Potreba za palijativnom skrbi na području Zagore Splitsko-dalmatinske županijie

Prnjak, Bruna

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

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

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:884980

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

Repository of the University Department for Health Studies, University of Split

zir.nsk.hr

UNIVERSITY OF SPLIT

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Bruna Prnjak

POTREBE ZA PALIJATIVNOM SKRBI NA PODRUČIJU ZAGORE SPLITSKO-DALMATINSKE ŽUPANIJE

NEED FOR PALLIATIVE CARE IN THE FIELD ZAGORA SPLIT-DALMATIA COUNTY

Završni rad/Bachelor's thesis

Mentor:

Prof. dr. sc. prim. Mladen Smoljanović, dr.med.

specijalist epidemiologije

Split, 2016. Godina

KAZALO

1. UVOD ……...……4

1.1. Definicija …….....…… 4

1.2. Zakonski okviri u Republici Hrvatskoj…….……5

1.3. Povijest palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj…….....….……6

1.4. Nacionalna strategija razvoja zdravstva i palijativna skrb.....7

1.5.Važnost tima i timskog rada…….….....8

1.6. Komunikacija……....….……9

1.7. Opća i veteranska bolnica “Hrvatski ponos“ Knin…… ….…..…….9

1.8. Uloga medicinske sestre u palijativnom timu……..10

1.8.1. Sestrinska dokumentacija…….…….....……...…….12

1.8.2. Kompetencije medicinske sestre koja provodi zdravstvenu njegu palijativnog bolesnika….....….....13

1.8.3. Najčešći problem i sestrinske dijagnoze palijativnog bolesnika….....14

2. CILJ RADA…….....20

3. MATERIJAL I METODE.....20

3.1. Stanovnici po gradovima i općinama Zagore Splitsko-dalmatinske županije..20

3.2. Bolesti i stanja potrebni palijativne skrbi (PPS).....22

3.2.1. Onkološke bolesti.....23

3.2.2. Neonkološke kronične onesposobljavajuće bolesti.....23

4. REZULTATI.....24

5. RASPRAVA.....37

6. ZAKLJUČAK.....41

7. LITERTURA.....43

8. SAŽETAK.....45

9. SUMMARY.....46

10. ŽIVOTOPIS.....47

11. PRILOZI.....48

1. UVOD

Bolesnici u terminalnoj fazi bolesti, osim prihvaćanja vlastite dijagnoze, moraju obitelj i prijatelje suočiti sa prihvaćenjem takvog stanja. Kod takvih bolesnika svjesnost o promjeni stanja vlastitog organizma izaziva emocionalne i duševne promjene. Većina ljudi zamišlja da će umrijeti kad ostari i da se ta (iracionalna) smrt događa drugima. Nažalost, to uvijek nije tako jer većina ljudi želi što duže živjeti (1).

Zdravstveni djelatnici holističkim pristupom mogu umirućem bolesniku, s obzirom na dostupna sredstva, umanjiti patnju i osigurati mu dostojanstvenu smrt.

Podaci pokazuju da je trend starenja sve izraženiji i da ljudi duže žive pa je potreba za palijativnom skrbi sve potrebnija. Palijativna skrb ne obuhvaća samo jednu dobnu skupinu, već svaku životnu dob (od dječje dobi sve do starijih osoba). Statistički gledano, potreba za palijativnom skrbi najveća je kod bolesnika starijih od 75 godina. Palijativna skrb nije orijentirana samo na jednu bolest kao što pojedinci smatraju da je ona namijenjena osobama oboljelim od raka, već se odnosi na sve životno ugrožavajuće i neizlječive bolesti .

1.1. DEFINICIJA

Palijativna skrb je aktivna holistička njega za pacijenta sa uznapredovalom progresivnom bolesti, suočavanje sa boli i ostalim simptomima te je ključno za davanje psihološke, socijalne i duhovne potpore. Cilj palijativne skrbi je najbolja kvaliteta života za pacijente i njihove obitelji (1).

Pojam palijativno dolazi od latinske riječi „pallium“ što znači ogrtač, prekrivač. Simbolički, mi se trudimo prekriti, zamaskirati simptome (npr. bol).

Svjetska zdravstvena organizacija definira palijativnu skrb kao: Palijativna skrb je potpuna aktivna skrb o pacijentima čija bolest više ne odgovara na kurativan tretman. Kontrola boli i drugih simptoma, skrb o problemima psihološke, društvene i duhovne naravi je najvažnija**.**

Cilj palijativne skrbi je postizanje najbolje moguće kvalitete života pacijenata i njihovih obitelji (2).

1.2. ZAKONSKI OKVIRI U REPUBLICI HRVATSKOJ

U Zakonu o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske iz 2003. godine uvršten je pojam palijativne skrbi (Narodne novine članak 16, članak 25, čl.69 i članak 71).

U istom Zakonu (čl.121 /03.) stoji da svaki Dom zdravlja treba imati/osigurati Ustanovu za palijativnu skrb koja obuhvaća:

- kućne hospicijske posjete interdisciplinarnog palijativnog tima,
- ambulantu za bol i palijativnu skrb,
- dnevni boravak.

Do danas nije osnovana nijedna Ustanova za palijativnu skrb, ali postoje Centri za palijativnu skrb u Zagrebu (udruga je registrirana 22.04.2009., a svi članovi su volonteri) i prvi hospicij otvoren u Rijeci Hospicij „Marija Krucifiksa Kozulić“. Osnivač je Caritas riječke nadbiskupije.

U programu Vlade Republike Hrvatske za razdoblje od 2008. do 2011. (poglavlje 17.- zdravstvo, bolničko liječenje) stoji navod: „Palijativnu skrb i hospicij uključiti u zdravstveni sustav. Rok : prosinac 2008“. Nažalost, to nije ispunjeno.

1.3. POVIJEST PALIJATIVNE SKRBI U REPUBLICI HRVATSKOJ

Organizirani hospicijski pokret u Hrvatskoj započeo je 1994. godine sa raznovrsnim obrazovnim aktivnostima, a ne sa praktičnom djelatnošću posjećivanja umirućih, kao što je to u drugim zemljama. Organizatori su bili Hrvatsko društvo za hospicij/palijativnu skrb (HDH/PS), a društvo je dio Hrvatskog liječničkog zbora (HLZ), Akademije medicinskih znanosti Hrvatske, Lige za borbu protiv raka i drugih uvaženih institucija.

Te iste godine u Zagrebu Organizirani hospicijski pokret u Hrvatskoj započeo je Prvim simpozijem o hospiciju i palijativnoj skrbi pod vodstvom Anice Jušić (profesorice neurologije) održanim 6. i 7. svibnja. Slogan je bio «Smrt je dio života».

1999. godine osnovana je Hrvatska udruga prijatelja hospicija, kao logistička potpora HDH/PS, a članovi društva/udruge sudjelovali su na tečajevima u inozemstvu. Sukcesivno su se pojavljivale publikacije na hrvatskom jeziku, prijevodi knjiga, poglavlja u udžbenicima ili enciklopedijama i pojedinačni članci u časopisima.

1996. i 1999.godine održani su interdisciplinarni simpoziji u trajanja od tri do četiri dana.

1997. godine započeli su jednodnevni simpoziji o liječenju maligne boli u Karlovcu , a Osmi simpozij je održan u travnju 2004. Oni su polazišna točka brojnih manjih sastanaka koje podržavaju i organiziraju predstavnici farmaceutske industrije.

1997. godine Prvi tečaj za medicinske sestre (3 dana) je održala Virginija Gumley u Zagrebu u Srednjoj medicinskoj školi u Zagrebu (Mlinarska). Na svakom interdisciplinarnom simpoziju organizirana je i veća sjednica koja se bavila problemima njege.

Redoviti sastanci Hrvatskog društva za hospicij/palijativnu skrb (trosatni sastanci) organizirani su sa posebnim temama i to najčešće sa raspravama u vezi stranih organizacijskih modela. Pojedinačna su predavanja održana za različitu publiku. Sastanci su se održavali u Školi javnog zdravstva Andrija Štampar, na Pravnom fakultetu – Studijski centar socijalnog rada, Visokoj školi za medicinske sestre – odjel za okupacione i fizikalne terapeute, Pučkom otvorenom učilištu umirovljenih sveučilišnih profesora, Društvu

zagrebačke klasične gimnazije, Hrvatskom društvu katoličkih liječnika, Caritasu itd. Mjesta gdje su se održavala predavanja o palijativnoj skrbi ili liječenju boli bile su i mnoge bolnice/klinike i Domovi zdravlja u Zagrebu. Jednodnevne konferencije za medicinske sestre u palijativnoj skrbi su dva puta održane u Virovitici i jedanput u Koprivnici.

Prva Zagrebačka konferencija o neurološkoj palijativnoj skrbi održana je 2000 godine.

Prvi simpozij o palijativnoj skrbi za djecu organiziran je 2003.godine.

Dva puta su organizirane konferencije za volontere o palijativnoj skrbi (3).

1.4. NACIONALNA STRATEGIJA RAZVOJA ZDRAVSTVA I PALIJATIVNA SKRB

U Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva 2012.-2020., palijativna skrb se želi povezati na svim razinama zdravstvene zaštite uspostavom novih načina rada i to kroz sustavnu suradnju više ustanova, intersektorsku suradnju, te fleksibilnost rasporeda rada u skladu sa specifičnim potrebama i mogućnostima. U Strateškom planu je navedeno da se predviđa uvođenje novih struktura i sadržaja u sustav palijativne skrbi kao što su: županijski koordinacijski centar za palijativnu skrb, stacionarna palijativna skrb, bolnički tim za potporu palijativnoj skrbi, bolnički tim za palijativnu skrb, ambulanta za palijativnu skrb na razini sekundarne zdravstvene zaštite, a iznimno i primarne, kućne posjete za specijalističku palijativnu skrb izvan domene rada liječnika obiteljske medicine (npr. posjete psihologa, psihijatra, kirurga, anesteziologa, neurologa...) koje obavljaju stručnjaci iz sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite, posudionica pomagala, obiteljsko savjetovalište za palijativnu skrb, psihološka pomoć kod žalovanja, centar izvrsnosti za pojedine razine i oblike palijativne skrbi (4).

