanja o palijativnoj skrbi. Nažalost, u Hrvatskoj još uvijek ne postoji specijalizacija za palijativnu skrb.

U ovom radu će se govoriti o povijesnom razvoju palijativne skrbi, njezinoj sadašnjoj razvijenosti, načinu primjene, funkcioniranju palijativne skrbi u Hrvatskoj te u Dubrovačko-neretvanskoj županiji. U tom kontekstu analizirat će se temeljni problemi funkcioniranja palijativne skrbi s naglaskom na njezinu implementaciju u Dubrovačko-neretvanskoj županiji.

Cilj ovog rada je utvrditi potrebu bolesnika za palijativnom skrbi na području Dubrovačko-neretvanske županije. Za potrebe rada koristiti će se stručna literatura i biti će provedeno retrospektivno istraživanje podataka ZZJZ DNŽ.

1. POVIJEST PALIJATIVNE SKRBI

Naziv palijativan je kanadskog porijekla iz druge polovice dvadesetog stoljeća i potječe od «pallium» - plašt koji zaštićuje od zime i sunca. Odnosi se na bolest u periodu od fatalne dijagnoze do kraja, dakle često na duži period života.

Hospicij je vrlo stari naziv kojemu se pripisuje različita značenja. Danas se uglavnom upotrebljava kao oznaka za multidimenzionalnu filozofiju skrbi o bolesniku ili kao termin za modernu zdravstvenu ustanovu koja pruža usluge ljudima u njihovih zadnjih desetak dana života.¹

Palijativna skrb je sveobuhvatna (zdravstvena, psihološka, socijalna i duhovna) skrb, a glavni cilj joj je pružanja njege bolesnicima s neizlječivim bolestima koje uvelike skraćuju životni vijek. Nastoji se ublažiti bol kao i podići kvaliteta života bolesnika neizlječivih ili složenih bolesti. Palijativna skrb utemeljena je tijekom hospicijskog pokreta. Sami hospiciji prvotno su bili mjesta odmora za putnike u 4. stoljeću. No, u 19. stoljeću redovnici su u Irskoj i Londonu osnovali hospicije za umiranje. Razdoblje modernijih hospicija raširilo se u Veliku Britaniji nakon osnivanja hospicija Sv. Kristofora 1967. godine čija je osnivačica bila Dame Cicely Saunders koja se s pravom naziva pioninom palijativne skrbi u Europi.

Također, korijeni hospicijskog duha i ostvarenja palijativne skrbi nalaze se u Isusovim prisposodobama i porukama, a posebno mjesto zauzima prisposodba o milosrdnom Samaritancu (Lk 10, 30-37), te govor o posljednjem sudu (Mt 25, 31-46). Samaritanac koji je potaknut suosjećajnom ljudskošću uzima unesrećenoga na smrt pretučenoga te ga smješta u gostinjac – hospitum i brine se za troškove zbrinjavanja.²

Godine 1979. Nobelova nagrada za mir bila je dodijeljena Majci Tereziji (katoličkoj redovnici), danas blaženici, koja je svoj život posvetila njezi umirućih u Indiji i svuda po svijetu. Spomenuta je nagrada došla kao priznanje pokretu hospicija i palijativne skrbi onima koji imaju osjećaja, znanja kao i volje da svoj život posvete čovjeku i njegovim potrebama u najteže vrijeme njegove bolesti i umiranja.³

¹ http://www.hospicij-hrvatska.hr/hdhsp_publicacije.asp?ID_clanka=93&counter=0

² Pozaić V., Pastoral zdravstva u Europi. *Obnovljeni život* 1 (2004) 91-100.

³ Kornprobst R., *Majka Terezija. Znak nade*, UPT, Đakovački Selci 1986

1.1. Palijativna medicina u svijetu

U svijetu postoje razni modeli organizacije palijativne medicine. Danas u 120 država svijeta postoje manje ili više razvijeni sustavi palijativne, hospicijske ili suportivne skrbi.⁴

Hospicijski pokret raširio se u posljednjih nekoliko godina. Primjerice u Velikoj Britaniji je tijekom 2005. godine bilo nešto manje od 1700 hospicijskih ustanova koje su se sastojale od 220 bolničkih jedinica za odrasle osobe s 3156 kreveta, 33 stacionarne jedinice za djecu s 255 kreveta, 358 usluga kućne njege, 104 hospicijskih usluga kod kuće, 263 dnevne usluge te 293 bolnička tima. Navedene usluge zajedno su pomogle više od 250.000 bolesnika u 2003. i 2004. godini. Samo financiranje variralo je od potpunog financiranja od strane Nacionalne zdravstvene službe te do gotovo potpunog financiranja iz raznih donacija. No, najbitnije je da je sama usluga uvijek pristupačna bolesniku. Za razliku od nas, Ujedinjeno Kraljevstvo ima specijalizacije iz palijativne medicine: tri godine za liječnike i dvije godine za medicinsku sestru.

Hospicij u SAD-u razvio se od strane volonterskog pokreta, a cilj je bio poboljšanje skrbi za osobe koje umiru same i izolirane od ostaloga svijeta. U 2005. godini više od 1,2 milijuna ljudi i njihovih obitelji koristilo je hospicijsku skrb. Hospicij je i jedna vrsta olakšica Medicare-a koja uključuje lijekove, medicinsku opremu, cjelodnevne njege kao i veliku podršku voljenima prije nastupa same smrti bolesnika. Velika većina hospicijske skrbi obavlja se kod kuće, ali je također dostupna i svim ljudima u hospicijskim rezidencijama, staračkim domovima, kao i bolnicama i zatvorima. U New Yorku je središte Svjetskog udruženja za hospicij i palijativnu skrb.⁵

Prvi europski centar posvećen je poboljšanju palijativne i terminalne skrbi bolesnika, a osnovan je u Trondheimu (Norveška) 2009. godine. Centar je utemeljen na medicinskom fakultetu NTNU i sv. Olavs bolnici/Trondheim Sveučilišnoj bolnici te nadzire djelovanja između skupina kao i pojedinih istraživača diljem Europe.⁶ I u susjedstvu Hrvatske razvija se hospicijski pokret. U BiH, u Tuzli, Univerziteti klinički centar obuhvaća palijativni odjel i dnevni hospicijski boravak, a gradi se i dječji palijativni odjel. Osoblje se sustavno educira

⁴ <https://repozitorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A279/datastream/PDF/view>

⁵ http://www.palijativa.hr/o_palijativnoj_skrbi.php?con=con_tko_trazi_palijativnu_skrb

⁶ Student J. C., Hospiz/Hospizbewegung, u: Lexikon. Medizin. Ethik. Recht, Herder, Freiburg-Basel-Wien 1989, str. 480-481.

putem «long-distance» tečajeva u Cardiffu i Hospiciju St. Gemma, u Engleskoj. Na palijativne odjele se u Tuzli prima putem uputnice za bolničko liječenje koju izdaje primarna zdravstvena zaštita.⁷

1.2. Palijativna medicina u Hrvatskoj

U Republici Hrvatskoj hospicij – palijativna medicina je tek u začetku. Održano je puno raznih savjetovanja stručnih skupova na nacionalnim i internacionalnim razinama na spomenutu temu, no zaključak je da Republika Hrvatska nema riješen problem dostojanstvenog ispraćaja bolesnog i umirućeg čovjeka. Pojam palijativne skrbi ušao je u Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske još 2003. godine. Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti iz 2003. godine (NN 121/03) u članku 8. palijativna skrb navodi se kao jedna od mjera zdravstvene zaštite.⁸

Prvi organizirani hospicijski pokret u Hrvatskoj započeo je 1994. godine s Prvim simpozijem o hospiciju i palijativnoj skrbi, vođen od strane Anice Jušić (profesorica neurologije u mirovini). Slogan je bio „Smrt je dio života“, ali opet samo kao ideja bez praktičnog djelovanja koji je organizirao Hrvatski liječnički zbor – Društvo za hospicij – palijativnu skrb. Svake godine, počevši od 1994. održavani su Simpoziji o hospiciju kao i palijativnoj skrbi. Godine 1997., prvi tečaj za medicinske sestre u trajanju od tri dana održala je Virginija Gumlev u Zagrebu, a iste je godine počeo izlaziti i Bilten za palijativnu medicinu.

Godine 2000. održana je i prva Zagrebačka konferencija o neurološkoj palijativnoj skrbi. Dvije godine kasnije organizirana je konferencija na temu palijativne skrbi u obiteljskoj medicini. Dok je 2003. godine organiziran prvi Simpozij o palijativnoj skrbi za djecu sa zaključkom da će se organizirati svake druge godine. Prvi regionalni hospicijski centar osnovala je Hrvatska udruga prijatelja hospicija 2002. godine.

Prva faza razvoja hospicija u Hrvatskoj datira od 1994.-1999. godine te su u tom periodu održani i prvi Simpoziji, osnovane su razne udruge i Društvo za hospicij-palijativnu skrb HLZ-a, počelo je izlaženje Biltena za palijativnu skrb. U drugoj fazi razvoja hospicija koja

⁷ <https://repozitorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A279/datastream/PDF/view>

⁸ Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Narodne novine, 150/08., 155/09., 71/10., 139/10., 84/11., 22/11

traje od 2000.-2005. godine (to su bili prvi konkretni počeci palijativne skrbi), ogleda se u prvoj kućnoj posjeti pacijentu. U trećoj fazi razvoja hospicija, od 2006.-2008. godine, pokret polako stagnira. Pokret je zadesila kriza iz koje je potrebno bilo naći izlaz (nove ljude koji će unijeti osvježenje). Četvrta faza koja je krenula 2009. godine, oživjela je nove ideje s novim strategijama i taktikama.

Velika mreža timova za palijativnu skrb i brigu za umirućeg u Hrvatskoj je nedovoljno razvijena i potrebno je prvobitno raditi na tome. U Hrvatskoj se raspolaže s oko 650 kreveta za umiruće što je svakako premali broj s obzirom na stanje koje se svakoga dana povećava.

Kako bi se Hrvatska približila standardima razvijenijih zemalja, potrebno je razraditi strategiju kao i implementirati je u sustav:

- Svaki zdravstveni radnik mora proći izobrazbu iz palijativne skrbi
- Formiranje interdisciplinarnih timova za komplicirane slučajeve
- Pretvaranje regionalnih hospicijskih centara u prve ustanove za palijativnu skrb (svaki grad trebao bi imati svoju ustanovu)
- Stvoriti mrežu timova
- Pojačati komunikaciju između jedinica, odjela i ordinacija
- Pojačati komunikaciju između primarnih, sekundarnih i tercijarnih zdravstvenih službi
- Uvesti na medicinske fakultete praktičnu nastavu iz palijativne skrbi
- Osigurati financijsku konstrukciju troškova od strane HZZO – a

Za sada se može reći da se u uvjetima recesije koja je zahvatila Hrvatsku radi financijskih mogućnosti nema za spomenutu djelatnost, no valja naglasiti da postoji znanje i volja da se to realizira u skoroj budućnosti.⁹

1.3. Palijativna skrb današnjice u Hrvatskoj

Palijativna skrb od ove godine biti će bitno unaprijeđena u cijeloj Hrvatskoj, a provodit će se u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, općim bolnicama, stacionarima domova zdravlja koji će u

⁹ Babić, T., Rosandić, S. (2006) : Osnove zdravstvenog prava, Zagreb; Tipex

spomenutu svrhu prenamijeniti veći dio svojih kapaciteta. Također, kapaciteti za palijativnu skrb na razini države se udvostručuju s 200 na 418 namjenskih postelja, te se uvodi i 46 županijskih koordinatora za palijativnu skrb dok se dio akutnih kreveta u bolnicama prenamjenjuju za produženo liječenje. Po navedenom, Hrvatska bi po broju palijativnih kreveta trebala doseći europske standarde dok bi umirući pacijenti dobili neophodnu zdravstvenu skrb.

Grad Zagreb koji donedavno nije imao riješenu palijativnu skrb, u tri bolnice dobiva 81 krevet za skrb o bolesnicima koji su suočeni sa smrtonosnom bolešću. Godine 2015. otvoren je odjel sa 15 kreveta za palijativne psihičke bolesnike u Psihijatrijskoj bolnici Sv. Ivan na Jankomiru. Dva dana poslije toga i Specijalna bolnica za plućne bolesti u Rockefellerovoj ulici otvorila je palijativni odjel za 15 pacijenata. No, plan je da bolnica u Rockefellerovoj dobije oko 51 palijativni krevet dok bi ih još 15 bilo smješteno u Klinici za psihijatriju Vrapče. Očekuje se da će to podići razinu skrbi na gerijatrijskom odjelu Vrapče na koji se čak upozoravalo i sa saborske govornice „da je pretvoren u nehumano umiralište“.

„Postavljeni su vrlo jasni kriteriji koje mora zadovoljiti svaka ustanova za bavljenje spomenutom djelatnošću“ (izjavila je ministrica Dijana Cimerica), te je kao primjer navela nedavno otvoreni palijativni odjel u Rockefellerovoj gdje u sobama postoje dvije postelje kao i pomoćni ležaj za člana obitelji. Svaka soba ima svoju kupaonicu te je osoblje na raspolaganju 24 sata dnevno kao i u svakoj bolnici.

