

**ALMA MATER EUROPAEA
EVROPSKI CENTER, MARIBOR
Socijalna gerontologija**

DOKTORSKA DISERTACIJA

Renata Možanić

ALMA MATER EUROPAEA

Evropski center, Maribor

Doktorska disertacija

študijskega programa tretje bolonjske stopnje

SOCIJALNA GERONTOLOGIJA

**REGIONALNI RAZVOJNI MODEL
INTEGRIRANE DOLGOTRAJNE OSKRBE V
SKUPNOSTI**

**MODEL REGIONALNOG RAZVOJA
INTEGRIRANE DUGOTRAJNE SKRBI U
ZAJEDNICI**

**THE REGIONAL DEVELOPMENT MODEL
FOR COMMUNITY-BASED INTEGRATED
CARE**

Mentor: prof. ddr. David Bogataj

Kandidat: Renata Možanić

Maribor, kolovoz 2023.

ZAHVALA

Upućujem neizmjernu zahvalu mentoru ovoga rada prof. ddr. Davidu Bogataju koji me usmjeravao u svim fazama izrade rada, prenosio mi svoja vrijedna iskustva znanstvenog promišljanja i motivirao me na ustrajnost.

Zahvaljujem svim profesorima doktorskog studija na profesionalnom usmjeravanju i nesebičnom dijeljenju znanja te cijelom osoblju Alma Mater Europaea, ECM na ljubaznosti i susretljivosti u rješavanju svih pitanja.

Mojim radnim kolegicama i kolegama zahvaljujem na strpljivosti, razumijevanju i podršci u izazovnim trenucima provedbe istraživanja.

Hvala ispitanicima na odvojenom vremenu i volji sudjelovanja u istraživanju te članovima njihovih obitelji.

Hvala upravi i ravnateljici Ustanove za zdravstvenu njegu LEKIĆ.

SAŽETAK

Povećanje broja starih ljudi sa specifičnim zdravstvenim potrebama i osobnim očekivanjima uvjetuje analizu mogućnosti i nedostataka trenutnih zdravstvenih i socijalnih usluga da odgovore na potrebe starih ljudi koji će u očekivanim uvjetima vlastitog doma i zajednice koristiti kontinuiranu dugotrajnu neformalnu i formalnu skrb. Njihove potrebe za različitim oblicima podrške iziskuju prilagođeni, osobno usmjereni integrirani model dugotrajne skrbi, a koji u Hrvatskoj ne postoji.

Ovaj rad bavi se analizom korištenja i predviđanjima zahtjeva za zdravstvenom njegom u kući, preferiranom dugotrajnom skrbi korisnika zdravstvene njege u kući i izradom projekcija potražnje potrebnog broja medicinskih sestara na području Varaždinske županije. Svrha doktorske disertacije je istražiti hoće li se i za koliko povećati potražnja za zdravstvenom njegom u kući te postoji li povezanost korištenja usluge i intenziteta zdravstvene njege u kući s preferiranim oblikom dugotrajne skrbi za stare ljude.

Analiza podataka provedena je na uzorku najveće ustanove za zdravstvenu njegu u kući u Varaždinskoj županiji koja provodi zdravstvenu njegu na 75% teritorija za razdoblje 2013.-2020. godine, a preferencije za dugotrajnom skrbi ispitane su anketnim upitnikom na uzorku 438 ispitanika. Izrađeni model projekcija korištenja zdravstvene njege u kući temeljen je na projekcijama stanovništva i vjerojatnosti korištenja zdravstvene njege po dobi i spolu te do 2060. godine predviđa rast broja korisnika za 100%, a potrebni broj medicinskih sestara rasti će na približno 70. Korisnici zdravstvene njege u kući preferiraju dugotrajnu skrb u vlastitom domu i za doživotni ostanak uz zdravstvenu njegu trebaju i druge formalne usluge podrške i prilagođene okoline.

Ključne riječi: usluge u domu i zajednici, zdravstvena njega u kući, očekivanja i preferencije starih ljudi, integrirana dugotrajna skrb, projekcija korištenja i potražnje.