Izvanbolnički oblici palijativne skrbi, njihova suradnja i povezivanje su interdisciplinarni specijalistički timovi koji podržavaju primarnu zdravstvenu zaštitu konzilijarno, te obavljanjem zdravstvenih postupaka i zahvata koji nisu uobičajeni na razini primarne zdravstvene zaštite. Svi članovi tima moraju dobiti posebnu edukaciju za rad u

palijativnoj skrbi. Takav tim nije primarno zadana forma u smislu punog radnog odnosa, već je to skup stručnjaka koji u radu tima sudjeluju u različitim udjelima i ulogama, bilo stalno ili povremeno (4).

1.5. VAŽNOST TIMA I TIMSKOG RADA

Za većinu nas obitelj je naše prvo iskustvo u zajednici. Kako odrastamo krećemo u školu, a zatim postajemo dio raznih dobrovoljnih skupina kao što su nogometni klubovi, izviđači, a kasnije i radni timovi. Pripadati grupi je iznimno važno za nas i instiktivno osjećamo kada grupa radi dobro, a kada loše (5). Svi članovi tima za palijativnu skrb trebaju imati empatičan odnos prema umirućem bolesniku i svakoga gledati kao jedinku za sebe (holistički pristup). Iako možda stotine bolesnika imaju istu dijagnozu, način prihvaćanja bolesti uvelike ovisi o našim kulturološkim, socijalnim, duhovnim činiteljima pa čak se i sama klinička slika ne manifestira se kod svih bolesnika na jednak način (kod pojedinih ljudi simptomi su intezivniji nego kod drugih).

Tim se sastoji od više ljudi koji imaju istu (npr. kirurg i internista) ili različitu struku (npr. kirurg i fizičar kod onkoloških bolesnika) i sudjeluju u rješavanju kompleksnih problema svako iz svog djelokruga rada. Članovi palijativnog tima su liječnik, medicinska sestra, fizioterapeut, socijalni radnik, njegovatelji, volonteri. Svi članovi interdisciplinarnog tima uvijek imaju zajednički cilj. Važno je da svatko bez straha od osude iznese svoje stavove i mišljenja u vezi određene problematike te se raspravom i diskusijom među članovima tima treba doći do najboljeg rješenja problema. Vodstvo unutar tima treba biti fleksibilno ovisno o problemu. Takav tim pokriva opću i specijalnu skrb. Svaki član palijativnog tima treba biti emocionalno stabilna osoba, pedantna, strpljiva, poštovati etička načela, tolerantna i empatična prema umirućem bolesniku i njegovoj obitelji. Nažalost postoji mogućnost da se za bolesnikovo stanje krivi nositelja loših vijesti (6).

1.6. KOMUNIKACIJA

Pojam komunikacija potječe od lat. riječi „communicatio“ što označava proces kojim se međusobno izmijenjuju informacije, poruke. Dobra komunikacija je jako važna u

svakodnevnim životnim situacijama, a pogotovo kada se radi o komunikaciji između palijativnog bolesnika, njegove obitelji, medicinskog osoblja. Osim komunikacije sa pacijentom i njegovom obitelji od iznimne je važnosti kvalitetna komunikacija između članova interidisciplinarnog tima. Ponekad je verbalna komunikacija s bolesnikom onemogućena pa trebamo razumjeti pogled, grimasu, a ponekad čak i neizgovorene riječi. Jedno od pacijentovih prava je da odbije potpisati informirani pristanak i moramo biti spremni dokazati profesionalnost i prihvatiti takvu odluku. Privatnost i čuvanje tajne je jedan od načina poštivanja osobne autonomije i čini bitan dio odnosa povjerenja (6). U takvim okolnostima apsolutnu tajnost je gotovo nemoguće postići, ali treba poštovati pacijentovu odluku zadržavanja tajne između medicinskog osoblja i njega i ne govorenja povjerenog njegovoj obitelji osim ukoliko takva odluka direktno ne šteti trećoj osobi. Suočivši se sa dijagnozom pacijent i obitelj trebaju proći kroz mnoge promjene. Dijagnoza pacijanta tužno će utjecati na sve članove obitelji. Utjecaj bolesti na obitelj ovisi i o pacijentovoj ulozi npr. radi li se o hranitelju obitelji ili majci sa malom djecom (2). Funkcionalna obitelj može postati disfunkcionalna ukoliko članovi uz svoje obveze u obitelji ne uspiju dogovorom međusobno ili pojedinačno preuzesti funkcije bolesnog člana obitelji.

1.7. OPĆA I VETERANSKA BOLNICA“ HRVATSKI PONOS“ KNIN

U bolnici koja nosi naziv „Hrvatski ponos“ uz veliki trud i ulaganja znanja, volje i želje otvoren je Odjel za produženo liječenje koji ima 80 ugovorenih kreveta. Popunjenost

je pretežito potpuna. Primarno se na Odjel smještaju bolesnici s područja Županije šibensko-kninske, a i pacijenti drugih županija temeljem dogovora s Općom bolnicom Zadar (5 bolesnika) i KBC Split (10 bolesnika).

Za sam prijem na Odjel postoji lista čekanja koja nam pokazuje da su potrebe za takvom skrbi velike. Profil bolesnika koji se smješta na Odjel su primarno bolesnici predviđeni za nastavak liječenja nakon liječenja na odjelima za akutne bolesti. Druga skupina bolesnika su bolesnici u terminalnim stadijima malignih bolesti i treća, manja skupina, su bolesnici čije zdravstveno stanje nije dovoljno dobro da žive sami te čekaju premještaj u domove za starije i nemoćne.

1.8. ULOGA MEDICINSKE SESTRE U PALIJATIVNOM TIMU

Medicinska sestra je sastavni i nezamjenjivi dio palijativnog tima. Ona je ta koja je stalno uz bolesnika 24 sata na dan i koja prva uviđa promjene kod bolesnika o kojima obavještava liječnika. Pacijenti i rodbina se često zbog vremenske dužine boravka sa medicinskom sestrom povjeravaju i ona uvelike može pomoći pacijentu u zadovoljavanju njegovih potreba.

(Prema V. Henderson četrnaest je osnovnih ljudskih potreba: disanje, unos hrane i tekućine, odstranjivanje otpadnih tvari, kretanje i zauzimanje odgovarajućih položaja tijela, odmor i spavanje, odijevanje, održavanje normalne temperature tijela, održavanje osobne i okolišne higijene, izbjegavanje štetnih utjecaja okoline, komunikacija, vjerske i druge duhovne potrebe, obavljanje svrsishodnog rada i zanimacije, rekreacija, učenje i istraživanje.**)**

U posljednjim danima života pacijent osjeća povećanu slabost i nepokretnost, gubitak interesa za hranu i piće, teškoće u gutanju i pospanost. Znakovi mogu uključivati promjenu u disanju, zimicu, otečenost periferije i kognitivna oštećenja. Pogoršanje zdravstvenog stanja se uglavnom može predvidjeti ali ponekad može biti naglo i neugodno. Kontrola simptoma i podrška obitelji postaje prioritet, a priroda primarne bolesti postaje

manje važna (2). Desetljećima teoretičari sestrinstva nastoje pronaći definiciju sestrinstva i opisali ulogu medicinske sestre (7).

Tablica 1. Definicije zdravstvene njege kroz povijest

GODINA	TEORETIČARKA	DEFINICIJA
1858.	Florance Nightingale	Sestrinstvo treba dovesti pacijenta u najbolje uvjete za djelovanje prirode
1964.	Ernestine Wiedenbach	Zdravstvena njega je pomoć pojedincu, obitelji ili grupama kojima je ta pomoć potrebna, a utemeljena je na suosjećanju, znanju, umijeću i razumijevanju.
1980.	Dorothy Johnson	Zdravstvena njega je vanjski regulacioni utjecaj usmjeren poticanju i održavanju pozitivnog zdravstvenog ponašanja u zdravlju i bolesti
1966.	Virginia Henderson	Uloga medicinske sestre je pomoć pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju aktivnosti koje doprinose zdravlju ili oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju i znanje
1985.	Nancy Roper	Zdravstvena njega je pomoć pacijentu u sprečavanju, rješavanju, ublažavanju i sučeljavanju s problemima u svezi s svakodnevnim životnim aktivnostima
1980.	Dorothy Orem	Zdravstvena njega je pomoć ili intervencija medicinske sestre usmjerena uspostavljanju ravnoteže između mogućnosti i određenih zahtjeva (općih i zdravstvenih) kojima pojedinac mora trajno udovoljavati radi održavanja života i zdravlja, oporavka od bolesti i ozljeda te sučeljavanja s njihovim učincima.
1980.	ANA (American Nurses Association)	Sestrinstvo podrazumijeva dijagnosticiranje i tretiranje reakcija (odgovora) na aktualne i potencijalne zdravstvene probleme.

1.8.1. SESTRINSKA DOKUMENTACIJA

Na temelju članka 88. Ustava Republike Hrvatske, Hrvatski Sabor je na sjednici 17.srpnja 2003. godine donio odluku (stavak V, Članak 16. Zakona o sestrinstvu koji kaže: ,,Dužnost medicinske sestre je vođenje sestrinske dokumentacije kojom se evidentiraju svi provedeni postupci tijekom 24 sata" , ,,Postupanje po utvrđenim pravilima i protokolima za provođenje postupaka u zdravstvenoj njezi i provedbu zdravstvene njege po utvrđenom planu njege".

