

JAVNOZDRAVSTVENA PROCJENA POTREBA ZA PALIJATIVNOM SKRBI U SPLITSKO-DALMATINSKOJ ŽUPANIJU

IVANA MARASOVIĆ ŠUŠNJARA¹, ANKICA SMOLJANOVIĆ¹, MLADEN SMOLJANOVIĆ^{1,2},
INGA VUČICA¹, MARIJA ŽUPANOVIĆ³ i ZORAN PRIMORAC¹

¹Nastavni zavod za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije, i ²Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet i ³Klinički bolnički centar Split, Split, Hrvatska

Palijativna skrb je pristup koji poboljšava kvalitetu života pacijenata i njihovih obitelji koji se suočavaju s problemima povezanim s progresivnim, neizlječivim bolestima. Dostupnost palijativne skrbi pacijentima oboljelima ili onima koji umiru od uznapredovalih neizlječivih bolesti važan je i neizostavan dio suvremenih zdravstvenih sustava. Stoga je cilj rada bio da s javnozdravstvenog gledišta, kao jednim od početnih koraka za planiranje i unaprjeđenje/poboljšanje palijativne skrbi na lokalnoj razini/županiji, procijeni potrebu za palijativnom skrbi u Splitsko-dalmatinskoj županiji. Procjena potreba provedena je korištenjem mortalitetnih podataka pacijenata prema odabranim dijagnozama koji su se, prema definiranim kriterijima smatrali potrebitima palijativne skrbi. Palijativna skrb bila je potrebna za gotovo polovicu preminulih tijekom 2012. godine u Splitsko-dalmatinskoj županiji, a najviše u dobnim skupinama 65-79 (40,2 %) i ≥80 godina (36,0 %). Novotvorine su bile najčešći uzrok smrti (69,1 %), podjednako u kući (46,8 %) i u bolnici (46,0 %). Na udaljenosti ≥60 minuta od bolnice značajno ih je više umrlo kod kuće nego u bolnici ($\chi^2=15,5$; $p<0,001$). Prosječno trajanje hospitalizacije osoba potrebitih palijativne skrbi u KBC Split tijekom 2012. godine bilo je 13,9 dana. Minimalni broj kreveta potrebitih palijativne skrbi je 35. Rezultati provedenog istraživanja pokazali su da postoje potrebe za palijativnom skrbi stanovnika Splitsko-dalmatinske županije, kao i posebnosti na koje treba obratiti pozornost u organiziranju takvog oblika skrbi.

Ključne riječi: palijativna skrb, zdravstveni sustav, procjena potreba, Splitsko-dalmatinska županija

Adresa za dopisivanje: Dr. sc. Ivana Marasović Šušnjara, dr. med.
Nastavni zavod za javno zdravstvo
Splitsko-dalmatinske županije
Služba za javno zdravstvo
Vukovarska 46
21 000 Split, Hrvatska
Tel: 091 530 31 36;
e-pošta: ivana_ms@yahoo.com

UVOD

Palijativna skrb je pristup koji poboljšava kvalitetu života pacijenata i njihovih obitelji suočenih s problemima povezanim sa smrtonosnom bolešću, prevencijom i olakšanjem patnje putem ranog prepoznavanja te besprijeorne procjene i suzbijanja boli i drugih problema, fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih (1). Dostupnost palijativne skrbi pacijentima oboljelima ili onima koji umiru od uznapredovalih neizlječivih bolesti, važan je i neizostavan dio suvremenih zdravstvenih sustava.

Polovinom prošlog stoljeća uočeno je da zdravstveni sustavi ne prate na odgovarajući način osobe oboljele od malignih bolesti što je dovelo do inicijacije razvoja

palijativne skrbi. Pionirka u tom području bila je Dame Cicely Saunders kojoj se pripisuje zasluga utemeljiteljice modernog hospicijskog pokreta. Svojim radom s oboljelima od malignih bolesti uočila je da bolesnici s uznapredovalim stadijem bolesti imaju fizičke, socijalne, psihičke i duhovne potrebe koje zdravstveni profesionalci često zanemaruju (2). Kako bi to promijenili, Dame Cicely Saunders i njezini kolege osnovali su u Londonu 1967. godine prvi moderni hospicij „Sv. Kristofor“. Od otvaranja navedenog hospicija razvoj palijativnog pokreta prešao je dug put. Poticaj razvoju pridonijelo je više čimbenika: duži životni vijek i starenje stanovništva s popratnim povećanjem udjela kroničnih bolesti (3), promjena vodećih uzroka smrtnosti tijekom prošlog stoljeća, od akutnih, naglih i neočekivanih smrti, najčešće kao posljedica zaraznih

bolesti i nesreća, gdje smrti prethodi nekoliko dana do tjedana, do smrtnosti kao posljedice malignoma i kroničnih bolesti kojima prethode dugotrajna razdoblja progresivnog dizabiliteta (4). Osim toga, uočen je i problem korištenja skupe medicinske tehnologije koja produžuje život, ali ne i njegovu kvalitetu. Prepoznato je i da palijativna skrb može odgovoriti na kompleksne i mnogobrojne zahtjeve oboljelih (fizičke, socijalne, psihološke, duhovne) na kraju njihovog života, ali i tijekom različitih trajektorija bolesti (5,6). Sve to potkrijepila su i brojna znanstvena istraživanja koja su pokazala da palijativna skrb poboljšava okupaciju boli i drugih simptoma, poboljšava kvalitetu života i raspoloženje pacijenata, povećava zadovoljstvo pacijenta i njegove obitelji te može utjecati na produljenje života (6,7). Slijedilo je brzo širenje i rast usluga palijativne skrbi i otvaranje hospicija u mnogim zemljama poput Velike Britanije, Sjedinjenih Američkih Država, Australije i Kanade, a palijativna medicina je danas u mnogim zemljama svijeta priznata kao specijalizacija.

U Hrvatskoj, prepoznavanje i shvaćanje problematike organiziranja palijativne skrbi, seže još u 90-te godine prošloga stoljeća. U svrhu informiranja javnosti, u proljeće 1994. godine organiziran je Hrvatski simpozij o hospiciju i palijativnoj skrbi u Zagrebu (8). Osnovano je i Hrvatsko društvo za hospicij i palijativnu medicinu unutar Hrvatskog liječničkog zbora. Zakonski okvir postoji od 2003. godine stupanjem na snagu Zakona o zdravstvenoj zaštiti (9). Slijedile su brojne inicijative diljem cijele Hrvatske. U Rijeci je 2012. godine osnovan prvi hospicij u Hrvatskoj, a u nekim županijama postoje mobilni palijativni timovi.