No, za sada navedene ustanove primati će palijativne pacijente samo u slučajevima pogoršanja stanja ili potrebe zahvata koji se ne može obaviti u kućnim uvjetima. Najveći dio palijativne skrbi premješta se na razinu primarne zdravstvene zaštite, kao i na domove zdravlja koji su registrirani za palijativnu djelatnost od početka 2016 godine. Spomenuti domovi zdravlja imaju mogućnost ugovarati koordinate palijativne zaštite i mobilne palijativne timove koji su utvrđeni prema broju stanovnika pojedine županije.

Grad Zagreb dobiva osam koordinatora, a sve županije koje su od 2008. godine odgovorne za zdravstvenu zaštitu na svom području same će određivati razmjestaj koordinatora po domovima zdravlja kao i ustanovama za zdravstvenu njegu. Svaka bolnica dužna je obavještavati koordinate o otpuštanju palijativnih pacijenata kući. Potom je koordinator dužan osigurati zdravstvenu njegu u kući, socijalnog radnika, obavijestiti izabranog liječnika, patronažnu sestru i uskladiti sve službe na terenu koje su uključene u spomenutu skrb.

Također, na raspolaganju svim obiteljima trebale bi biti i razne usluge socijalne skrbi poput gerontodomačice i dnevnog boravka za smještaj palijativnih pacijenata u razdobljima dok se obitelj za njih ne može brinuti. Osim toga, u Ministarstvu zdravlja su utvrdili kadrovske normative, te su osigurali novčana sredstva za zdravstvenu zaštitu dok za ostalo tvrde kako je bitna podrška lokalne zajednice i psihološke pomoći. Također, uvodi se i dodatna dijagnoza za postupanje prema palijativnom bolesniku koja će se posebno šifrirati i fakturirati prema HZZO-u. Kad je pacijent prepoznat kao palijativni, dodjeljuje mu se MKB-10 šifra koja označava palijativnu skrb: Z51.5. Time pacijent u kliničkom radu i u informatičkom sustavu postaje prepoznatljiv, te se povećava šansa da dobije primjereniju skrb.

Liječnici obiteljske medicine bit će zaduženi za rano prepoznavanje stanja kao i upoznavanje pacijenta s njegovim pravima, poput mogućnosti odbijanja određenih zahvata. Sanja Predavec (voditeljica službe za primarnu zaštitu) kaže kako svaki bolesnik može kod svog liječnika potpisati standardizirani obrazac u kojem s punom odgovornošću odbija određene zahvate. Spomenuti obrasci su dostupni na web stranici Ministarstva zdravlja, ali velika većina građana još uvijek nije upućena u to. Po podacima HZZO-a za palijativnu skrb u 2014. godini izdvojeno je 30-tak milijuna kuna, dok se u samom Ministarstvu zdravlja ne očekuju novi troškovi.¹⁰

1.4. Palijativna skrb u Dubrovačko–neretvanskoj županiji

Dubrovačko-neretvanska županija obuhvaća područje od 1.781,00 km² (3,14% teritorija Republike Hrvatske) s 122.568 stanovnika (2,88% ukupnog stanovništva Republike Hrvatske). Ova županija ima i 7490 km² morske površine (od ukupno 31.067 km² mora Republike Hrvatske tj. oko 24%). Dubrovačko - neretvanska županija je 14 - ta županija prema broju stanovnika , a 15 – ta prema površini u odnosu na ostale Hrvatske županije.

Dubrovnik, Metković, Korčula, Ploče i Opuzen spadaju u 5 gradova Dubrovačko – neretvanske županije. Godine 2011., 64% stanovništva živjelo je u pet najvećih gradova u županiji. Uz navedenih 5 gradova, županija ima i 17 općina te 230 naselja.

Izvor: Državni zavod za statistiku, podaci iz popisa stanovništva iz 2001. i 2011. godine.

¹⁰ <http://www.nacional.hr/u-2016-godini-novi-sustav-palijativne-skrbi/>

Stacionarna skrb u Dubrovačko - neretvanskoj županiji

Palijativna skrb u Dubrovačko - neretvanskoj županiji krenula se razvijati prema Strateškom planu razvoja za našu županiju. Plan razvoja se temelji na način da se palijativni oblik skrbi pruža u različitim institucijama. Strateškim planom predviđa se razvoj novih struktura i sadržaja u sustavu palijativne skrbi - **Županijski projektni tim za razvoj palijativne skrbi**. Sustav organizacije primarne i sekundarne zdravstvene zaštite je najvećim dijelom pod upravljačkom kontrolom jedinica područne (regionalne) samouprave (županije). Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti županije su dužne koordinirati zdravstvenu zaštitu svih subjekata kojima su osnivači ili kojima su dodijeljene koncesije za obavljanje javne zdravstvene službe.

- županijski koordinacijski centar za palijativnu skrb
 - županijski projektni tim za razvoj PS
 - stacionarna palijativna skrb
 - bolnički tim za palijativnu skrb
 - ambulanta za palijativnu skrb
 - obiteljsko savjetovanište za palijativnu skrb
 - psihološka pomoć kod žalovanja
 - mobilne timove za palijativnu skrb
- (područje Dubrovnika, Neretve, otoka Korčule)

- posudionica pomagala

Pojedine strukture i sadržaji (primjerice, županijski koordinacijski centri, posudionice, savjetovaništa itd.) mogu se razvijati bilo samostalno, bilo u sklopu postojećih organizacijskih struktura ovisno o lokalnim okolnostima.

Za potrebe stanovništva uspostavljen je stacionarni kapacitet za palijativnu skrb u Općoj bolnici Dubrovnik, u travnju 2014. godine. S obzirom na zdravstvene potrebe i skraćen očekivani životni vijek palijativnih pacijenata, u zdravstvenim ustanovama treba provoditi kliničke putove za obradu takvih pacijenata. Bolnički tim za podršku palijativnoj skrbi treba pružati usluge podrške palijativnoj skrbi unutar svoje ustanove, a u dogovoru sa županijskim centrom za koordinaciju palijativne skrbi, kao i podršku palijativi izvan svoje ustanove. Bolnički koordinacijski tim bi trebao redovito slati izvještaj centru o broju hospitaliziranih

pacijenata. Bolnički tim za podršku palijativnoj skrbi sastavljen je od multiprofesionalnog tima s barem jednim liječnikom i jednom medicinskom sestrom sa specijalističkom edukacijom iz palijativne skrbi. Bolnički tim za podršku palijativnoj skrbi pruža specijalističke savjete o palijativnoj skrbi, podršku drugom bolničkom osoblju, pacijentima, te njihovim obiteljima i njegovateljima u bolnici. Oni nude formalno i neformalno obrazovanje, te surađuju s drugim službama u bolnici i izvan nje.

Tablica 1. Cijene po danu bolničkog liječenja bolesnika oboljelih od subakutnih i kroničnih bolesti u bolničkim zdravstvenim ustanovama i cijena po danu liječenja u općem stacionaru doma zdravlja (Izvor: www.hzzo.hr)

<i>Vrsta zdravstvene zaštite</i>	<i>Cijena po danu bolničkog liječenja</i>
<i>Kronične duševne bolesti</i>	252,00
<i>Dugotrajno liječenje – uobičajena skrb</i>	286,00
<i>Kronične plućne bolesti</i>	360,00
<i>Dugotrajno liječenje – pojačana skrb</i>	486,00
<i>Kronicne dječje bolesti</i>	498,00
<i>Palijativna skrb</i>	632,00
<i>Dugotrajno liječenje bolesnika ovisnih o trajnoj mehaničkoj ventilaciji</i>	974,00

U rujnu 2015. godine pri Domu zdravlja Dubrovnik otvara se Mobilni palijativni tim koji djeluje u početku sa osnovnim članovima tima; medicinska sestra i liječnik specijalista interne medicine. Prema potrebama pacijenata početkom 2016. godine u tim se uključuju i ostali

članovi; psiholog, socijalni radnik, kirurg, anesteziolog, onkolog i duhovnik .¹¹ Time Mobilni palijativni tim doseže višu razinu.

2.PALIJATIVNA SKRB

Palijativnom medicinom i palijativnom skrbi pokušava se bolesnicima suočenima sa smrtonosnim bolestima, kao i njihovim obiteljima, poboljšati kvaliteta preostalog života. Započinje u trenutku kada su iscrpljene sve moguće klasične metode liječenja ili kada su znaci širenja malignih bolesti dosegli stupanj teškog podnošenja.

Gledajući novije doba, Svjetska zdravstvena organizacija opisuje palijativnu skrb kao „postupak koji poboljšava kvalitetu života bolesnika i njihovih obitelji koje se suočavaju s problemima vezanim uz po život opasne bolesti, kroz prevenciju i olakšavanje patnje putem ranog otkrivanja i točnih procjena kao i samo liječenje boli i drugih problema; fizičkih, psihosocijalnih i duševnih“. No, u općenitom smislu sam pojam „palijativna skrb“ može se odnositi na bilo koju skrb koja ublažava simptome bez obzira postoji li ili ne liječenje drugim sredstvima. Na taj način palijativni tretmani mogu se koristiti za ublažavanje nuspojava ljekovitih tretmana poput ublažavanja mučnina koje su povezane s kemoterapijom. Također, pojam „palijativna skrb“ sve više se koristi za neke bolesti drugačije od tumora, primjerice progresivne plućne bolesti, bubrežne bolesti, kronično zatajivanje srca, HIV/AIDS te razna progresivna neurološka stanja. Između ostaloga, brzo rastuće područje dječje palijativne skrbi pokazalo je veliku potrebu u današnjici kod pomaganja teško oboljeloj djeci.

U palijativnu skrb ubraja se:

- Osiguranje smanjenja bolova, olakšavanje disanja, uklanjanje mučnine i drugi stresni simptomi
- Umiranje koje se prikazuje kao normalan proces
- Nema namjere ubrzanja niti odgode smrti
- Integriranje psiholoških i duhovnih aspekata bolesnikove skrbi
- Nuđenje potpore kako bi pacijenti živjeli što aktivnije

¹¹ http://www.edubrovnik.org/data/1425477239_319_mala_06.%20Palijativna%20skrb.pdf

- Nuđenje sustava potpore obitelji da lakše prebrodi bolest svojih najmilijih
- Korištenje timske rada kako bi se ispunila potreba pacijenata te njihovih obitelji
- Poboljšavanje kvalitete života
- Primjenjivanje u ranoj fazi bolesti, u kombinaciji s drugim terapijama s kojima se namjerava produžiti život (kemoterapije, zračenja i sl.).

Današnja pretpostavka „za život opasna ili degenerativna bolest“ obuhvaća vrlo široku populaciju pacijenata različite životne dobi, kao i različitih dijagnoza koje štetno utječu na bolesnikove svakidašnje funkcije ili smanjuju njegov očekivani životni vijek. Tako je palijativna skrb namijenjena za populacije:

- Djece i punoljetnih osoba koje pate od prirođenih bolesti ili raznih stanja koja dovode do ovisnosti o terapijama koje ih održavaju na životu
- Osobe bilo koje dobi koje pate od akutnih, ozbiljnih te po život opasnih bolesti (poput, teških ozljeda, leukemije, moždanog udara i sl.) kada je samo izlječenje, ako do njega dođe, vrlo dugotrajan i zahtjevan put koji je ispunjen značajnim teškoćama.
- Osobe koje pate od progresivnih kroničnih stanja (maligniteta, kroničnih zatajenja bubrega, bolesti jetara, moždanog udara koji je uzrokovao značajno funkcionalno oštećenje, uznapredovale srčane ili plućne bolesti, neurodegenerativne bolesti i demencije i sl.)
- Osobe koje pate od kroničnih te za život ograničavajućih povreda radi nesreća ili nekih drugih oblika teških ozljeda.
- Ozbiljno i terminalno oboljelih pacijenata kao na primjer demencija u posljednjoj fazi terminalnog stadija karcinoma, teški invaliditet radi zadobivene moždane kapi i sl.

Određeni načini s kojima se nastoji utvrditi i odgovoriti na jedinstvene i individualne potrebe umirućih i njihovih obitelji u trenu kada se bore s progresivnim gubitkom pokazatelji su zrelosti društva. U slučajevima razvitka bolesti potrebno je ublažiti ili barem odgoditi njezinu progresiju i paralelno s tim svim bolesnicima pružiti optimalnu razinu kontrole boli.¹²

Jedan od primarnih ciljeva palijativne medicine je stvoriti osjećaj teško bolesnom pacijentu kako nije sam, odnosno zadovoljiti njegove duhovne potrebe i autonomnost pri ispunjavanju posljednjih želja. Upravo spomenute ciljeve interdisciplinirani tim prepoznaje, potpomaže i poštuje kroz svoje tretmane, prevencijom i promocijom temeljnih strategija skrbi. Također, interdisciplinirani tim u suradnji s bolesnikom, njegovom obitelji ili njegovateljima razvija i održava individualiziran, siguran i koordiniran plan palijativne skrbi.

Palijativna skrb osigurava bolesnicima: trajnu stručnu skrb, upravljanje simptomima, duhovnu skrb, dostupnost, stalnost/kontinuitet, ne-napuštanje bolesnika, psihosocijalnu utjehu, te pruža potporu obitelji kada njihov član premine.¹³

¹² Služba Božja 53 (2013.), br. 3/4, str. 367 – 376

¹³ Jušić A, Čepulić E, Kotnik I. Implementacija palijativne skrbi u postojeći sustav zdravstvene zaštite Republike Hrvatske. In: Šegota I (ed.) Bioetika i palijativna medicina. Rijeka: Medicinski fakultet Rijeka, 2005;11-3.