POVZETEK

Povečanje števila starih oseb s posebnimi zdravstvenimi potrebami in osebnimi pričakovanji zahteva analizo možnosti in pomanjkljivosti trenutnih zdravstvenih in socialnih storitev, da bi se odzvale na potrebe starih ljudi, ki bodo v pričakovanih razmerah lastnega doma in skupnosti uporabljali stalno dolgotrajno neformalno in formalno oskrbo. Njihove potrebe po različnih oblikah podpore zahtevajo prilagojen, osebno usmerjen celostni model dolgotrajne oskrbe, ki na Hrvaškem ne obstaja.

To delo obravnava analizo uveljavljanja zdravstvene oskrbe na domu in napovedi povpraševanja po njej, preferenčno dolgotrajno oskrbo uporabnikov zdravstvene nege na domu in izdelavo projekcij povpraševanja po zahtevanem številu medicinskih sester na območju Varaždinske županije. Namen doktorske disertacije je raziskati, ali in za koliko se bo povečalo povpraševanje po zdravstveni oskrbi na domu in ali obstaja povezava med uveljavljanjem storitve in intenzivnostjo zdravstvene oskrbe na domu s preferenčno obliko dolgotrajne oskrbe za stare osebe.

Analiza podatkov je bila izvedena na vzorcu največje ustanove za zdravstveno oskrbo na domu v Varaždinski županiji, ki v obdobju 2013-2020 izvaja zdravstveno oskrbo na 75 % ozemlja. Preference do dolgotrajne oskrbe pa smo preverjali z anketnim vprašalnikom na vzorcu 438 anketirancev. Razviti model projekcij uveljavljanja zdravstvene nege na domu temelji na populacijskih projekcijah in verjetnosti uveljavljanja zdravstvene oskrbe po starosti in spolu ter do leta 2060 predvideva 100-odstotno povečanje števila uporabnikov, zahtevano število medicinskih sester pa bo naraslo na približno 70. Uporabniki zdravstvene oskrbe na domu preferirajo dolgotrajno oskrbo na svojem domu in za vseživljenjsko bivanje poleg zdravstvene nege potrebujejo tudi druge formalne podporne storitve in prilagojena okolja.

Ključne besede: staranje v skupnosti, zdravstvena oskrba na domu, pričakovanja in preference starih ljudi, integrirana dolgotrajna oskrba, uporaba in projekcije povpraševanja.

SUMMARY

An increasing number of old people with specific health needs and personal expectations, requires an analysis of the possibilities and shortcomings of current health and social services to respond to the needs of those who will, in the expected conditions of their own homes and communities use continuous informal and formal long-term care. Their needs for various forms of support require an adapted, personally oriented and integrated model of long-term care, which in Croatia does not exist.

This paper deals with the analysis of the use and forecasts of requests for home health care, the preferred long-term care of users of health care at home, and the creation of demand projections for the required number of nurses in Varaždin County. The purpose of the doctoral dissertation is to investigate whether and how much the demand for home health care will increase, and whether there is a correlation between the use of the service and the intensity of home health care with the preferred form of long-term care for the elderly.

The data analysis was conducted on a sample of the largest institution for home health care in Varaždin County, which provides health care in 75% of the territory for the period 2013-2020. Year. Preferences for long-term care were examined with a questionnaire on a sample of 438 respondents. The home health care utilization model is based on population projections and the probability of using health care by age and gender. In period by 2060 it predicts a 100% increase in the number of users, and the required number of nurses will grow to approximately 70. Users of home health care prefer long-term care in their own homes, and for a lifelong stay in addition to health care they also need other formal support services and adapted environments.

Keywords: home care and community service, home health care and nursing, expectations and preferences of old people, integrated long-term care, utilization model and demand projection.