Članak 17 istog zakona kaže: ,,Medicinska sestra obavezna je evidentirati sve provedene postupke u sestrinskoj listi za svakog pojedinog pacijenta na svim razinama zdravstvene zaštite." Iako je ovaj zakon donesen 2003. godine, nažalost, do dana današnjeg mnoge ustanove nemaju sestrinsku dokumentaciju ili rade po službenoj sestrinskoj dokumentaciji napisanoj u Microsoft Excelu. Tako uneseni podaci nisu zaštićeni lozinkom. Ne mogu se trajno pohraniti bez mogućnosti brisanja. Iako je sestrinska dokumentacija pravovaljani dokument koji bi u slučaju sudskog spora uz liječničku dokumentaciju trebao biti materijalni dokaz ovakvim načinom vođenja upitna je njena vjerodostojnost.
Mali je broj ustanova kupio program medicinskim sestrama koji im omogućava vođenje sestrinske dokumentacije.

Sestrinska dokumentacija predviđa kategorizaciju pacijenta svaki dan. Na temelju bodova pacijent se dodjeljuje u jednu od četiri kategorije. S obzirom na kategoriju pacijenta propisano je koliki broj pacijenata određene kategorije ide na broj medicinskih sestara i koliko vremena medicinska sestra treba uložiti oko takvog pacijenta.

Nažalost, mnoge medicinske sestre nisu prepoznale važnost kategorizacije i često ju zanemaruju. Tako se događa da ukoliko jedan ili više pacijenata povećaju kategoriju (npr. pacijent kategorije 3 zbog pogoršanja zdravstvenog stanja postane pacijent kategorije 4) broj medicinskih sestara ostaje isti. To se ne bi smjelo događati jer je povećavana potreba pacijenta više kategorije proporcionalna sa povećanjem potrebnog vremena za provođenje zdravstvene njege.

1.8.2. KOMPETENCIJE MEDICINSKE SESTRE KOJA PROVODI ZDRAVSTVENU NJEGU PALIJATIVNOG BOLESNIKA

Ljiljana Hoić (medicinska sestra u timu palijativne skrbi) predložila je kompetencije medicinske sestre:

Opće kompetencije:

Medicinska sestra mora posjedovati kompetencije kako bi mogla samostalno provoditi aktivnosti, postupke ili sudjelovati u zadovoljenju osnovnih ljudskih potreba.

- posjeduje znanja iz teorije zdravstvene njege Virginie Henderson, te teorija Marjory Gordon i Dorothee Orem
- posjeduje teorijska i praktična znanja iz očuvanja i unaprjeđenja zdravlja,
- posjeduje osnovna znanja o liječenju bolesti,
- posjeduje praktične vještine - provodi postupke s ciljem zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba i unaprjeđenje zdravlja,
- pomaže pacijentu tijekom bolesti i štiti njegovo dostojanstvo,
- poznaje propise o pravima pacijenata i poštuje ih,
- poštuje autonomiju i integritet pacijenata,
- poštuje kulturološke različitosti pacijenata,
- poštuje spolna načela i seksualnost,
- pruža pomoć pacijentu u procesu umiranja.

Specifične kompetencije:

- Procjenjuje potrebu za palijativnom skrbi,
- Procjenjuje i izvještava o razini boli i sudjeluje u postupcima ublažavanja boli,
- Planira zdravstvenu njege u palijativnoj skrbi,
- Primjenjuje terapiju : intramuskularno (im.), intravenozno(iv.), ubkutano (sc.),

- Provodi njega dišnih puteva i primjenjuje terapiju kisikom,
- Provodi prehranu sondom i stomom – primjena i edukacija obitelji/pacijenta,
- Primjena urinarnog katetera (kod žena),
- Epiduralni i centralni venski kateter („portacath“) – njega, primjena terapije, uzimanje uzoraka,
- Zbrinjavanje kroničnih rana,
- Komunikacija s pacijentom i obitelji.

1.8.3. NAJČEŠĆI PROBLEMI I SESTRINSKE DIJAGNOZE

Prema M.Gordon (1982.) Sestrinska dijagnoza je aktualni ili potencijalni zdravstveni problem koji su medicinske sestre s obzirom na njihovu edukaciju i iskustvo sposobne i ovlaštene tretirati. Ona je predložila model koji se temelji na obrascima zdravstvenog funkcioniranja. Medicinska sestra treba postaviti sestrinsku dijagnozu (PE/PES model), ciljeve intervencije poštivajući holistički pristup te unijeti podatke u obrazac plana i procesa zdravstvene njege.

- Kretanje:

Potreba za kretanjem jedna je od osnovnih ljudskih potreba. Zbog nepokretnosti vrlo brzo se smanjuje mišićna snaga i tonus, a s vremenom se razvije i atrofija mišića. Mnogi bolesnici žale se na bol u leđima koja je posljedica nepravilnog položaja u krevetu ili mekog madraca (8).

- Disanje:

Nepokretni bolesnici često dišu plitko i usporeno jer im je smanjena potreba za kisikom. Postoji velika opasnost od nakupljanja sekreta u dišnim putevima i posljedičnim razmnožavanjem mikroorganizama te nastanku pneumonije i plućne atelektaze.

Medicinska sestra u sestrinskoj anamnezi procjenjuje disanje, uočava promjene disanja (brzina disanja, hroptanje), procjenjuje potrebu za uzimanjem kisika (količinu i vrijeme davanja kisika provodi se prema liječničkim uputama) i evidentira količinu i vrijeme davanja (9). Ako pacijent ima trahealnu kanilu medicinska sestra će na osnovi stupnja samostalnosti odnosno smanjenje mogućnosti brige o sebi odrediti potrebne mjere / intervencije u provovođenju njege trahealne kanile (9). Dužnost medicinske sestre je provoditi mjere sprječavanja respiratornih komplikacija.

- Koža:

Medicinska sestra procjenjuje i promatra izgled kože: edem, oteklinu (najčešće na potkoljenicama), znojenje, boju kože, promatra bolest kroz izgled i boju kože lica, promatra kosu i nokte (9). Oštećenje tkiva posljedica je smanjene cirkulacije i s toga oksigenacije i ishrane tkiva zbog dugotrajnog pritiska tijekom mirovanja (8) zbog čega nastane dekubitus. Medicinska sestra je dužna procijeniti rizik za nastajanje dekubitusa po Braden ljestvici. Listu treba pratiti svaki dan. Ukoliko dekubitus postoji otvara se lista za praćenje dekubitusa koja opisuje detaljno izgled i lokaciju rane te provedene mjere/intervencije u svrhu neproširavanja i smanjivanja postojećega. Jako je važno pacijenta okretati svako 2 sata, osigurati dovoljan unos hrane i tekućine, redovito pregledavati rizična mjesta i masirati ih, te zatezati posteljno rublje.

- Smanjena pokretljivost u/s osnovnom bolesti
- Visok rizik (VR) za oštećenje integriteta kože u/s smanjene pokretljivosti
- Oštećenje tkiva/kože u/s smanjene pokretljivosti
- Smanjeno podnošenje napora u/s osnovnom bolesti
- Smanjena prohodnost dišnih putova u/s nemogućnošću iskašljavanja i/ili hipersekrerecijom
- VR za oštećenje periferne cirkulacije u/s smanjene pokretljivosti

- Smanjena mogućnost brige o sebi (SMBS)

  - Osobna higijena:

Medicinska sestra na osnovu stanja treba procijeniti i utvrditi stupanj samostalnosti i smanjene mogućnosti brige o sebi kod održavanja osobne higijene te pomoći pacijentu pri održavanju osobne higijene (9).

- SMBS osobna higijena u/s osnovnom bolesti

- Odijevanje:

Medicinska sestra na osnovu stanja treba procijeniti i utvrditi stupanj samostalnosti i smanjene mogućnosti brige o sebi kod odijevanja /skidanja odjeće pruža pomoć i zajedno provoditi vježbe odijevanja/svlačenja. Izbor odjeće izvršiti će u dogovoru sa pacijentom/obitelji te je prilagoditi godišnjem dobu, klimatskim uvjetima i individualnim potrebama (9).

- SMBS odijevanje u/s osnovnom bolesti

- Eliminacija:

Potrebno je procijeniti pacijentovu samostalnost elminacije stolice i urina (9). Kateterizacija žena spada pod sestrinsku kompetenciju, dok je katarterizacija muškarca liječnička kompetencija. Obavezno treba upisati datum postavljanja i broj katetera. Važno je sa kateterom postupati prema pravilima asepse. Potrebno je promatrati izgled i količinu urina te evidentirati.

- SMBS eliminacija u/s osnovnom bolesti/urinarnim kateterom

Medicinska sestra u slučaju opstipacije treba osigurati pacijentu hranu bogatu vlaknima, masirati područije abdomena, osigurati privatnost, pomoći pacijentu pri zauzimanju položaja. Ukoliko nijedna intervencija ne pomogne više od 3 dana potrebno je obavijestiti liječnika koji će odlučiti o daljnjoj terapiji.

- Opsitacija u/s osnovnom bolesti/nepoznatom etiologijom
- VR za opstipaciju u/s izostankom defekacije 2 dana
- Dijareja u/s osnovnom bolesti/terapijskom nuspojavom

- Hranjenje

Potrebno je procijeniti pacijentovu samostalnost kod uzimanja hrane i tekućine, utvrditi može li pacijent samostalno jesti hranu i piti tekućinu, može li rezati hranu i u kojim dijelovima i u kojoj mjeri je ovisan o pomoći druge osobe (9).

- SMBS hranjenje u/s osnovnom bolesti

Pacijenti u termilnalnoj fazi bolesti često gube volju za jelom i pićem. Pacijentu se treba osigurati propisan unos kalorija dnevno kroz više obroka, ali ponekad je jako teško nagovoriti palijativnog bolesnika na uzimanje hrane/pića. Medicinska sestra treba osigurati hranu koju bolesnik voli (podatke uzeti ili od samog bolesnika ili od obitelji). Hrana treba biti lijepo servirana na većem tanjuru. Bez obzira koliko imali obaveza uvijek trebamo osigurati dovoljno vremena za hranjenje i ne smije se požurivati pacijenta. Pojedini pacijenti imaju disfagiju. Uvijek prije hranjenja bolesniku treba provjeriti refleks gutanja stavljenjem žlice vode na korijen jezika. Ukoliko je refleks očuvan nastavljamo sa hranjenjem u protivnom treba pozvati liječnika da se odluči o postavljanju nazogastrične sonde.