Palijativna medicina je aktivna totalna skrb o bolesniku čija bolest ne odgovara na kurativno liječenje.

Tablica 2. Razlike između kurativne i palijativne medicine.

(Izvor : www.rijeka.hr/fgs.axd?id=23996)

Razlika između kurativne i palijativne medicine

KURATIVNA MEDICINA	PALIJATIVNA MEDICINA
Primarni cilj je izlječenje	Primarni cilj je olakšanje patnje
Objekt analize je bolest	Objekt analize je bolesnik i obitelj
Simptomima se pristupa u prvom redu kao ključu dijagnoze	Neugodni simptomi su predmet liječenja
Najveća važnost pridaje se mjerljivim Podacima tj. laboratorijskim testovima	Vrednuju se mjerljivi i subjektivni podaci
Sklona je umanjiti vrijednost podataka koji su subjektivni, nemjerljivi i koji se ne mogu provjeriti	Uvažava se bolesnikovo iskustvo
Liječenje je medicinski opravdano ako iskorjenjuje ili usporava napredovanje bolesti	Liječenje je medicinski indicirao, ako kontrolira simptome ili olakšava patnju
Tijelu i umu bolesnika se pristupa odvojeno	Bolesnik je osoba sa svim svojim fizičkim, emocionalnim, društvenim i duhovnim obilježjima

Bolesnik se promatra kao zbroj dijelova i nema potrebe upoznavati ga u cijelosti	Liječenje se provodi u skladu s vrijednostima i interesima bolesnika i obitelji
Smrt predstavlja krajnji neuspjeh liječenja	Olakšavanje patnje bolesniku do trenutka smrti predstavlja uspjeh

2.1. Organizacija palijativne skrbi

Svu skrb i podršku u palijativnoj njezi pruža interdisciplinarni tim. Sva skrb je besplatna i ostvaruje se prema preporuci obiteljskog liječnika.¹⁴

Zbog navedenog smatra se da svi zdravstveni radnici trebaju poznavati temeljne principe palijativne skrbi te ih je potrebno primjereno primjenjivati u praksi, a pritom treba razlikovati sljedeće:

- Opću palijativnu skrb (dio zdravstvenih radnika koji nisu isključivo uključeni u palijativnu skrb, ali mogu imati dodatno iskustvo u istoj)
- Specijaliziranu palijativnu skrb (specijalizirane službe čija je aktivnost ograničena na pružanje skrbi za najugroženije bolesnike; one su uključene u skrb bolesnika sa složenijim i zahtjevnijim potrebama i posjeduju veći stupanj uvježbanosti, izobrazbe djelatnika i druga sredstva)

Opću ne - specijaliziranu palijativnu skrb pružaju zdravstveni radnici kojima to nije primarni posao, primjerice liječnici opće/obiteljske medicine, patronažne sestre, dobrovoljci, domovi za njegu, pojedini odjeli u općim bolnicama kao interna medicina. Dok samu specijaliziranu palijativnu skrb pružaju bolničke jedinice palijativne skrbi (palijativni odjeli), bolnički timovi palijativne skrbi, mobilni palijativni timovi, hospiciji, hospitalizacija kod kuće i ambulantama.¹⁵

¹⁴ Čizmić J. Bioetika i medicinsko pravo. Medicina 2008;44:171-85.

¹⁵ Brkljačić M. Bioetika i bioetički aspekti palijativne medicine. Medicina 2008;

Organizacijski oblici palijativne/hospicijske skrbi razvili su se sukladno potrebama terminalno oboljelih bolesnika. Ovo su navedeni oblici skrbi:

- Preferirani oblik – kućna hospicijska skrb koju realiziraju interdisciplinarni hospicijski timovi u suradnji s timovima primarnih zdravstvenih zaštita. Događa se kako ona puno puta nije moguća s obzirom da ponekad bolesnik nema u kući osobu koja bi ga mogla negovati. U takvim slučajevima sam bolesnik mora se smjestiti u hospicij u kojem ostaje ili privremeno do nekog realnog oporavka ili u slučajevima terminalne faze do svoje smrti.
- Dnevni hospicijski boravci – prvenstveno služe socijalizaciji kronično bolesnih i izoliranih uz mogućnost stalnih medicinskih kontrola, pružanja usluga raznih tipova ili bavljenjem različitim aktivnostima uz istodobno oslobađanje njegovatelja od obveza prema bolesniku na jedan dan. U dnevnim bolnicama postoje i manji palijativno boravci posebice uz onkološke jedinice.¹⁶
- Ambulante za bol i palijativnu skrb – njihov cilj je osigurati djelotvorno uklanjanje boli i poboljšanje kvalitete života uz blisku suradnju s dnevnim boravcima i specijalističkim bolnicama
- Službe žalovanja – ambulante jedinice koje surađuju s prethodno spomenutima, pružajući psihosocijalnu podršku obiteljima ili njegovateljima za života njihova štićenika, posebno nakon njegove smrti, a u nekim slučajevima i na duže vrijeme.¹⁷

Veoma važnu ulogu u palijativnoj skrbi imaju i mobilni timovi koji odlaze po pozivu u kućne posjete palijativnim bolesnicima.

¹⁶ Bozeman M. Bereavement. In: Kinzbrunner BM, Weinreb NJ, Policzer JS (eds). 20 Common Problems in End-of-Life Care. United States of America: The McGraw – Hill Companies, Inc.; 2002;283-92.

¹⁷ Brkljačić M. Bioetički, zakonodavni i organizacijski preduvjeti primjene suvremenih trendova u hospicijskom pokretu u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske. Doktorska disertacija. Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci. Rijeka: 2009.

Tablica 3. Stupnjeviti sustav službi palijativne skrbi prema izvoru „ Bijela knjiga o standardima i normativnima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi“. (Izvor: [http://www.kbcrijeka.hr/docs/Strateski plan razvoja palijativne skrbi u RH za razdoblje 2014-2016.pdf](http://www.kbcrijeka.hr/docs/Strateski_plan_razvoja_palijativne_skrbi_u_RH_za_razdoblje_2014-2016.pdf))

		Razina palijativne skrbi			
		Palijativni pristup	Specijalistička podrška općoj i palijativnoj skrbi	Specijalistička palijativna skrb	
Oblik Skrbi	Akutna palijativna skrb	Bolnica	Volonteri	Bolnički tim za podršku palijativnoj skrbi	Organizacijska jedinica za palijativnu skrb
	Produžena palijativna skrb	Socijalne ustanove koje pružaju stacionarnu skrb		Tim mobilnih stručnjaka za specijalističku palijativnu skrb	Org. Jedinica za palijativu u ustanovi za produženu skrb

	Kućna palijativna skrb	Liječnik opće/obiteljske medicine, patronaža i zdravstvena njega u kući		u kući	Tim mobilnih stručnjaka za specijalističku palijativnu skrb; ustanova za dnevni boravak
--	------------------------	-------------------------------------------------------------------------	--	--------	-----------------------------------------------------------------------------------------

3. MEDICINSKA ETIKA

U staroj medicinskoj etici od njenih začetaka u Hipokratovo vrijeme pa do danas odnos prema eutanaziji nije se bitno mijenjao. Rečenica iz Hipokratove zakletve: "Nikome neću, makar me za to i molio, dati smrtonosni otrov, niti ću mu za nj dati savjet"¹⁸ stoljećima je služila kao odrješita zabrana eutanazije i svake liječničke pomoći pri umiranju. Pojam eutanazija dolazi od grčke riječi eu + thanatos, što znači dobra smrt, pa bi mogli reći kako je eutanazija bezbolno i samilosno usmrćivanje.

Eutanazija može biti pasivna (kad se medicinsko osoblje suzdrži od mjera održavanja pacijenta na životu) i aktivna (što predstavlja neposredno okončavanje života smrtonosnom dozom lijeka). Obje su u hipokratskoj liječničkoj etici bile zabranjene, no obje su se u praksi u određenoj mjeri ipak (potajno) primjenjivale od Hipokratovih vremena do danas. Danas su međutim u široj javnosti sve glasnjiji zahtjevi za pravo na eutanaziju, a i među etičarima, pravnicima i drugima, sve je više autora, posebice od 1988. koji se zalažu da se eutanazija pravno i etički legalizira. I to ne samo pasivna već i aktivna. Iako je eutanazija priznanje poraza, ne možemo ne spomenuti pitanje slobode odlučivanja svakog pojedinca. Možda nam budućnost baš to donosi.

Umirućim pacijentima se često isprepleću suicidalne misli. Kako bi to spriječili trebamo im omogućiti odgovarajuću njegu i skrb, pažnju i razumijevanje da bi mogli dostojanstveno provesti posljednje dane života.¹⁸ Većina djelatnika vjeruje da umiruće osobe ne žele

¹⁸ DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB/GOD. 5 (1996), BR. 3-4 (23-24), STR. 699-707

razgovarati o smrti, a u tome se posebno ističu medicinske sestre koje ne rade s umirućima. Uočeno je zapravo da stariji ljudi žele razgovarati o smrti, prema tome nazire se nerazumijevanje između potreba bolesnika starije dobi i djelatnika. Umiranje, dakle nije samo medicinski, nego i širi društveni problem. Zdravstveni djelatnici se u pravilu nalaze u pratnji bolesnika na tom posljednjem putu za koji i oni sami trebaju biti odgovarajuće pripremljeni.¹⁹

Na područjima medicinsko zdravstvenog prava, medicina i pravo susreću se i teže ka zajedničkom cilju – očuvanju čovjekovih najvrjednijih dobara: života, tijela, zdravlja i ljudskog dostojanstva kao i vrlo značajnog dijela zaštite ljudskih prava. Iz spomenute definicije može se zaključiti kako je upravo palijativna skrb ta koja u svojoj filozofiji sažima sve navedeno – predmet od posebnog interesa, kako donosioca tako i provoditelja zakona. Velika žalost je činjenično stanje koje ukazuje da nije tako jer ni zakonom definirani entiteti nisu u praksi realizirani. Sukladno navedenom može se postaviti pitanje: jesu li bolesnicima koji trebaju palijativnu skrb narušena temeljna ustavna prava s obzirom da u članku 59. Ustava Republike Hrvatske jasno stoji da se svakom jamči pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa zakonom.

Kako bi se svi zdravstveni radnici bili sposobni uhvatiti u koštac s etičkim pitanjima u vremenu kada skrbe o samom završetku života svoga bolesnika, moraju se educirati o postojećim domaćim kao i međunarodnim dokumentima, medicinsko–etičkim i medicinsko–pravnim smjernicama na koje se mogu osloniti. Uvođenje palijativne skrbi u hrvatski zdravstveni sustav u potpunosti opravdava etičko-humanističke pothvate suvremene medicine na način da razvija zrelost civilizacijske misli modernog društva u brizi za svakog čovjeka.²⁰

Možemo zaključiti kako je palijativna skrb područje u kojem postoji obilje etičkih pitanja, a velika većina slična je onima koje se pojavljuju u drugim područjima zdravstvene skrbi. Neke od tema poput onih vezanih uz sam kraj života više se ističu. No, razmišljanja o etičkim principima koji su uključeni u palijativnu skrb zasnivaju se na prepoznavanju činjenica kako neizlječivi i/ili terminalni bolesnik nije „biološki ostatak“ za kojeg se više ništa ne može učiniti, nego je osoba i kao takva zavrjeđuje da joj sustav zdravstvene skrbi osigura najvišu moguću razinu kvalitete života poštujući njegovu osobnu autonomiju. Zbog specifičnosti svog poziva, svi zdravstveni djelatnici trebali bi posjedovati sva potrebna stručna i znanstvena dostignuća te prepoznati granice medicinske dopustivosti.

¹⁹ <http://www.hcjz.hr/index.php/hcjz/article/viewFile/1051/1009>

²⁰ Brkljačić M. Bioetika i bioetički aspekti palijativne medicine. Medicina 2008;

4. UMIRANJE I ŽALOVANJE

U današnje vrijeme čovjek je obogaćen brojnim spoznajama temeljenima na znanstvenim otkrićima, ima spoznaje o smrti s biološkog stajališta, od stanice do organa pa sve do čitavog tijela. Posjeduje objektivne pokazatelje za utvrđivanje trenutka biološke smrti, dakle kognitivno može razumjeti, ali emocionalno teže prihvaća. Također, danas ljudi umiru sami u bolnicama, između aparata i stranaca, daleko od onih s kojima su proveli čitav svoj život. Spomenuta sveprisutna situacija podsjeća na razdoblje srednjeg vijeka kao i na odnose prema duševnim bolesnicima koji su bili smješteni u udaljene institucije, napuštene dvorce, što dalje od tzv. normalnog svijeta koji se užasavao susreta s duševnim bolesnicima iz više razloga poput straha da ih ne zadesi ista sudbina, kao i bespomoćnost da to spriječe. Izgleda da se u današnje vrijeme ponavlja spomenuta situacija u odnosu na umiranje i smrt.

