

Usporedba institucijske skrbi za osobe starije dobi u zemljama Europe

Goričanec, Ivana

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:598612>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-25**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 1232/SS/2019

**Usporedba institucijske skrbi za osobe starije dobi u
zemljama Europe**

Ivana Goričanec, 1771/336

Varaždin, prosinac 2019. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za Sestrinstvo

Završni rad br. 1232/SS/2019

Usporedba institucijske skrbi za osobe starije dobi u zemljama Europe

Student

Ivana Goričanec, 1771/336

Mentor

Doc.dr.sc. Marijana Neuberg

Varaždin, prosinac 2019. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za sestrinstvo

STUDIJ preddiplomski stručni studij Sestrinstva

PRISTUPNIK Ivana Goričanec

MATIČNI BROJ 1771/336

DATUM 02.12.2019.

KOLEGIJ Zdravstvena njega starijih osoba

NASLOV RADA Usporedba institucijske skrbi za osobe starije dobi u zemljama Europe

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Comparison of institutional care for the Elderly in European countries

MENTOR dr.sc. Marijana Neuberg

ZVANJE Docent

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. dr.sc. Irena Canjuga, predsjednik
2. doc.dr.sc. Marijana Neuberg, mentor
3. Valentina Novak, mag.med.techn., član
4. dr.sc. Ivana Živoder, zamjenski član
- 5.

2019

2019

Zadatak završnog rada

BROJ 1232/SS/2019

OPIS

Dugoročna skrb je na granici zdravstvene i socijalne skrbi, a uključuje širok niz usluga osobama s ograničenom sposobnošću za samostalan život kroz produženo razdoblje. Najčešći oblici dugoročne skrbi su institucijska skrb i njega u kući. Cilj ovog rada je napraviti pregled organizacije i financiranja institucijske skrbi u pojedinim zemljama Europe. U radu se opisuje sustav institucijske skrbi u Hrvatskoj, Njemačkoj, Austriji, Švedskoj i u Grčkoj, a temelji se na pregledu literature. Institucijska skrb se u različitim državama razlikuje po dostupnim kapacitetima, po organizaciji skrbi za osobe starije dobi te po načinima financiranja skrbi. Većina sustava se temelji na djelomičnom financiranju države u obliku različitih oblika financijske pomoći te doplaćivanju od strane korisnika ili njegove obitelji. U razvijenijim zemljama kao što su Austrija, Švedska i Njemačka postoji veći broj osoba koje koriste institucijsku skrb zbog raspada tradicionalnih obitelji u kojima žene ne rade te skrbe o starijim članovima obitelji. U mediteranskim zemljama poput Grčke još uvijek postoji tradicionalnost u skrbi za osobe starije životne dobi, budući da samo 0,6% osoba starije dobi živi u institucijama za skrb. Institucijska skrb uz pojedine mane još uvijek ima veliku ulogu u skrbi za osobe starije dobi te predstavlja veliko olakšanje obiteljima koje trebaju skrbiti o svojim starijim članovima.

ZADATAK URUČEN

12.12.2019.

POTPIS MENTORA



Predgovor

Zahvaljujem svojoj mentorici Marijani Neuberg na stručnom vođenju, savjetima i velikoj pomoći kroz izradu ovog rada. Veliko hvala svim profesorima studija sestrinstva na pruženom znanju.

Zahvaljujem svojim roditeljima, braći i prijateljima na podršci tokom studiranja, a posebno zahvaljujem svom partneru Mariju koji mi je uvijek bio oslonac i motivacija.

Sažetak

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije, starost se prema kronološkoj dobi dijeli u tri skupine. Prva skupina su starije osobe u dobi od 60 do 75 godina, zatim stare osobe od 76 do 90 godina te vrlo stare osobe u dobi iznad 90 godina. Povećanje broja osoba starije dobi (iznad 65 godina), a posebno starijih od 80 godina, nosi sa sobom veću razinu invalidnosti nastalih kao posljedica kroničnih bolesti. Rezultat toga je snažan porast potražnje za institucijskom skrbi. Institucije svojim korisnicima pružaju potrebnu njegu i skrb 24 sata dnevno.

Cilj ovog rada je napraviti pregled organizacije i financiranja institucijske skrbi u pojedinim zemljama Europe. U radu se opisuje sustav institucijske skrbi u Hrvatskoj, Njemačkoj, Austriji, Švedskoj i u Grčkoj, a temelji se na pregledu literature.

Institucijska skrb se u različitim državama razlikuje po dostupnim kapacitetima, po organizaciji skrbi za osobe starije dobi te po načinima financiranja skrbi. Većina sustava se temelji na djelomičnom financiranju države u obliku različitih oblika financijske pomoći te doplaćivanju od strane korisnika ili njegove obitelji. U razvijenijim zemljama kao što su Austrija, Švedska i Njemačka postoji veći broj osoba koje koriste institucijsku skrb zbog raspada tradicionalnih obitelji u kojima žene ne rade te skrbe o starijim članovima obitelji. U mediteranskim zemljama poput Grčke još uvijek postoji tradicionalnost u skrbi za osobe starije životne dobi, budući da samo 0,6% osoba starije dobi živi u institucijama za skrb. Institucijska skrb uz pojedine mane još uvijek ima veliku ulogu u skrbi za osobe starije dobi te predstavlja veliko olakšanje obiteljima koje trebaju skrbiti o svojim starijim članovima.

KLJUČNE RIJEČI: osobe starije dobi, institucijska skrb

Abstract

According to a definition by the World Health Organization, old age is divided into three groups depending on chronological age. The first group are the elderly aged between 60 and 75, followed by the elderly aged between 76 and 90, and by the elderly older than 90. The rise in the number of the elderly (above 65 years of age), and especially those older than 80, brings about a higher disability level as a consequence of chronic illnesses. The result of this is a sharp rise in the demand for institutional care. The institutions offer necessary nursing and care to their users for 24 hours a day.

The aim of this paper is to give an overview of the organization and financing of institutional care in particular European countries. Descriptions of institutional care in Croatia, Germany, Austria, Sweden and Greece are given in this paper, based on the literature review.

Institutional care is distinguished in different countries by the available capacities, by the organization of care for the elderly and by the ways of financing. Most institutional care systems are partially financed by the country with various types of financial aid, and by the additional payment of the user or his family. In the developed countries, such as Austria, Sweden and Germany, there is higher number of individuals who make use of institutional care because of the decline of traditional families, in which women are not employed and care for the elderly family members. In Mediterranean countries, such as Greece, traditionalism is still present in the care for the elderly, since only 0.6% of them reside in care institutions. Besides a few drawbacks, institutional care still plays a major role in caring for the elderly and is a great relief for families who need to take care of their elderly members.

KEY WORDS: the elderly, institutional care

Popis korištenih kratica

ESPEN - European Society for Clinical Nutrition and Metabolism

MNA - Mini Nutritional Assessment

NHSOPSC - Nursing Home Survey on Patient Safety Culture

LTCI – Long term care insurance

Sadržaj

1.	Uvod	1
2.	Specifičnosti starije dobi	3
2.1.	Prehrana osoba starije dobi.....	5
2.1.1.	Malnutricija kod osoba starije dobi	6
2.2.	Dnevne aktivnosti osoba starije dobi.....	7
2.2.	Sigurnost u starijoj životnoj dobi.....	8
3.	Institucijska skrb.....	10
3.1.	Institucijska skrb u Republici Hrvatskoj	12
4.	Organizacija i financiranje skrbi za osobe starije dobi.....	17
4.1.	Austrija	17
4.2.	Švedska.....	18
4.3.	Njemačka	20
4.4.	Grčka	21
5.	Smjernice i prijedlozi za unapređenje	23
6.	Zaključak	25
7.	Literatura	26

1. Uvod

Starija dob je posljednje razvojno razdoblje u životnom vijeku, a može se definirati prema kronološkoj dobi nakon 65. godine života. Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije, starost se prema kronološkoj dobi dijeli u tri skupine. Prva skupina su starije osobe u dobi od 60 do 75 godina, zatim stare osobe od 76 do 90 godina te vrlo stare osobe u dobi iznad 90 godina [1]. Definiranje starosti nije isključivo pitanje nečije kronološke dobi i funkcionalnih sposobnosti već predstavlja i odnos kvalitete nečijeg života, sustava vrijednosti i obilježja sredine u kojoj neka osoba živi. Ako se uzme u obzir psihološka i socijalna dimenzija te tjelesna aktivnost, tipologija osoba starije dobi dijeli se u četiri skupine. U skupinu „ne-starih“ osoba spadaju osobe koje kronološku dob smatraju samo anagrafskim podatkom, dobro se osjećaju, aktivni su i potpuno uključeni u socijalnu stvarnost. Druga skupina su skupina „aktivni stari“ u koju spadaju osobe koje imaju više od 60 ili 65 godina te unatoč pokojnoj biološkoj smetnji vode aktivan život te su socijalno uključeni. Skupina „povučeni“ obuhvaća osobe starije dobi koje prihvaćaju i priznaju da su stare, ali im to ne predstavlja problem te im odgovara činjenica da se više ne trebaju natjecati u radnim, profesionalnim i socijalnim aktivnostima. Posljednju skupinu čine „marginalci“ gdje spadaju osobe koje iz različitih razloga odgovaraju tradicionalnoj slici osoba starije dobi koje su s vremenom sve manje sposobne brinuti o sebi i voditi aktivan život [2].

Ukupan broj stanovnika je 2017. godine u Europi procijenjen na 511,5 milijuna. Osobe starije od 65 godina činile su 19,4% ukupnog stanovništva. Po najvećem postotku osoba u dobi od 65 godina ili više su bile Italija s 22,3% starijih od 65 godina, Grčka s 21,5% te Njemačka s 21,2% [3]. U Hrvatskoj je prema popisu stanovništva iz 1962. godine bilo 6,2% osoba starijih od 65 godina, 1971. postotak se je povećao na 8,3% dok je 1981. godine bilo 10,8% osoba starijih od 65 godina [1]. Prema Popisu stanovništva iz 2011. godine, postotak stanovnika starijih od 65 godina iznosio je 17,7% te je prvi put premašio broj mladih od 0 do 14 godina čiji je udio bio 15,2% [4].

Razlozi povećanja broja osoba starije životne dobi u ukupnoj populaciji su promjene u stopama nataliteta i moraliteta. S godinama je došlo do pada smrtnosti novorođene djece, opada opća stopa nataliteta, usvajaju se obrasci ponašanja koji doprinose zdravlju kao što su unapređenje prehrane, aktivan način života, iskorijenile su se masovne zarazne bolesti, koriste se kvalitetniji lijekovi, dijagnostika bolesti je učinkovitija. Utjecaj svih tih čimbenika doveo je do povećanja udjela ljudi koji dožive staračku životnu dob [5].