Usprkos navedenom, Hrvatska još nema sustavno organiziranu palijativnu medicinu. Zdravstvene mjere zbrinjavanja oboljelih potrebitih djelatnosti palijativne skrbi provode se postojećim oblicima i razinama zdravstvene zaštite, ali aktualna zdravstvena infrastruktura za pružanje palijativne skrbi ne odgovara njihovim potrebama. Nacionalna strategija razvoja zdravstva Republike Hrvatske 2012.-2020. (10) ukratko opisuje organizacijski i zakonski okvir palijativne skrbi te navodi prioritetne mjere vezane uz strateški razvoj palijativne skrbi. Prema prijedlogu Strateškog plana razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2014. do 2016. predviđa se razvoj županijskih mreža (11).

S javno zdravstvenog gledišta, jedan od početnih koraka za planiranje i unaprjeđenje/poboljšanje palijativne skrbi na lokalnoj razini/županiji je sveobuhvatna analiza koja uključuje potrebe s obzirom na starenje stanovništva, poboljšanje i smrtnost u odnosu na resurse (vrsta i broj postojećih usluga), pokrivenost i dostupnost zdravstvene zaštite.

CILJ

Cilj rada bio je s javnozdravstvenog aspekta procijeniti potrebu za palijativnom skrbi u Splitsko-dalmatinskoj županiji.

METODE

Procjena potreba za palijativnom skrbi u ovom radu provedena je korištenjem mortalitetnih podataka stanovništva Splitsko-dalmatinske županije (SDŽ) prema odabranim dijagnozama koje se prema definiranim kriterijima smatraju potrebnim palijativne skrbi prema već provedenoj, recenziranoj metodologiji (12). U procjeni potreba za palijativnom skrbi u SDŽ korištene su šifre bolesti-stanja prema 10. međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih stanja (MKB-10) (13):

- bolesti skupine Novotvorina (C00-D48)
- druge definirane neonkološke kronične onesposobljavajuće bolesti (neurološke bolesti, zatajenja srca, pluća, bubrega), kao osnovni uzroci smrti u gradovima (16) i općinama (39) Splitsko-dalmatinske županije.

Izvori podataka bili su:

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

Korišteni su podatci za 2012. godinu kao reprezentativni uzorak prethodnog desetogodišnjeg razdoblja. Pokazatelji su prikazani u apsolutnim brojevima, udjelima (%), dobno specifičnim stopama smrtnosti iskazanima na 1.000 stanovnika (Popis stanovništva 2011. godine Državnog zavoda za statistiku Republike Hrvatske) te standardiziranim stopama smrtnosti (europsko standardno stanovništvo 2013.).

Podatci su statistički obrađeni korištenjem statističkog programa Statistika 7.0 (StatSoft, Inc, Tulsa, OK, USA).

Statistička analiza uključivala je metode deskriptivne statistike i χ^2 -test. *P* vrijednost <0,05 smatrana je statistički značajnom.

REZULTATI

U razdoblju od 2003. do 2012. godine u SDŽ je umrla ukupno 45.461 osoba (muškaraca 23.451; žena 22.010)

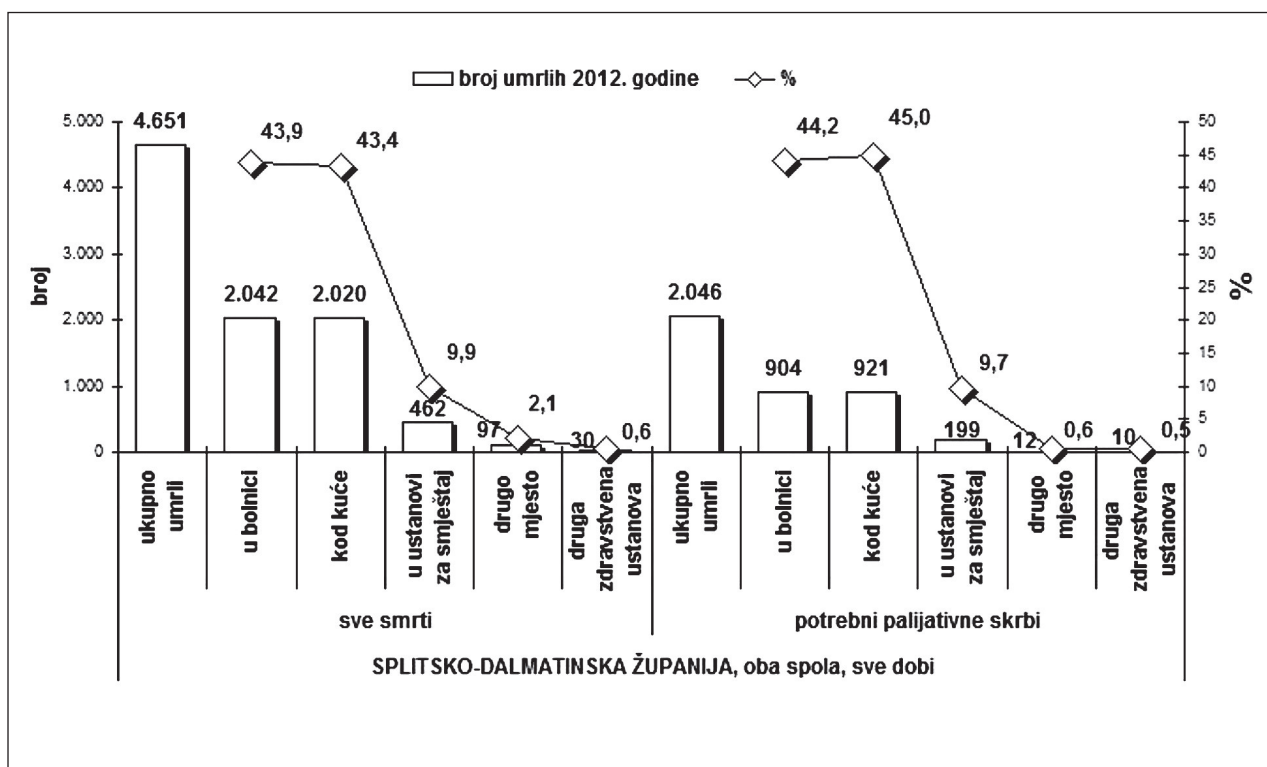
svih dobi, različitih uzroka smrti (A00-T98, MKB-10). Prosječno godišnje, u navedenom razdoblju, umrlo je 4.546 osoba (95 % CI 4.426,2-4.666,0), muškaraca 2.345 (95 % CI 2.298,0-2.392,2), žena 2.201 (95 % CI 2.123,2-2.278,8).