- Smanjen unos hrane u/s gubitkom apetita/disfagijom/
- Visok rizik za aspiraciju u/s disfagijom

- Mučnina u/s osnovnom bolesti
- Povraćanje u/s osnovnom bolesti

- Odmor i spavanje

Medicinska sestra treba promatrati kako bolesnik spava i o tome izvijestiti liječnika. Većina palijativnih bolesnika zbog iscrpljenosti organizma puno vremena provede spavajući, ali može se dogoditi da imaju i nesanicu koja ima jako puno uzroka ali glavni razlozi kod palijativnog bolesnika su najčešće bol, zabrinutost, strah. Ukoliko je uzrok nesanice moguće otkloniti (npr. buka, propuh) medicinska sestra treba pronaći način za uklanjanje iste.

- Nesanica u/s osnovnom bolesti

- Komunikacija

Medicinska sestra u sestrinskoj anamnezi procjenjuje mogućnost komunikacije, govorne, vidne i slušne sposobnosti, upotrebu pomagala i kognitivne sposobnosti. Sestra će tijekom razgovora sa pacijentom komunikaciju prilagoditi zdravstvenom stanju i individualnim potrebama (9).

- Poremećaj kongnitivnih funkcija u/s dezorijentiranosti

Teško se pomiriti sa činjenicom da osobu koju volimo možda već sutra nećemo moći zagrliti i reći joj koliko nam znači u životu. Nijednom pacijentu nije lako promisliti i suočiti se sa smrću iako pojedini imaju veliku želju za njom jer je ona jedino što ih može osloboditi boli i patnje. Dužnost medicinske sestre je voditi listu boli.

Obitelji je jako teško gledati voljenu osobu u patnji. Pojedinci imaju i disfunkcionalne obitelji i u takvim stanjima ostaju sami i zanemareni. Članovima obitelji je potreba psihološka pomoć i podrška medicinskog osoblja. Obitelj ponekad ne može prihvatiti takvo stanje i za njega krivi medicinsko osoblje. Pacijenti se u terminalnom stadiju mogu psihički izmijeniti. Dužnost medicinskog osoblja je empatija prema takvom bolesniku i njegovoj obitelji.

- Anksioznost u/s odvojenošću od obitelji/strahom od smrti
- Socijalna izolacija u/s odvojenošću od obitelji
- VR za socijalnu izolaciju u/s osnovnom bolesti
- Zabrinutost obitelji u/s ishoda bolesti
- Neadekvatno sučeljavanje u/s osnovnom bolesti
- Žalost obitelji u/s suočavanja sa smrću
- Smanjeno mišljenje o sebi u/s osnovnom bolesti
- Bol u/s osnovnom bolesti

2. CILJ RADA

Cilj završnog rada je procjena potreba za palijativnom skrbi stanovnika Zagore Splitsko-dalmatinske županije temeljem mortalitetnih pokazatelja u petogodišnjem razdoblju 2009. - 2013. godine.

3. MATERIJAL I METODE

Procjena potreba za palijativnom skrbi u Zagori Splitsko-dalmatinske županije (SDŽ) provedena je korištenjem podataka o stanovništvu Državnog zavoda za statistiku Republike Hrvatske te mortalitetnih podataka iz rutinske zdravstvene statistike stanovništva Zagore SDŽ u razdoblju 2009. -2013. godine.

3.1. STANOVNICI PO GRADOVIMA I OPĆINAMA ZAGORE SPLITSKO-DALMATINSKE ŽUPANIJE:

Izvor podataka je iz elektronske baze podataka u Projektu eJZ Nastavnog zavoda za javno zdravstvo SDŽ Stanovništvo prema starosti i spolu po naseljima.

Popis 2011. dostupno na URL adresi: http://nzjz-split.com/index.php/2013-09-26-15-51-03/baze-podataka .

Tablica 2. Ukupan broj stanovnika po gradovima i općinama Zagore Splitsko-dalmatinske županije, Popis 2011.

GRADOVI		OPĆINE			
	broj stanovnika		broj stanovnika		broj stanovnika
Sinj	24.826	Otok	5.475	Zmijavci	2.048
Imotski	10.764	Podbablje	4.680	Šestanovac	1.958
Trilj	9.109	Klis	4.801	Lovreć	1.700
Vrgorac	6.572	Muć	3.882	Zagvozd	1.188
Vrlika	2.177	Proložac	3.802	Lokvičići	807
		Hrvace	3.617	Primorski Dolac	770

		Dugopolje	3.469	Prgomet	673
		Dicmo	2.802	Lećevica	581
		Runovići	2.416	Zadvarje	289
		Cista Provo	2.335		
GRADOVI	53.448	Općine	47.293		
%	53,1	%	46,9		
UKUPNO	100.741 (100,0)				

Tablica 3. Stanovnici muškog spola po gradovima i općinama Zagore Splitsko-dalmatinske županije, Popis 2011.

GRADOVI		OPĆINE			
	broj stanovnika		broj stanovnika		broj stanovnika
Sinj	12.313	Otok	2.788	Zmijavci	1.020
Imotski	5.230	Podbablje	2.272	Šestanovac	982
Trilj	4.605	Klis	2.407	Lovreć	842
Vrgorac	3.327	Muć	1.949	Zagvozd	582
Vrlika	1.109	Proložac	1.828	Lokvičići	406
		Hrvace	1.828	Primorski Dolac	378
		Dugopolje	1.735	Prgomet	324
		Dicmo	1.433	Lećevica	298
		Runovići	1.222	Zadvarje	144
		Cista Provo	1.154		
GRADOVI	26.584	Općine	23.592		
%	53,0	%	47,0		
UKUPNO	50.176 (100,0)				

Tablica 4. Broj stanovnica po gradovima i općinama Dalmatinske Zagore Splitsko-dalmatinske županije, Popis 2011.

GRADOVI		OPĆINE			
	broj stanovnika		broj stanovnika		broj stanovnika
Sinj	12.513	Otok	2.686	Zmijavci	1.028
Imotski	5.534	Podbablje	2.408	Šestanovac	976
Trilj	4.504	Klis	2.394	Lovreć	857
Vrgorac	3.245	Proložac	1.974	Zagvozd	606
Vrlika	1.068	Muć	1.933	Lokvičići	401
		Hrvace	1.789	Primorski Dolac	392

		Dugopolje	1.734	Prgomet	349
		Dicmo	1.369	Lećevica	285
		Runovići	1.194	Zadvarje	145
		Cista Provo	1.181		
GRADOVI	26.864	Općine	23.701		
%	53,1%	%	46,9		
UKUPNO	50.565 (100,0)				

3.2. BOLESTI I STANJA POTREBNI PALIJATIVNE SKRBI (PPS)

Odabir bolesti i stanja PPS urađen je prema primjeru Palliative care council of New Zealand (10).

U označavanju bolesti i stanja PPS korištene su šifre bolesti-stanja prema 10. međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih stanja (MKB-10) (12):

Izvor podataka je Elektronska baza zdravstveno-statističkih podataka o mortalitetu stanovnika SDŽ-e Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije, dostupno na URL adresi: http://nzjz-split.com/source/jz/php01.php?BiliM=mort .

3.2.1. ONKOLOŠKE BOLESTI:

Sve Novotvorine: C00-D48

3.2.2. NEONKOLOŠKE KRONIČNE ONESPOSOBLJAVAJUĆE BOLESTI (poredane po učestalosti):

1. zatajenja srca: I11.1, I13.0, I13.2, I50.0, I59.9
2. kronična obstruktivna plućna bolest (KOPB): J 41.0, J41.8, J42, J43.0, J43.1, J43.2,

J43.8, J43.9, J44.0, J44.1, J44.8, J44.9

3. demencije: F01-F03
4. Parkinsonova bolest: G20
5. bolesti bubrega: N10.2, N11.2, N12.0, N13.1, N13.2, N18.8, N18.9
6. Alzheimerova bolest: G30.0, G30.1, G30.8, G30.9
7. multipla skleroza: G35
8. bolest motornih neurona: G12.2
9. kronične bolesti jetre: K70.4, K71.1, K72.1, K72.9

U radu je korišten deskriptivni epidemiološki metod.

Smrtnost je iskazana u stopama na 100.000 stanovnika. Standardizirana stopa smrtnosti izračunata je prema Europskoj standardnoj populaciji za 2013. godinu (ESP 2013).

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

Uz standardizirane stope smrtnosti urađen je 95% CI (confidence interval), χ^2-test i Studentov test proporcija. Značajnost razlika iskazana je na p vrijednosti <0,001.

4. REZULTATI

U petogodišnjem razdoblju istraživanja 2009.-2013. godine od Svih uzroka smrti (A00-T98, MKB-10) u Zagori Splitsko-dalmatinske županije ukupno je umrlo 6.074 stanovnika. Godišnji prosjek 1.215. Više je umrlo žena 3.114 (51,3%) nego muškaraca 2.960 (48,7%). Prosječno godišnje umrle su 623 žene i 592 muškarca (tablica 5.).

Tablica 5. Umrli od Svih uzroka smrti (A00-T98 MKB-10) na području Zagore SDŽ

	muški spol	ženski spol	oba spola

dobna skupina	0-19	20-64	65-74	≥75	sve dobi	0-19	20-64	65-74	≥75	sve dobi	0-19	20-64	65-74	≥75	sve dobi
2009.	5	187	151	272	615	4	46	88	504	642	9	233	239	776	1257
2010.	5	151	138	275	569	4	46	80	458	588	9	197	218	733	1157
2011.	7	190	144	279	620	4	58	89	453	604	11	248	233	732	1224
2012.	4	177	140	270	591	4	47	91	532	674	8	224	231	802	1265
2013.	5	138	140	282	565	3	63	62	478	606	8	201	202	760	1171
ukupno	26	843	713	1378	2960	19	260	410	2425	3114	45	1103	1123	3803	6074
prosjek	5	169	143	275	592	4	52	82	485	623	9	221	225	760	1215

Očekivano najviše umrlih je u najstarijoj dobi ≥75 godina, dob srednje i visoke starosti. Prosječno godišnje u razdoblju 2009.-2013. godine umrlo ih je 760 oba spola (62,55%), 275 muškaraca (46,45%), a žena 485 (77,85%). Važno je uočiti da muškarci više od žena umiru u mlađim dobnim skupinama, a žene samo u dobi visoke starosti umiru više od muškaraca (slika 1.).