Demografski trendovi i stope oboljenja povezanih s dobi su važne odrednice usluga dugoročne skrbi, kao što su institucije za dugotrajnu skrb. Mnoštvo sociokulturoloških čimbenika, uključujući dostupnost i vrstu stanovanja, strukturu obitelji, sklonosti starijih osoba i njihovih negovatelja, značajno utječu na potražnju i dostupnost usluga institucijske skrbi. Povećanje broja osoba starije dobi (iznad 65 godina), a posebno starijih od 80 godina, nosi sa sobom veću razinu invalidnosti nastalih kao posljedica kroničnih bolesti. Rezultat toga je snažan porast potražnje za institucijskom skrbi [6]. Širenje potražnje odvija se postupno, ali izdaci za dugoročnu skrb rastu čak brže nego troškovi za opću zdravstvenu zaštitu. Razlog tome nije samo povećana potražnja zbog starenja stanovništva, već zbog promjene društvenih odrednica. Došlo je do pada ponude neformalne skrbi izazvane promjenama u obiteljskoj strukturi te povećanjem ženskog radnog tržišta [7].

Dugoročna skrb je na granici zdravstvene i socijalne skrbi, a uključuje širok niz usluga osobama s ograničenom sposobnošću za samostalan život kroz produženo razdoblje. Najčešći oblici dugoročne skrbi su institucijska skrb i njega u kući. Institucijska skrb uključuje dugoročne usluge koje su dostupne 24 sata dnevno u institucijama koje služe i kao prebivalište za primatelje skrbi. Institucije su aranžmani gdje su skrb i smještaj osigurani zajedno skupinama ljudi koje borave u istom kvartu ili dijele zajedničko područje života. Kućna njega se odnosi na usluge vezane uz skrb, a koje se pružaju primateljima skrbi u njihovim vlastitim kućama ili stanovima. Iako se veliki broj država zalaže i posebno ulaže u razvoj izvaninstitucionalne skrbi, institucijska skrb još uvijek ima veliku ulogu u skrbi o osobama starije životne dobi [8].

2. Specifičnosti starije dobi

Starenje je proces tijekom kojeg se događaju promjene u funkciji ljudskog organizma. Razlikuju se tri osnovne dimenzije starenja, a to su biološko koje obuhvaća usporavanje i opadanje funkcija organizma tijekom vremena, psihološko u koje spadaju promjene u psihičkim funkcijama i prilagodba osobe na starenje te socijalno koje obuhvaća promjene u odnosu pojedinca koji stari i društva u kojem živi [9]. Kada se govori o starenju, bitno je razlikovati primarno i sekundarno starenje. Primarno starenje se odnosi na normalne fiziološke procese koji se događaju kao posljedica protoka vremena. Sekundarno starenje se odnosi na patološke promjene koje su posljedica vanjskih čimbenika. Promjene u sekundarnom starenju uključuju bolest, okolišne utjecaje i ponašanja [2]. Starenje je pojam koji je potrebno razlikovati od pojma starost. Starost se definira kao posljednje razvojno razdoblje u životnom vijeku osobe. Može se definirati prema kronološkoj dobi, prema socijalnim ulogama ili statusu te prema funkcionalnom statusu [9].

U starijoj dobi se događaju različite promjene u organizmu i u njegovom funkcioniranju. Neke od fizioloških promjena su slabljenje osjetila vida, sluha, njuha i okusa, smanjuje se mišićna masa, kosti su tanje i krhkije, smanjuje se elastičnost pluća, česta je pojava ateroskleroze i hipertenzije [10]. Strukturalne promjene u oku otežavaju fokusiranje bliskih predmeta, vid pri slabijem osvjetljenju te percepciju boja. Osobe starije dobi često su osjetljive na bliještanje te im je slika zamagljena zbog pojačane prozračnosti rožnice te raspršivanja svjetla. Narušeno je razlikovanje boja zbog leća koje žute. U starijoj dobi se katarakte povećavaju što može rezultirati sljepoćom bez adekvatnog operativnog tretmana. Osnovni uzrok sljepoće u starijoj dobi je makularna degeneracija gdje na svjetlo osjetljive stanice u makuli propadnu te se centralni vid magli i postepeno gubi. Slabljenje vida utječe na samopouzdanje i ponašanje osoba starije dobi. Veliki gubitak vida utječe na slobodne aktivnosti osobe te može dovesti do socijalne izolacije. Češće se moraju oslanjati na pomoć drugih osoba u svojim svakodnevnim aktivnostima, a od aktivnosti u kojima su do tada uživali često odustaju. Problem s percepcijom dubine i prilagodbom na tamu često dovode do padova. Tijekom vremena, smanjuje se opskrba krvlju te dolazi do gubitka stanica u unutrašnjem uhu i u slušnom korteksu. Skrućivanje membrane bubnjića uzrokuje slabljenje sluha i to najčešće za visoke frekvencije i tihe zvukove. Gubitak sluha utječe na sigurnost i uživanje u životu. U broju i raspodjeli okusnih pupoljaka nema promjena u starijoj životnoj dobi, no zbog čimbenika kao što su pušenje, zubna proteza, lijekovi i okolišni zagađivači

može doći do promjena u percepciji okusa. To može dovesti do smanjenog užitka prilikom konzumiranja hrane čime se povećava vjerojatnost malnutricije kod osoba starije dobi. Nakon 60. godine dolazi do opadanja broja mirisnih receptora što rezultira smanjivanjem osjetljivosti na mirise. Takvo stanje može biti potencijalno opasno zbog poteškoća u zamjećivanju pokvarene hrane, smrada ili dima. Kardiovaskularni i respiratorni sustav također prolaze kroz određene promjene prilikom starenja osobe. Srčani mišić postaje krući, neke njegove stanice umiru, a neke se povećavaju zbog čega dolazi do hipertrofije lijevog ventrikla. Stjenke arterija se također stvrdnjavaju te dolazi do nakupljanja kolesterola. Rezultat promjena je opadanje maksimalnog broja otkucaja i usporavanje protoka krvi. Česti ishod je hipoksija tkiva tijekom pojačane tjelesne aktivnosti. Plućno tkivo gubi elastičnost te se pluća pune i prazne manje učinkovito što rezultira smanjenom sposobnošću krvi da apsorbira kisik i izluči ugljikov dioksid [11].

Prema autorima Poppek i Rodin, najučestalije bolesti osoba starije dobi koje su zabilježene u ordinacijama obiteljske medicine su arterijska hipertenzija, bolesti intervertebralnih diskova, bolesti krvožilnog sustava i dijabetes. Udio hospitaliziranih osoba starijih od 65 godina se u zadnjih 15 godina kreće oko 30% od ukupnog broja osoba liječenih u hrvatskim bolnicama. Najčešći uzroci hospitalizacije su bolesti krvožilnog sustava, neoplazme, bolesti probavnog sustava, bolest oka i očnih adneksa, bolesti respiratornog sustava te ozljede i otrovanja. Glavni problem osoba starije dobi je višestruki gerijatrijski morbiditet uz koji se povezuje s pogoršanjem funkcionalnog statusa, povećanom onesposobljenošću, smanjenom kvalitetom života, a rezultira produljenjem liječenja i opsežnim korištenje zdravstvenih usluga. Komorbiditet je prisutan kod 60% populacije starije dobi. Postojanje tri ili više dijagnoza kod osoba starije dobi dovodi do postepene nemogućnosti izvršenja svakodnevnih aktivnosti. U 2001. godini je 90% ukupne populacije starije dobi bilo pokretno, no do 2011. godine taj se je postotak smanjio na 75%. Smanjenjem broja pokretnih ljudi, povećava se stopa korištenja pomagala za kretanje. Trajna nepokretnost je najčešće u dubokoj starosti, odnosno, u dobi iznad 85 godina te se broj trajno nepokretnih povećao s 55,2/1000 u 2001. godini na 73/1000 u 2011. godini. Poteškoće s kretanjem često predstavljaju stadij ispred prelaska u invalidnost osobe. Osobe koje postanu nesamostalne pri kretanju češće se smještaju u institucije za dugotrajnu skrb osoba starije dobi, bolesnije su, smanjena im je kvaliteta života te postoji veći rizik za socijalnu izolaciju. Poteškoće s kretanjem češće su u žena nego kod muškaraca zbog češćeg obolijevanja žena od bolesti koštano-mišićnog sustava koje rezultiraju fizičkim ograničenjima i kroničnim bolovima [12]. Uz fizičku ovisnost, česta je i financijska ovisnost osoba starije dobi. Odlaskom osobe u mirovinu, smanjuju se mjesečni prihodi dok se potrebe i

želje osobe ne mijenjaju. Financijsko stanje ima veliki utjecaj na zdravlje, socijalne odnose, stanovanje te na društvene i političke aktivnosti. Osobe starije dobi su zbog neadekvatnih prihoda češće izložene pothranjenosti, nedovoljnom grijanju, neadekvatnom stanovanju te zanemarivanju zdravstvenih potreba i povećanju socijalne izolacije. U rizičnu skupinu spadaju žene starije dobi koje u prijašnjim naraštajima nisu bile u radnom odnosu te nemaju pravo na vlastitu mirovinu. Osobe starije dobi često imaju pravo na razne olakšice i popuste [1].

2.1. Prehrana osoba starije dobi

U procesu starenja događaju se brojne tjelesne i psihološke promjene koje mogu utjecati na nutritivne potrebe i nutritivni status. Uzimanje lijekova i razne kronične bolesti mogu uzrokovati disbalans između potrebe za nutrijentima i njihovim unosom. Zbog toga često nastaje malnutricija ili loš status uhranjenosti. Malnutricija je učestali problem među osobama starije dobi zbog čega je bitna redovita procjena nutritivnog statusa. Fiziološke promjene vezane uz starenje utječu na potrebe za makronutrijentima i mikronutrijentima. Energetske potrebe i potrebe za makronutrijentima smanjuju se, no potrebe za mikronutrijentima jednake su ili veće nego tijekom zrele dobi. Brojne psihosocijalne i socioekonomske promjene koje prate starenje mogu utjecati na prehrambeni unos. Važan segment nutritivne skrbi za starije osobe je planiranje obroka. Kod dijagnosticirane ili prijeteće malnutricije često se propisuju dodaci prehrani te oralni nutritivni dodaci (enteralni pripravci) koji su također bitan dio nutritivne skrbi za starije osobe [13]. Autori Rodriguez-Rejon, Ruiz-Lopez i Artacho su u Španjolskoj ispitivali unos pojedinih makronutrijenata i mikronutrijenata kod osoba starije dobi koje su boravile u institucijama za dugotrajnu skrb. Većina nutrijenata se je unosila u organizam u količinama manjim nego što se preporuča. Unos kalija, magnezija, cinka, joda, vitamina D, E, B₆, B₃ te folne kiseline bio je smanjen kod više od 80% muškaraca i žena dok je unos vlakana bio smanjen kod 89% žena i 100% muškaraca. Unos proteina bio je manji od preporuka kod 22,6% štićenika što je neadekvatno za održavanje zdravlja mišića kod starijih osoba. Skupine ESPEN i PROT-AGE preporučuju 1-1,2g/kg/dan proteina, a to je količina koju je konzumiralo 26% populacije studije. Za osobe s akutnom ili kroničnom bolešću preporučuje se količina proteina od 1,2-1,5g/kg/dan što je konzumiralo 13% sudionika [14].

U institucijama za boravak osoba starije dobi su bitni aspekti dobra nutritivna skrb, socijalna integracija te adekvatna njega kako bi se osigurao kvalitetan život i potaknula neovisnost u posljednjim godinama života. Bitno je osigurati prilagođenu prehrambenu skrb

te poštovati personalizirane, sigurne i učinkovite standarde skrbi kako bi se štićenicima osigurala najbolja moguća kvaliteta skrbi [15].