SADRŽAJ

1 UVOD	1
2 DUGOTRAJNA SKRB O STARIJIM OSOBAMA	8
2.1 Karakteristike starenja i starih	12
2.1.1 Starenje i teorije starenja	12
2.1.2 Biološki aspekti procesa starenja.....	13
2.1.3 Psihološki aspekti procesa starenja.....	14
2.1.4 Društveni aspekti i percepcija starenja	18
2.1.5 Uspješno i kvalitetno starenje.....	24
2.2 Dugotrajna zdravstvena i socijalna skrb	27
2.2.1 Dugotrajna skrb u domu korisnika i zajednici.....	28
2.2.2 Dugotrajna institucijska skrb	35
2.2.3 Ljudski i organizacijski resursi u dugotrajnoj skrbi	37
2.2.4 Dostupnost i korištenje zdravstvenih usluga	50
2.2.5 Preferencije za dugotrajnom skrbi.....	60
2.3. Opis sustava socijalne skrbi Republike Hrvatske	65
2.3.1 Formalne usluge i prava iz socijalne skrbi	66
2.3.2 Socijalne usluge smještaja i stanovanja.....	67
2.3.3 Usluga dnevnog i poludnevnog boravka	69
2.3.4 Pomoć u kući	69
2.4 Opis zdravstvene zaštite Republike Hrvatske	70
2.4.1 Primarna zdravstvena zaštita	74
2.4.2 Zdravstvena njega u kući.....	78
2.4.3 Zdravstvena patronažna djelatnost	83
2.5 Ocjena dosadašnjih istraživanja na odabranom području	85
3 EMPIRIJSKI DIO	89
3.1 Svrha i cilj istraživanja	90
3.2 Istraživačke hipoteze	91
3.3 Istraživačka metodologija	91
3.3.1 Opis prikupljanja podataka.....	91
3.3.2 Opis instrumenta.....	92
3.3.3 Opis uzorka.....	93
3.3.4 Metode obrade podataka.....	94
3.3.4.1 Obrada podataka iz anketnog upitnika	94
3.3.4.2 Model i izrada projekcija korištenja zdravstvene njege u kući od 2021. do 2060. godine	95

4 REZULTATI	97
4.1 Validacija i mjerne karakteristike anketnog upitnika	97
4.2 Rezultati anketnog upitnika o općim socio-demografskim podacima ispitanika	102
4.3 Rezultati anketnog upitnika o zdravstvenim teškoćama i korištenju zdravstvene njege i usluga u kući	109
4.4 Rezultati anketnog upitnika o preferiranoj dugotrajnoj skrbi	129
4.5 Prikaz modela korištenja zdravstvene njege u kući	147
4.6 Rezultati projekcije korištenja i potražnje zdravstvene njege u kući	153
5 RASPRAVA	159
5.1 Analiza sociodemografskih karakteristika ispitanika i preferirane dugotrajne skrbi	159
5.1.1 Spol ispitanika i preferirana dugotrajna skrb	160
5.1.2 Dob i preferirana dugotrajna skrb	162
5.1.3 Mjesto stanovanja i preferirana dugotrajna skrb	162
5.1.4 Socioekonomski uvjeti života i preferirana dugotrajna skrb.....	165
5.1.5 Formalne usluge podrške i preferirana dugotrajna skrb.....	168
5.1.6 Projekcije i model korištenja zdravstvene njege u kući	171
5.2 Verifikacija postavljenih hipoteza istraživanja	173
5.3 Ograničenja u obradi problema	176
6 ZAKLJUČAK	178
7 LITERATURA	182

PRILOZI

Prilog A: Anketni upitnik

Prilog B: Suglasnost ravnatelja

Prilog C: Mišljenje i suglasnost Etičkog povjerenstva

IZJAVA O AUTORSTVU

IZJAVA LEKTORA

POPIS SLIKA

Slika 1: Prikaz razina ekoloških sustava	20
Slika 2: Dimenzije životnog okruženja	23
Slika 3: Shematski prikaz komponenti uspješnog starenja	25
Slika 4: Komponente sustava zdravstvenih službi	38
Slika 5: Okvir planiranja ljudskih resursa u zdravstvu	42