Slika 1. Prosječni godišnji broj umrlih po spolu i dobnim skupinama od Svih uzroka smrti (A00-T98, MKB-10) u Zagori SDŽ za razdoblje 2009.-2013. godine

U istom razdoblju broj umrlih oba spola potrebnih palijativne skrbi (PPS) bio je 2.137 ili 35,18% svih umrlih. Kod muškog spola PPS bilo je 1.202 umrlih (40,61% svih umrlih), a kod ženskog spola 935 (31,59% svih umrlih) (tablica 6.).

Tablica 6. Umrli od svih bolesti i stanja **potrebni palijativne skrbi** na području Zagore SDŽ

	muški spol					ženski spol					oba spola				
dobna skupina	0-19	20-64	65-74	≥75	sve dobi	0-19	20-64	65-74	≥75	sve dobi	0-19	20-64	65-74	≥75	sve dobi
2009.	0	76	70	109	255	0	28	33	138	199	0	104	103	247	454
2010.	1	58	63	103	225	0	25	34	109	168	1	83	97	212	393
2011.	1	90	69	110	270	1	33	35	114	183	2	123	104	224	453
2012.	0	74	71	90	235	1	27	35	139	202	1	101	106	229	437
2013.	0	55	68	94	217	1	35	27	120	183	1	90	95	214	400
ukupno	2	353	341	506	1.202	3	148	164	620	935	5	501	505	1.126	2.137
prosjek	<1	71	68	101	240	<1	29	33	124	187	1	100	101	225	427

Suprotno nego kod svih uzroka smrti prosječni godišnji broj umrlih muškaraca PPS veći je od broja umrlih žena PPS (240 vs.187 ili 56,2% vs. 43,8%). Muškarci PPS su dvostruko više umirali od žena u dobi do 75 godina.

U dobi do 19 godina kod oba spola prosječno godišnje registriran je jedan smrtni ishod potreban palijativne skrbi (slika 2.).

Slika 2. Prosječni godišnji broj umrlih potrebnih palijativne skrbi po spolu i dobnim skupinama u Zagori SDŽ za razdoblje 2009.-2013. godine

Zbirni prikaz prosječnih godišnjih brojeva umrlih PPS i udjela u ukupno umrlima po dobnim skupinama i spolu jasno ističe razliku udjela između visokih udjela kod muškog spola u odnosu na niže udjele kod ženskog spola.

Najveće su razlike u starijim dobnim skupinama u korist manjih udjela kod žena. Međutim, za dobnu skupinu 20-64 godine, koja predstavlja radno sposobno stanovništvo, udio umrlih žena od 55,77% u odnosu na udio kod muškaraca 42,01% je veći, ali bez statističke značajnosti razlika (χ^2-test=2,0; $p>0,05$). Uzrok takvom visokom udjelu smrti PPS je mali broj umrlih žena od svih uzroka smrti u toj dobnoj skupini (slika 3.).

Slika 3. Prosječni godišnji broj i udjeli (%) potrebnih palijativne skrbi u odnosu na ukupno umrle na području Zagore Splitsko-dalmatinske županije po dobnim skupinama i za sve dobi, 2009.-2013. godine

Na slikama 4, 5 i 6 prikazan je broj umrlih od svih uzroka smrti i umrlih PPS po godinama promatranja od 2009. do 2013. godine. Kod umrlih od svih uzroka smrti i umrlih PPS uočljiv je trend blagog pada broja umrli kod oba spola i kod muškog spola, dok je kod ženskog spola prisutan trend stagnacije.

Slika 4. Umrli stanovnici Zagore Splitsko-dalmatinske županije oba spola od svih uzroka smrti (A00-T98, MKB-10) i umrli potrebni palijativne skrbi, 2009.-2013.

Slika 5. Umrli stanovnici Zagore Splitsko-dalmatinske županije muškog spola od svih uzroka smrti (A00-T98, MKB-10) i potrebni palijativne skrbi, 2009.-2013.

Slika 6. Umrle stanovnice Zagore Splitsko-dalmatinske županije od svih uzroka smrti (A00-T98, MKB-10) i potrebne palijativne skrbi na području, 2009. - 2013.

Prosječna godišnja nestandardizirana smrtnost PPS za sve dobi po spolovima je veća kod muškog spola (478,32/100.000 vs. 369,82/100.000).

Prosječna godišnja standardizirana stopa smrtnosti prema ESP 2013 kod muškog spola je statistički izrazito značajno veća 642,62/100.000 (95% CI 578,0-707,2), nego kod ženskog spola 350,87/100.000 (95% CI 320,0-381,7) i kod oba spola 472,23/100.000 (95% CI 433,3-511,1) ($p<0,0001$) (tablica 7.).

Tablica 7. Nestandardizirane i standardizirane stope smrtnosti od bolesti i stanja potrebnih palijativne skrbi kod stanovnika svih dobi u Zagori SDŽ

	muški spol (Popis 2011. – 50.176)			ženski spol (Popis 2011. – 50.565)			oba spola (Popis 2011.- 100.741)		
	umrli svih dobi	na 100.000	standardizirana stopa na 100.000	umrle svih dobi	na 100.000	standardizirana stopa na 100.000	umrli svih dobi	na 100.000	standardizirana stopa na 100.000
2009.	255	508,21	684,93	199	393,55	369,54	454	450,66	501,13
2010.	225	448,42	611,05	168	332,25	313,95	393	390,11	434,35

2011.	270	538,11	709,50	183	361,91	344,48	453	449,67	498,57
2012.	235	468,35	620,62	202	399,49	377,55	437	433,79	483,74
2013.	217	432,48	587,00	183	361,91	348,73	400	397,06	443,38
prosjek	240	478,32	642,62	187	369,82	350,87	427	423,86	472,23
95% CI			578,0-707,2			320,0 – 381,7			433,3-511,1

Linijski dijagrami standardiziranih stopa smrtnosti PPS iskazuju trend pada stopa smrtnosti kod muškog spola dok je za oba spola i za ženski spol trend stopa smrtnosti u stagnaciji (slika 7.).

Slika 7. Standardizirane stope smrtnosti stanovnika svih dobi Zagore Splitsko-dalmatinske županije od bolesti i stanja potrebnih palijativne skrbi, 2009.-2013. (asterix – statistička značajnost p<0,0001)

Rangiranje umrlih PPS urađeno je prema broju umrlih svih dobi. Kod umrlih muškog spola PPS iza novotvorina na drugom mjestu su umrli od kronične opstruktivne plućne bolesti (KOPB) 10%, a na trećem mjestu umrli od bolesti srca 6% (tablica 8.).

Tablica 8. Rang lista umrlih muškog spola od svih bolesti i stanja potrebni palijativne skrbi na području Zagore SDŽ, 2009. - 2013. godine

bolesti/stanja	0-19	20-64	65-74	≥75	sve dobi	
					ukupno	godišnji prosjek
Sve palijativne skrbi	2	353	341	506	1.202	240
Novotvorine	2	324	287	337	950	190
KOPB	0	16	28	70	114	23

Bolesti srca	0	7	13	56	76	15
Bolesti bubrega	0	0	2	16	18	3
Parkinsonova bolest	0	1	2	13	16	3
Alzheimerova bolest	0	1	5	6	12	2
Demencija	0	0	2	8	10	2
Multipla skleroza	0	2	1	0	3	2
Kronična bolest jetre	0	2	0	0	2	<1
Bolesti motornih neurona	0	0	1	0	1	<1

Kod muškog spola umrli zbog novotvorina (80%), KOPB (10%) i Bolesti srca (6%) čine 96% svih smrti PPS (slika 8.).

Slika 8. Broj i udjeli (%) umrlih po uzrocima smrti muškog spola potrebnih palijativne skrbi u Zagori SDŽ, 2009.-2013.

Kod umrlih ženskog spola također su novotvorine vodeći uzrok smrti PPS. Na drugom mjestu su bolesti srca, a KOPB na trećem mjestu. Na četvrtom mjestu su umrle zbog demencije ispred umrlih od Parkinsonove bolesti i od Alzheimerove bolesti (tablica 9.).

Tablica 9. Rang lista umrlih ženskog spola od svih bolesti i stanja potrebni palijativne skrbi na području Zagore SDŽ 2009.-2013. godine

bolesti/stanja	0-19	20-64	65-74	≥75	sve dobi	
					ukupno	godišnji prosjek
Palijativna skrb ukupno	3	148	164	620	935	187
Novotvorine	3	138	138	337	616	123
Bolesti srca	0	1	6	186	193	39
KOPB	0	0	5	36	41	8
Demencija	0	1	2	29	32	6
Parkinsonova bolest	0	1	3	16	20	4
Alzheimerova b.	0	1	5	7	13	3
Bolesti bubrega	0	1	3	8	12	2
Multipla skleroza	0	5	0	1	6	1
Bolesti motornih neurona	0	0	2	0	2	<1
Kronična bolest jetre	0	0	0	0	0	0

Kod ženskog spola novotvorine s udjelom od 67% kao uzrok smrti PPS ne dominiraju toliko kao kod muškog spola. Za razliku od muškog spola ispred KOPB s udjelom od 4%

na drugom mjestu su bolesti srca s udjelom 21%. Na 4. mjestu su demencije s udjelom 3% (slika 9.).

Slika 9. Broj i udjeli (%) umrlih po uzrocima smrti muškog spola potrebnih palijativne skrbi u Zagori SDŽ, 2009.-2013.