2.1.1. Malnutricija kod osoba starije dobi

Malnutricija je često stanje od kojeg pate osobe u institucijama za dugotrajnu skrb o osobama starije dobi. Pothranjenost, niski indeks tjelesne mase (BMI) i nenamjerni gubitak tjelesne težine su faktori rizika za smrtnost te negativno utječu na funkcionalni status i psihosocijalno blagostanje starijeg stanovništva. Manjak bjelančevina u prehrani povezan je s padovima, sarkopenijom i lomovima kukova. Pothranjenost u kombinaciji sa starijom dobi izaziva slabljenje imunološkog sustava zbog čega su stariji ljudi više izloženi infekcijama. Pothranjenost je osobito česta kod osoba koje pate od demencije koja dodatno smanjuje njihove funkcionalne sposobnosti. Kod osoba s demencijom oslabljena kognicija utječe na smanjen unos hrane. Osim demencije, cerebrovaskularni inzult, Parkinsonova bolest, bolesti usta i grla, također utječu na nastanak pothranjenosti. Promjene mirisa i okusa koje dolaze sa starenjem mogu uzrokovati osjećaj rane sitosti [16].

Alati koji se najčešće koriste za probir osoba koje su izložene pothranjenosti ili pothranjene su univerzalni probirni alat za pothranjenost (engl. The Malnutrition Universal Screening Tool –MUST), probirni alat za nutritivni rizik (engl. the Nutritional Risk Screening – NRS-2002) i mini nutricionistički upitnik (engl. Mini Nutritional Assessment – MNA). Prema smjernicama za nutricionistički probir Europskog društva za kliničku prehranu i metabolizam (engl. European Society for Clinical Nutrition and Metabolism – ESPEN) se za probir na malnutriciju preporučuje MNA upitnik. On uključuje podatke o utjecaju mentalnih i fizičkih aspekata na prehranbeni status te je prema njemu veća vjerojatnost da će se rano prepoznati rizik od pothranjenosti. Mini nutricionistički upitnik sadrži podatke o vrsti smještaja, antropometrijskim mjerama, vrsti smještaja, podatke o pacijentovoj medikamentoznoj terapiji, prisutnosti rana, broju obroka, uzimanju hrane i tekućine, autonomiji pri jedenju te samopercepciji zdravlja i prehrane [16].

U Belgiji su autori Verbrugge i Beeckman sa suradnicima 2012. godine proveli istraživanje o nutritivnom statusu štićenika u domovima za starije osobe. Istraživanje se je provodilo na 1188 osoba, a koristio se MNA upitnik. Studijom se je utvrdilo kako je 19,4% ispitanika pothranjeno dok je kod njih 38,7% postojao rizik za malnutriciju. Utvrđena su četiri velika faktora koja su bila povezana s malnutricijom: hospitalizacija u posljednja tri mjeseca,

prisutnost rana i dekubitusa, specifična prehrana i niži kognitivni status štićenika [16]. U Češkoj je prema MNA upitniku utvrđeno kako je 10,4% štićenika pothranjeno, kod njih 50,8% postojao je rizik za nastanak malnutricije, a samo 38,8% bilo je dobrog nutritivnog statusa. Slični rezultati su utvrđeni i u drugim zemljama. Postotak pothranjenih osoba je u Finskoj 29%, 37,8% u Austriji, u Italiji 36%, a u Švedskoj 17,7% [17]. U Austriji je autorica Orvos 2016. godine utvrdila povezanost između boli i nastanka malnutricije. Studija je pokazala da je čak u 43% slučajeva bol prijavljena kao uzrok gubitka apetita. Uz to se je istraživala još i upotreba analgetika te njihov utjecaj na apetit. Neki od lijekova koji se koriste protiv bolova kao što su oralni hidromorfon i fentanil flasteri izazvali su nuspojave u obliku gubitka apetita, mučnine i povraćanja. Smatra se da bi se pored ostalih fizičkih uzroka pothranjenosti kao što su oštećenje oralnog statusa, fizička ograničenja, kronična bolest, rana sitost te promjene okusa i mirisa, trebalo i prisutstvo boli uzeti u obzir pri procjeni rizika za pothranjenost [18].

2.2. Dnevne aktivnosti osoba starije dobi

Tjelesna aktivnost je usko povezana s psihičkim blagostanjem i zadovoljstvom životom. Tjelesna aktivnost i organizacija dnevnih aktivnosti ne postaju manje bitne tijekom godina. Postaju još i važnije zbog veće količine slobodnog vremena i veće šanse zapadanja u stanje bezvoljnosti i depresije. Osobe starije dobi trebaju stimulirajuću okolinu koja im omogućava da budu aktivni čak i u stanjima njihove nesamostalnosti [19].

U Austriji su autori Jenull-Schiefer i Janig 2003. godine proveli istraživanje o aktivnostima osoba starije dobi u institucijama za dugotrajnu njegu. Istraživanje je bilo provedeno na 11 domova za starije. Provelo se je putem upitnika kojeg su ispunjavali štićenici i zdravstveni radnici. Upitnik su ispunjavala 255 štićenika i 171 zdravstveni djelatnik. Dnevne aktivnosti su u austrijskim domovima za starije raspoređene su u tri skupine. To su terapijske aktivnosti, grupne aktivnosti i različite usluge. U terapijske aktivnosti se najčešće ubraja fizikalna terapija, psihoterapija, životno i socijalno savjetovanje. Od usluga koje se nude su najčešće pedikura, frizerske usluge, kućni ljubimci, masaže. Grupne aktivnosti se najčešće organiziraju u obliku kognitivnih skupina, skupina za tjelovježbu, grupa za igranje društvenih igara. Samoinicijativne aktivnosti bi trebale biti najviše zastupljene kod štićenika, no prema istraživanju samo mali postotak štićenika samoinicijativno provodi aktivnosti. Najčešća takva aktivnost je šetnja, na koju se odlučuje 81 štićenik [19].

U Nizozemskoj je 2016. godine također bilo provedeno istraživanje o aktivnosti štićenika u staračkim domovima. Provedeno je na 30 staračkih domova u kojima je boravilo 723 štićenika. Cilj studije je bio istražiti dnevne aktivnosti u koje su štićenici uključeni tijekom promatranja. Većina štićenika je tijekom promatranja bilo ne aktivno u što se ubraja gledanje televizije, spavanje, i ležanje. Od aktivnosti u koje su bili uključeni su najčešće bili šetnja, jedenje ili pijeње. Aktivnosti samozbrinjavanja kao što su odijevanje, kupanje i obavljanje osobne higijene najčešće su se provodile u razdoblju između 7 i 10 sati ujutro. Hobijima kao što su slikanje, čitanje ili štrikanje su se bavili između 10 i 16 sati. Štićenici su tijekom svih aktivnosti veći dio vremena sjedili ili ležali [20].

Otpriblike polovica štićenika je u talijanskim domovima za starije osobe neaktivna. U Italiji je autor Palese sa suradnicima 2016. godine, opisivao pojavu neaktivnosti među stanovnicima koji žive u institucijama za skrb o osobama starije osobe. Neaktivni stanovnici bili su stariji, ovisni u osnovnim dnevnim aktivnostima te kognitivno oslabljeni. Pojava poremećaja u ponašanju kao što je noćni nemir, verbalna i fizička agresivnost i nedostatak svakodnevne suradnje prilikom obavljanja njege bila je znatno veća kod inaktivnih štićenika u odnosu na aktivne štićenike. Neaktivni štićenici su također manje angažirani u bliskim odnosima s rođacima, zdravstvenim radnicima, volonterima, duhovnicima [21].

2.2. Sigurnost u starijoj životnoj dobi

U starijoj životnoj dobi je zbog različitih kognitivnih deficita i drugih oboljenja ugrožena sigurnost osoba. Sigurnost osoba starije dobi je teško kontrolirati kad osoba živi sama te kad obitelj nije stalno dostupna za svog starijeg člana. Ugrožena sigurnost je česti razlog smještanja osoba starije dobi u institucije za dugotrajnu skrb. Sigurnost pacijenata predstavlja interakcija vodstva i osoblja, stavovi, rutine, svijest i praksa koji utječu na rizik od štetnih događaja za pacijenta. Koncept se promatra kao grupni, a ne kao pojedinačni fenomen. Štićenici u domovima za starije osobe imaju visok rizik od štetnih događaja. Starije osobe su često osjetljive zbog dobi, prisutna su kognitivna oštećenja i složene višestruke bolesti. Povećan je rizik od pada i ozljeda zbog višestrukih lijekova te interakcije lijekova [22].

U norveškim staračkim domovima postoji visok udio zaposlenih s ograničenim obrazovanjem, a liječnici su prisutni samo jedan dan u tjednu. Pokazalo se kako je kultura sigurnosti pacijenata u staračkim domovima lošija nego u bolnicama [22].

Od 2008. godine za provjeru sigurnosti starijih osoba u domovima za starije osobe koristi se anketa o kulturi sigurnosti pacijenata (engl. Nursing Home Survey on Patient Safety Culture – NHSOPSC). Posebno je dizajnirana za osoblje domova za starije osobe te istražuje njihovu percepciju kulture sigurnosti štićenika. Može se koristiti kao alat za procjenu sigurnosti štićenika, kao intervencija za podizanje svijesti osoblja o sigurnosti štićenika, kao instrument za evaluaciju te kao način za praćenje promjena u kulturi sigurnosti štićenika. Iako je NHSOPSC dostupan već nekoliko godina, njegova je upotreba u Europi i dalje ograničena. Jedine dostupne studije pomoću navedene ankete su provedene u Švicarskoj i u Norveškoj. NHSOPCS sadrži 43 stavke raspoređene u 12 dimenzija. Dimenzije koje se ispituju su timski rad, osoblje, sukladnost s postupcima, obuka i vještine, odgovor na pogreške, prepucavanja, povratne informacije i komunikacija o incidentima, otvorenost u komunikaciji, očekivanja i postupci supervizora koji promiču sigurnost pacijenata, sveukupna percepcija sigurnosti pacijenata, podrška uprave za sigurnost pacijenata, organizacijsko učenje [23].