U 2012. godini u SDŽ umrlo je 4.651 osoba, od kojih je 2.046 (44,9 %) bilo potrebno palijativne skrbi. Muškarci su statistički značajno više bili potrebni palijativne skrbi - 1.209 (59,1 %) u odnosu na žene - 837 (40,9 %) ($\chi^2=134,5$; $p<0,001$).

Najveća smrtnost od svih uzroka smrti u 2012. godini u SDŽ zabilježena je u starijim dobnim skupinama. Od ukupno umrlih 4.651 u dobnj skupini 65-79 godina umrlo je 1.578 (33,9 %), a u dobnj skupini 80 i više godina 2.196 (47,2 %) osoba. Od 2.046 osoba ukupno potrebitih palijativne skrbi, prema navede-

nim mjerilima, tri četvrtine su bili stariji od 65 godina. Najviše ih je bilo u dobnj skupini 80 i više godina 819 (40,0 %) te u dobnj skupini 65-79 godina 785 (38,4 %). Specifična stopa smrtnosti za dobnj skupinu 65-79 godina bila je 13,6/1.000, a za dobnj skupinu dobi 80 i više godina 45,9/1.000. U dobi do 64 godine umrlo je 442 (21,6 %) stanovnika, specifična stopa smrtnosti 1,2/1.000. Do dobi od 19 godina umrlo je svega dvoje stanovnika potrebitih palijativne skrbi, u dobi 20-39 godina 21 (specifična stopa smrtnosti 0,2/1.000) te u dobi 40-64 godine 419 (94,8 % od svih umrlih u dobi do 64 godine ili 20,5 % od umrlih svih dobi) specifična stopa smrtnosti 2,7/1.000.

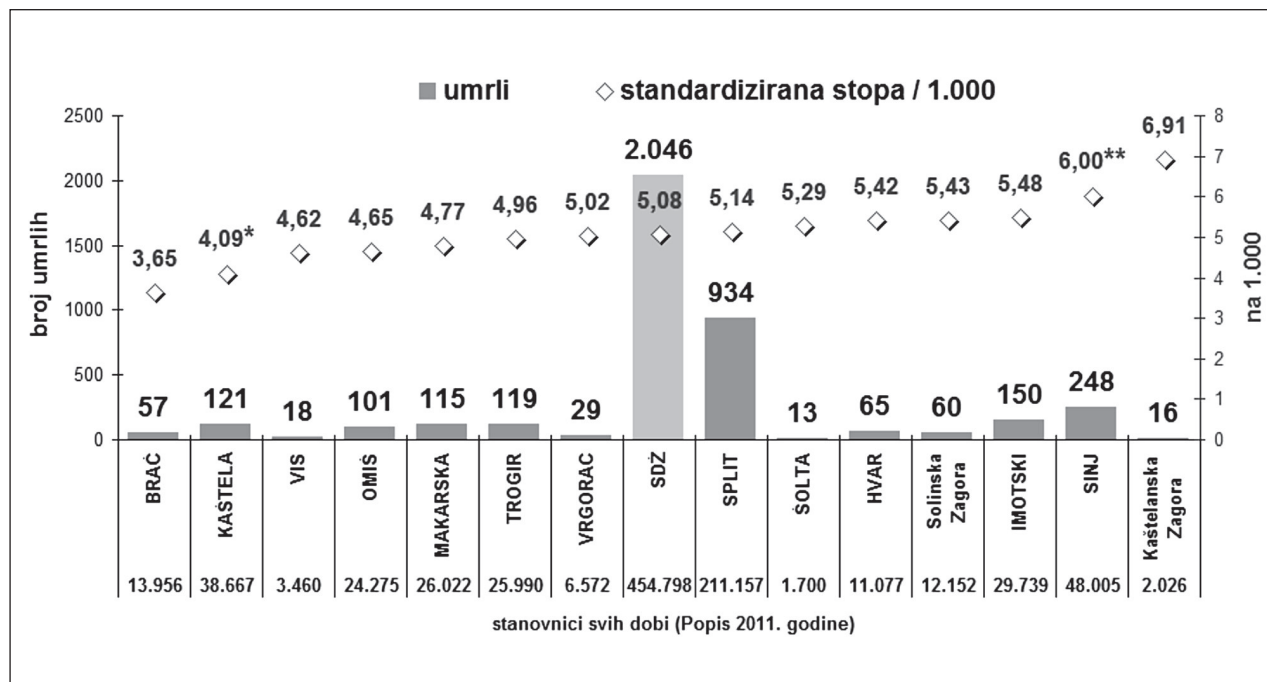
Prema mjestu smrti, nešto manje od polovine (2.020, 43,4 %) umrlo je u kući od ukupnog broja umrlih kao i onih potrebitih palijativne skrbi (921, 45,0%), što je bez statističke značajnosti razlika ($\chi^2=1,38$; $p>0,05$) (sl. 1).



Sl. 1. Ukupno umrli i umrli potrebni palijativne skrbi prema mjestu smrti oba spola svih dobi u Splitsko-dalmatinskoj županiji (SDŽ), 2012.