Tablica 10. Rang lista umrlih oba spola od svih bolesti i stanja potrebni palijativne skrbi na području Zagore SDŽ 2009.-2013. godine

bolesti/stanja	0-19	20-64	65-74	≥75	sve dobi	
					ukupno	godišnji prosjek
Palijativna skrb ukupno	5	501	505	1.126	2.137	427
Novotvorine	5	462	425	674	1.566	313
Bolesti srca	0	8	19	242	269	54
KOPB	0	16	33	106	155	31
Demencija	0	1	4	37	42	8
Parkinsonova bolest	0	2	5	29	36	7
Bolesti bubrega	0	1	5	24	30	6
Alzheimerova bolest	0	2	10	13	25	5
Multipla skleroza	0	7	1	1	9	2
Bolesti motornih neurona	0	0	3	0	3	1
Kronična bolest jetre	0	2	0	0	2	<1

Broj umrlih zbog Novotvorina (C00-D48, MKB-10) dominira kod oba spola kao uzrok PPS. Muški spol ima statistički značajno veći broj umrlih svih dobi od ženskog spola (950 vs. 616) (χ^2-test=74,6;p<0,0001). Kod muškog spola veći je broj umrlih u dobi 20-64 godine nego u dobi ranog seniuma 65-74 godine, 324 vs. 287 (tablica 11.).

Tablica 11. Umrli od Novotvorina (C00-D48, MKB-10) na području Zagore SDŽ

	muški spol					ženski spol					oba spola				
dobna skupina	0-19	20-64	65-74	≥75	sve dobi	0-19	20-64	65-74	≥75	sve dobi	0-19	20-64	65-74	≥75	sve dobi
2009.	0	66	50	74	190	0	25	29	67	121	0	91	79	141	311
2010.	1	53	51	68	173	0	24	26	66	116	1	77	77	134	289

2011.	1	83	61	66	211	1	30	28	62	121	2	113	89	128	332
2012.	0	70	64	74	208	1	24	31	75	131	1	94	95	149	339
2013.	0	52	61	55	168	1	35	24	67	127	1	87	85	122	295
ukupno	2	324	287	337	950	3	138	138	337	616	5	462	425	674	1566
prosjek	<1	65	57	67	190	<1	28	28	67	123	1	93	85	135	313

Zbog ukupnog prevladavajućeg broja umrlih zbog novotvorina u umrlima PPS tako i njihov trend utiče na ukupni trend umrlih PPS. Trend pada broja umrlih muškog spola zbog novotvorina uzrokom je trenda pada svih umrlih muškaraca PPS. Porast trenda umrlih žena zbog novotvorina uzrokom je porasta trenda broja svih umrlih žena PPS (slika 10.).

Slika 10. Godišnji broj umrlih svih dobi od Novotvorina (C00-D48, MKB-10) u Zagori Splitsko-dalmatinske županije

Druga podskupina bolesti uzrokom umrlih PPS kod oba spola su Bolesti srca (I11.1, I13.0, I13.2, I50.0, I50.9; MKB-10) koje se mogu nazvati jednim imenom zatajenje srca.

Broj umrlih ženskog spola statistički je značajno veći od umrlih muškog spola, 193 vs. 76 (χ^2-test=49,3; p<0,0001). U dobi ≥75 godina, srednji i visoki senium, kod oba spola umrlo ih je 242 što je 90% od 269 svih umrlih zbog zatajenja srca (tablica 12.).

Tablica 12. Umrli od Bolesti srca (I11.1, I13.0, I13.2, I50.0, I50.9; MKB-10) na području Zagore SDŽ

	muški spol					ženski spol					oba spola				
dobna skupina	0-19	20-64	65-74	≥75	sve dobi	0-19	20-64	65-74	≥75	sve dobi	0-19	20-64	65-74	≥75	sve dobi
2009.	0	3	4	15	22	0	0	1	54	55	0	3	5	69	77
2010.	0	2	1	10	13	0	0	0	28	28	0	2	1	38	41
2011.	0	1	3	18	22	0	1	4	28	33	0	2	7	46	55
2012.	0	0	3	6	9	0	0	1	43	44	0	0	4	49	53
2013.	0	1	2	7	10	0	0	0	33	33	0	1	2	40	43
ukupno	0	7	13	56	76	0	1	6	186	193	0	8	19	242	269
prosjek	0	1	3	11	15	0	0	1	37	39	0	2	4	48	54

Na stubičastom dijagramu umrlih muškaraca i žena PPS zbog bolesti srca uočljiv je izrazito manji broj umrlih muškaraca. Kod oba spola prisutan je trend pada broja umrlih (slika 11.).

Slika 11. Godišnji broj umrlih svih dobi od Bolesti srca (I11.1, I13.0, I13.2, I50.0, I50.9; MKB-10) u Zagori Splitsko-dalmatinske županije

Broj umrlih od Kronične opstruktivne plućne bolesti (KOPB) (J40.0, J 41.0, J41.8, J42.0, J43.0, J43.1, J43.2, J43.8, J43.9, J44.0, J44.1, J44.8, J44.9; MKB-10) manji je od broja umrlih od Bolesti srca. Umrlih muškog spola bilo je značajno više od ženskog spola, 114 vs 41. Udio umrlih žena mlađih od 75 godina je 12,2% za ukupno 5 umrlih dok je za 44 umrla muškarca mlađa od 75 godina taj udio 38,6% (tablica 13.)

Tablica 13. Umrli od Kronične opstruktivne plućne bolesti (J40.0, J 41.0, J41.8, J42.0, J43.0, J43.1, J43.2, J43.8, J43.9, J44.0, J44.1, J44.8, J44.9; MKB-10) na području Zagore SDŽ

	muški spol					ženski spol					oba spola				
dobna skupina	0-19	20-64	65-74	≥75	sve dobi	0-19	20-64	65-74	≥75	sve dobi	0-19	20-64	65-74	≥75	sve dobi
2009.	0	5	10	11	26	0	0	1	5	6	0	5	11	16	32
2010.	0	2	8	14	24	0	0	2	5	7	0	2	10	19	31
2011.	0	5	3	19	27	0	0	1	11	12	0	5	4	30	39
2012.	0	2	3	5	10	0	0	1	8	9	0	2	4	13	19
2013.	0	2	4	21	27	0	0	0	7	7	0	2	4	28	34
ukupno	0	16	28	70	114	0	0	5	36	41	0	16	33	106	155
prosjek	0	3	6	14	23	0	0	1	7	8	0	3	7	21	31

Sasvim suprotno nego kod bolesti srca broj umrlih muškog spola umrlih zbog KOPB-a trostruko je veći nego kod ženskog spola. Trend kod muškog spola je u padu, dok je kod žena trend lagano uzlazni (slika 12.).

Slika 12. Godišnji broj umrlih svih dobi od KOPB-a((J40.0, J 41.0, J41.8, J42.0, J43.0, J43.1, J43.2, J43.8, J43.9, J44.0, J44.1, J44.8, J44.9; MKB-10) na području Zagore SDŽ

5. RASPRAVA

Palijativna skrb (PS) je sastavni dio zdravstvene djelatnosti koja se susreće i provodi u cjelosti ili djelomično na svim razinama i na svim mjestima pružanja zdravstvene skrbi prema bolesnicima svih dobi bolesnima od svih bolesti i stanja potrebnih palijativne skrbi (PPS) bez obzira radi li se o sustavnom, organiziranom, planiranom, stalnom djelovanju ili spontanom, povremenom djelovanju po ukazanim potrebama.

Pravo i obveza pružanja PS je u mjerodavnosti svih zdravstvenih djelatnika. Međutim, PS se gotovo poistovjećuje sa sestrinskom strukom.

Zagora Splitsko-dalmatinske županiji (SDŽ) koja zauzima ¾ ukupne površine u kojoj živi gotovo jedna četvrtina stanovništva SDŽ nema sustavne organizirane PS kao što je nema ni u SDŽ. Postoje nastojanja organiziranja sustavne PS u Gradu Splitu i Gradu Imotskom međutim bez vidljivih pomaka u smislu stalne i organizirane djelatnosti.

U razvijenom svijetu zbog sve većih udjela stanovnika starije dobi veće su potrebe za PS. Na području Zagore SDŽ potrebe PS očekivano su još izraženije iz razloga depopulacije zbog iseljavanja mladih stanovnika kao i sve većih udjela samačkih kućanstava (21,2%) (14).

U Republici Hrvatskoj gotovo nema publiciranih radova koji su istraživali PPS. Temeljem pokazatelja iz rutinske zdravstvene statistike umrlih od bolesti/stanja procjena PPS u Zagori SDŽ može se usporediti samo s procjenama PPS u SDŽ koja ima publiciranu procjenu PPS za 2012. godinu.

Standardizirana prosječna stopa smrtnosti PPS u Zagori SDŽ za razdoblje 2009.-2013. godine kod oba spola iznosila je 4,72/1.000 stanovnika dok je u SDŽ u 2012. godini bila 5,08/1.000 stanovnika. Manja stopa smrtnosti u Zagori je bez statističke značajnosti razlika (χ^2=1,2; p>0,05) (16).

Nedostatak ovog istraživanja je nemogućnost ishođenja podataka: o mjestu smrti (bolnica, kod kuće, ustanove za smještaj i njegu, drugdje), o duljini liječenja PPS u bolnici, niti dobna raspodjela umrlih po dobnim razredima dobi ≥75 godina, što sve zajedno

onemogućava cjelovitu usporedbu s pokazateljima u SDŽ za 2012. godinu. Stoga u raspravi preostaje opis rezultata temeljem dostupnih pokazatelja provedenog istraživanja u samoj Zagori SDŽ s djelomičnom usporedbom s pokazateljima u SDŽ u 2012. godini.

U razdoblju 2009. - 2013. godine u Zagori SDŽ ukupno je umrlo 2.137 stanovnika PPS 35,18% od svih umrlih što je u odnosu na SDŽ (43,99%) statistički značajno manji udio (χ^2=38,7; p<0,001). Tolika razlika u udjelima je zbog veće smrtnosti u Zagori od svih uzroka smrti nego u čitavoj SDŽ.