3. Institucijska skrb

Jedan od glavnih demografskih trendova u svijetu je stalan porast broja osoba starije životne dobi. Povećavanjem broja osoba starije dobi, povećava se broj osoba čije uzdržavanje ide na teret zaposlenog mlađeg stanovništva. Starenje stanovništva djeluje na gospodarski razvoj, a upućuje na potrebu promjena u sustavu mirovinskog osiguranja, socijalne zaštite te u zdravstvenom sustavu. Bitno je stvoriti ravnotežu između prava osoba starije životne dobi na dostojanstvenu starost i društvenu uključenost i prava mlađe generacije na rast i razvoj. Institucijska skrb predstavlja dobro rješenje u zbrinjavanju osoba starije životne dobi, osobito onih koji su u potpunosti ovisni o tuđoj pomoći [5]. Definicija institucijske skrbi prema Ministarstvu socijalne politike i mladih je: „Institucijska skrb o starijim osobama odnosi se na uslugu smještaja koja se starijim osobama pruža u domovima socijalne skrbi ili drugim pravnim osobama, a može obuhvatiti: usluge prihvata, stanovanja, prehrane, nabave odjeće i obuće, održavanja osobne higijene, brige o zdravlju i njege, čuvanja, radnih aktivnosti, psihosocijalne rehabilitacije te organiziranja slobodnog vremena“ [24]. Institucijska skrb predstavlja sigurnu opciju za osobe starije životne dobi koje žive same ili su usamljene. Boravkom u instituciji zbrinjavaju se životne potrebe osobe, osobe imaju svoj životni prostor te se osigurava puni pension. Na taj način osoba ne mora brinuti o kućanskim poslovima i o pripremanju obroka. Još jedna prednost institucijske skrbi je dostupnost medicinske skrbi kroz 24 sata što je korisno za osobe koje su usamljene, sklone padovima ili koje moraju koristiti određene lijekove što često zaboravljaju. Stalna dostupnost pomoći i njege stvara u osoba starije dobi osjećaj sigurnosti. Često institucije za dugotrajnu skrb dozvoljavaju osobama koje su u braku da ostanu zajedno što je umirujuće za osobe koje se boje razdvajanja. Prednost institucijske skrbi je i izbor raznih aktivnosti. Aktivnosti mogu uključivati vrtlarstvo, pečenje, vježbanje i slušanje glazbe ili sviranje instrumenata. Uz sve navedene prednosti, institucijska skrb ima i određene mane. Jedna od njih je manjak autonomije. Osobe smještene u institucijama za dugotrajnu skrb često gube neovisnost, kontrolu, dostojanstvo, nisu uključeni u donošenje odluka te se moraju uklopiti u rutinu institucije umjesto prilagodbe institucije navikama štićenika. Zdravstveno osoblje često obavlja stvari umjesto štićenika koje bi sam štićenik mogao obaviti. Još jedna mana institucijske skrbi je manjak privatnosti jer štićenici dijele svoje sobe i kupaonice s drugim osobama. Stanovnici u institucijama se često osjećaju bespomoćnima prilikom pogoršanja zdravstvenog stanja njihovih sustanara. Sljedeći mogući nedostatak institucijske skrbi može biti fizičko i psihičko zlostavljanje od strane osoblja,

autoritativni stav prema osoba starije dobi, slaba komunikacija te nedostatak razmjene informacija zbog čega se osobe starije dobi osjećaju napušteno od njihove strane te gube povjerenje u osoblje. Osobe starije dobi smještene u institucijama često se osjećaju usamljeno, dosadno im je, osjećaju se izolirano te imaju osjećaj gubitka svrhe u životu [25].

Preseljenje u instituciju dugotrajne skrbi osobe starije životne dobi najčešće doživljavaju kao jednu od težih situacija u životu. Najčešći razlozi preseljenja osoba starije dobi u instituciju su starost supružnika koji je često njegovatelj te njegova nemogućnost da brine o svom supružniku, slabljenje vida osobe zbog čega dolazi do padova i različitih ozljeda. Česti razlog demencija te neredovito i neadekvatno uzimanje oralne terapije [26].

Institucije za dugotrajnu njegu razlikuju se u kvaliteti od institucije do institucije unutar države kao i između država. U Austriji se standardi kvalitete temelje na sporazumu o njezi što je odredba zaključena između savezne vlade i pokrajina 1993. godine. Prema tome svaka pokrajina mora imati zakone koji reguliraju kvalitetu domova za starije osobe. U kriterije kvalitete spada veličina staračkog doma gdje mora postojati jasno definirana struktura i mogućnost stvaranja „obiteljskog ozračja“. Jedan od kriterija kvalitete je i veličina sobe. Sobe i kupaonice trebaju biti uređene na način koji zadovoljava potrebe stanara, a veličine sobe se razlikuju od pokrajine do pokrajine. Bitan kriterij kvalitete je pravo posjeta. Dom za osobe starije dobi treba donijeti pravila koja reguliraju pravo posjeta tako da stanari mogu primati posjetitelje u bilo koje vrijeme. Sljedeći kriterij je infrastruktura gdje se obuhvaća dostupnost prostora za terapiju i rehabilitaciju. Položaj i okolina su kriteriji prema kojima stambeni objekt treba integrirati u lokalnu zajednicu kako bi se osigurala njegova interakcija s okolinom. U indikatore kvalitete spada osoblje, medicinska skrb i supervizija pravila. Tehničke kvalifikacije i broj osoblja trebaju odrediti pokrajine svaka za sebe. Tehnički kvalificirano i pomoćno osoblje mora se osigurati u dovoljnom broju, a u praksi je takva neodređena definicija rezultirala ogromnim razlikama u broju osoblja između raznih stambenih centara u različitim pokrajinama. Pružatelj usluge mora osigurati i odgovarajuću medicinsku skrb. Štićenicima se mora omogućiti izbor liječnika. Pokrajine moraju donijeti propise o nadzoru domova koji moraju garantirati zaštitu prava štićenika [27].

Švedska ima propisano u Zakonu o socijalnim uslugama kao i u Zakonu o zdravstvenim uslugama i zdravlju da mjere unutar zdravstvene zaštite moraju biti određene kvalitete. Osoblje koje skrbi za starije osobe mora biti obrazovano i iskusno, a kvaliteta se mora sustavno i kontinuirano razvijati i osiguravati. Nacionalni odbor za zdravstvo i dobrobit odgovoran je za nadzor rada servisa za skrb o starijima. Njihova glavna uloga je osiguravanje dobre kvalitete. Njihov fokus je na prepoznavanju nedostataka u aktivnostima, a ne traženje

grešaka i kažnjavanje osoblja koje je pogriješilo. Nacionalni odbor za zdravstvo i dobrobit objavljuje izvješće s rezultatima nadzora. U svrhu predstavljanja rezultata nacionalnih pokazatelja kvalitete, razvio je Vodič za starije osobe. Vodič za starije osobe je web stranica te je primarno namijenjena starijim ljudima i njihovim obiteljima. Vodič prikazuje informacije kroz 36 pokazatelja kvalitete skrbi za starije osobe. Također sadrži i podatke o kvaliteti za pojedine jedinice smještaja, usluga kućne pomoći i usluge dnevnog boravka. Dimenzije kvalitete koje se koriste u vodiču su pristupačnost, uključenost korisnika, osoblje, obuka i kontinuitet osoblja, neovisnost korisnika, hrana, podrška obiteljima koje pružaju skrb, liječnička uključenost, preventivna skrb i usluge, upravljanje i praćenje informacija o uslugama i njezi. Cilj Vodiča za starije osobe je pružiti opće informacije i mogućnost uspoređivanja općine i jedinica stanovanja. Informacije koje Vodič sadržava se prikupljaju putem posebnih anketa te u manjem broju iz podataka registra. Ažurira se jedan put godišnje, a studije pokazuju kako Vodič za starije posjeti oko 300 ljudi dnevno [28].

U Njemačkoj su sve licencirane ustanove za njegu dužne provoditi upravljanje kvalitetom i definirati postupke temeljne na stručnim standardima. Pružatelji usluga moraju surađivati prilikom inspekcije kvalitete. Kvalitetu domova u Njemačkoj osigurava LTCI prema posebnim odredbama [29].

3.1. Institucijska skrb u Republici Hrvatskoj

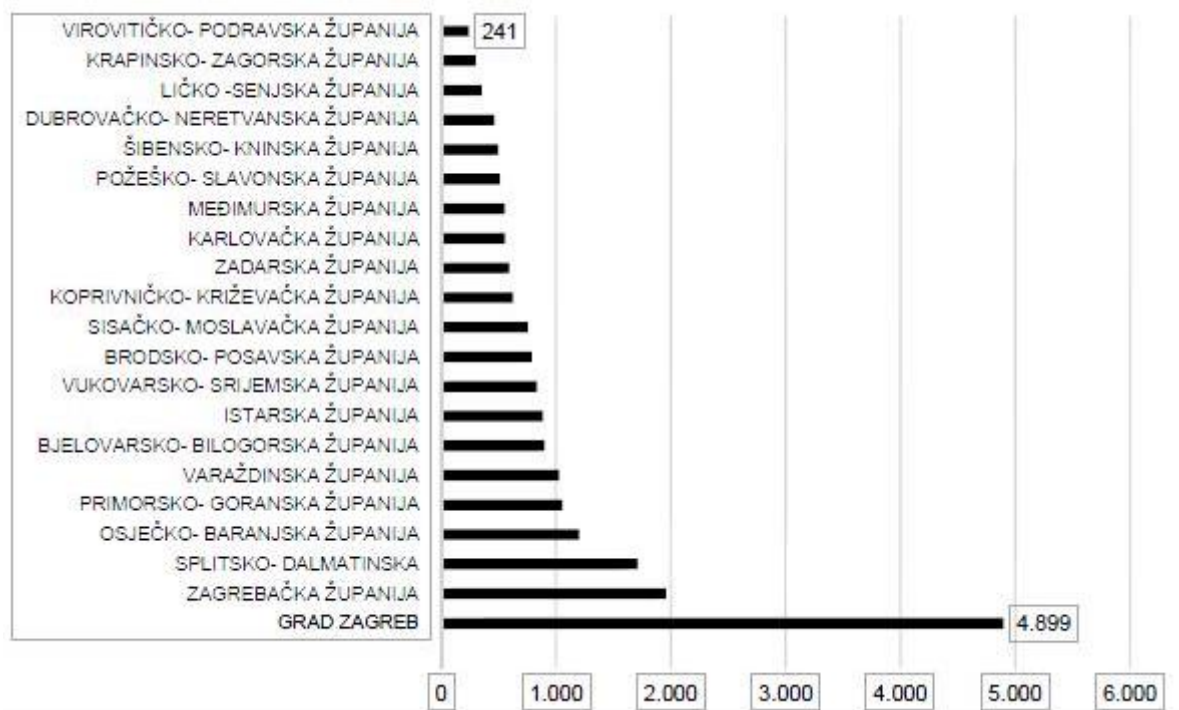
Kao i većina europskih zemalja, Hrvatska se također susreće s povećanjem udjela populacije osoba starijih od 65 godina čime se povećava i broj osoba ovisnih o tuđoj njezi. Puno europskih zemalja je usmjereno prema unapređenju skrbi za osobe starije dobi u njihovim kućama ne samo zbog manjih finansijskih troškova već i zbog toga što vlastiti dom za osobu predstavlja emocionalnu i psihičku sigurnost, uspomene i udobnost. U Hrvatskoj se njega u kući može provoditi putem Ustanova za zdravstvenu njegu u kući koju korisnici ostvaruju putem pisanih naloga od strane obiteljskog liječnika. Često nemogućnost stjecanja prava na zdravstvenu njegu u kući i nedovoljan broj dolazaka medicinskih sestara u kuće i stanove korisnika, dovodi do okretanja obitelji i osoba starije životne dobi institucijskoj skrbi. Također jedan od razloga češćeg smještaja osoba starije životne dobi u institucije za dugotrajnu skrb je raspad tradicionalnih obitelji koje su brinule o ostarjelim članovima svoje obitelji [30]. Urbanizacija, industrijalizacija i modernizacija društva oslabile su familijarnu, prijateljsku i susjedsku potporu, koja je bila tipična u ruralnim sredinama. Iseljavanje mlađih

generacija iz ruralnih u urbana područja utječe na smanjivanje učestalosti kontakata te na razinu potpore među roditeljima i djecom. Upravo zbog tih razloga institucionalna skrb predstavlja dominantan oblik za osobe starije dobi [31].