Ono što ostaje nakon neke osobe predmet je današnjeg čovjeka koji je opterećen strahom od smrti, krivnjama, nedovršenim oprostajima i potisnutim žalovanjem što pak dovodi do brojnih psiholoških problema i bolesti. Umjesto da gubitak voljene osobe bude poticaj za zbližavanje i uspostavljanje kvalitetnijih odnosa među onima koji ostaju, spomenuti gubitak postaje razlogom udaljavanja, prekida komunikacije, te izvor brojnih depresivnih reakcija i stanja.

Jedan od čestih problema s kojima se ljudi nerijetko susreću jest problem otvorene komunikacije s umirućim i onima koji ostaju iza njega. Pojavljuje se strah kod modernog čovjeka koji nije spreman suočiti se sa smrću, te pritom teško uspostavlja dijalog s umirućim, ali i sa samim sobom. Osjećaj krivnje za sve neizrečeno i neučinjeno kao i za sva loša djela, vrlo često je prisutan nakon same smrti bolesnika, te može dovesti do brojnih ozbiljnih psiholoških problema jer više ne postoji vrijeme za oprostjenje. Pritom može doći do remećenja procesa žalovanja koji svaka individua proživljava kroz različite faze. Prilikom formiranja osjećaja krivnje zbog uvjetno rečeno "prešućenih misli", može doći do poricanje traumatskog događaja, odnosno negiranja smrti.

Žalovanje je veoma dubok i dugotrajan proces, ali kako bi se odvijao, potrebna je okolina u kojoj će se izraziti. Spomenuta okolina može olakšati ili spriječiti žalovanje, ali ga isto tako može i pogoršati. Također, potrebno je naglasiti i razlike u posljedicama i reakcijama u procesu žalovanja u odnosu na osobu koja je umrla, te koje ne zavise samo o osobnom odnosu s preminulom osobom, nego i o psihološkom značenju te osobe općenito. Osobe nerijetko

drugačije doživljavaju smrt svojih bližnjih, odnosno proces žalovanja je različit kada se radi o smrti bake i djeda, supružnika, majke ili oca. Smrt djeteta svaki član obitelji doživljava drugačije, te svaki gubitak ima svoje određene karakteristike i spoznajne komponente kroz koje pojedinac mora proći tijekom procesa žalovanja.

Potrebno je napomenuti kako se odnos prema smrti i umiranju mora postepeno graditi, te nikada nije prerano s time započeti, naravno primjereno uzrastu individue u žalovanju i njezinim kognitivnim sposobnostima. Samo takvim pristupom može se izgraditi drugačiji, emocionalno osvještiji i otvoreniji odnos prema smrti i umiranju, te primarno naučiti kako iskomunicirati, oprostiti se, ali i završiti sam proces žalovanja.²¹ Zahvaljujući palijativnoj skrbi i svim onim timovima koji pružaju tretmane i pomažu raznim terapijama pri smanjenju boli, mnogi ljudi lakše se suočavaju sa smrtnim ishodom i podnose gubitak voljene osobe.

5. ULOGA MEDICINSKE SESTRE U SKRBI ZA UMIRUĆEG PACIJENTA

„Uloga medicinske sestre je pružanje pomoći pojedincu, bolesnom ili zdravom u obavljanju aktivnosti koje doprinose zdravlju, oporavku ili mirnoj smrti , a koje bi obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje.” (Henderson, 1966.)

Zdravstvena njega današnjice temelji se upravo na ovoj definiciji zdravstvene njege koju je postavila *Virginija Henderson* - američka medicinska sestra, teoretičarka, istraživačica i autorica mnogih znanstvenih djela o sestinstvu i njezi bolesnika. Medicinske sestre u palijativnoj skrbi, skrbe za održavanje kvalitete života, poštuju ljudsko dostojanstvo i potiču mogućnost samozbrinjavanja. Nepisano je pravilo da se palijativna skrb primjenjuje tek neposredno prije smrti, no u današnje vrijeme suvremene medicine ona se može primjenjivati već nakon postavljanja dijagnoze neizlječive bolesti. Nakon postavljanja dijagnoze neizlječive bolesti otvara se mnoštvo pitanja kako kod pacijenata i njihovih obitelji, tako i kod zdravstvenih radnika koji su skrbili o pacijentu do otpusta iz bolnice. Neka od njih su

²¹ Abraham, K., A short study of development of the libido viewed in the light of mental disorders, u: K. Abraham, Selected papers on psychoanalysis, London, Maresfield reprints 1924.

sljedeća: *Koliko je obitelj spremna i ima mogućnosti preuzeti skrb o pacijentu? Kome se obitelj može obratiti ukoliko im je potreban savjet vezan za skrb o pacijentu (vikend, praznik)? Jesu li uz usmenu edukaciju, bez pisanih materijala uspjeli upamtiti sve upute o skrbi? Postoji li bolje i ugodnije rješenje za skrb o pacijentu, koja bi mu bila osigurana na način da mu se omogući kontinuitet i stabilnost njegovog stanja i simptoma?*

Uz gore navedena pitanja postavljaju se i otvaraju još mnoga. Neka od postavljenih pitanja imaju jasne odgovore koji daju smjernice kojim putem krenuti. Međusobna suradnja i povezanost između bolničkih zdravstvenih ustanova, primarne zdravstvene zaštite, različitih profila stručnjaka educiranih na području palijativne skrbi, te organizacija palijativne skrbi na različitim razinama zdravstvene zaštite pomogla bi u ostvarivanju bolje skrbi za pacijente.

Medicinska sestra u palijativnoj skrbi višestruki je aktivni sudionik koji neposredno provodi zdravstvenu njegu, koordinira i rukovodi cjelokupnim procesom skrbi. Odgovorna je za planiranje, provođenje i evaluaciju zdravstvene njege uz kontinuiranu procjenu i edukaciju bolesnika i obitelji, te suradnju s ostalim članovima interdisciplinarnog tima .

Procjena u podršci bolesniku mora biti neprekidna, evaluacija se radi nakon svake procjene jer se slika o terminalnom bolesniku mijenja iz dana u dan. Svaki član tima provodi intervencije za koje je zadužen, ali neprestano surađuje s ostalim članovima tima kako bi uspješno ublažili ili riješili postojeće probleme. Medicinska sestra mora biti potpora postojećim zdravstvenim, socijalnim i duhovnim službama sa ciljem kako bi palijativna skrb bila što potpunija i kvalitetnija. Neophodno je osigurati službe kojima bi se pacijenti mogli obratiti za pomoć i podršku za probleme koji ih muče čime bi se hitne intervencije dodatno smanjile, a samim time i potrebe za bolničko liječenje.

Uloga medicinske sestre je da pacijentu i njegovoj obitelji pruži potrebne informacije kroz pisane materijale o učestalim problemima i načinima samopomoći pacijentu kako bi se stekao osjećaj sigurnosti. Svakom pacijentu potrebno je pristupiti individualno , te uključiti pacijenta i obitelj u dogovor za daljnju skrb.

Osim skrbi koju pružaju pacijentima, zadaća medicinskih sestara je i edukacija obitelji i pacijenata o načinima pružanja zdravstvene njege, povezivanje i suradnja s vanbolničkim službama za palijativnu skrb. U svrhu održavanja kontinuiteta skrbi i kvalitetnije suradnje s kolegicama koje nastavljaju skrbiti o pacijentu van bolnice, neophodno je postojanje sestriinske dokumentacije prilagođene pacijentima u palijativnoj skrbi. Odgovorne su i za procjenu i planiranje izravnih potreba skrbi, pružaju tjelesnu i emocionalnu utjehu uz

poštivanje holističkog pristupa. Uz potrebe pacijenta ne zanemaruju se niti potrebe obitelji oboljelog. Medicinska sestra u timu palijativne skrbi promiče kvalitetu života i nastoji što profesionalnije odgovoriti na potrebe umirućeg i njegove obitelji.

6. BOL

Bol je biokemijska, fizička i psihička reakcija na mehaničke, kemijske ili toplinske podražaje iznad praga osjetljivosti. Postoji cijeli niz definicija o boli, a službeno je prihvaćena ona Međunarodnog udruženja za izučavanje boli (IASP), koju je prihvatila i Svjetska zdravstvena organizacija (SZO), a glasi: "Bol je neugodan emocionalni i osjetni doživljaj, povezan sa stvarnim ili mogućim oštećenjem tkiva ili opisom u smislu tog oštećenja".

Danas se bol uz disanje, temperaturu, puls i tlak smatra petim vitalnim znakom. U liječenju palijativnih pacijenata često se pojavljuje pojam totalne boli. Taj pojam uključuje četiri komponente: fizičku, emocionalnu, socijalnu i duševnu bol. Ove četiri komponente mogu pojedinačno ili u kombinaciji utjecati na percepciju ukupne boli tih pacijenata. Nedostatak razumijevanja liječnika za svaku od ove četiri komponente može dovesti do neoptimalnog liječenja boli pri kraju života (Braš-Đorđević, 2012).

Tablica 4. - Četiri komponente „totalne boli“.(Izvor:

<https://repositorij.unin.hr/islandora/object/unin%3A737/datastream/PDF/view>



U današnje vrijeme bol posebno kronična definira se kao psihosomatsko stanje, odnosno ona sama je bolest koja se može i mora liječiti. Ona nije isključivo rezultat prijenosa bolnih impulsa od mjesta ozljede do mjesta osjeta u mozgu. Na njezino oblikovanje utječu kvantitativni, kvalitativni i osjećajni čimbenici, iskustvo, kulturni, društveni i ekonomski faktori.²²

Emocionalna bol može pratiti fizičku, ali se može razvijati i samostalno. Bolesnik govori o boli, ali je to zapravo patnja. Bitno je to da bol ne odgovara na analgetike. Izražava se jezikom tijela i fizičkim simptomima jer ju je preteško izraziti riječima. Emocionalni poremećaji, posebice osjećaj bespomoćnosti može se umanjiti uključivanjem bolesnika, obitelji i prijatelja u radno partnerstvo s bolničkom ekipom i u liječenju i planiranju budućnosti. Recimo rečenica „svi ste vi dio tima“ može imati veliko značenje. Korisna može biti i „biofeedback“ relaksacija, odnosno liječenje glazbom ili mirisom. Povremeno je potrebna i medikamentozna terapija antidepresivima i anksioliticima.

U zadnjim odsječcima života, duhovna bol može biti isto tako težak simptom kao i fizička bol. Bolesnik govori o boli, ali je to zapravo i opet patnja. To je doživljaj bezvrijednosti, beznadnosti i besmislenosti. Zadovoljavanje duhovnih potreba ključno je za bolesnikovo dobro osjećanje. Osobe koje se duhovno dobro osjećaju imaju znatno manji stupanj tjeskobe, a time i veću podnošljivost na bol. Svatko ima duhovne potrebe bez obzira na to jesu li dio formalne vjerske organizacije, a samo neki ljudi imaju religiozne potrebe. Intuitivnim iskustvom može se osjetiti kada bol ima duhovno podrijetlo. Kako se fizičko zdravlje umanjuje, duhovna dimenzija postaje sve važnijom. Duhovna bol nije problem koji treba riješiti, nego pitanje koje treba proživjeti što traži posebne kvalitete kod zdravstvenih djelatnika. Bolesniku treba dopustiti da se izrazi u svojoj potrazi za smislom života. Medicinska sestra mu treba olakšati tu potragu. Ona ohrabruje bolesnika da prepozna narav svoje boli, da se osjeća vrijednim i sigurnim tako da može i shvatiti i prihvatiti ono što slijedi. Misaona tišina ,također, može imati učinak kao i riječi. Ona uključuje slušanje i vrednovanje bolesnika poput svake druge osobe.

U savladavanju boli bitno je i uočavanje društvene sastavnice boli. Bolesnik ne smije ostati izoliran. Izolacija od ljudi odvaja ih od života i prije nego je život fizički prestao. Oni najbliži često bježe opravdavajući se da ne mogu gledati patnju, a zapravo ne znaju što rade svome

²² <https://repozitorij.unin.hr/islandora/object/unin%3A737/datastream/PDF/view>

najbližem. U osnovi je jednostavno: biti prisutan držeći bolesnikovu ruku ili pomažući u sitnicama, brisanju znoja, vlaženju usana, slušajući...

Bolesnik koji je suočen sa skorim gubitkom vlastita života boji se izgubiti odnos s liječnikom i svim medicinskim osobljem koje mu je pomagalo u liječenju i savladavanju komplikacija liječenja. Stoga odnos liječnika i ostalog medicinskog osoblja prema takvom bolesniku zahtijeva otvorenost, brigu, sućut, toplinu i razumijevanje. Takav stav pomaže bolesniku svladati strah od smrti, u njemu razvija samopoštovanje i povjerenje u sebe i druge.