Slika 6: Povezanost zahtjeva za zdravstvenom radnom snagom i projekcija opskrbe	43
Slika 7: Okvir analize buduće ponude i potražnje zdravstvenih radnika	45
Slika 8: Integrirani sustav planiranja ljudskih resursa u zdravstvu	48
Slika 9: Okvir analize korištenja zdravstvenih usluga.....	57
Slika 10: Posebni ciljevi razvoja zdravstva Hrvatske.....	71
Slika 11: Prikaz srednjih vrijednosti faktora Formalna podrška i dobnih skupina ispitanika	140
Slika 12: Prikaz srednjih vrijednosti faktora Podržavajuća okolina i dobnih skupina ispitanika.....	141

POPIS TABLICA

Tablica 1: Nezadovoljene potrebe stanovnika zemalja Europske unije po uzrocima u 2019. godini	51
Tablica 2: Nezadovoljene potrebe muških i ženskih stanovnika zemalja Europske unije po uzrocima u 2019. godini	53
Tablica 3: Nezadovoljene potrebe stanovnika starih 65 i više godina u zemljama Europske unije po uzrocima u 2019. godini	55
Tablica 4: Stanovništvo i Mreža obiteljskih liječnika Republike Hrvatske	75
Tablica 5: Stanovništvo i Mreža pružatelja zdravstvene skrbi u kući	76
Tablica 6: Osnovni dijagnostičko-terapijski postupci zdravstvene njege u kući.....	80
Tablica 7: Dodatni postupci i aktivnosti zdravstvene njege u kući	80
Tablica 8: Raspodjela djelatnika po županijama u djelatnosti zdravstvene njege u kući....	81
Tablica 9: Distribucija korisnika zdravstvene njege u kući po županijama prema dobi (2020. godina).....	82
Tablica 10. Raspodjela djelatnika po županijama u zdravstvenoj patronažnoj djelatnosti .	84
Tablica 11: Sociodemografski podaci sudionika istraživanja	93
Tablica 12: Formula za model korištenja njege u kući (Home Care Utilization Model)	96
Tablica 13: Opisna statistika varijabli za doživotni ostanak u vlastitom domu	99
Tablica 14: Rezultati faktorske analize i prikaz faktora	101
Tablica 15: Raspodjela ispitanika prema stupnju obrazovanja i mjestu stanovanja	105
Tablica 16: Raspodjela ispitanika prema spolu i stupnju obrazovanja.....	105
Tablica 17: Raspodjela ispitanika prema strukturi obitelji i mjestu stanovanja.....	106
Tablica 18: Raspodjela ispitanika prema spolu i strukturi obitelji	107
Tablica 19: Raspodjela ispitanika prema dobi i strukturi obitelji.....	107