Razvoj institucijske skrbi u Hrvatskoj počinje osnivanjem fonda čija se sredstva koriste u svrhu izgradnje socijalnih ustanova te stupanjem na snagu prvog Zakona o socijalnim ustanovama za odrasle osobe. Prema Zakonu, javne ustanove se osnivaju isključivo radi skrbi o osobama kojima je skrb potrebna zbog socioekonomskih, zdravstvenih ili drugih razloga, a uvodi se i sufinanciranje, odnosno financiranje usluga od strane korisnika ili njihovih obitelji u skladu s njihovim socioekonomskim statusom. Posljedično je došlo do rasta broja ustanova za skrb o osobama starije životne dobi s 13 ustanova 1945. godine na 35 ustanova 1960. godine [32].

U Hrvatskoj je 2013. godine bilo 274 000 funkcionalno ovisnih osoba. Najveći broj funkcionalno ovisnih osobe, 108 000 osoba, prima novčane naknade, 16 000 prima institucijsku skrb ili 17 000 formalnu kućnu skrb. Za ostale se osobe pretpostavlja da primaju neformalnu odnosno obiteljsku skrb. Hrvatska je 2013. godine imala 208 institucijskih kreveta na 100 000 stanovnika. Manji broj kreveta su imale samo Bugarska s 43 kreveta na 100 000 stanovnika i Rumunjska s 128 kreveta na 100 000 stanovnika. Švedska je imala 1 325 kreveta na isti broj stanovnika. U Republici Hrvatskoj se domovi socijalne skrbi za starije i nemoćne osobe osnivaju za obavljanje socijalnih usluga koje su propisane Zakonom o socijalnoj skrbi. Njihova glavna funkcija je pružanje dugotrajnog smještaja izvan obitelji korisnika. Prema osnivaču, domovi socijalne skrbi se u Hrvatskoj dijele u tri skupine. Osnivač može biti Republika Hrvatska, domovi mogu biti decentralizirani, što znači da je Republika Hrvatska prenijela osnivačka prava na jedinice područne samo uprave ili na Grad Zagreb, a treća skupina su domovi drugih osnivača kao što su vjerske zajednice, trgovačka društva te druge domaće ili strane pravne ili fizičke osobe [33]. Trenutno u Hrvatskoj postoje 3 doma socijalne skrbi čiji je osnivač Republika Hrvatska, 52 decentralizirana doma te 109 privatnih domova. Manjih, Obiteljskih domova za starije i nemoćne osobe ima 295 [34]. Kapaciteti u javnim, decentraliziranim ustanovama su u cijelosti popunjeni, dok u privatnim ustanovama ima mjesta zbog viših cijena privatnih osnivača u odnosu na državne, odnosno županijske. U Republici Hrvatskoj postoje županije u kojima su ukupni kapaciteti svih institucionalnih oblika skrbi ispod 500 mjesta. U oblike institucijske skrbi se obuhvaćaju javni domovi, privatni domovi, pružatelji usluga za smještaj osoba starije životne dobi bez osnivanja doma te obiteljski domovi za starije i nemoćne osobe. Prema slici 1., županije koje su na dnu po kapacitetu ustanova, s manje od 500 mjesta, za skrb o osobama starije životne dobi su

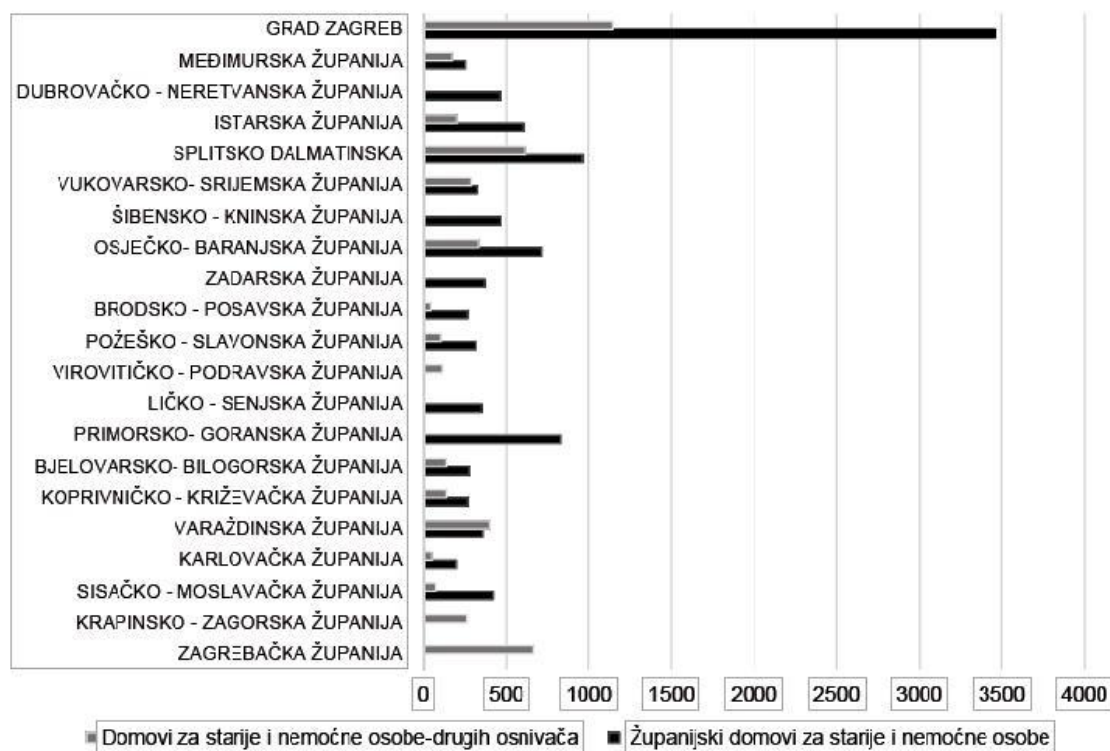
Virovitička, Krapinsko-zagorska, Ličko-senjska, Dubrovačko-neretvanska te Šibensko-kninska županija, dok su županije pri vrhu Splitsko-dalmatinska, Zagrebačka županija i Grad Zagreb [35].



Slika 3.1.1. Kapaciteti institucionalne skrbi za starije po županijama

Izvor: M. Matković: *Ustav socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj: studija slučaja četiri grada; Zagreb, Split, Osijek i Rijeka, 2018.*

Postoje velike međužupanijske razlike u dostupnosti institucionalne skrbi za osobe starije životne dobi. Trenutni zahtjevi za institucijsku skrb nadmašuju slobodne kapacitete institucija kojih u domovima u vlasništvu države nema dok privatni domovi imaju slobodnih mjesta zbog viših cijena usluga dugotrajne skrbi. Na 2. slici može se vidjeti kako pojedine županije uopće nemaju kapacitete za institucijski smještaj u javnim decentraliziranim ustanovama. Virovitičko-podravska, Krapinsko-zagorska i Zagrebačka županija nemaju kapacitete u javnim decentraliziranim domovima dok grad Zagreb ima oko 3500 mjesta u županijskim domovima [35].



Slika 3.1.2. Kapaciteti domova za skrb o starijima po županijama i tipu osnivača

Izvor: M. Matković: *Ustav socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj: studija slučaja četiri grada; Zagreb, Split, Osijek i Rijeka, 2018.*

U Republici Hrvatskoj Zakon o socijalnoj skrbi priznaje pravo na dugotrajni smještaj osobi kojoj je tijekom duljeg vremenskog razdoblja potrebno osigurati intenzivnu skrb i zadovoljavanje drugih životnih potreba, funkcionalno ovisnoj osobi starije dobi kojoj je zbog promjena u zdravstvenom stanju potrebna konstantna pomoć i njega druge osobe, osobi s invaliditetom, tjelesnim, mentalnim, intelektualnim i osjetilnim oštećenjem kada nije moguće osigurati skrb unutar obitelji te osobi nesposobnoj za rad koja se nalazi u životnim prilikama koje se mogu eliminirati primjenom drugih prava socijalne skrbi. Pravo na dugotrajni smještaj ne priznaje se osobama koje imaju sklopljen ugovor o doživotnom zbrinjavanju te osobi kojoj pomoć mogu pružiti članovi obitelji. Metodologiju za utvrđivanje cijena usluga koje se pružaju u mreži socijalnih usluga propisuje ministar nadležan za poslove socijalne skrbi. Ustanove čiji je osnivač Republika Hrvatska, pravna osoba, obrtnici i druge fizičke osobe s kojima je Ministarstvo sklopilo ugovor, cijene određuju prema određenoj metodologiji. Cijene usluga izvan mreže socijalnih usluga, a koje pružaju pravne osobe, obrtnici i druge fizičke osobe koje su ishodile rješenje o ispunjavanju minimalnih uvjeta za pružanje socijalnih

usluga, određuju osnivači samostalno. Cijena smještaja ovisi o vrsti smještaja, o potrebama klijenta u vezi serviranja posebne hrane, usluga fizioterapeuta, o pokretnosti odnosno nepokretnosti osobe. Privatne ustanove za dugoročnu skrb o osobama starije dobi u obično najskuplji oblik skrbi. Troškove smještaja podmiruje korisnik svojim sredstvima što mogu biti imovina, ušteđevina i slično. Ako su prihodi korisnika dovoljni, sklapa se ugovor između ustanove i korisnika bez učestvovanja centra za socijalnu skrb. Kada prihodi korisnika i njegovih obveznika uzdržavanja nisu dovoljni da bi pokrili usluge smještaja te kada nemaju imovinu kojom bi mogli osigurati potrebna financijska sredstva, odluku o smještaju i načinu plaćanja donosi centar za socijalnu skrb. Ako se troškovi ne mogu pokriti ni na koji navedeni način, plaćanje usluga tereti sredstva Ministarstvo socijalne politike i mladih [33].

Osobama starije dobi se u Hrvatskoj nudi također mogućnost socijalne usluge boravka. Uslugu dnevnog boravka obično pružaju domovi za starije i nemoćne osobe te obiteljski domovi. Boravak može biti cjelodnevni u trajanju od šest do deset sati te poludnevni od četiri do šest sati. Korisnicima se u dnevnom boravku pružaju usluge prehrane, održavanja osobne higijene i brige o zdravlju ovisno o potrebama korisnika. U 2014. godini je uslugu boravka koristilo 38 osoba koje su zbog starosti ili nemoći onemogućene samostalno skrbiti o osnovnim životnim potrebama [36].

4. Organizacija i financiranje skrbi za osobe starije dobi

Starenje populacije potiče potražnju za dugoročnom skrbi. Povećana potražnja izazov je i s financijske i s organizacijske strane. Sustav dugotrajne skrbi se u europskim zemljama dijeli u dvije velike skupine. Usluge institucionalne skrbi i usluge u kući [27].