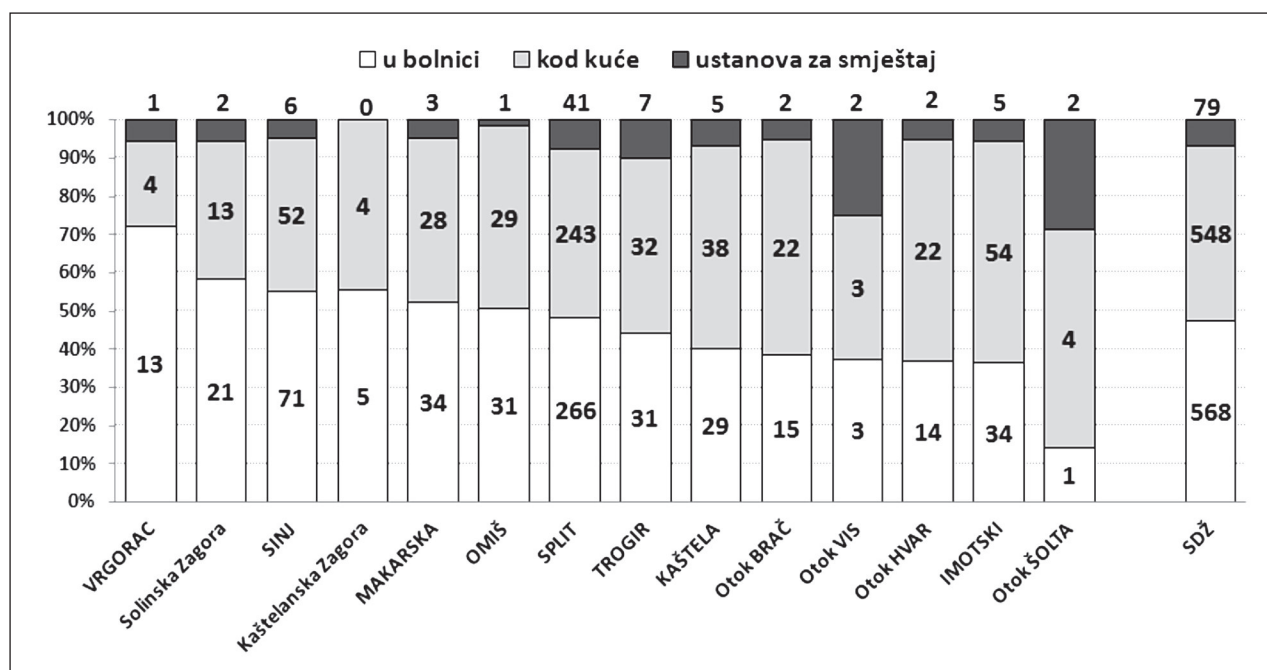
Umrle osobe oba spola bile su potrebite palijativne skrbi u svim ispostavama Županijskog doma zdravlja SDŽ tijekom 2012. godine. Najveću dobnj standardiziranu stopu smrtnosti iskazanu na 1.000 stanovnika potrebitih palijativne skrbi imali su stanovnici Kaštelanske zagore sa 16 umrlih (6,9/1.000), a najmanju stanovnici otoka Brača sa 57 umrlih (3,6/1.000). U odnosu na prosjek Splitsko-dalmatinske županije

(5,8/1.000) statistički značajno manju smrtnost imali su stanovnici Grada Kaštela sa 121 umrlih (4,1/1.000) ($\chi^2=14,97$; $p<0,001$), a statistički značajno veću od županijskog prosjeka stanovnici Ispostave Sinj sa 248 smrtna ishoda (6,0/1.000) ($\chi^2=4,1$; $p<0,05$). Između ostalih ispostava i područja nema statističke značajnosti razlika u potrebi za palijativnom skrbi (sl. 2).

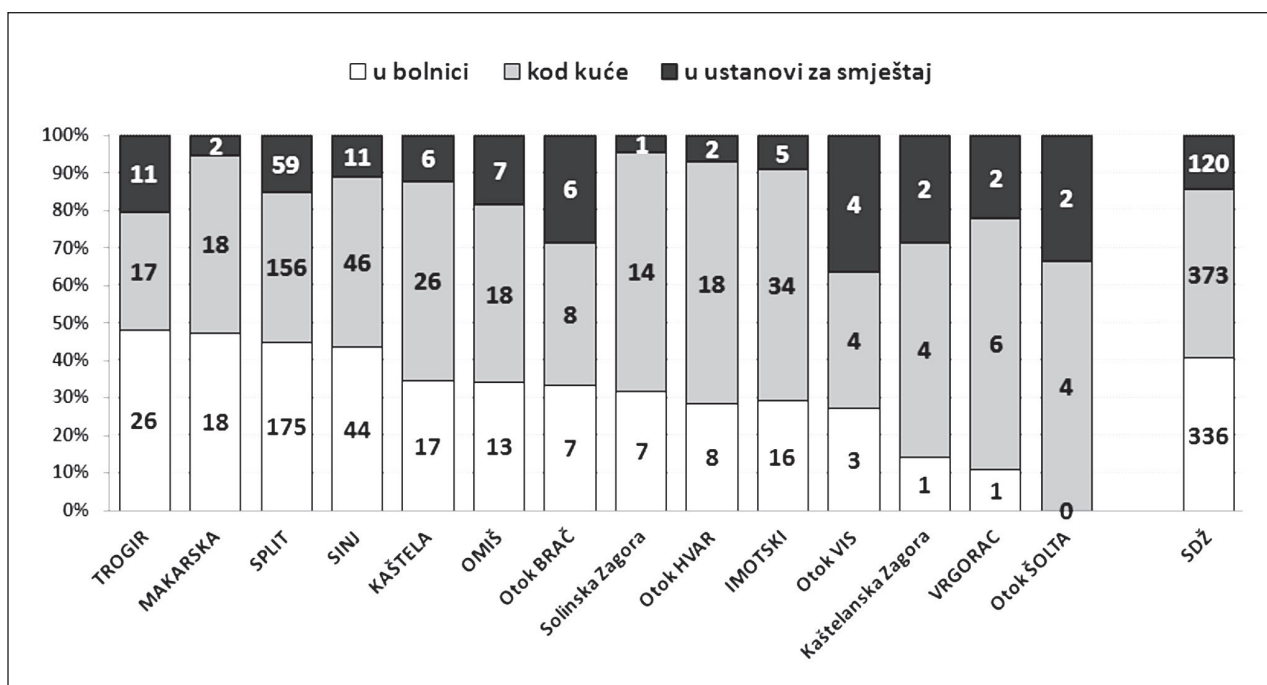


Sl. 2. Umrli potrebni palijativne skrbi po ispostavama Županijskog doma zdravlja Splitsko-dalmatinske županije (SDŽ), 2012. (*- $p < 0,001$; **- $p < 0,05$)

Palijativna skrb prema mjestu smrti bila je potrebna i kod kuće i u bolnici i ustanovama za smještaj i kod muškaraca (sl. 3) i kod žena (sl. 4) u svim dijelovima SDŽ.