Dostojanstvo nekog društava može se mjeriti time kako ono postupa sa svojim najranjivijim članovima, a takvi su umirući. Umirućem treba pristupiti kao osobi, a ne samo kao objektu medicinske intervencije.²³

²³ http://palijativna-skrb.hr/files/Edukit/BOLESNIK_NA_KRAJU_ZIVOTA.pdf

7. CILJ RADA

Cilj rada je prikazati zastupljenost dijagnoza koje zahtijevaju palijativnu skrb na području Dubrovačko - neretvanske županije u dvogodišnjem razdoblju. Istražiti će se kolika je zastupljenost onkoloških dijagnoza u odnosu na ostale dijagnoze. Podaci koji će se istraživati retrospektivnom analizom će prikazati učestalost zastupljenosti takvih dijagnoza prema dobnim skupinama. Odnosno prikazati će se zastupljenost dijagnoza koje zahtijevaju palijativnu skrb u dobnj skupini od 20 do 65 godina, te u dobnj skupini od 65 + godina. Usporedit će se podaci dvogodišnjeg razdoblja koji će prikazati postoji li neka statistički značajna razlika u broju oboljelih. Prikazati će se najčešće dijagnoze koje su uzrok smrti u navedenim dobnim skupinama tokom 2014. i 2015. godinu.

8. MATERIJALI I METODE ISTRAŽIVANJA

Metode i ispitanici koji su se koristili za izradu ovog rada su podaci iz Zavoda za javno zdravstvo Dubrovačko - neretvanske županije. Podaci koji su analizirani odnose se na razdoblje 2014. i 2015. godine. Podaci su analizirani prema zadanom cilju u dvogodišnjem razdoblju.

Podaci su zatraženi od Zavoda za javno zdravstvo Dubrovačko – neretvanske županije prema dijagnozama MKB-10 sukladno Strateškom planu RH za razvoj PS za razdoblje od 2014. - 2016. godine. Rezultati su dobiveni prema izvoru podataka o hospitalizacijama ; BSO 2014. i 2015. god. OB Dubrovnik, te prema izvoru podataka o umrlima ; Državni zavod za statistiku, DEM – 2 / 2014. i DEM – 2 / 2015. godine.

Podaci su se odnosili na hospitalizirane osobe u OB Dubrovnik s prebivalištem u DNŽ. Oni su uključivali pacijente kojima su dodijeljene palijativne dijagnoze MKB – 10 (Z51,5) , no odnosili su se i na moguće potencijalne palijativne pacijente s obzirom na dijagnoze za vrijeme hospitalizacije ili uzrok smrti. Podaci o mortalitetu odnosili su se na sve umrle osobe s dijagnozom koja je zahtijevala palijativno liječenje u DNŽ, bez obzira jesu li te osobe umrle kod kuće ili u ustanovi.

Retrospektivno su se analizirali podaci morbiditetnih i mortalitetnih podataka za razdoblje 2014. i 2015. godine za područje Dubrovačko neretvanske županije.

Prema Strateškom planu RH za razvoj PS to su sljedeće dijagnoze po MKB dijagnozama:

Maligne bolesti koje se svrstavaju od C00 - D48

Bolesti jetre - K70,3 - K72,9.

Bolesti bubrega - N18 - N19

Bolesti srca i krvnih žila - I11,0 I13,0,I13,2,I50,0,I50,1,I50,9

Cerebralni infarkt - I63

Neurološke bolesti - G10,G11,G12,G12,2,G13,G20,G30,G30,1,G30,2,G30,9,G31,G32,G35, G71,0,G80,G81,G82,G83,G93,6 , R40,2

Psihijatrijske bolesti - F00,F01,F02,F03,F07,9 , F43,1,F62,0, F71,F72,F73

Zarazne bolesti – HIV , B20-B24

Podaci su se analizirali u dobi od 20 do 65 godina, te u dobi od 65 godina i više. Za analize podataka koristila se statistička metoda χ^2 test (hi-kvadrat) te metoda t – test .

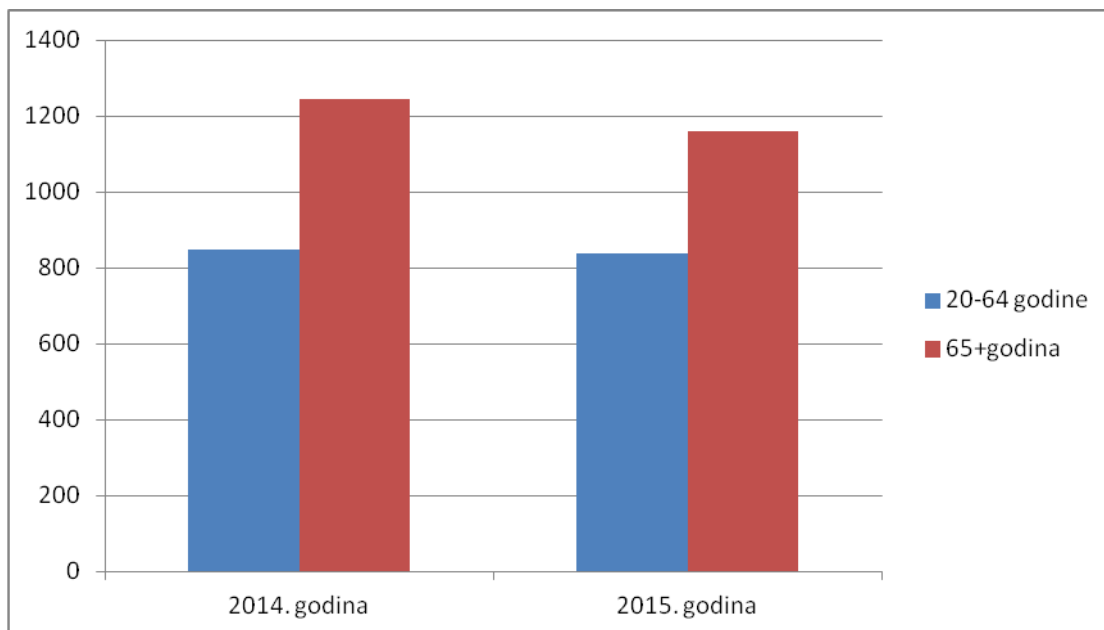
9. REZULTATI

1. Prikazati će se zastupljenost palijativnih dijagnoza i potencijalno palijativnih dijagnoza u dobnoj skupini od 20 – 64 godine u odnosu na dobnu skupinu od 65 + godine unutar 2014. i 2015. godine u OB Dubrovnik.

Tablica 5. Pojavnost bolesti po dobnim skupinama unutar dvogodišnjeg razdoblja mjerenja iz izvora o hospitalizacijama 2014. i 2015. god. OB Dubrovnik

	Podaci iz 2014. godina	Podaci iz 2015. godina	UKUPNO	Rezultati za 2014. godinu	Rezultati za 2015. godinu
20-64 godine	848	839	1687	50,26%	49,73%
65+godina	1246	1160	2406	51,78%	48,21%
UKUPNO	2094	1999	4093	51,16%	48,83%
Rezultati za 20- 64 godine	40,49%	41,97%	41,21%		
Rezultati za 65 + godine	59,50%	58,02%	58,78%		

Iz tablice 5. Vidljivo je da nema značajne promjene u broju oboljelih s obzirom na godinu mjerenja unutar pojedinih dobnih skupina. Kroz dvije godine istraživanja prisutan je veći udio oboljelih u dobnoj skupini od 65 + godina (58,78%) u odnosu na dobnu skupinu 20 – 64 godine (41,21%).



Slika 1. Pojavnost palijativnih i potencijalno palijativnih bolesti po dobnim skupinama unutar dvogodišnjeg razdoblja mjerenja iz izvora o hospitalizacijama 2014. i 2015. god. OB Dubrovnik

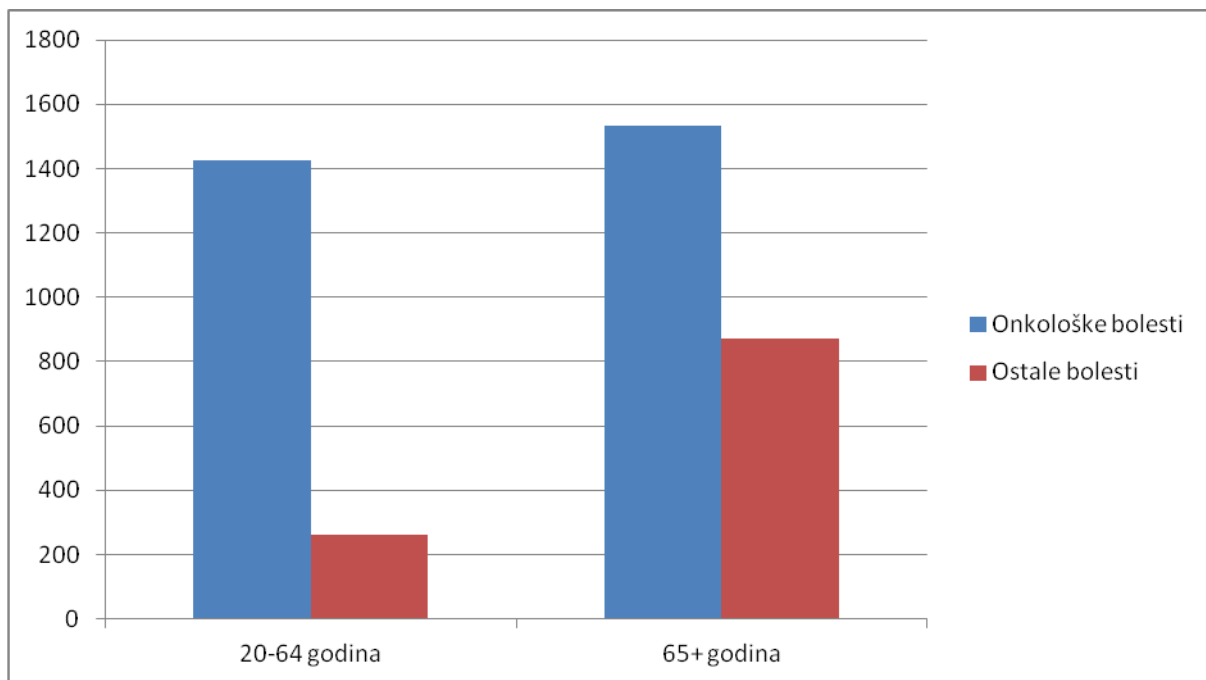
2. Kolika je zastupljenost onkoloških dijagnoza u odnosu na ostale dijagnoze (potencijalno palijativni pacijenti s obzirom na dijagnozu za vrijeme hospitalizacije ili uzrok smrti) s prebivalištem u DNŽ, iz izvora podataka o hospitalizacijama ; BSO 2014. i 2015. godine OB Dubrovnik.

Tablica 6. Udjel onkoloških i ostalih bolesti po dobnim skupinama iz izvora podataka o hospitalizacijama ; BSO 2014. i 2015. god. OB Dubrovnik kod pacijenta s prebivalištem u DNŽ

	20-64 godina	65+ godina	Ukupno	20-64 godina	65+ godina	
Onkološke bolesti	1424	1535	2959	48,12%	51,87%	$\chi^2=209,31$ p<0,001
Ostale bolesti	263	871	1134	23,19%	76,81%	
UKUPNO	1687	2406	4093	41,21%	58,78%	
Udjel onkoloških bolesti naspram ostalih	84,41%	63,79%	72,29%			
Udjel ostalih naspram onkoloških bolesti	15,58%	36,2%	27,70%			

Iz tablice 6. Nakon analize podataka vidljivo je da postoji značajna razlika u udjelu onkoloških bolesti naspram ostalim bolestima u obje dobne skupine pacijenata. Broj oboljelih kod onkoloških bolesti u dobnj skupini od 20 – 64 godine je 1424, što iznosi 84,41 % od ukupnog broja oboljelih u navedenoj dobnj skupini. Kod ostalih palijativnih bolesti pacijenti u dobnj skupini od 20 – 64 godine obolijevaju u znatno manjem broju (263), to jest 15,58

%.. Udjel oboljelih od onkoloških bolesti kod pacijenata u dobnoj skupini od 65+ godina je 63,79 % u odnosu na ostale palijativne bolesti (36,2 %) . Uspoređujući navedene dobne skupine dobili smo podatke gdje vidimo da je zastupljenost ostalih potencijalno palijativnih bolesti kod dobne skupine od 65 + godina 76,81 % u odnosu na dobnu skupinu 20 – 64 godine (23,19 %) . Ukupan broj oboljelih je u porastu kod pacijenata u dobnoj skupini od 65 + godina te iznosi 58,78% u odnosu na pacijente u dobnoj skupini od 20 – 64 godine (41,21%).