4.1. Austrija

U Austriji je 2007. godine ukupnu populaciju sačinjavalo 8,3 milijuna osoba od čega je 17,3% stanovništva bilo starije od 65 godina, a 4,5% starijih od 80 godina. Potreba za tuđom skrbi postoji kod 464 315 osoba starijih od 65 godina. Sustav socijalne skrbi je u Austriji podijeljen u tri sektora. To su socijalno osiguranje, socijalna zaštita i socijalna pomoć. Socijalno osiguranje osigurava zdravstveno, mirovinsko i osiguranje u slučaju nezgode, a financira se iz obveznih doprinosa. Socijalna zaštita pokriva posebne skupine za koje je država dužna skrbiti kao što su na primjer ratne žrtve, a financira se iz državnog poreza. Socijalna pomoć predstavlja sigurnosnu mrežu za pojedinačne slučajeve. Pruža se isključivo u situacijama kada su druge beneficije nedostupne ili neadekvatne, a omogućavaju ih pokrajine od sredstava oporezivanja. Temeljni dio dugoročne skrbi za osobe starije dobi, za razliku od ostalih europskih zemalja, predstavlja naknada za dugoročnu njegu na saveznoj i pokrajinskoj razini. Sve osobe kojima je potrebna skrb mogu dobiti novčane naknade u skladu s Federalnim zakonom o dodatku za njegu (Bundespflegegeld). Osobe kojima je potrebna pomoć koja nije obuhvaćena ovim zakonom (hendikepirani ili primatelji socijalne pomoći), mogu podnijeti zahtjev za novčane beneficije po pokrajinama (Landespflegegeld). Novčane naknade se mogu koristiti za plaćanje formalne skrbi državnih ili privatnih pružatelja ili za plaćanje neformalne skrbi. Provincije su dužne osigurati mjesta u ustanovama, centrima za dnevnu, odnosno noćnu njegu te servisima za zdravstvenu njegu u kući. Pojedinac je odgovoran za financiranje svog boravka u staračkom domu iz svojih prihoda, što se sastoji od mirovine i dodatka za njegu. Ako prihodi i imovina primatelja nisu dovoljni za pokriće troškova staračkog doma, sustav socijalne skrbi pokriva razliku. U tom slučaju primatelj skrbi zadržava 20% mirovinskog dohotka i 10% doplatka za njegu kao „džeparac“ koji koristi za pokrivanje troškova lijekova i slično. Drugi glavni dio austrijskog sustava dugotrajne skrbi je takozvani članak 15.a B-VG iz 1993. za ljude kojima je potrebna skrb. Prema tom članku

pokrajine moraju osigurati adekvatan i sveobuhvatan sustav institucionalnih, poluinstitucionalnih usluga i usluga zdravstvene njege u kući poštujući minimalne standarde. Filozofija austrijskog sustava dugotrajne skrbi temelji se na tome da bi se osobama kojima je potrebna skrb trebalo omogućiti da vode život orijentiran prema potrebama te poboljšanju mogućnosti izbora između različitih usluga skrbi. Najveći broj osoba, oko 80% osoba, kojima je potrebna tuđa skrb biraju ostanak u svojim dotadašnjim mjestima stanovanja te skrb od strane vlastite obitelji. Od strane sustava dugotrajne skrbi također postoji naklonost prema neformalnoj skrbi za osobe starije dobi zbog manjih financijskih troškova. U Austriji usluge institucionalne skrbi pružaju pokrajine, općine ili država, a mogu ih pružati i vjerske i druge neprofitne organizacije. Ove usluge uključuju skrb u stambenim kućama, staračkim domovima, dnevnim centrima ili centrima za noćnu skrb. Usluge kućne njege većinom pružaju neprofitne organizacije poput Caritasa, Crvenog križa, a uključuju njegu u kući, usluge prijevoza, čišćenja kuće, dovoza hrane. Pokrajine su te koje moraju osigurati odgovarajuće socijalne usluge. Ako ih one same ne pružaju, dužne su osigurati kvalitetnu skrb u ostalim institucijama. Postoje četiri glavna pružatelja dugotrajne skrbi, a to su pokrajine, općine, socijalne organizacije (Sozialhilfeverbände) i socijalni fondovi (Sozialfonds) [27].

4.2. Švedska

U Švedskoj je 2018. godine bilo 10 040 995 osoba od čega je 20,37%, odnosno, 2 045 156 osoba starijih od 65 godina [37]. U Švedskoj, kao i u ostalim skandinavskim zemljama, odgovornost za skrb osoba starije dobi leži u javnosti. Za razliku od drugih europskih zemalja, odrasla djeca ne snose pravnu odgovornost za svoje roditelje. U nordijskom univerzalnom režimu skrbi za osobe starije dobi, skrb se financira iz javnih izvora, a u velikoj mjeri se pruža i javno dok su visokokvalitetne usluge dostupne svim građanima prema potrebi, a ne prema mogućnosti plaćanja. Središnji aspekt švedskog režima skrbi je neovisnost općina koje skupljaju porez i organiziraju usluge. Univerzalnost ne znači identičnost već usluge moraju biti individualizirane, odnosno prilagođene pojedinačnim situacijama i potrebama. Općenita politika je smanjiti rodne i klasne nejednakosti. Univerzalizam znači da svi građani bez obzira na njihovu klasu ili radnu situaciju imaju pravo na istu skrb. Raspodjela resursa i odgovornosti između države, obitelji i tržišta se je posljednjih godina promijenila. Primjerice, povećala se neformalna briga o obitelji, a njegu pružaju privatne ustanove zbog čega se

smatra da se smanjuje univerzalizam. Skrb za osobe starije dobi se u Švedskoj, kao i u Austriji, upravlja na tri razine: nacionalnoj, regionalnoj i lokalnoj. Vlada upravlja zakonodavstvom, planovima politike, državnim subvencijama te nadzorom putem Inspektorata za zdravstvo i socijalnu zaštitu. Odgovornost za zdravstvo i za zdravstvene usluge leži na regionalnoj razini dok odgovornost za financiranje usluga skrbi za starije osobe snose lokalne vlasti 290 općina te su one zaslužne za financiranje bez obzira na to da li usluge vodi općina sama ili privatna ustanova. Općine su odgovorne za usluge kućne njege i domova za starije. One vode 85% skrbi za starije osobe, dok se ostatak dodjeljuje uglavnom velikim korporacijama koje su na određenom području pobijedile na natječaju te moraju pružati uslugu po određenoj cijeni, određeni period vremena [38]. U Švedskoj su u 2014. godini ukupni troškovi skrbi za starije iznosili 11,7 milijardi eura od čega je samo 4% troškova financirano od strane pacijenata. Troškovi zaštite koje plaćaju osobe starije dobi se subvencioniraju i temelje se na utvrđenim rasporedima troškova [39]. Osobe starije dobi koje primaju usluge skrbi plaćaju korisničku naknadu. Općini se plaća ista naknada bez obzira da li osoba koristi privatne ili javne domove za njegu ili usluge zdravstvene njege u kući. Naknada se određuje prema visini prihoda ne uključujući imovinu, a korisnici domova za starije osobe plaćaju odvojeno hranu i smještaj. Maksimalna naknada za usluge njege je 200 eura mjesečno. Umirovljenici s niskim primanjima oslobođeni su naknade za zdravstvenu njegu u kući i usluge u domovima za osobe starije dobi. Otprilike 85% sredstava za financiranje skrbi osoba starije dobi dolazi iz općinskih poreza, 10% iz državnog poreza, a korisnici plaćaju mali dio troškova, oko 5%-6% [38]. Općine su radi smanjenja troškova skrbi za starije smanjile određene usluge te se provode strože procjene potreba za skrbi. Rezultat toga je to što su starije osobe i većoj mjeri okrenute uslugama skrbi od strane dobrovoljnih organizacija koje se sve više uključuju u skrb za osobe starije dobi. Vlada je posljednjih godina više usredotočena na usluge njege u kući nego na institucionalnu skrb [40]. Usluge skrbi za osobe starije dobi pružaju se nakon procjene potreba koja se provodi od strane lokalnih vlasti. Osoba koja utvrđuje potrebe odlučuje ima li osoba pravo na pomoć i ako ima, odlučuje o vrsti i iznosu pomoći. Iako su usluge koje se u Švedskoj pružaju univerzalne, odnosno jednake i za siromašne i za bogate, treba ih individualizirati prema potrebama i sklonostima osobe koja prima njegu. Zakon o socijalnim uslugama ostavlja na općinama odluku o pravu osobe na usluge, što znači da druge osobe u potpunosti odlučuju o pravu osobe na skrb bez subjektivnog mišljenja osobe kojoj je skrb potrebna. Za razliku od skrbi za starije, za osobe s invaliditetom postoji zakon o invalidnosti prema kojem osoba s invaliditetom ima potpuno

pravo odlučiti o svojoj potrebi za zdravstvenom skrbi, a općina je dužna osigurati pomoć i podršku [38].

4.3. Njemačka

Njemačka je 2018. godine imala 80 457 737 stanovnika od čega je 22,36%, odnosno 17 991 838 osoba bilo starije od 65 godina [41]. Sustav socijalne skrbi se u zemljama Europe može grupirati u tri kategorije. To su model odgovornosti države, model skrbi za obitelj i pomoćni model. Pomoćni model je uobičajen u Njemačkoj, no do 1994. godine je dugotrajna skrb za starije članove bila zadatak obitelji. Sustav osiguranja dugotrajne skrbi uveo se je kao peti stup sustava socijalnog osiguranja 1995. godine u svrhu povećanja budžeta. Sustav osiguranja dugotrajne skrbi pokriva gotovo cijelu populaciju zbog uvedenog sustava prema kojem sustav osiguranja dugotrajne skrbi slijedi zdravstveno osiguranje. Prema tome, članovi javnog zdravstvenog osiguranja postaju i članovi sustava osiguranja dugotrajne skrbi, a oni koji plaćaju privatno zdravstveno osiguranje dužni u plaćati i privatno osiguranje dugotrajne skrbi. Pogodnosti su dostupne svim osiguranicima ovisno o opsegu potrebe za njegom bez obzira na dob ili prihode. Osobe kod kojih postoji potreba za dugotrajnom skrbi su osobe koje zbog fizičke, psihičke ili mentalne bolesti ili hendikepa zahtijevaju značajan ili veći iznos pomoći u obavljanju svakodnevnih životnih aktivnosti tijekom dužeg razdoblja, dužeg od šest mjeseci. Pravo na naknadu temelji se na tome da li je pojedincu potrebna pomoć u obavljanju najmanje dvije svakodnevne aktivnosti i jedne dodatne aktivnosti. Njemačka ima kombinirani javno-privatni sustav financiranja. Javni LTCI sustav se financira putem poreza na plaće od 1,95% koji podjednako dijele poslodavci i zaposlenici. Osobe u dobi od 23 godine i više bez djece moraju plaćati nadoplatu od 0,25%. Prosječni troškovi za cjelodnevnu institucionalnu skrb iznose od 63 eura do 91 euro, ovisno o razini skrbi koja se osobi pruža. Troškovi se nadoknađuju samo paušalno što je manje od prosječnih troškova i ne pokrivaju troškove investicije pa osobe kojima je potrebna skrb moraju plaćati visoke doplate. Ako nisu u mogućnosti platiti dodatne troškove, osobe starije dobi mogu se prijaviti za socijalnu pomoć. Medicinsko-savjetodavna služba fondova zdravstvenog osiguranja provodi procjenu kako bi se utvrdila potreba pojedinca za beneficijama. Procjene obavljaju gerijatrijske medicinske sestre i liječnici koji promatraju socijalnu sredinu i kućne uvjete. Detaljne smjernice i postupke za ocjenjivanje utvrđuju i izrađuju liječnički odbori, a smjernice su jednake za cijelu državu. Procjena se ne fokusira na prihod ili mirovinu već na obiteljsku situaciju, dom i

okoliš. Nakon donešene odluke, procjena se ponavlja u određenim vremenskim intervalima. Domovi za osobe starije dobi predstavljaju najčešći formalni oblik skrbi u Njemačkoj. U 2007. Godini bilo je sveukupno 11 029 domova sa 799 059 kreveta. Prosječan broj kreveta po instituciji je bio 72,5 kreveta. Između 1999. i 2007. godine, broj domova za osobe starije dobi se je povećao gotovo za četvrtinu. Dok je broj javnih domova pao za 15%, broj privatnih domova porastao je za 40% prema čemu se može vidjeti da se je struktura pružatelja skrbi znatno promijenila. U 2007. godini, 573 545 osoba je bilo zaposleno u domovima za starije osobe. Najveći broj zaposlenika su bile žene, pogotovo među medicinskim sestrama, socijalnim radnicima i njegovateljima. Domovi za starije osobe ne zapošljavaju liječnike [42].