Sl. 3. Umrli muškog spola 2012. godine u Splitsko-dalmatinskoj županiji (SDŽ) kojima je trebala palijativna skrb prema mjestu smrti



Sl. 4. Umrle osobe ženskog spola 2012. godine u Splitsko-dalmatinskoj županiji (SDŽ) kojima je trebala palijativna skrb prema mjestu smrti

Osobe muškog spola u SDŽ potrebite palijativne skrbi više umiru u bolnici 568 (47,0 %), nego u kući 548 (45,4 %) (sl. 3), dok stanovnice potrebite palijativne skrbi SDŽ-a više umiru kod kuće 373 (44,5 %) u odnosu na bolnicu 336 (40,1 %) (sl. 4). Ukupno, za oba spola kod umrlih u bolnici 904 (44,2 %) u odnosu na umrle kod kuće 921 (45,0 %), nema statističke značajnosti razlika ($\chi^2=0,28$; $p>0,05$). S obzirom na trajanje hospitalizacije u Kliničkom bol-

ničkom centru Split najveći dio osoba potrebitih palijativne skrbi preminuo je unutar mjesec dana hospitalizacije: muškog spola 381 (90,1 %), ženski spol 226 (85,6 %) što je bez statističke značajnosti razlika ($\chi^2=2,73$; $p>0,05$). Gotovo polovina muškaraca potrebitih palijativne skrbi umrla je unutar prvog tjedna hospitalizacije 193 (45,6%), što je statistički značajno više nego kod žena - 79 (29,9 %) ($\chi^2=16,11$; $p<0,001$) (tablica 1).

Tablica 1.

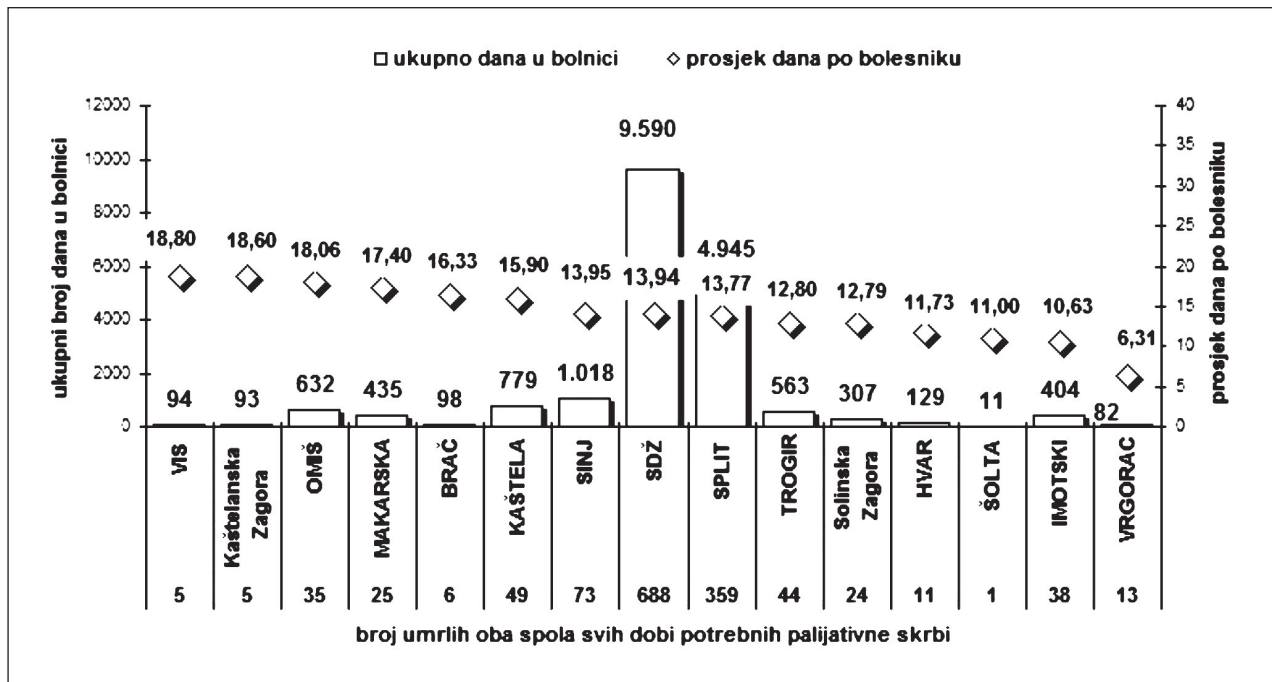
Umrli potrebite palijativne skrbi prema spolu po danu događaja smrti nakon prijma u KBC Split, 2012.

	Ukupno hospitalizirani		1. tjedan hospitalizacije		2. tjedan hospitalizacije		3. tjedan hospitalizacije		4. tjedan hospitalizacije		> 4 tjedna hospitalizacije	
	Broj umrlih	%	Broj umrlih	% od ukupno	Broj umrlih	% od ukupno	Broj umrlih	% od ukupno	Broj umrlih	% od ukupno	Broj umrlih	% od ukupno
Muški spol	423	100,0	193	45,6	117	27,7	47	11,1	24	5,7	42	9,9
Ženski spol	264	100,0	79	29,9	78	29,5	45	17,0	24	9,1	38	14,4
χ^2 -test	72,7		16,11		0,199		4,44		2,42		2,73	
P	<0,001		<0,001		>0,05 (NS)		<0,05		>0,05 (NS)		>0,05 (NS)	

NS – neznačajno

Godišnja zauzetost kreveta za umrle u bolnici oba spola potrebitih palijativne skrbi bila bi 35 kreveta (za umrle muškog spola 20, a ženskog spola 15 kreveta).

Ukupno trajanje hospitalizacija umrlih potrebitih palijativne skrbi u KBC Split tijekom 2012. godine bilo je 9.590 dana, prosjek 13,9 dana (sl. 5).



Sl. 5. Dani trajanja hospitalizacija umrlih potrebitih palijativne skrbi hospitaliziranih u KBC Split po ispostavama Županijskog doma zdravlja SDŽ 2012. godine.

U odnosu na udaljenost od KBC Split, na udaljenosti do 60 minuta umrlo je 1.560 osoba potrebitih palijativne skrbi (4,38/1.000), dok je na udaljenosti više od 60 minuta umrlo 486 osoba (4,94/1.000) (statistička značajnost razlike $\chi^2=5,42$; $p<0,05$).

Prema uzroku smrti potrebitih palijativne skrbi, od novotvorina su tijekom 2012. godine umrle dvije trećine od svih osoba potrebitih palijativne skrbi 1.414 (69,1 %), dok se jedna trećina odnosila na sve druge uzroke smrti 632 (30,9 %).