Tablica 20: Raspodjela ispitanika prema mjesečnim primanjima i mjestu stanovanja.....	108
Tablica 21: Raspodjela ispitanika prema spolu i mjesečnim primanjima	109
Tablica 22: Podaci o korištenju prava na pomoć i njegu prema mjestu stanovanja.....	110
Tablica 23: Podaci o korištenju prava na pomoć i njegu prema spolu.....	110
Tablica 24: Podaci o korištenju zajamčene minimalne naknade prema spolu	111
Tablica 25: Podaci o korištenju zajamčene minimalne naknade i mjestu stanovanja.....	112
Tablica 26: Podaci o zdravstvenim teškoćama i mjestu stanovanja.....	113
Tablica 27: Podaci o zdravstvenim teškoćama i spolu.....	114
Tablica 28: Rezultati Mann-Whitney U testa usporedbe ispitanika s obzirom na spol i duljinu korištenja zdravstvene njege u kući	115
Tablica 29: Rezultati Mann-Whitney U testa usporedbe ispitanika s obzirom na mjesto stanovanja i duljinu korištenja zdravstvene njege u kući.....	116
Tablica 30: Podaci o primanju pomoći u svakodnevnim aktivnostima i mjestu stanovanja	118
Tablica 31: Podaci o primanju pomoći u svakodnevnim aktivnostima i spolu ispitanika	119
Tablica 32: Raspodjela odgovora o aktivnostima u kojima je potrebna pomoć	120
Tablica 33: Raspodjela ispitanika prema spolu, procjeni potrebnog intenziteta pomoći u kući i testiranje razlika	121
Tablica 34: Raspodjela ispitanika prema procjeni potrebnog intenziteta pomoći u kući, mjestu stanovanja i testiranje razlika	122
Tablica 35: Distribucija trenutnog broja i usluga zdravstvene njege na tjednoj razini	123
Tablica 36: Distribucija samoprocjene potrebnog broja i usluga zdravstvene njege na tjednoj razini.....	124
Tablica 37: Wilcoxon signed-rank test razlika za trenutni i potrebni broj posjeta medicinske sestre.....	126
Tablica 38: Rezultati usporedne analize potrebnog broja posjeta/njege tjedno u odnosu na spol	127
Tablica 39: Rezultati usporedne analize potrebnog broja posjeta/njege tjedno u odnosu na mjesto stanovanja	128
Tablica 40: Usporedba mjesta preferirane skrbi s obzirom na mjesto stanovanja.....	131
Tablica 41: Rezultati usporedbe preferirane skrbi u domu ili u pružateljima izvan doma s obzirom na intenzitet korištenja zdravstvene njege u kući	131
Tablica 42: Rezultati Mann-Whitney U testa usporedbe ispitanika s obzirom na preferiranu dugotrajnu skrb i duljinu korištenja zdravstvene njege u kući.....	132

Tablica 43: Raspodjela ispitanika prema spolu i procjeni mogućnosti doživotnog ostanka u vlastitom domu	134
Tablica 44: Raspodjela ispitanika prema procjeni mogućnosti doživotnog ostanka u vlastitom domu i mjestu stanovanja	134
Tablica 45: Usporedba muških i ženskih ispitanika s planiranim odlaskom u dom za stare	135
Tablica 46: Apsolutne i relativne frekvencije odgovora o preduvjetima doživotnog ostanka u vlastitom domu	136
Tablica 47: Korelacije varijabli preduvjeta doživotnog ostanka u vlastitom domu	138
Tablica 48: Rezultati Kruskal Wallis testa usporedbe ispitanika o uvjetima za doživotni ostanak u vlastitom domu s obzirom na dob ispitanika.....	142
Tablica 49: Rezultati Mann-Whitney U testa usporedbe ispitanika na faktorima formalne podrške i podržavajuće okoline s obzirom na spol, mjesto stanovanja i preferirane skrbi	143
Tablica 50: Usporedba ispitanika s obzirom na spol i pojedinačne uvjete za doživotni ostanak u vlastitom domu	144
Tablica 51: Usporedba ispitanika u odnosu na mjesto stanovanja i pojedinačne uvjete za doživotni ostanak u vlastitom domu.....	145
Tablica 52: Usporedba ispitanika obzirom na preferiranu skrb i procjenu uvjeta za doživotni ostanak u vlastitom domu	146
Tablica 53: Broj korisnika, sati i medicinskih sestara zdravstvene njege u kući 2013.-2020. u Varaždinskoj županiji*	147
Tablica 54: Dobna struktura Varaždinske županije* i vjerojatnost korištenja zdravstvene njege u kući u godini t=2020**	148
Tablica 55: Broj medicinskih sestara zdravstvene njege u kući 2021.-2023. na razini Republike Hrvatske	156
Tablica 56: Broj timova obiteljske medicine u Mreži javne zdravstvene službe Republike Hrvatske na dan 31.7.2023. godine	158

POPIS GRAFOVA

Graf 1: Raspodjela muških i ženskih ispitanika prema mjestu stanovanja.....	102
Graf 2: Prosječna dob muških i ženskih ispitanika	103
Graf 3: Prosječna dob muških i ženskih ispitanika prema mjestu stanovanja.....	104
Graf 4: Distribucija korisnika zajamčene minimalne naknade.....	111