4.4. Grčka

Grčka je 2012. Godine imala 11 290 067 stanovnika, stariji od 65 godina su činili 14,4% populacije dok su stariji od 80 godina činili 5,2% populacije [43]. Grčka je druga zemlja u Europi po brzini starenja stanovništva zbog čega se i povećava potražnja za dugotrajnom skrbi. Dugotrajna skrb za osobe starije dobi u Grčkoj se temelji na mješovitom sustavu koji uključuje formalnu i neformalnu skrb, izravno pružanje socijalnih usluga, pokrivanje potrebe za njegom putem socijalnog osiguranja i neograničenu potporu neformalnoj skrbi putem umanjenja poreza. Formalnu skrb osiguravaju država, neprofitne i neprofitne privatne organizacije. Država pruža institucionalnu skrb putem klinika za kronične bolesti, psihijatrijskih bolnica i centara za fizičku i socijalnu rehabilitaciju. Neprofitne i neprofitne privatne organizacije pružaju institucionalnu skrb putem institucija u kojima pružaju usluge boravka. Državna institucionalna skrb se financira iz socijalnog osiguranja i državnog proračuna dok se neprofitne i neprofitne privatne institucije financiraju iz privatnih izvora [44]. Broj osoba starije dobi koje žive u ustanovama koje pružaju socijalnu skrb izuzetno je nizak s postotkom od 0,6% prema podacima i 2001. godine. Smatra se da je razlog tome važnost obiteljske etike u Grčkoj, ali i nedostatak mjesta u institucijama, njihova neujednačena distribucija unutar zemlje te niska kvaliteta pruženih usluga. Institucionalnu skrb pružaju jedinice za skrb za osobe starije dobi. One mogu biti neprofitne, dakle osnovane od strane Crkve, nevladinih organizacija i lokalnih vlasti, ili mogu biti profitne. Osobe koje nemaju dostatna financijska sredstva za financiranje dugotrajne skrbi, Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi potpisuje ugovore s neprofitnim jedinicama za skrb o osobama starije dobi, ali je broj vrlo ograničen. U slučaju nedostatka javnih usluga institucijske skrbi, postoji

povezanost između institucijske skrbi za osobe starije životne dobi i institucijske skrbi za osobe s invaliditetom. Institucije za skrb o osobama s invaliditetom primaju na skrb određeni broj osoba starije dobi. U pružanju stambene skrbi za osobe starije dobi u Grčkoj, veliku ulogu ima Pravoslavna crkva. U Grčkoj ne postoje jedinstveni statistički podaci za praćenje broja postojećih jedinica za skrb o osobama starije dobi i njihovih korisnika, ono što situaciju čini još kompliciranijom je to što čak pojedine jedinice, i profitne i neprofitne, nisu registrirane kod lokalnih vlasti. Određene privatne klinike također često pružaju skrb za ne ugrožene osobe starije dobi. Zbog sveg navedenoga, nemoguće je znati točan broj institucija kao i njihovih korisnika. Prema registriranim podacima, neprofitni sektor uključuje oko 120 jedinica koje pružaju skrb o oko 2800 osoba starije dobi dok profitni sektor uključuje oko 110 jedinica te skrbi o 3 200 korisnika. Kao što je već prije spomenuto, broj osoba koje koriste institucijsku skrb je vrlo niska. Dominantni trend je pružanje usluga u zajednici [45].

5. Smjernice i prijedlozi za unapređenje institucijske skrbi

Institucijska skrb za osobe starije životne dobi predstavlja jedan od ključnih elemenata u skrbi za osobe starije dobi. U svim zemljama Europe se povećava broj osoba starijih od 65 godina dok se smanjuje natalitet i broj osoba do 18 godina. Takva struktura društva zahtjeva drugačiji pristup države u kvalitetnoj skrbi za svoje stanovnike. Najvažniji način unapređenja kvalitete institucijske skrbi je uspostava mjerljivih indikatora skrbi te uspostava odgovarajuće kontrole nad kvalitetom skrbi. Prema rezultatima istraživanja Kyos i suradnika kvalitetan rad u ustanovama za dugotrajnu skrb bio je fragmentiran, a ne sveobuhvatan i sustavan. Jedan od važnih čimbenika u postizanju kvalitetne skrbi je adekvatno postavljanje ciljeva. Prema istraživanju Baier i suradnika, dokazano je kako su domovi za osobe starije dobi s ambicioznim ciljevima pokazali veće poboljšanje od svojih suparnika s manje ambicioznim ciljevima. Upravljanje radnom snagom također je jedan od bitnih segmenata pri postizanju kvalitetne skrbi za osobe starije dobi [46]. Broj osoblja je bitan ne samo za stanovnike domova za osobe starije dobi već i za ostale zdravstvene djelatnike. Broj osoblja se povezuje rizikom osoblja od ozljede uboda iglom i višom razinom stresa na poslu [47]. U Hrvatskoj je prema Pravilniku o mjerilima za razvrstavanje domova za starije i nemoćne osobe potrebno pet medicinskih sestara na 50 teže pokretnih, nepokretnih i inkontinentnih korisnika od čega je jedna prvostupnica sestrinstva, a ostale mogu biti srednje stručne spreme. Također na 50 teže pokretnih mora biti zaposleno devet njegovatelja. Prema Pravilniku je potreban jedan fizioterapeut, osim u slučajevima kada dom ima više od 150 korisnika kada su potrebna minimalno dva fizioterapeuta [48]. Reforme zdravstvenog sektora kao odgovor na pitanje troškova i učinkovitosti, povećavaju raznolikosti u oblicima zapošljavanja. Koriste se nestandardni oblici zapošljavanja koji uključuju rad na određeno vrijeme, privremeni rad, privremeni rad putem raznih agencija, samostalna zaposlenja i rad sa skraćenim radnim vremenom. Takav način rada je često koristan jer može pomoći radnim organizacijama pravovremeno reagiranje na promjene zahtjeva za skrbi te je moguće zamijeniti privremeno odsutne radnike. Nestandardni oblici zapošljavanja također može potaknuti uključivanje radnika na tržište rada u obliku slobodno odabranih aranžmana sa skraćenim radnim vremenom što omogućuje osobi usklađivanje posla, obiteljske odgovornosti i slobodnog vremena što uvelike utječe na zadovoljstvo poslom, a time i na kvalitetu obavljenog posla. U slovačkom sektoru javnog zdravstva zbog nedostatka kvalificiranih zdravstvenih djelatnika, moguće je sklapanje različitih vrsta ugovora za privremeno popunjavanje radnih mjesta kako

bi se održalo pravilno i kvalitetno pružanje usluga. Liječnici često koriste priliku za rad u zdravstvenim ustanovama na nekoliko sati tjedno kako bi proširili svoje vještine i stekli iskustvo u radu s određenim pacijentima i opremom koja im nije dostupna u drugim zdravstvenim ustanovama. Mana takvih načina zapošljavanja je to što su takvi zaposlenici izloženi različitim deficitima kao što je nesigurnost posla, niže plaće, nedostataka u pravu na socijalnu zaštitu [49]. U Hrvatskoj ne postoji veliki trend nestandardnih oblika zapošljavanja koji uključuju rad na određeno, povremeni i privremeni rad. U institucijskoj skrbi za osobe starije dobi je, osim medicinskih sestara i njegovatelja, u rad bitno uključiti i fizioterapeute, radne terapeute, psihologe i volontere. Volonteri zauzimaju posebnu ulogu u skrbi za osobe starije dobi i u današnje vrijeme im se sve više pridodaje važnost. Bitni su zbog toga što donose nove kapacitete i mogućost uvođenja novih ili proširivanja već postojećih usluga. Volontiranje pozitivno utječe na uspostavljanje odnosa između pružatelja i primatelja usluga koji je usmjeren na svakog pojedinca i na njegove individualne potrebe čime se postiže poštivanje holističkog načela u radu s korisnicima. Još jedna velika prednost volontera što osobama starije dobi predstavljaju poveznicu sa životom u zajednici [50]. U Hrvatskoj se također sve više pridodaje značaj radu volontera u institucijama za skrb o osobama starije dobi. U 11 domova kojima je osnivač grad Zagreb sklopljeno je oko 110 ugovora s volonterima od kojih je 24% u dobi do 30 godina, 26% između 40 i 50 godina i 50% starijih od 50 godina [51]. Kako bi stanovnici domova za osobe starije dobi primali kvalitetnu skrb, potrebna je pažljiva selekcija kandidata koji se javljaju na natječaj za radno mjesto. Kandidati bi trebali prolaziti kroz motivacijski intervju, provjere znanja i inteligencije, trebali bi imati i preporuke. Poslodavci bi trebali organizirati edukacije za svoje zaposlenike kako bi se znanje obnavljalo i nadograđivalo. Obrazovanje, stručno usavršavanje i cjeloživotno učenje su središnji dio produktivnog zapošljavanja te su neophodni za osiguravanje kvalitetnog rada. Brze tehnološke promjene i znanstveni napredak zahtijevaju konstantnu edukaciju osoblja [49].

6. Zaključak

Starija dob je posljednje razvojno razdoblje u životnom vijeku, a može se definirati prema kronološkoj dobi nakon 65. godine života. Sve je veći udio osoba starije životne dobi u zajednici. Razlozi takvoj strukturi populacije su promjene u stopama nataliteta i mortaliteta, usvajanje zdravijih životnih navika, učinkovitija dijagnostika bolesti, efikasnije liječenje bolesti. Povećanje broja osoba starije životne dobi u ukupnoj populaciji zahtjeva drugačije vrste zbrinjavanja. U starijoj dobi događaju se brojne promjene u organizmu. Neke od fizioloških promjena su slabljenje osjetila vida, sluha, njuha i okusa, smanjuje se mišićna masa, kosti su tanje i krhkije, smanjuje se elastičnost pluća, česta je pojava ateroskleroze i hipertenzije. Sve te promjene mogu uzrokovati ovisnost u određenoj mjeri o drugim osobama. Zbog toga razloga, osoba starije dobi i njihove obitelji često se okreću različitim vrstama pomoći u zbrinjavanju. Jedan od načina zbrinjavanja je institucijska skrb za osobe starije životne dobi. Institucijska skrb podrazumijeva ustanove za trajni smještaj i zbrinjavanje kao što su domovi za starije i nemoćne osobe, domovi za smještaj odraslih osoba s tjelesnim ili mentalnim oštećenjem te duševnih bolesnika.