Godišnji prosjek umrlih oba spola je 427, prosječna godišnja standardizirana stopa 472,23/100.000 (95% CI 433,3-511,1). Različito od umrlih zbog svih uzroka smrti gdje je veći broj umrlih ženskog spola kod umrlih PPS bilo je više umrlih muškog spola. Umrlih muškog spola PPS bilo je 1.202, godišnji prosjek 240, prosječna godišnja standardizirana stopa 642,62/100.000 (95% CI 578,0-707,2). Broj umrlih žena bio je 935, godišnji prosjek 187, prosječna godišnja standardizirana stopa 350,87/100.000 (95% CI 320,0-381,7). Standardizirana stopa umrlih muškog spola PPS dvostruko je veća od broja umrlih ženskog spola.

Kao i kod smrti od svih uzroka smrti očekivano najveći broj umrlih PPS je u dobi ≥75 godina 1.126 (52,7%). U dobi do 75 godina dvostruko je više umrlih muškaraca PPS od žena 139 vs. 66, a u dobi ≥75 godina značajno je više umrlih žena od muškaraca: 124 vs. 101 (χ^2=4,30; p<0,05).

Kod radno sposobnog stanovništva dobne skupine 20-64 godine veći je udio umrlih žena 55,77% u odnosu na udio kod muškaraca 42,01%, ali bez statističke značajnosti ralika (χ^2-test=2,0; p>0,05). Uzrok takvom visokom udjelu smrti PPS kod žena je mali broj umrlih žena od svih uzroka smrti uz istovremeni porast broja umrlih žena od ginekoloških zloćudnih novotvorina (14,15).

U dječjoj i adolescentnoj dobi do 19 godina kroz pet godina umrlo je dvoje djece muškog spola i tri ženskog spola potrebni PS ili 11,11% od svih umrlih te dobi (45).

Kod umrlih od svih uzroka smrti i umrlih PPS u Zagori SDŽ uočljiv je trend blagog pada broja umrli kod oba spola i kod muškog spola, dok je kod ženskog spola prisutan trend stagnacije što je sukladno općem trendu depopulacije Zagore. Trendovi pada standardiziranih stopa smrtnosti PPS potvrđuju prethodno uočeno za broj umrlih oba spola i muškaraca. Kod ženskog spola izražen je trend porasta standardiziranih stopa smrtnosti (slika 7.).

Novotvorine kao uzrok smrti kod PPS razvidno prevladavaju i određuju ukupni trend svih bolesti/stanja PPS. Kod muškog spola uzrokom su 80% svih smrti PPS, a kod ženskog spola 67%.

Kod muškog spola na drugom mjestu su kronične opstruktivne plućne bolesti (KOPB) s udjelom 10%, a kod ženskog spola su to bolesti srca s udjelom 21%, dok su KOPB kod ženskog spola na trećem mjestu s udjelom 4%.

Od ostalih bolesti i stanja značajan udjel predstavljaju tek demencije koje kod žena čine 3% svih smrti PPS i Parkinsonova bolest 2%. Sve ostale bolesti i stanja su s udjelom ≤1%.

U ovom radu potrebno je bilo procijeniti broj kreveta PPS. Bez podataka o broju umrlih po mjestima smrti i bez podataka o duljini liječenja prije smrti u bolnici to nije moguće procijeniti na istovjetan način kako je urađeno za SDŽ 2012. godine. Ipak okvirna, gruba procjena mogla se uraditi na način da se ukupni procijenjeni broj potrebnih kreveta za SDŽ (35) podijeli sa četiri jer Zagora SDŽ ima jednu četvrtinu stanovnika SDŽ, a ukupna standardizirana stopa smrtnosti PPS u Zagori za oba spola je bez značajnosti razlika u odnosu na SDŽ. Prema tom izračunu procjena potrebnih kreveta u Zagori iznosi devet kreveta za potrebe PS (16).

Međutim, ovom okvirnom izračunu treba pristupiti s poznatim činjenicama da je zapadnim dijelovima Zagore već dostupna Opća bolnica Kninski ponos čiji je dio sadržaja namijenjen upravo PS i da na području Zagore postoje ustanove za smještaj i skrb starijih i

nemoćnih: Sinj, Vrgorac, Neorić, Runovići i Zadvarje, te stacionar pri Domu zdravlja u Sinju.

Navedeno ne otklanja potrebu planiranja i organiziranja sustavne palijativne skrbi u Zagori Splitsko-dalmatinske županije bilo da se radi o sadržajima u ustanovama ili kući bolesnika.
Uloga sestrinstva u svim ovim radnjama je neizostavna i nezamjenjiva kao i pomoć educiranih volonterskih skupina.

Za prvi korak značilo bi mnogo kad bi postojala mjesta gdje bi se mogli posuditi na korištenje bolnički kreveti za skrb o nepokretnima, invalidska kolica, dekubitalni madraci, trapezi, stalci za infuzije, ostali nepotrošni pribor i uređaji za njegu i slično.

6. ZAKLJUČAK

Na području Zagore Splitsko-dalmatinske županije kao i u čitavoj Županiji ne postoji sustavno planirana i organizirana palijativna skrb već se ona provodi spontano prema ukazanim potrebama na različitim mjestima.

Temeljem procjena potreba palijativne skrbi (PPS) urađenima na primjeru novozelandskog savjeta za palijativnu skrb na području Zagore Splitsko-dalmatinske županije za razdoblje 2009.-2013. godine one su podjednake potrebama na prostoru cijele Županije 2012. godine.

Prosječni godišnji broj umrlih PPS je 240 muškog spola i 187 ženskog spola. Prosječna godišnja standardizirana stopa smrtnosti su za muški spol 642,62/100.000 (95% CI 578,0-707,2), a za ženski spol dvostruko manja 350,87/100.000 (95% CI 320,0-381,7).

U uzrocima smrti koji su bili PPS prevladavaju novotvorine kod muškog spola 80% i 67% kod ženskog spola. Na drugom mjestu kod muškog spola su KOPB (10%), a kod ženskog spola bolesti srca (21%). Od ostalih bolesti zastupljene su kod žena demencije sa 3%-tnim udjelom i Parkinsonova bolest s 2%-tnim udjelom. Sve ostale bolesti/stanja su zastupljene s udjelom ≤1%.

Kod muškog spola i kod oba spola prisutan je trend pada smrtnosti od bolesti/stanja PPS, dok je kod ženskog spola prisutan trend porasta iz razloga značajno veće smrtnosti zbog zatajenja srca značajno većeg broja žena dobi ≥75 godina i porasta smrtnosti od ginekoloških novotvorina dobi do 65 godina.

Procijenjen broj potrebitih kreveta za provedbu završne faze intenzivne PS je devet kreveta za čitavu Zagoru SDŽ. Uz već postojeće sadržaje koji se koriste za PPS ovaj broj treba uvjetno prihvatiti.

Medicinske sestre trebale bi biti nositeljice planirane, sustavno organizirane provedbe PS. Za prvi korak izuzetno bi koristili edukacijski programi za liječnike, sestre i volontere uključene u procese pružanja PS.

Obzirom na veličinu Zagore korisno bi bilo organizirati mogućnost posudbe opreme i nepotrošnog pribora za pružanje PS.

7. LITERATURA

1. Buckley J. Palliative care an integrated approach ;Wiley black well, 2008.

2. Aitken M.A. Community Palliative Care: The Role of the Clinical Nurse Specialist,2009

3. Jušić A. Hospicijski pokret u Hrvatskoj, Liječničke novine br. 48. 15. IV. 2006, 65-69, dostupno na adresi: http://www.hospicijhrvatska.hr/hdhsp_publikacije.asp?ID_clanka=92&counter=0

4. Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020. Zagreb: Vlada Republike Hrvatske i Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, 2012. Dostupno na na URL adresi: www. zdravlje.hr.

5. Firth P,Luff G., OliviereD. Loss, change and bereavemnet in palliative care, London,2005.

6. Fallon M., Hank G. ; ABC of palliative care,Blackwell publishing, 2006.

7. Ivan Šegota, Etika sestrinstva: Smiju li medicinske sestre štrajkati, Društvo istraž. Zagreb, 15/GOD. 4 (1995), BR. 1, STR.101-12

8. Fučkar G.,Uvod u sestrinske dijagnoze,,Hrvatska udruga za sestrinsku dokumentaciju, Zagreb, 1996.

9. Tomek-Roksandić S., Lukić M, Deucht A, Županić M., Ljubićić M, Šimunec D, Vraćan S, Šepec S, Blaževković S, Milaković , Tomasović Mrćela , Vućevac V, Garić S, Pavković F, Katić M., Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom i postupnikom opće/obiteljske medicine u domu za starije, Centar za gerontologiju, Zagreb, 2011.

10. - 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.

11. Šepec S, Sestrinske dijagnoze, Hrvatska komora medicinskih sestara, Zagreb, 2011.

12. Šepec S, Evčić R. Sestrinske dijagnoze 2, Hrvatska komora medicinskih sestara, Zagreb, 2013.

13. Šepec S. Kompetencije medicinskih sestara opće zdravstvene njege, Hrvatska komora medicinskih sestara, Zagreb, 2011.

14. Smoljanović M, Vučica I. Zdravstveno stanje stanovnika Splitsko-dalmatinske županije dobi 65 i više godina, godišnje izvješće, 2014. Nastavni zavod za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije, Odjel/Centar za gerontologiju

15. Smoljanović M, Vučica I. Zdravstveno stanje stanovnika Splitsko-dalmatinske županije dobi 65 i više godina 2014. godine, godišnje izvješće, 2015. Nastavni zavod za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije, Odjel/Centar za gerontologiju

16. Marasovic Šušnjara I, Smoljanović A, Smoljanović M, Vučica I, Županović M, Primorac Z. Javnozdravstvena procjena potreba za palijativnom skrbi u Splitsko-dalmatinskoj županiji. Acta Med Crota, 69 (2015) 421-430. Dostupno na na URL adresi: http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=227214

8. SAŽETAK

Cilj završnog rada bio je procijeniti potrebe palijativne skrbi stanovništva Zagore Splitsko-dalmatinske županije koje kao i cijela SDŽ nema sadržaja organizirane, planirane sustavne provedbe palijativne skrbi već se ista provodi spontano po potrebama.