Graf 5: Distribucija ispitanika s obzirom na zdravstvene teškoće.....	112
Graf 6: Prikaz prosječne duljine korištenja zdravstvene njege prema spolu.....	115
Graf 7: Prosječno trajanje zdravstvene njege prema mjestu stanovanja	116
Graf 8: Distribucija korištenja pomoći u svakodnevnim aktivnostima	117
Graf 9: Distribucija procjene potrebnog intenziteta pomoći u kući	120
Graf 10: Distribucija odgovora trenutnog i potrebnog broja posjeta medicinske sestre iz zdravstvene njege u kući na tjednoj razini.....	125
Graf 11: Distribucija prosječnog trenutnog i potrebnog broja posjeta tjedno u odnosu na spol	126
Graf 12: Distribucija prosječnog trenutnog i potrebnog broja posjeta tjedno u odnosu na mjesto stanovanja	128
Graf 13: Distribucija odgovora o preferiranom mjestu primanja dugotrajne skrbi.....	129
Graf 14: Distribucija odgovora o razlozima i planiranom odlasku na institucionalnu skrb	130
Graf 15: Prosječno trajanje njege prema preferiranom mjestu dugotrajne skrbi.....	132
Graf 16: Distribucija mišljenja o mogućnosti doživotnog ostanka u vlastitom domu	133
Graf 17: Populacijske projekcije stanovnika starih 65 i više godina za Varaždinsku županiju u razdoblju od 2020. do 2060. godine	149
Graf 18: Vjerojatnost po dobi da će muški stanovnici Varaždinske županije u 2020. biti korisnici zdravstvene njege u kući	150
Graf 19: Vjerojatnost po dobi da će ženski stanovnici Varaždinske županije u 2020. biti korisnici zdravstvene njege u kući	151
Graf 20: Prikaz sati korištenja zdravstvene njege u kući po dobi za mušku populaciju Varaždinske županije u 2020. godini	152
Graf 21: Projekcija sati korištenja zdravstvene njege u kući po dobi za žensku populaciju Varaždinske županije u 2020. godini	152
Graf 22: Projekcija korisnika zdravstvene njege u kući po godinama na području Varaždinske županije za razdoblje do 2060. godine	153
Graf 23: Projekcija sati korištenja zdravstvene njege u kući po godinama na području Varaždinske županije za razdoblje do 2060. godine	154
Graf 24: Projekcije potražnje za medicinskim sestrama za zdravstvenu njegu u kući od 2021. do 2060. godine	155
Graf 25: Projekcije plaća medicinskih sestara zdravstvene njege u kući od 2021. do 2060. godine	155

1 UVOD

Procjene Ujedinjenih Nacija (2019, 18) pokazuju da je globalno udjel ljudi starijih od 65 godina oko 9% s trendom povećanja u narednim desetljećima. Očekivano dulje trajanje života i smanjen fertilitet s manjim brojem djece u obitelji te visoka frekventnost parova i samaca bez djece globalno su povezani s povećanjem udjela starih (Ferry i Vironen 2011, 26). S tim povezano povećanje udjela starih i starenjem baby boom generacije će dovesti do povećane potražnje za različitim uslugama zdravstvene i dugotrajne skrbi (OECD 2020, 3; Europska komisija 2020, 8–12; Europska komisija 2021a, 16). Trenutni troškovi na razini EU povezani sa starenjem obuhvaćaju 25% GDP-a s projekcijom povećanja za 1,1% u sljedećih 50 godina, a što je najviše uzrokovano troškovima za dugotrajnu i zdravstvenu skrb povezanu sa starenjem (Europska komisija 2021a, 20). Osim starenja populacije, demografskim promjenama unutar Europe doprinose migracije stanovništva te ovi čimbenici zajedno imaju utjecaj na regionalne politike, ekonomsku produktivnost i socijalnu koheziju te potenciraju opterećenja na tržište rada, javne financije, zdravstveni i socijalni sustav i infrastrukturu (Ferry i Vironen 2011, 25).