U 2012. godini novotvorine su više bile zastupljene kod muškaraca 845 (59,8 %) u odnosu na žene 569 (40,2 %). Jednaka raspodjela osoba umrlih od novotvorina bila je i tijekom desetogodišnjeg razdoblja od 2003. do 2012. godine u kojem je umrlo od novotvorina 7.542 (59,9 %) muškaraca i 5.048 (40,1 %) žena.

Prema mjestu smrti osobe umrle od novotvorina najvećim su dijelom, gotovo podjednako umrle u kući 662 (46,8 %) i u bolnici 650 (46,0 %), bez većih razlika u razdiobi među spolovima. Umrlih od novotvorina muškog spola u kući bilo je 401 (47,5 %), a u bolnici 396 (46,9 %) osoba. Umrlih od novotvorina ženskog spola u kući bilo je 261 (45,9 %), a u bolnici 254 (44,6 %) osoba.

Podatci pokazuju kako osobe oba spola umrle od novotvorina značajno više umiru kod kuće, nego u bolnici, ako žive na udaljenosti većoj od 60 minuta od bol-

nice KBC Split (169 osoba umrlo u kući, 119 u bolnici, $\chi^2=15,5$; $p<0,001$). Statistički značajna razlika postoji i kod osoba ženskog spola (69 žena umrlo u kući, 36 u bolnici, $\chi^2=17,6$; $p<0,001$), ali ne i kod muškog spola (100 umrlih u kući, 83 u bolnici, $\chi^2=2,8$; $p>0,05$).

Prosječno vrijeme hospitalizacije tijekom 2012. godine umrlih od svih uzroka smrti za oba spola bilo je 12,3 dana, umrlih od novotvorina 15,3 dana te umrlih potrebitih palijativne skrbi 13,9 dana. Pri tome je prosječno trajanje hospitalizacije osoba ženskog spola bilo statistički značajno dulje, i kod umrlih od novotvorina 19,2 dana i kod umrlih potrebitih palijativne skrbi, 17 dana u odnosu na prosječno ukupno trajanje hospitalizacije umrlih osoba ženskog spola zbog svih uzroka smrti 13 dana ($\chi^2=22,64$; $p<0,001$), odnosno ($\chi^2=14,94$; $p<0,001$). Kod muškog spola, između prosječnih trajanja hospitalizacije zbog svih uzroka smrti 11,8 dana, umrlih od novotvorina 13,1 dana i umrlih zbog svih uzroka potrebitih palijativne skrbi 12,1 dana, nema statističke značajnosti razlika ($\chi^2=2,17$; $p>0,05$).

RASPRAVA

Provedeno istraživanje pokazalo je da postoje potrebe za palijativnom skrbi stanovnika, muškaraca i žena, svih dobnih grupa Splitsko-dalmatinske županije u svim njenim dijelovima, gradovima i općinama.

Najveća smrtnost stanovništva je u starijim dobnim skupinama te su i potrebe za palijativnom skrbi najveće u dobnim skupinama 65-79 godina i 80 godina i više. Za očekivati je, s obzirom na demografske projekcije sve većeg udjela starijeg stanovništva da će te potrebe biti i veće. S većim udjelom starijih veći je udio i onih koji umiru s većim udjelom malignih bolesti, a i kroničnih nezaraznih bolesti.

Manji dio osoba umire u mlađim dobnim skupinama, bilo da se radi o onkološkim ili drugim bolestima, no ne treba zanemariti potrebu za razvojem pedijatrijske palijativne skrbi. Iako blisko srodna s palijativnom njegom odraslih, pedijatrijska palijativna skrb je posebno područje sa specifičnim zahtjevima palijativne skrbi za djecu s neizlječivim i za život opasnim bolestima (14,15). Za razliku od palijative odraslih, pedijatrijsku palijativnu skrb karakterizira heterogeni spektar stanja i veći udio neonkoloških bolesnika. Palijativna skrb za djecu počinje čim je bolest dijagnosticirana, a nastavlja se bez obzira prima li dijete liječenje usmjereno na bolest (16). Uz sveukupnu skrb za dijete, skrb obuhvaća i obitelj.

Smrtnost prema mjestu pokazuje da veliki dio podjednako umire u svom domu ili bolnici. Tek mali udio oboljelih umire na drugim mjestima. Prema nekim istraživanjima većina oboljelih želi posljednje dane života provesti u svome domu, što se ne događa često (17). U ovoj analizi pokazano je da osobe koje žive na vremenskoj udaljenosti više od 60 minuta od bolnice, značajno više umiru u kući nego u bolnici. Ova saznanja moraju biti uključena u planiranje i organizaciju određenih modela skrbi i usluga kako bi se osiguralo da palijativna skrb bude dostupna svima kojima treba. Analiza o mjestu gdje ljudi umiru također može pružiti korisne informacije o tome gdje se usluge trebaju nalaziti, a može pomoći i u identifikiranju razina potrebne skrbi. Zasiurno je potrebno razviti mrežu različitih organizacijskih jedinica, koja svaka u svojoj domeni, rješava na racionalan način svoj dio skrbi (18). Činjenica je da i određene trajektorije bolesti prate različite potrebe zbrinjavanja, a tako i potrebe razvoja organizacijskih modela. Tako će osobe oboljele od malignih bolesti imati jasan tijek bolesti, dugo će biti stabilne do trenutka naglog pogoršanja, kada će najvjerojatnije trebati skrb u hospiciju. Kronične bolesti, kao što su zatajenje srca, bubrega ili jetre, koje trebaju dugotrajnu palijativnu skrb najveći dio svojih potreba za palijativnom skrbi zadovoljit će u okviru dobro organizirane kućne skrbi, dok će demencije i slična stanja na samom početku trebati oblike dobro organizirane palijativne kućne skrbi, a zatim dugotrajne institucijske skrbi (4).

S obzirom na trajanje hospitalizacije pokazano je da je najveći dio osoba preminuo unutar mjesec dana hos-

pitalizacije, a gotovo polovina muškaraca potrebitih palijativne skrbi umrla je unutar prvog tjedna hospitalizacije, što pokazuje da se oboljeli stanovnici SDŽ potrebitih sustavne palijativne skrbi smještaju u daleko uznapređovaloj bolesti na bolničko liječenje. Prema definiciji palijativne skrbi Svjetske zdravstvene organizacije, palijativnu skrb treba započeti u što ranijoj fazi, a ne biti ograničen na terminalnu fazu bolesti (1). Pozitivna su iskustva s implementacijom postupaka GSF (*The Gold Standards Framework*) (19), SPCIT (*the Supportive and Palliative Care Indicators Tool*) (20) te NECPAL (*Palliative Necessities*) (21) u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, bolnicama i domovima za skrb o starima u prepoznavanju potreba i u unaprjeđenju skrbi osoba potrebitih palijativne skrbi (22-25).