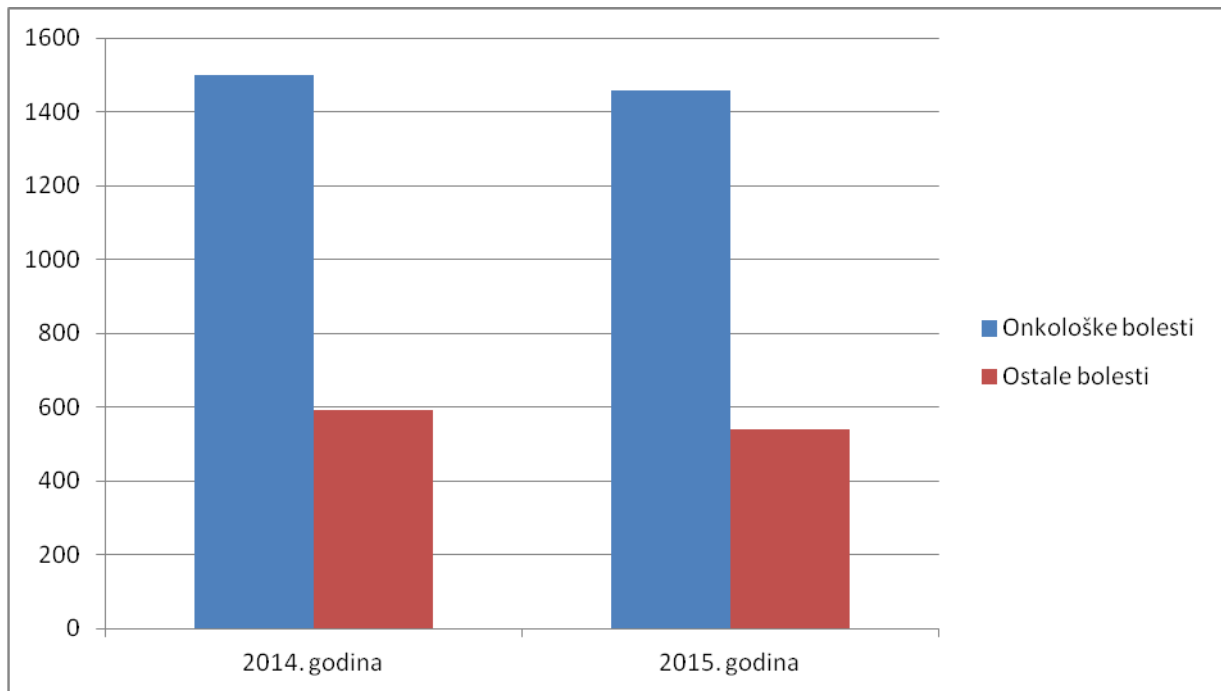
Slika 2. Udjel onkoloških i ostalih bolesti po dobnim skupinama iz izvora podataka o hospitalizacijama ; BSO 2014. i 2015. god. OB Dubrovnik kod pacijenta s prebivalištem u DNŽ

3. Kolika je zastupljenost onkoloških dijagnoza u odnosu na ostale bolesti po godini mjerenja (2014. i 2015. god.) prema hospitalizacijama u OB Dubrovnik.

Tablica 7. Udjel onkoloških i ostalih bolesti po godini mjerenja iz izvora podataka o hospitalizacijama ; BSO 2014. i 2015. god. OB Dubrovnik kod pacijenta s prebivalištem u DNŽ

	2014. godina	2015. godina	UKUPNO	2014. godina	2015. godina	
Onkološke bolesti	1501	1458	2959	50,72%	49,27%	$\chi^2=0,74$ p>0,05
Ostale bolesti	593	541	1134	52,29%	47,70%	
UKUPNO	2094	1999	4093	51,16%	48,83%	
Udjel onkoloških bolesti	71,68%	72,93%	72,29%			
Udjel ostalih bolesti	28,31%	27,06%	27,70%			

Iz **tablice 7.** Analizirajući 2014. i 2015. godinu nismo pronašli statistički značajnu razliku u udjelu onkoloških i ostalih bolesti. Međutim analizirajući ukupan broj pojavnosti onkoloških bolesti u odnosu na ostale bolesti kroz dvogodišnje razdoblje postoji statistički značajna razlika između mjerenja. Udjel onkoloških bolesti je 72,29% u odnosu na ukupan broj oboljelih u dvogodišnjem razdoblju, dok je udjel ostalih bolesti znatno manji (27,70%).



Slika 3. Udjel onkoloških i ostalih bolesti po godini mjerenja iz izvora podataka o hospitalizacijama ; BSO 2014. i 2015. god. OB Dubrovnik kod pacijenta s prebivalištem u DNŽ

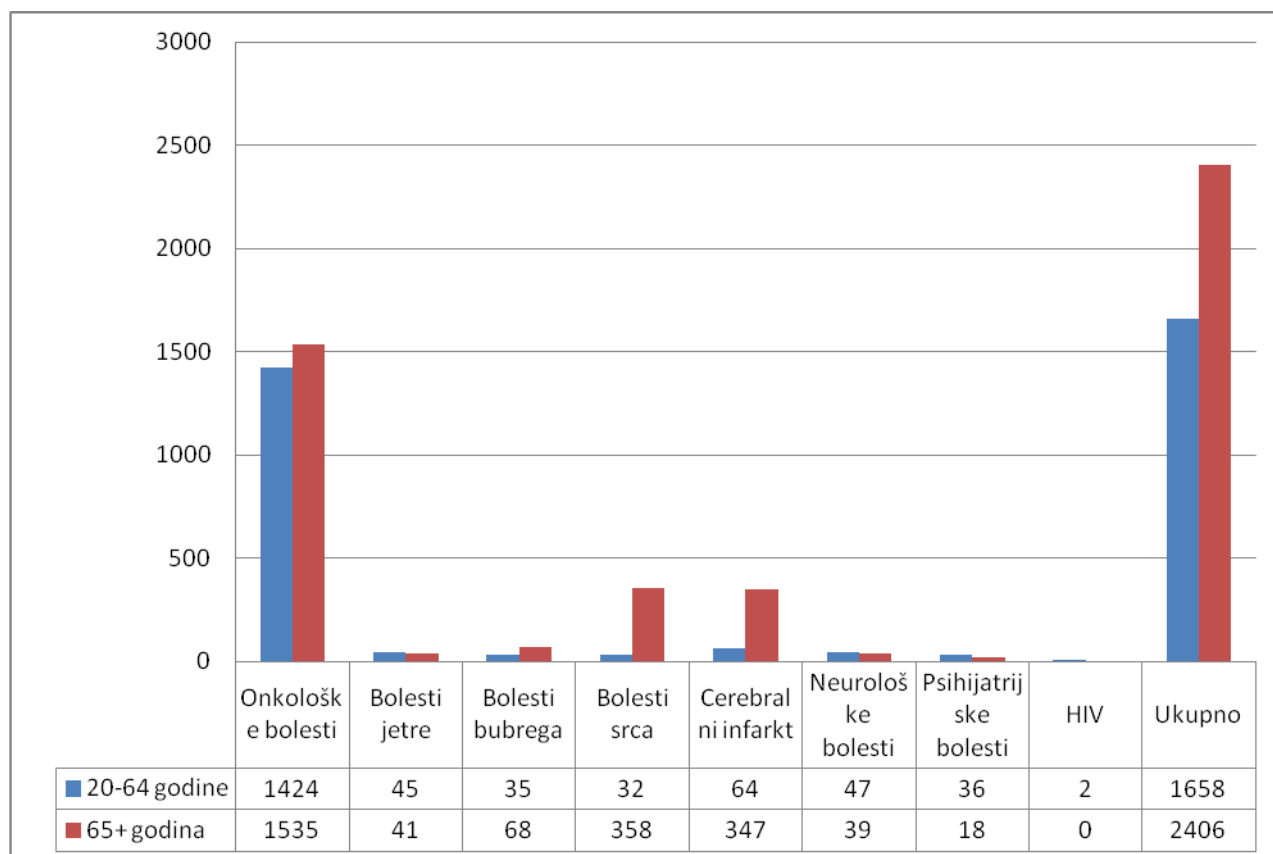
4. Podaci će prikazati učestalost zastupljenosti palijativnih dijagnoza MKB – 10 šifra Z51,5 i potencijalno palijativnih dijagnoza s obzirom na dijagnoze za vrijeme hospitalizacije ili uzrok smrti prema dobnoj skupini. Odnosno prikazati će se zastupljenost dijagnoza koje zahtijevaju palijativnu skrb u dobnoj skupini od 20 do 65 godina u odnosu na pacijente u dobnoj skupini iznad 65 godina iz izvora o hospitalizacijama ; BSO 2014. i 2015. god. OB Dubrovnik.

Tablica 8. Pojavnost pojedinih bolesti s obzirom na dobnu skupinu u dvogodišnjem razdoblju ; 2014. i 2015. god iz izvora o hospitalizacijama OB Dubrovnik

	20-64 godine	65+ godina	UKUPNO	20-64 godine	65+ godina
Onkološke bolesti	1424	1535	2959	48,12%	51,87%
Bolesti jetre	45	41	86	52,32%	47,67%
Bolesti bubrega	35	68	103	33,98%	66,01%
Bolesti srca	32	358	390	8,2%	91,79%
Cerebralni infarkt	64	347	411	15,57%	84,42%
Neurološke bolesti	47	39	86	54,65%	45,34%
Psihijatrijske bolesti	36	18	54	66,66%	33,33%
HIV	2	0	2	100%	0%
Ukupno	1658	2406	4064	40,52%	58,81%
	$\chi^2=375.631,$ $p<0,001$				

Iz **tablice 8.** Nakon analize podataka vidljivo je da ne postoji statistički značajna razlika u broju oboljelih kod onkoloških bolesti u navedenim dobnim skupinama. Kod pacijenata u dobnoj skupini od 20 – 64 godine zastupljenost bolesti je 48,12 % dok je kod pacijenata u dobnoj skupini od 65 + godina zastupljenost 51.87 %. No, statistički značajna razlika vidljiva je u broju oboljelih od pojedinih bolesti s obzirom na dobnu skupinu. Neurološke,

psihijatrijske bolesti, bolesti jetre i SIDA u nešto su češćoj pojavnosti kod pacijenata u dobnoj skupini od 20 - 64 godine, dok su bolesti bubrega, srca i cerebralni infarkt značajno češći kod osoba u dobnoj skupini iznad 65 godina. Ukupna zastupljenost bolesti je u padu kod pacijenata u dobnoj skupini od 20 – 64 godine (40,52 %), u odnosu na pacijente u dobnoj skupini od 65 + godina(58,81 %).



Slika 4. Pojavnost pojedinih bolesti s obzirom na dobnu skupinu u dvogodišnjem razdoblju ; 2014. i 2015. g. iz izvora o hospitalizacijama OB Dubrovnik

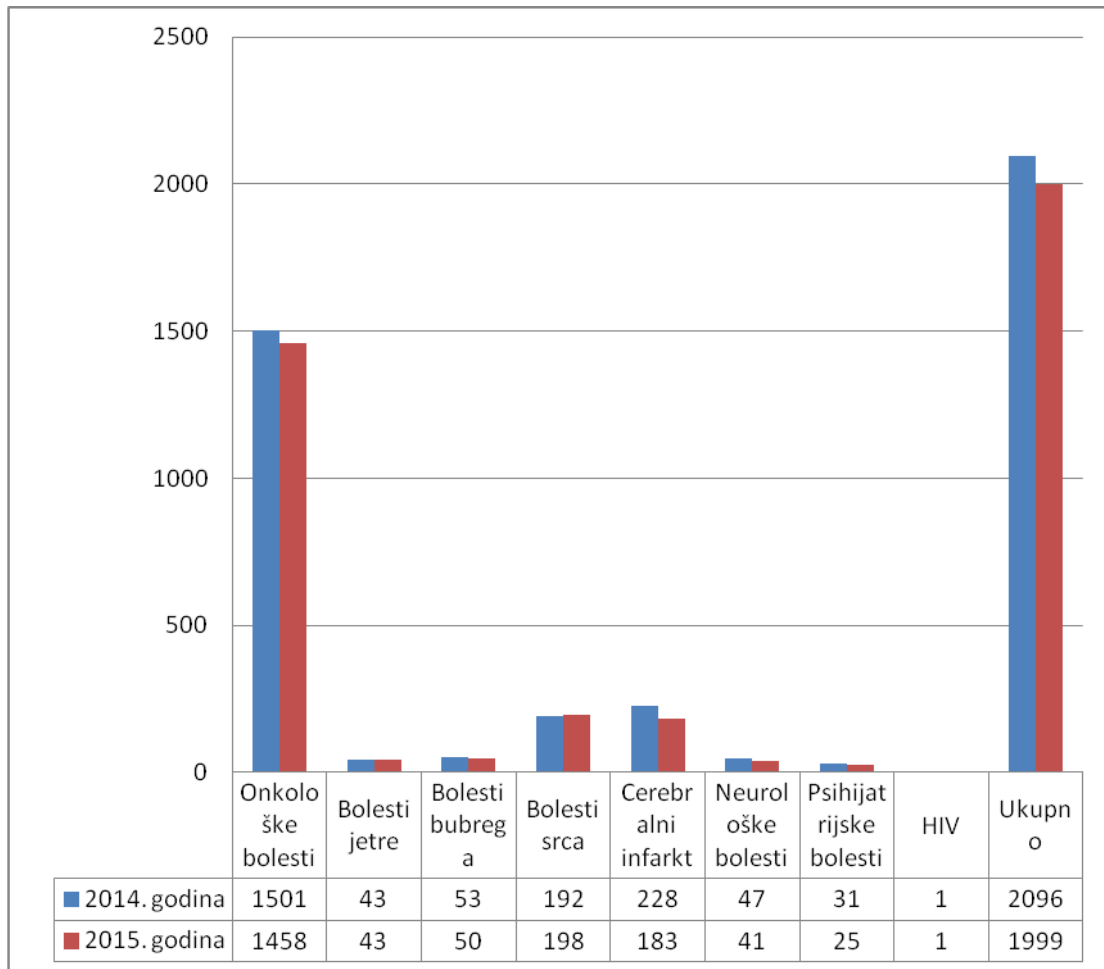
5. Usporediti će se podaci dvogodišnjeg razdoblja iz izvora o hospitalizacijama 2014. i 2015. god. u OB Dubrovnik koji će prikazati postoji li neka statistički značajna razlika u broju oboljelih kod onkoloških i potencijalno palijativnih bolesnika:

Tablica 9. Pojavnost pojedinih bolesti s obzirom na godinu mjerenja iz izvora o hospitalizacijama 2014. i 2015. god. u OB Dubrovnik

	2014	2015	UKUPNO	Zastupljenost bolesti u 2014	Zastupljenost bolesti u 2015
Onkološke bolesti	1501	1458	2959	50,72%	49,27%
Bolesti jetre	43	43	86	50%	50%
Bolesti bubrega	53	50	103	51,45%	48,54%
Bolesti srca	192	198	390	48,71%	50,76%
Cerebralni infarkt	228	183	411	55,47%	44,52%
Neurološke bolesti	47	41	88	53,4%	46,59%
Psihijatrijske bolesti	31	25	56	55,35%	44,64%
HIV	1	1	2	50%	50%
Ukupno	2096	1999	4095	51,18%	48,81%
	$\chi^2=4.488$ $p>0,05$				

Iz tablice 9. Vidimo da nema značajne razlike u pojavnosti bolesti (dijagnoza) između 2014. i 2015. godine, bez obzira je li govorimo o onkološkim ili ostalim bolestima. Jedino su u porastu nešto zastupljenije; onkološke bolesti, bolesti bubrega, cerebralni infarkt, neurološke bolesti te psihijatrijske bolesti u 2014. godini u odnosu na 2015. godinu. Ukupna zastupljenost

svih navedenih bolesti u 2014. g.(51,18%) u odnosu na 2015. g (48,81%).