Jedvaj idr. (2014, 142) smatraju da je demografsko starenje populacije socijalni rizik nepovoljnog položaja i isključenosti starih zbog čega je potrebno razmatrati razvoj infrastrukture i socijalnih usluga u zajednici, izjednačavanje pristupačnosti uslugama, usmjeriti se na potrebe korisnika te kvalitetu i kontinuitet usluga. Prosječni životni vijek stanovništva Hrvatske je 78 godina, a u 2017. godini bio je za gotovo 3 godine niži u usporedbi s prosjekom Europske unije (OECD 2019, 3). S navršениh 65 godina života, očekivana duljina života u Hrvatskoj je još 17,4 godina s time da će unutar tog razdoblja prosječno 12 godina bolovati i imati neku od kroničnih bolesti (OECD 2019, 3). Europska komisija (2018, 3) ističe da će populacija muških i ženskih stanovnika mlađih od 69 godina biti smanjena do 2070., ali će biti više onih koji će u istoj godini biti stariji od 69 godina s najvećim udjelom žena u dobi od 70 do 74 godina. S tim je u vezi objava Europske komisije (2021a, 2) prema kojoj se u posljednjih pet desetljeća očekivani životni vijek na rođenju produljio za 10 godina za žene i muškarce. Predviđanja Ujedinjenih Naroda iz 2022. ukazuju na daljnji trend produljenja života pa će do 2050. prosječni životni vijek biti 77,2 godine na globalnoj razini.

Cieza i dr. (2021) ukazuju da trenutne demografske i zdravstvene promjene stanovništva ubrzano doprinose rastu broja ljudi koji se suočavaju s teškoćama i smanjenjem

funkcionalnih sposobnosti kroz dulje vremensko razdoblje, a Gu idr. (2020) ukazuju da povećanjem populacije starije od 60 godina raste i broj starih koji trebaju zdravstvene i socijalne usluge. To je očekivano jer kontinuiranim povećanjem broja starih osoba raste i incidencija kroničnih bolesti (Channing idr. 2010, 447) te proporcionalno i mogućim invaliditetom (Erdem i Bulkan 2017, 19), a trend produljenja životnog vijeka povećava vjerojatnost ovisnosti i broj starih ljudi ovisnih o njezi drugih (Rodrigues idr. 2012, 29; King idr. 2021, 2). Stari ljudi često imaju bolne zglobove i boluju od kroničnih bolesti, a gotovo svaki drugi boluje od dvije ili više njih od kojih su najčešće bolesti srca, dijabetes i plućne bolesti (Hermsen idr. 2018, 452; Cheng idr. 2020, 937). Frolich idr. (2019, 4) su utvrdili da gotovo četvrtina trenutnih korisnika zdravstvene skrbi istovremeno boluje od više bolesti, a prevalencija jedne ili više bolesti značajno je viša u populaciji žena. Najčešća pojava komorbiditeta je u skupini starih dobnog raspona 65 do 84 godine (Frolich idr. 2019). Procjenjuje se da gotovo svaka druga osoba stara 65 i više godina ima neki invaliditet ili dugotrajno ograničenje pokretljivosti (Europska komisija 2021a, 15). McGarrigle i Kenny (2020, 8) ističu da je kronološka dob u kojoj se najviše javljaju ograničenja 75 i više godina starosti, a u toj dobi podjednako u populaciji muškaraca i žena. Međutim, kronične bolesti same po sebi ne moraju nužno biti povezane i sa smanjenjem godina života jer s različitim kroničnim bolestima ljudi mogu živjeti dugi niz godina (Westerhof i Wurm 2015, 146). Upitno je može li se postojećim uslugama stvarno održati i povećati kvaliteta života starih ljudi povezana sa zdravljem jer daljnje starenje i povećanje životne dobi prati pogoršanje zdravlja i kronične bolesti (Van Loon idr. 2021, 262). Povećanje gubitka funkcionalnosti izraženije je u populaciji seoskih žena pri čemu se prevalencija primanja pomoći mijenja sa 61% na 78% u usporedbi sa onima u gradu gdje je povećanje potražnje s 45% na 76% (McGarrigle i Kenny 2020, 8). Kontinuum teškoća kreće se od lakih i blagih do teških koje sve zahtijevaju određenu razinu minimalne ili sveobuhvatne podrške. Teškoće podrazumijevaju ograničenje ili ovisnost u najmanje jednoj aktivnosti svakodnevnog života kao što su kupanje, odijevanje, hranjenje, mobilnost u kući, toalet i kontinencija (Bonneux idr. 2012, 2). Udjel starih koji imaju neke zdravstvene probleme i loše procjenjuju svoje zdravlje kreće se u rasponu do 73%, a najutjecajniji faktori na samoprocjenu zdravstvenog stanja su životni uvjeti, zdravstvene usluge i skrb (Rodrigues idr. 2012, 58). Osim toga, starenjem i bolestima dolazi do smanjenja sposobnosti za pristup medicinskoj skrbi te je uz teškoće i smanjenje sposobnosti, pristup medicinskoj skrbi dodatno otežan izostankom socijalne podrške i financijskih pogodnosti (Schuchman idr. 2018). Obzirom da se vjerojatnost za pojavnost zdravstvenih problema mijenja u životnim razdobljima i vezana je