Novotvorine su bile najčešći uzrok smrti potrebitih palijativne skrbi, dok se ostatak odnosio na druge uzroke smrtnosti. U početku razvoja palijativne medicine taj je pojam bio vezan uz onkološke bolesnike. Danas je jasno da u tu skupinu pripadaju i druge bolesti. Palijativna skrb bi trebala biti dostupna svim pacijentima s uznapređovanim neizlječivim bolestima, a nikako ne bi smjela biti ograničena na predefinirane medicinske dijagnoze (14). Prema nekim procjenama u europskoj regiji trenutno više od 320.000 onkoloških i nešto manje neonkoloških pacijenata treba neki oblik palijativne skrbi (14). Vrlo je moguće da su ti brojevi i veći, budući da opterećenost simptomima i potrebe za palijativnom skrbi često nisu prepoznate. Osim toga, ove procjene pretpostavljaju da je opća palijativna skrb dobro razvijena, što je stvarnost u samo nekoliko europskih zemalja (14). Upravo osiguranje pristupačnosti visoko kvalitetne palijativne skrbi za neonkološke pacijente treba biti prioritet nacionalnog i europskog razvoja zdravstvene politike (14).

Procjena potreba za palijativnom skrbi početni je korak u identifikaciji razine potreba za palijativnom skrbi. U provedenom istraživanju o procjeni potreba za palijativnom skrbi u Splitsko-dalmatinskoj županiji korišteni su mortalitetni podatci. Argumenti za utemeljenost korištenja mortalitetnih podataka, u svrhu grube javnozdravstvene procjene potreba za palijativnom skrbi, proizlaze iz definicije palijativne skrbi, definiranog razina palijativne skrbi te definiranog obuhvata palijativnom skrbi. Tu spadaju sve teške, iscrpljujuće, uznapređovale i za život opasne bolesti (14), koje su kao takve unutar promatranog razdoblja završile smrću i stoga su predmet procjene, jer su tijekom njihovog uznapređovanja i pogoršanja oboljeli bez sumnje bili potrebiti nekih i/ili svih razina palijativne skrbi. Iako je ova metodologija najgrublji način procjene, ona svakako pruža vrlo korisne informacije o veličini populacije potencijalnih korisnika palijativne skrbi, kao i o nekim njenim ključnim obilježjima.

Da bi se dobilo što precizniju procjenu potreba za palijativnom skrbi treba uz navedeno provesti dodatna istraživanja. Potrebno je uključiti dodatne izvore informacija, osobito ako su dostupni podaci o pružanju palijativne skrbi, bilo da se radi o primarnoj razini, iz bolničkog okruženja ili iz određenih specijaliziranih servisa za pružanje palijativne skrbi. Naime, podaci o uzrocima smrti su indikativni za procjenu potencijalnih potreba za palijativnom skrbi, no nisu precizni indikator (26). Potrebe za palijativnom skrbi nisu determinirane samo određenom dijagnozom, nego mnogo širim spektrom stanja (fizički simptomi, psihološki stres, obiteljska i socijalna podrška, informacijske i praktične potrebe) koji je određen brojnim kompleksnim i interaktivnim čimbenicima nego što je sama dijagnoza (27,28). Osim toga, uzrok smrti ne mora uvijek biti točan odraz dijagnoze. Znati preciznije brojeve o potrebama za palijativnom skrbi neprocjenjiva je vrijednost za planiranje i razvoj usluga koje će imati višestruke dobrobiti, na prvom mjestu za pacijente i njihove obitelji, ali i zdravstveni sustav u cijelosti.

ZAKLJUČCI

Palijativna skrb je jedan od vodećih javnozdravstvenih problema s tendencijom porasta s obzirom na demografske promjene u stanovništvu. Prema provedenom istraživanju, u Splitsko-dalmatinskoj županiji postoje potrebe za palijativnom skrbi stanovnika, muškaraca i žena svih dobnih skupina u svim gradovima i općinama. Uočene razlike i posebnosti razmatrane u ovom prvom javno zdravstvenom istraživanju potrebno je ciljano istražiti daljnjim medicinsko-sociološkim istraživanjima i sukladno njihovim rezultatima poduzimati i provoditi adekvatne mjere, osiguravajući tako jednaku kvalitetu palijativne skrbi svakom stanovniku Splitsko-dalmatinske županije, neovisno o bilo kojem čimbeniku njegovog socijalno-zdravstvenog okruženja.

ZAHVALA

Autori zahvaljuju prof. dr. sc. Anti Rozgi na vrijednim savjetima povezanima sa statističkom obradom podataka te Juliji Vejić, prof. hrvatskog jezika na lektoriranju teksta.