Boravkom u instituciji zbrinjavaju se životne potrebe osobe, osobe imaju svoj životni prostor te se osigurava puni pansion. Institucijska je skrb u Hrvatskoj kao i u ostatku Europe razvijena djelatnost te osigurava potrebnu skrb velikom broju osoba starije dobi. Iako se u današnje vrijeme sve više vremena posvećuje razboju izvaninstitucijskih oblika skrbi, institucijska skrb još uvijek ima dominantnu ulogu u zbrinjavanju osoba starije dobi. Postoje određene razlike u organizaciji, kvaliteti i financiranju institucijske skrbi za osobe starije dobi. Određene države poput Grčke imaju vrlo slabo razvijenu institucijsku skrb dok se u drugim državama kao što su Švedska i Njemačka velika pažnja pridodaje razvoju institucijske skrbi te maksimalnom financijskom olakšanju osobama kojima je skrb potrebna. Ako je organizirana na dobar način, institucijska skrb može i dalje predstavljati najvažniji način skrbi za osobe starije dobi unatoč manama kao što su odvajanje od obitelji i svoje okoline.

U Varaždinu, 23.12.2019.

Ivana Goričanec

7. Literatura

1. Z. Duraković i suradnici: Gerijatrija, medicina starije dobi, Zagreb. 2005.
2. S. Vuletić, B. Juranić, Ž. Rakošec, Š. Mikšić i K.s.A. Jurić, Bioetičke inicijative revalorizacije starosti i starijih ljudi, *Diacovensia*, vol.26, br. 3, str. 457-481, 2018.
3. https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/hr#Udio_starijih_osoba_i_dalje_se_pove.C4.87ava, dostupno 3.9.2019.
4. <https://www.dzs.hr/Hrv/censuses/census2011/censuslogo.htm>, dostupno 20.9.2019.
5. M. Havelka: Skrb za starije ljude u Hrvatskoj – potreba uvođenja novih modela, br. 1-2, 2003., str. 225-245
6. E. Jaul, J. Barron: Age-Related Diseases and Clinical and Public Health Implications for the 85 Years Old and Over Population, *Front Public Health*, 5:335, 2017.
7. Costa-Font J, Courbage C, Zweifel P: Policy Dilemmas in Financing Long-term Care in Europe, *Global policy*, 2015.
8. MW. Ribbe, G. Ljunggren, K. Steel, E. Topinková, C. Hawes, N. Ikegami, PV. Jónnson: Nursing homes in 10 nations: A comparison between countries and settings, *Age and Ageing*, br. 26, 1997., str. 3-12
9. A. Štambuk, J. Despot Lučanin: Iskustvo starenja, Doprinos teoriji starenja, *Revija za socijalnu politiku*, br.2, 2003., str. 235-237.
10. Stevanović R. Javnozdravstveni aspekti starenja, zaštita zdravlja starijih ljudi, br.42, 2015.
11. L.E.Berk: Psihologija cjeloživotnog razvoja, Zagreb, 2007.
12. I. Poppek, U. Rodin: Samoprocjena funkcionalne sposobnosti osoba starije životne dobi, *Acta Medica Croatica*, br. 72., 2018., str. 125-131
13. Roller R.E. Morgner A. Eglseer D. Wirnsberger G.H. Nursing home professionals opinions on determinants of malnutrition – a qualitative study. *The Journal of Nursing Home Research Sciences* Volume 2, 2016
14. D. Vranešić Bender, Ž. Krznarić, Ž. Reiner Ž, S. Tomek Roksandić, Z. Duraković, A. Kaić-Rak i suradnici: Hrvatske smjernice za prehranu osoba starije dobi, dio I. *Liječnički vjesnik*, br. 133, 2011., str. 1-10
15. AI. Rodríguez-Rejón, MD. Ruiz-López, R. Artacho: Dietary Intake and Associated Factors in Long-Term Care Homes in Southeast Spain, *Nutrients* 2019.

16. M. Suominen, S. Muurinen, P. Routasalo: Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki. *Eur J Clin Nutr*, broj 59, 2005, str. 578–583
17. M. Slavíková, B. Procházka, P. Dlouhý, M. Anděl, J. Rambousková: Prevalence of malnutrition risk among institutionalized elderly from North Bohemia is higher than among those in the Capital City of Prague, Czech Republic, *Cent Eur J Public Health*, br 26, 2018. Str. 111-117
18. J.M. Orvos: Pain May Lead to Malnutrition in Nursing Home Patients, *Caring for the ages*, br. 17, 2016, str.14
19. B. Jenull-Schiefer, H. Janig: Activities in nursing homes: A descriptive study in Southern Austria, *Review of psychology*, br. 11, 2004, str. 53-59
20. M. Den Ouden, M. H. Bleijlevens, J.M. Meijers, S. M. Zwakhalen, S. M. Braun, F. E. Tan, J.P. Hamers: Daily (In)Activities of Nursing Home Residents in Their Wards: An Observation Study, *Journal of the American Medical Directors Association*, br. 16 2015, str. 963-968
21. A. Palese, C. Del Favero, R. Antonio Zuttion, B. Ferrario, S. Ponta, L. Grasseti: Inactive Residents Living in Nursing Homes and Associated Predictors: Findings From a Regional-Based, Italian Retrospective Study, *Journal of the American Medical Directors Association*, br. 17, 2016, 1099-1105
22. G.T. Bondevik, D. Hofoss, B.S. Husebø: Patient safety culture in Norwegian nursing homes, *BMC Health Serv Res* 17, 2017., 424
23. K. Cappelen, K. Aase, M. Storm, J. Hetland, A. Harris: Psychometric properties of the Nursing Home Survey on Patient Safety Culture in Norwegian nursing homes, *BMC Health Serv Res.*, br. 16, 2016., 446
24. Ministarstvo socijalne politike i mladih. Strategija socijalne skrbi za starije osobe u Republici hrvatskoj za razdoblje 2014.-2016. Zagreb: Republika Hrvatska, 2014
25. J. W. Kimondo: Benefits and Challenges Encountered by Elderly Living in Nursing Homes, *ARCADA*, 2012.
26. P. Fancey, J. Keefe: Home to Nursing Home: Understanding factors that impact the path seniors take, *Nova Scotia Centre on Aging*, 2014.
27. M. Riedel, M. Kraus: The Austrian long-term care system, *Enepri research report* br. 69, 2010.
28. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Main_Page, dostupno: 3.9.2019.

29. M.J. Gibson. D.L. Redfoot: Comparing Long-term care in Germany and the United States: What can we learn from each other?, AARP Public Policy Institute, 2007.
30. S. Jedvaj, A. Štambuk, S. Rusac: Demografsko starenje stanovništva i skrb za starije osobe u Hrvatskoj, Socijalne teme, br. 1, 2014., str. 135-154
31. S. Podgorelec, S. Klempić: Starenje i neformalna skrb o starim osobama u Hrvatskoj, Migracijske i etničke teme, br.23, 2007., str. 111-134
32. I. Dobrotić: Razvoj i poteškoće sustava skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj, Društvena istraživanja, br. 25, 2016., str. 21-42
33. M. Bađun: Financiranje domova za starije i nemoćne osobe u Hrvatskoj, Revija za socijalnu politiku, br. 24, 2017., str. 19-42.
34. <https://mdomsp.gov.hr/adresar-ustanova/1673>, dostupno 10.10.2019.
35. M. Matković: Ustav socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj: studija slučaja četiri grada; Zagreb, Split, Osijek i Rijeka, 2018.
36. M. Bađun: Neformalna dugotrajna skrb za starije i nemoćne osobe, Institut za javne financije, 2015.
37. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/sw.html>, dostupno: 22.10.2019.
38. E. Peterson: Eldercare in Sweden: An overview, Revista Derecho social y empresa, br. 8, 2017., str 90-108
39. <https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden/>, dostupno 03.09.2019.
40. P.G. Edebalk: Ways of Funding and Organising Elderly Care in Sweden, str. 65-80 u knjizi T. Bengtsson: Population Ageing - A Threat to the Welfare State?, Demographic Research, Springer, Berlin, Heidelberg. 2010.
41. https://www.cia.gov/library/publications/resources/the-world-factbook/geos/print_gm.html, dostupno 25.10.2019.
42. E. Shultz: The long-term care system for the elderly in Germany, ENEPRI Research, br. 78, lipanj 2010.
43. <https://www.carerplus.eu/greece>, dostupno 29.10.2019.
44. NV. Daniilidou, C. Economou, D. Zavras, J. Kyriopoulos, E. Georgoussi: Health and social care in aging population: an integrated care institution for the elderly in Greece, Int J Integr Care, listopad 2003., 3: e04.

45. E. Moukanou: Social Care Services for the Elderly in Greece: Shifting the Boundaries?, Hellenic Observatory, European Institute, LSE, lipanj 2009.
46. K. Kokkonen, S. Rissanen, A. Hujala: The match between institutional elderly care management research and management challenges - a systematic literature review, Health Res Policy Syst, 10:35, studeni 2012.
47. B. Plaku-Alakbarova, L. Punnett, RJ. Gore: Procare Research Team. Nursing Home Employee and Resident Satisfaction and Resident Care Outcomes, Saf Health Work, br. 9. 2018., str. 408–415
48. <http://www.propisi.hr/print.php?id=7096>, dostupno: 05.11.2019.
49. International labour organization: Improving employment and working conditions in health services, Report for discussion at the Tripartite Meeting on Improving Employment and Working Conditions in Health Services, travanj 2017.
50. Udruga MI Split: Zajednica za svaku dob - priručnik o organiziranju volonterskih programa u skrbi za starije, 2012.
51. <http://husr.hr/web/wp-content/uploads/2014/10/VOLONTERI-BLAZANOVIC.pdf>, dostupno 30.10.2019.

Popis slika

Slika 3.1.1. Kapaciteti institucionalne skrbi za starije po županijama.....14

Izvor: M. Matković: Ustav socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj: studija slučaja četiri grada; Zagreb, Split, Osijek i Rijeka, 2018.

Slika 3.1.2. Kapaciteti domova za skrb o starijima po županijama i tipu osnivača.....15

Izvor: M. Matković: Ustav socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj: studija slučaja četiri grada; Zagreb, Split, Osijek i Rijeka, 2018.

IZJAVA O AUTORSTVU

I

SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, IVANA GORIČANEĆ (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog rada pod naslovom ČOPREDBA INSTITUCIJSKE SKRBI ZA OSOBE STARIJE DOBI U ZEMljAMA EUROPE (upisati naslov) te da u navedenom radu nisam na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:

(upisati ime i prezime)

Goričaneć Ivana
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, IVANA GORIČANEĆ (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog rada pod naslovom ČOPREDBA INSTITUCIJSKE SKRBI ZA OSOBE STARIJE DOBI U ZEMljAMA EUROPE (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:

(upisati ime i prezime)

Goričaneć Ivana
(vlastoručni potpis)