Prema metodologiji Novozelandskog savjeta za palijativnu skrb, a temeljem pokazatelja rutinske mortalitetne zdravstvene statitike za razdoblje 2009.-2013. godine dostupne u

Nastavnom zavodu za javno zdravstvo SDŽ deskriptivnom metodom procijenjeno je da su u Zagori SDŽ potrebe palijativne skrbi jednake potrebama u cijeloj SDŽ.

Kod svih dobi potrebe palijativne skrbi dvostruko su veće kod muškog spola 642,62/100.000 (95% CI 578,0-707,2), nego kod ženskog spola 350,87/100.000 (95% CI 320,0-381,7).

Novotvorine su prevladavajući uzrok smrti (80% kod muškaraca i 67% kod žena). Kod muškaraca na drugom mjestu su kronične opstruktivne plućne bolesti, a kod žena bolesti srca. U dobi do 65 godina veći su udjeli žena potrebnih palijativne skrbi iz razloga povećane smrtnosti od ginekoloških novotvorina. U dječjoj dobi i dobi adolescenata do 19 godina prosječno godišnje godišnje umire jedan osoba potrebna palijativne skrbi.

Procijenjen broj potrebnih kreveta za palijativnu skrb u Zagori je devet kreveta.

U organizaciji i provedbi palijativne skrbi uloga medicinske sestre je neizostavna i od izuzetnog značaja.

Za prvo početno organizirano djelovanje, uz korištenje postojećih sadržaja u zdravstvenim ustanovama i ustanovama za smještaj starijih i nemoćnih, neophodno je provesti doedukaciju zdravstvenih djelatnika i volontera za provedbu palijativne skrbi u kući bolesnika.

Od strane područnih županijskih vlasti potrebno ishoditi početna sredstva za posudionice neophodne opreme za provedbu palijativne skrbi u kući.

9. SUMMARY

The goal of this bachelor's thesis was to evaluate the need for palliative care in the population of Zagora Split-Dalmatia counties, and the whole SDŽ has no content of

organized, planned the systemic implementation of palliative care but they are carried out spotaneously by needs.

According to the methodology of the New Zealand Council for palliative care, based on indicators of mortality routine health stats for the period 2009th-2013th was available in the Teaching Institute for Public Health SDŽ descriptive method was estimated to be in Zagora SDŽ needs for palliative care are equal to needs throughout SDŽ.

In all ages the need for palliative care are twice in males 642.62 / 100,000 (95% CI 578.0 to 707.2) than in females 350.87 / 100,000 (95% CI 320.0 to 381.7).

Neoplasms are the predominant cause of death (80% in men and 67% in women). With men on second place as chronic obstructive pulmonary disease, and heart disease in women. At the age of 65 years are higher shares of women needed palliative care for the reason of increased mortality of gynecological neoplasms. In childhood and adolescents aged up to 19 years on average per year die annually one person need palliative care.

Estimated number of required beds for palliative care in Zagora is nine beds.

In the organization and implementation of palliative care, the role of nurses is indispensable and of great importance.

For the first initial organized activity, with the use of existing facilities in health institutions and institutions for the elderly and infirm, it is necessary to conduct additional education of medical professionals and volunteers to implement palliative care in the patient's home.

By the regional county government needs to obtain initial funding for renting the necessary equipment for the implementation of palliative care in the home.

10. ŽIVOTOPIS

Osobni podaci:

IME I PREZIME: Bruna Prnjak

DATUM I MJESTO ROĐENJA: 20.12.1993. godine u Splitu

E-MAIL: bruna.prnjak@gmail.com

Obrazovanje:

OSNOVNA ŠKOLA: Osnovna škola „Ravne njive“, Split

Od: 2000. Do: 2008.

SREDNJA ŠKOLA: Zdravstvena škola Split

Smjer: Medicinska sestra

Od: 2008. Do: 2012.

Maturirala odličnim uspjehom

PREDDIPLOMSKI STUDIJ: Sveučilišni odjel zdravstvenih studija,

Preddiplomski sveučilišni studij: Sestrinstvo Split.

Od: 2013. Do: 2016.

Radno iskustvo:

Klinička praksa tijekom studija - tijekom srednje škole i studija

Dom za starije i nemoćne „Cor Aureum“ Lipanj 2015. – Rujan 2015.

Obiteljski dom „Nela“ Svibanj 2016. – Srpanj 2016.

Dom za starije i nemoćne „Cor Aureum“ Srpanj 2016. – trenutno zaposlena

11. PRILOG

Tablica 14. Umrli od Demencije (F01-F03; MKB-10) na području Zagore SDŽ

	muški spol					ženski spol					oba spola				
dobna skupina	0-19	20-64	65-74	≥75	sve dobi	0-19	20-64	65-74	≥75	sve dobi	0-19	20-64	65-74	≥75	sve dobi
2009.	0	0	1	0	1	0	0	0	6	6	0	0	1	6	7
2010.	0	0	1	3	4	0	1	2	3	6	0	1	3	6	10

2011.	0	0	0	2	2	0	0	0	5	5	0	0	0	7	7
2012.	0	0	0	2	2	0	0	0	7	7	0	0	0	9	9
2013.	0	0	0	1	1	0	0	0	8	8	0	0	0	9	9
ukupno	0	0	2	8	10	0	1	2	29	32	0	1	4	37	42
prosjek	0	0	<1	2	2	0	<1	<1	6	6	0	<1	1	7	8

Tablica 15. Umrli od Parkinsonove bolesti (G20, MKB-10) na području Zagore SDŽ

	muški spol					ženski spol					oba spola				
dobna skupina	0-19	20-64	65-74	≥75	sve dobi	0-19	20-64	65-74	≥75	sve dobi	0-19	20-64	65-74	≥75	sve dobi
2009.	0	0	2	2	4	0	1	0	1	2	0	1	2	3	6
2010.	0	0	0	4	4	0	0	1	4	5	0	0	1	8	9
2011.	0	1	0	2	3	0	0	0	4	4	0	1	0	6	7
2012.	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	0	0	0	5	5
2013.	0	0	0	5	5	0	0	2	2	4	0	0	2	7	9
ukupno	0	1	2	13	16	0	1	3	16	20	0	2	5	29	36
prosjek	0	<1	<1	3	3	0	<1	1	3	4	0	<1	1	6	7

Tablica 16. Umrli od Bolesti bubrega (N10.2, N11.2, N12.0, N13.1, N13.2, N18.8, N18.9; MKB-10) na području Zagore SDŽ

	muški spol					ženski spol					oba spola				
dobna skupina	0-19	20-64	65-74	≥75	sve dobi	0-19	20-64	65-74	≥75	sve dobi	0-19	20-64	65-74	≥75	sve dobi
2009.	0	0	1	5	6	0	1	0	3	4	0	1	1	8	10
2010.	0	0	0	4	4	0	0	2	2	4	0	0	2	6	8
2011.	0	0	1	3	4	0	0	1	2	3	0	0	2	5	7
2012.	0	0	0	2	2	0	0	0	1	1	0	0	0	3	3
2013.	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
ukupno	0	0	2	16	18	0	1	3	8	12	0	1	5	24	30
prosjek	0	0	<1	3	4	0	<1	1	1	2	0		1	5	6

Tablica 17. Umrli od Alzheimerove bolesti (G30.0, G30.1, G30.8, G30.9; MKB-10) na području Zagore SDŽ

	muški spol					ženski spol					oba spola				
dobna skupina	0-19	20-64	65-74	≥75	sve dobi	0-19	20-64	65-74	≥75	sve dobi	0-19	20-64	65-74	≥75	sve dobi
2009.	0	0	2	2	4	0	1	2	2	5	0	1	4	4	9
2010.	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	2	0	2
2011.	0	0	1	0	1	0	0	0	2	2	0	0	1	2	3
2012.	0	1	1	1	3	0	0	1	0	1	0	1	2	1	4
2013.	0	0	0	3	3	0	0	1	3	4	0	0	1	6	7

ukupno	0	1	5	6	12	0	1	5	7	13	0	2	10	13	25
prosjek	0	<1	1	1	2	0	<1	1	1	3	0	<1	2	3	5

Tablica 18. Umrli od Multiple skleroze (G35; MKB-10) na području Zagore SDŽ

	muški spol					ženski spol					oba spola				
dobna skupina	0-19	20-64	65-74	≥75	sve dobi	0-19	20-64	65-74	≥75	sve dobi	0-19	20-64	65-74	≥75	sve dobi
2009.	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
2010.	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	2
2011.	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	2	0	0	2
2012.	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3	0	3	0	0	3
2013.	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
ukupno	0	2	1	0	3	0	5	0	1	6	0	7	1	1	9
prosjek	0	<1	<1	0	1	0	1	0	<1	1	0	1	<1	<1	2

Tablica 19. Umrli od Bolesti motornih neurona (G12.2, MKB-10) na području Zagore SDŽ

	muški spol					ženski spol					oba spola				
dobna skupina	0-19	20-64	65-74	≥75	sve dobi	0-19	20-64	65-74	≥75	sve dobi	0-19	20-64	65-74	≥75	sve dobi
2009.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2010.	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
2011.	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1
2012.	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1
2013.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ukupno	0	0	1	0	1	0	0	2	0	2	0	0	3	0	3
prosjek	0	0	<1	0	<1	0	0	<1	0	<1	0	0	1	0	1

Tablica 20. Umrli od Kronične bolesti jetre (K70.4, K71.1, K72.1, K72.9; MKB-10) na području Zagore SDŽ

	muški spol					ženski spol					oba spola				
dobna skupina	0-19	20-64	65-74	≥75	sve dobi	0-19	20-64	65-74	≥75	sve dobi	0-19	20-64	65-74	≥75	sve dobi
2009.	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
2010.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2011.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2012.	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
2013.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ukupno	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
prosjek	0	<1	0	0	<1	0	0	0	0	0	0	<1	0	0	<1