Slika 5. Pojavnost pojedinih bolesti s obzirom na godinu mjerenja iz izvora o hospitalizacijama 2014. i 2015. god. OB Dubrovnik

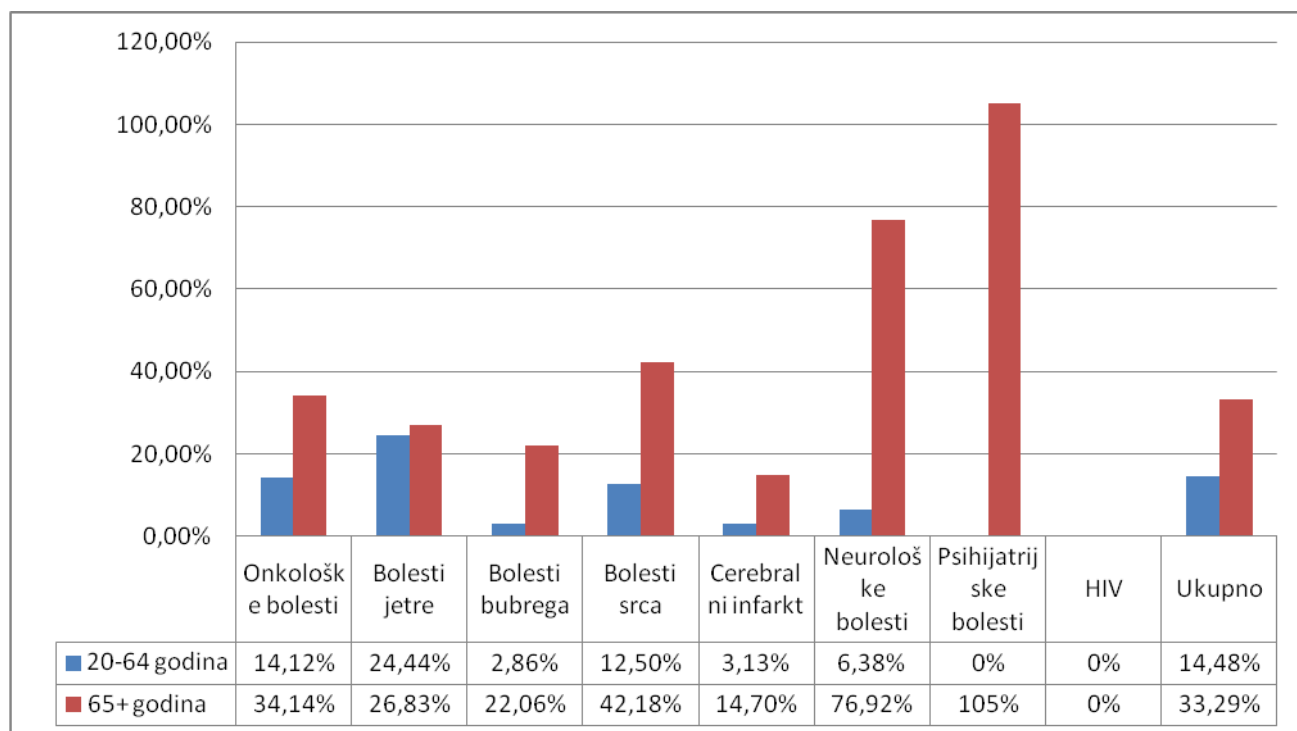
6. Koliki je udjel umrlih pacijenata s prebivalištem u DNŽ po dobnim skupinama s onkološkim i potencijalno palijativnim bolestima u dvogodišnjem razdoblju istraživanja. Podaci su preuzeti iz izvora podataka o umrlima ; Državni zavod za statistiku, DEM – 2 / 2014 i DEM – 2 / 2015.

Tablica 10. Udjel umrlih pacijenata s prebivalištem u DNŽ s dijagnozom koja je zahtijevala palijativno liječenje po dobnim skupinama u 2014. i 2015. godini.

	Broj umrlih		Udjel umrlih u DNŽ		
	20-64 godina	65+ godina	UKUPNO	20-64 godina	65+ godina
Onkološke bolesti	201	524	725	27,72%	72,27%
Bolesti jetre	11	11	22	50%	50%
Bolesti bubrega	1	15	16	6,25%	93,75%
Bolesti srca	4	151	155	2,58%	97,41%
Cerebralni infarkt	2	51	53	3,77%	96,22%
Neurološke bolesti	3	30	33	9,09%	90,9%
Psihijatrijske bolesti	0	19	19	0%	100%
HIV	0	0	0	0%	0%
Ukupno	240	801	1041	23,05%	76,94%

Iz tablice 10. Vidljiva je značajna razlika u udjelu umrlih s obzirom na dobne skupine. Manje pacijenata je umrlo u dobnoj skupini od 20 – 64 g. (23,05%) u odnosu na pacijente u dobnoj skupini od 65 + g. (76,94%). Osim kod bolesti jetre gdje u oba dvije dobne skupine je udio umrlih bio podjednak. Kad analiziramo psihijatrijske bolesti vidljivo je da je postotak umrlih u dobnoj skupini od 65 + godina čak 100 % u odnosu na pacijente u dobnoj skupini od 20 – 64 godine, gdje nije zabilježen niti jedan smrtni slučaj tokom dvije godine

istraživanja. Što se tiče oboljelih od HIV-a, u dvogodišnjem razdoblju nije bilo mortaliteta.



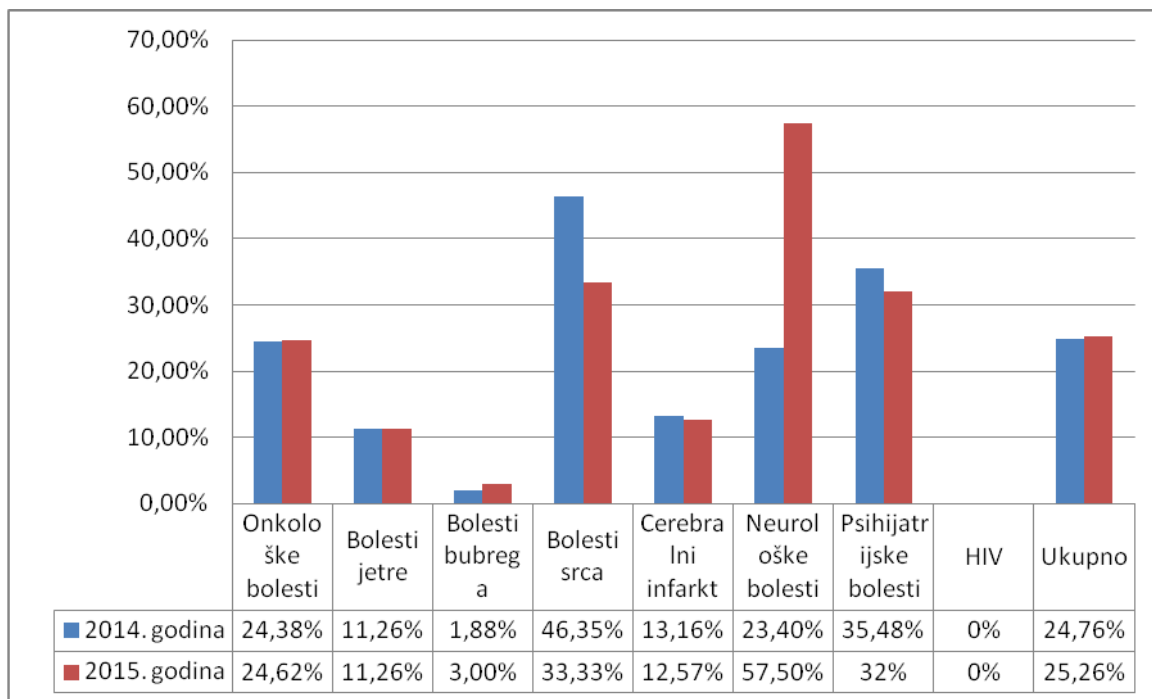
Slika 6. Odnos umrlih pacijenata s prebivalištem u DNŽ s dijagnozom koja je zahtijevala palijativno liječenje po dobnim skupinama u 2014. i 2015. godini.

7. Na kraju će se prikazati udjel umrlih pacijenata koji su zahtijevali palijativno liječenje s prebivalištem u DNŽ po godini mjerenja (2014. i 2015. godina). Podaci su preuzeti iz izvor podataka o umrlima ; Državni zavod za statistiku, DEM – 2 / 2014 i DEM – 2 / 2015.

Tablica 11. Udjel umrlih pacijenata koji su zahtijevali palijativno liječenje s prebivalištem u DNŽ u 2014. i 2015. godini.

	Broj umrlih		Udjel umrlih pacijenta po godini mjerenja		
	2014. godina	2015. godina	UKUPNO	2014. Godina	2015. godina
Onkološke bolesti	366	359	725	50,48%	49,51%
Bolesti jetre	11	11	22	50%	50%
Bolesti bubrega	1	15	16	6,25%	93,75%
Bolesti srca	89	66	155	57,41%	42,58%
Cerebralni infarkt	30	23	53	56,60%	43,39%
Neurološke bolesti	11	23	34	32,35%	67,64%
Psihijatrijske bolesti	11	8	19	57,89%	42,10%
HIV	0	0	0	0%	0%
Ukupno	519	505	1024	50,68%	49,31%

Iz tablice 11. Vidljivo je da nema razlike u udjelu umrlih pacijenata između 2014. (50,68%) i 2015. godine (49,31%). Veći udjel umrlih vidljiv je kod neuroloških bolesti u 2015. godini (67,64%) u odnosu na 2014. godinu (32,35%). Taj udjel je bio veći u 2014. godini kod bolesti srca (57,41%) u odnosu na 2015. godinu (42,58%) . te kod psihijatrijskih bolesti i cerebralnog infarkta. Istaknuli bi bolesti bubrega gdje je smrtnost u 2015. godini bila (93,75%) u odnosu na 2014. g.(6,25%).



Slika 7. Odnos umrlih pacijenata s dijagnozom koja je zahtijevala palijativno liječenje s prebivalištem u DNŽ po godini mjerenja (2014. i 2015. godine).

10 .RASPRAVA

Podaci koji su analizirani i obrađeni dobiveni su od Zavoda za javno zdravstvo Dubrovačko – neretvanske županije prema dijagnozama MKB-10 sukladno Strateškom planu RH za razvoj PS za razdoblje od 2014-2016. godine. Podaci su preuzeti iz izvora podataka o hospitalizacijama ; BSO 2014. i 2015. godine OB Dubrovnik, te iz izvora podataka o umrlima ; Državni zavod za statistiku, DEM – 2/2014. i DEM – 2/2015. godine.

Retrospektivno su se analizirali podaci morbiditetnih i mortalitetnih podataka za razdoblje 2014. i 2015. godine za područje Dubrovačko neretvanske županije.

Postavljeni ciljevi kao i samo istraživanje je konstruirano za izradu diplomskog rada bez ikakvih dosadašnjih podataka o ovakvim i sličnim istraživanjima kroz literaturu.

Dobiveni podaci zadani ciljem rada u ovom komparativnom istraživanju između dvije godine 2014. i 2015. za pojedine ciljeve nisu dokazali statistički značajnu razliku dok kod pojedinih su razlike bile značajne.