L I T E R A T U R A

1. Svjetska zdravstvena organizacija. WHO definition of palliative care. Dostupno na na URL adresi: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Datum pristupanja informaciji: 19. travanj 2014.
2. Clark D. From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer. *Lancet Oncol* 2007; 8: 430-8.
3. Meier DE. The Development, Status and Future of Palliative Care. U: Meier DE, Isaacs SL, Hughes RG, ur. *Palliative care: Transforming the care of serious illness*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2010. Dostupno na na URL adresi: <http://www.rwjf.org/files/research/4558.pdf>. Datum pristupanja informaciji: 4. listopada, 2014.
4. Lynn J, Adamson D. Living Well at the End of Life. *Rand Health White Paper WP-137*. Santa Monica, CA: RAND, 2003. Dostupno na URL adresi: <http://www.medicaring.org/whitepaper>. Datum pristupanja informaciji: 2.srpanj 2014.
5. Field M, Cassel C. Approaching death. Improving care at the end of life. Committee on care at the end of life, Institute of Medicine. Washington, D.C.: National academy press, 1997.
6. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A i sur. Early palliative care for patients with metastatic non-small cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010; 363: 733-42.
7. Report and Recommendations of the Massachusetts Expert Panel on End of Life Care. Patient Centered Care and Human Mortality. Massachusetts, 2010. Dostupno na URL adresi: <http://www.healthit.gov/archive>. Datum pristupanja informaciji: 13.studeni 2014.
8. Jušić A, Dubravčić M, Bralić T, Perković M. Palijativna medicina/skrb. *Borba protiv raka* 1996/1997; 27/28: 39-42.
9. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, NN 121/03.
10. Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020. Zagreb: Vlada Republike Hrvatske i Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, 2012. Dostupno na na URL adresi: www.zdravlje.hr. Datum pristupanja informaciji: 15. travanj 2014.
11. Strateški plan razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2014-2016. Dostupno na na URL adresi: <http://www.palijativa.hr/documents/sp2014.pdf>. Datum pristupanja informaciji: 20. ožujka 2014.
12. Palliative care council of New Zealand. National Health Needs Assessment for Palliative Care. Phase 1 Report: Assessment of Palliative Care Need. Wellington, New Zealand: Cancer control New Zealand, 2011. Dostupno na na URL adresi: <http://www.southerncancernetwork.org.nz>. Datum pristupanja informaciji 25. listopada 2014.
13. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema - deseta revizija, svezak 1. Zagreb: Medicinska naklada, 1994.
14. Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi. Preporuke Europskog društva za palijativnu skrb. *Eur J Pall Care* 2009; 16: 279.
15. Council of Europe. Recommendation Rec 24 of the Committee of Ministers to member states on the organization of palliative care. Stockholm: Council of Europe 2004. Dostupno na na URL adresi: www.coe.int/t/dg3/health/Source/

Rec(2003)24_en.pdf. Datum pristupanja informaciji 10. listopada 2013.

16. Craig F, Abu-Saad Huijer H, Benini F i sur. Steering Committee of the EAPC Task Force on Palliative Care for Children and Adolescents. IMPaCCT: standards for paediatric palliative care in Europe. *Eur J Pall Care* 2007; 14: 109-14.

17. Thoonsen B, Engels Y, van Rijswijk E i sur. Early identification of palliative care patients in general practice: development of RAdboud indicators for PAlliative Care Needs (RADPAC). *Br J Gen Pract* 2012; 62: e625-31. doi:10.3399/bjgp12X654597.

18. Prijedlog organizacije palijativne skrbi u RH, 29. 5. 2011. Hrvatsko društvo za palijativnu medicinu HLZ i Hrvatski centar za palijativnu skrb. Dostupno na URL adresi: http://www.palijativa.com/index.php?option=com_content&view=article&id=219%3Aprijedlog-organizacije-palijativne-skrbi-u-republici-hrvatskoj&Itemid=53. Datum pristupanja informaciji: 12. rujna 2014.

19. Thomas K. Prognostic Indicators Guidance (PIG). 4th ed. The Gold Standards Framework Centre in End of Life Care CIC, 2011. Dostupno na URL adresi: <http://www.goldstandardsframework.org.uk/cd-content/uploads/files/General%20Files/Prognostic%20Indicator%20Guidance%20October%202011.pdf>. Datum pristupanja informaciji: 13. studeni 2014.

20. Boyd K, Murray SA. Recognizing and managing key transitions in end of life care. *BMJ* 2010; 341: c4863.

21. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C i sur.

Identification of people with chronic advanced diseases and need of palliative care in sociosanitary services: elaboration of the NECPAL CCOMS-ICOL© tool. *Med Clin (Barc)* 2013; 140: 241-5.

22. Hugues PM, Bath PA, Ahmed N i sur. What progress has been made towards implementing national guidance on end of life care? A national survey of UK general practices. *Palliat Med* 2010; 24: 68-78.

23. Shaw KL, Clifford C, Thomas K i sur. Improving end of life care: a critical review of the Gold Standards Framework in Primary Care. *Palliat Med* 2010; 24: 317-29.

24. Weissman DE, Meier DE. Identifying patients in need of a palliative care assessment in the hospital setting. *J Palliat Med* 2011; 14: 1. doi:10.1089/jpm2010.0347.

25. Moss AH, Lunney JR, Culp S i sur. Prognostic significance of the Surprise Question in Cancer patients. *J Palliat Med* 2010; 13: 7. doi:10.1089/jpm2010.0018

26. Murtagh EMF, Bausewein C, Verne J i sur. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliat Med* 2014; 28(1): 49-58.

27. McIlfatrick S. Assessing palliative care needs: views of patients, informal carers and healthcare professionals. *J Adv Nurs* 2007; 57: 77-86.

28. Higginson IJ, Addington-Hall JM. Palliative care needs to be provided on basis of need rather than diagnosis. *BMJ* 1999; 318: 123.

SUMMARY

ASSESSMENT OF PUBLIC HEALTH NEEDS FOR PALLIATIVE CARE IN SPLIT-DALMATIA COUNTY

I. MARASOVIĆ ŠUŠNJARA¹, A. SMOLJANOVIĆ¹, M. SMOLJANOVIĆ^{1,2}, I. VUČICA¹,
M. ŽUPANOVIĆ³ and Z. PRIMORAC¹

¹Teaching Public Health Institute of Split-Dalmatia County, University of Split, ²School of Medicine, and
³Split University Hospital Center, Split, Croatia

Palliative care is an approach that improves quality of life of patients and their families facing the problems associated with incurable life-threatening illness. The aim was to assess the needs for palliative care in Split-Dalmatia County. Assessment of the needs was conducted using mortality data on the Split-Dalmatia County population by selected diagnoses defined according to the criteria as necessitating palliative care. Almost half of the deceased in 2012 in Split-Dalmatia County needed palliative care. Among them there were significantly more males ($\chi^2=134.5$, $p<0.001$). The majority of patients requiring palliative care were in the 65-79 (40.2%) and ≥ 80 (36%) age groups. Most of them died from neoplasms (69%). The most common places of death of persons that died from neoplasms were at home (46.8%) and in the hospital (46%). In cases where patient residence was more than 60 min from the hospital, significantly more patients died at home than in the hospital ($\chi^2=15.5$; $p<0.001$). The mean duration of hospitalization of persons that required palliative care at Split University Hospital Center in 2012 was 13.9 days. The minimum number of beds needed for those patients was 35 per day. In conclusion, study results pointed to the needs of palliative care for both men and women of all age groups and in all parts of the Split-Dalmatia County, including urban and rural communities.

Key words: palliative care, health system, needs assessment, Split-Dalmatia County