Prema rezultatima koje smo dobili o učestalosti pojavnosti bolesti unutar dvogodišnjeg razdoblja kod dobne skupine od 20 – 64 godine u odnosu na dobnu skupinu od 65 + godina nije pronađena statistički značajna razlika u broju oboljelih s obzirom na godinu mjerenja. Obolijevanje je podjednako u obje dobne skupine. U 2014. g. u dobnoj skupini od 20-64 g. je 50,26%, dok je u istoj dobnoj skupini u 2015.g., 49,73% . U dobnoj skupini od 65 + godina u 2014 g. broj oboljelih je 51,78%, a u 2015.g. je 48,21%. No, u ukupnom broju dijagnosticiranih prisutan je veći udio oboljelih pacijenata u dobnoj skupini iznad 65+ godina u obe godine mjerenja.

Nadalje, značajna statistička razlika vidljiva je pri usporedbi onkoloških dijagnoza u odnosu na ostale potencijalno palijativne dijagnoze. Dok udio onkoloških bolesti pada s dobi, udio ostalih potencijalno palijativnih bolesti raste s dobi. To jest, pacijenti u dobnoj skupini od 20 – 64 godine obolijevaju u 84,41 % od onkoloških bolesti, a tek u 15, 53 % od ostalih potencijalno palijativnih bolesti. Kod pacijenata u dobnoj skupini od 65 + godina obolijevanje od ostalih bolesti je u duplo većem postotku nego kod pacijenata u dobnoj skupini od 20 – 64 godine (36,2 %) . Ukupni broj oboljelih je u porastu kod pacijenata u dobnoj skupini iznad 65 godina te iznosi 58,78% u odnosu na pacijente u dobnoj skupini od

20 – 64 godine gdje je postotak oboljelih nešto manji 41,21 %. Prema podacima koje smo dobili možemo reći da je pojavnost bolesti sve učestalija u dobnoj skupini od 20 – 64 godine.

Međutim analizirajući ukupan broj pojavnosti onkoloških bolesti u odnosu na ostale palijativne bolesti kroz dvogodišnje razdoblje postoji statistički značajna razlika između mjerenja. Udio onkoloških bolesti je 72,29% u odnosu na ukupan broj oboljelih u dvogodišnjem razdoblju, dok je udio ostalih bolesti tek 27,70%. Prema rezultatima istraživanja vidimo da su onkološke bolesti u znatnom porastu u odnosu na ostale palijativne bolesti. Nadalje kada se uspoređuju podaci koji se odnose na pojavnost bolesti s obzirom na godinu mjerenja, analizirani podaci ukazuju da nema neke statistički značajne razlike u broju oboljelih. U 2014.god. broj oboljelih od onkoloških bolesti bio je 1501, a broj oboljelih 2015.god. bio je 1458. Ostale bolesti koje su se analizirale, a zahtijevaju PS također nisu imale nekih zamjetnih odstupanja.

Neurološke, psihijatrijske bolesti, bolesti jetre i SIDA se češće javljaju kod pacijenata u dobnoj skupini od 20 do 64 godine, dok su bolesti bubrega, srca i cerebralni infarkt češći kod osoba u dobnoj skupini od 65 + godina. Podaci koji su se dalje analizirali odnosili su se na pojavnost bolesti (dijagnoza) između 2014. i 2015. godine. Nismo pronašli statistički značajnu razliku između godine mjerenja bez obzira jeli govorimo o onkološkim ili ostalim palijativnim bolestima.

Na kraju smo usporedili zastupljenost umrlih pacijenata s prebivalištem u DNŽ po dobnim skupinama s onkološkim i potencijalno palijativnim bolestima. Prema rezultatima istraživanja značajna je razlika u udjelu umrlih s obzirom na dobnu skupinu. Podaci ukazuju da manji broj pacijenata u dobnoj skupini od 20 – 64 godine umire 23,05% u odnosu na pacijente u dobnoj skupini od 65 + godina(76,94%). Kod psihijatrijskih bolesti postotak umrlih u dobnoj skupini od 65 + godina je čak 100 % u odnosu na pacijente u dobnoj skupini od 20 – 64 godine, gdje nije zabilježen niti jedan smrtni slučaj u dvije godine istraživanja. Jedini podatak koji je dao odstupanje jest kod bolesti jetre gdje je umiranje podjednako u oba dvije dobne skupine. Što se tiče oboljelih od HIV –a , u dvogodišnjem razdoblju nije bilo mortaliteta. Statistički značajna razlika nije pronađena u udjelu umrlih između 2014. (50,68%) i 2015. godine (49,31%). Kod oboljelih od onkoloških bolesti broj umrlih je bio podjednak kroz dvije godine istraživanja. Veći broj umrlih pacijenata je kod neuroloških bolesti u 2015. godini, dok je u 2014. godini taj udio bio veći kod bolesti srca. Za značajnu razliku je spomenuti bolesti

bubrega gdje je smrtnost u 2015. godini (93,75%) u odnosu na 2014. godinu gdje je smrtnost bila (6,25%).

11. ZAKLJUČAK

Skrb za umiruće je postala globalni problem, tjedno na svijetu umire više od milion ljudi. U devetnaestom stoljeću se put do smrti produžio. Oblikovala se nova socijalna grupa – grupa umirućih. Ova novo nastala grupa bolesnika traži specijalan pristup, u mnogočemu bitno različit od grupe kroničara. Metaboličke promjene su tu kompleksne, a o mentalnim da ne govorimo. Ne smijemo zaboraviti da je glavni cilj palijativne skrbi ublažavanje i rješavanje simptoma boli kako bi se osigurala što veća kvaliteta života bolesnika, poticalo njegovo samozbrinjavanje i očuvalo dostojanstvo sve do smrti.

Na osnovu komparativnog istraživanja u dvogodišnjem razdoblju možemo zaključiti da već postoji kontinuirana brojka osoba koje trebaju palijativnu skrb na području Dubrovačko – neretvanske županije.

Nadalje kada se uspoređuju podaci koji se odnose na pojavnost bolesti s obzirom na godinu mjerenja, analizirani podaci ukazuju da nema neke statistički značajne razlike u broju oboljelih, 2014. godine broj oboljelih od onkoloških bolesti bio je 1501, a broj oboljelih 2015. godini bio je 1458. Ostale bolesti koje su se analizirale, a zahtijevaju PS također nisu imale nekih zamjetnih odstupanja.

Važno je naglasiti da su prema zadanom Strateškom planu za razvoj PS za razdoblje od 2014. – 2015. godine u našoj županiji zadani ciljevi ostvareni. Na razini županije djeluje odjel za akutno zbrinjavanje palijativnih bolesnika u OB Dubrovnik, a pri Domu zdravlja Dubrovnik osnovan je Mobilni palijativni tim koji olakšava potrebe najugroženijim bolesnicima i pruža im potrebnu skrb u obiteljskom okruženju. Cilj strateškog županijskog plana je uspostaviti timove za područje Neretve i otoka, te sa svima upravljati kroz županijski koordinacijski centar uz jednog do dva koordinatora.

Puno toga je do danas napravljeno na državnoj razini ako pogledamo unatrag dvadesetak godina, ali još uvijek postoji mnogo stvari koje treba doraditi ili promijeniti.

Važno je poticati suradnju primarne i sekundarne zdravstvene zaštite.

12. LITERATURA

Abraham, K., A short study of development of the libido viewed in the light of mental disorders, u: K. Abraham, Selected papers on psychoanalysis, London, Maresfield reprints 1924.

Babić, T., Rosandić, S. (2006) : Osnove zdravstvenog prava, Zagreb; Tipex

Bozeman M. Bereavement. In: Kinzbrunner BM, Weinreb NJ, Policzer JS (eds). 20 Common Problems in End-of-Life Care. United States of America: The McGraw – Hill Companies, Inc.; 2002;283-92.

Brkljačić M. Bioetika i bioetički aspekti palijativne medicine. Medicina 2008;44:146-51.

Brkljačić M. Bioetički, Zakonodavni i organizacijski preduvjeti primjene suvremenih trendova u hospicijskom pokretu u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske. Doktorska disertacija. Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci. Rijeka: 2009.

Brkljačić M. Bioetika i bioetički aspekti palijativne medicine. Medicina 2008;

Čizmić J. Bioetika i medicinsko pravo. Medicina 2008;44:171-85.

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB/GOD. 5 (1996), BR. 3-4 (23-24), STR. 699-707

Jušić, A. i sur. (1995): Hospicij i palijativna skrb, Zagreb; Školska knjiga i Hrvatska liga protiv raka

Jušić A, Čepulić E, Kotnik I. Implementacija palijativne skrbi u postojeći sustav zdravstvene zaštite Republike Hrvatske. In: Šegota I (ed.) Bioetika i palijativna medicina. Rijeka: Medicinski fakultet Rijeka, 2005;11-3.

Kornprobst R., Majka Terezija. Znak nade, UPT, Đakovački Selci 1986

Pozaić V., Pastoral zdravstva u Europi. Obnovljeni život 1 (2004) 91-100.

Služba Božja 53 (2013.), br. 3/4, str. 367 – 376

Student J. C., Hospiz/Hospizbewegung, u: Lexikon. Medizin. Ethik. Recht, Herder, Freiburg-Basel-Wien 1989, str. 480-481.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Narodne novine, 150/08., 155/09., 71/10., 139/10., 84/11., 22/11

Izvori sa interneta :

http://www.hospicij-hrvatska.hr/hdhsp_publicacije.asp?ID_clanka=93&counter=0

<https://repositorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A279/datastream/PDF/view>

http://www.palijativa.hr/o_palijativnoj_skrbi.php?con=con_tko_trazi_palijativnu_skrb

<http://www.nacional.hr/u-2016-godini-novi-sustav-palijativne-skrbi/>

www.hzzo.hr

www.rijeka.hr/fgs.axd?id=23996

http://www.kbcrijeka.hr/docs/Strateski_plan_razvoja_palijativne_skrbi_u_RH_za_razdoblje_2014-2016.pdf

<http://www.hcjz.hr/index.php/hcjz/article/viewFile/1051/1009>

http://palijativna-skrb.hr/files/Edukit/BOLESNIK_NA_KRAJU_ZIVOTA.pdf

12.1. Popis tablica :

Tablica 1. Cijene po danu bolničkog liječenja bolesnika oboljelih od subakutnih i kroničnih bolesti u bolničkim zdravstvenim ustanovama i cijena po danu liječenja u općem stacionaru doma zdravlja

Tablica 2. Razlike između kurativne i palijativne medicine.

Tablica 3. Stupnjeviti sustav službi palijativne skrbi prema izvoru „Bijela knjiga o standardima i normativnima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi“.

Tablica 4. - Četiri komponente „totalne boli

Tablica 5. Pojavnost bolesti po dobnim skupinama unutar dvogodišnjeg razdoblja mjerenja iz izvora o hospitalizacijama 2014. i 2015. god. OB Dubrovnik

Tablica 6. Udjel onkoloških i ostalih bolesti po dobnim skupinama iz izvora podataka o hospitalizacijama ; BSO 2014. i 2015. god. OB Dubrovnik kod pacijenta s prebivalištem u DNŽ

Tablica 7. . Udjel onkoloških i ostalih bolesti po godini mjerenja iz izvora podataka o hospitalizacijama ; BSO 2014. i 2015. god. OB Dubrovnik kod pacijenta s prebivalištem u DNŽ

Tablica 8. . Pojavnost pojedinih bolesti s obzirom na dobnu skupinu u dvogodišnjem razdoblju ; 2014. i 2015. god iz izvora o hospitalizacijama OB Dubrovnik

Tablica 9. Pojavnost pojedinih bolesti s obzirom na godinu mjerenja iz izvora o hospitalizacijama 2014. i 2015. god. u OB Dubrovnik

Tablica 10. . Udjel umrlih pacijenata s prebivalištem u DNŽ s dijagnozom koja je zahtijevala palijativno liječenje po dobnim skupinama u 2014. i 2015. godini.

Tablica 11. Udjel umrlih pacijenata koji su zahtijevali palijativno liječenje s prebivalištem u DNŽ u 2014. i 2015. godini.

12.2. Popis slika:

Slika 1. Pojavnost palijativnih i potencijalno palijativnih bolesti po dobnim skupinama unutar dvogodišnjeg razdoblja mjerenja iz izvora o hospitalizacijama 2014. i 2015. god. OB Dubrovnik

Slika 2. Udjel onkoloških i ostalih bolesti po dobnim skupinama iz izvora podataka o hospitalizacijama ; BSO 2014. i 2015. god. OB Dubrovnik kod pacijenta s prebivalištem u DNŽ

Slika 3. Udjel onkoloških i ostalih bolesti po godini mjerenja iz izvora podataka o hospitalizacijama ; BSO 2014. i 2015. god. OB Dubrovnik kod pacijenta s prebivalištem u DNŽ

Slika 4. Pojavnost pojedinih bolesti s obzirom na dobnu skupinu u dvogodišnjem razdoblju ; 2014. i 2015. g. iz izvora o hospitalizacijama OB Dubrovnik

Slika 5. Pojavnost pojedinih bolesti s obzirom na godinu mjerenja iz izvora o hospitalizacijama 2014. i 2015. god. OB Dubrovnik

Slika 6. Odnos umrlih pacijenata s prebivalištem u DNŽ s dijagnozom koja je zahtijevala palijativno liječenje po dobnim skupinama u 2014. i 2015. godini.

Slika 7. Odnos umrlih pacijenata s dijagnozom koja je zahtijevala palijativno liječenje s prebivalištem u DNŽ po godini mjerenja (2014. i 2015. godine).