uz spolnu pripadnost, stoga dob i spol predstavljaju važne demografske faktore u planiranju dugotrajne zdravstvene skrbi (Deindl i Brandt 2017, 1551).

Porast incidencije kroničnih bolesti i broja starih ljudi koji trebaju dugotrajnu skrb i ovisni su o pomoći drugih već određeno vrijeme opterećuje zdravstveni sustav (Wong idr. 2010; Rodrigues idr. 2012, 29) i druge oblike formalne i neformalne dugotrajne skrbi (Mozhaeva 2019, 137), a za sveobuhvatnu skrb o starima brojni sustavi nisu pripremljeni (Channing idr. 2010, 447). Potreba osmišljavanja novih i primjerenih oblika skrbi za stare, unapređenje aktivnog starenja i razvoj dugotrajne skrbi u zajednici temelji se na individualnom i personaliziranom holističkom pristupu potrebama pojedinaca i kvaliteti usluga (Jedvaj idr. 2014, 148). Prema projekcijama Mair idr. (2016, 688–689) postoji vjerojatnost da će sredovječni ljudi i stariji odrasli koji trenutno boluju od kroničnih bolesti ući ranije u sustav dugotrajne skrbi. Oni su odraz populacije koja postaje sve brojnija i upravo oni pružaju mogućnost razumijevanja potreba i očekivanja za njegom (Mair idr. 2016, 689). Povećane potrebe za raznolike i specifične medicinske usluge rezultat su starenja populacije i smanjenja njihove pokretljivosti i mentalnog funkcioniranja što utječe na sposobnosti obavljanja aktivnosti svakodnevnog života (Borowiak idr. 2015, 406). Zdravstveni problemi i razina potrebne njege starih u kombinaciji sa zahtjevima za angažman medicinskih i socijalnih usluga u zavisnosti su o socio-demografskim faktorima, zdravstvenom statusu te raspoloživosti formalne i neformalne njege u mjestu gdje stari borave (Imhof idr. 2012, 2227–2229; Borowiak idr. 2015, 406). Sukladno tome, postojeći modeli skrbi za bolesnike s kroničnim bolestima zahtijevaju kontinuiranu adaptaciju njihovim potrebama i osobama starije životne dobi sa sve većim brojem komorbiditeta (Boehmer idr. 2018). Fulmer idr. (2021, 219) smatraju da su trenutno u postojećoj praksi potrebni odgovarajući propisi unapređivanja dugotrajne skrbi, ali i spremnost za zajedničke aktivnosti uključivanja starih u promociju zdravlja i sprečavanje bolesti te osiguravanje na pacijenta usmjerene i visoko-kvalitetne skrbi i njege.

U području dugotrajne skrbi važno je planiranje njezinih kapaciteta, ponajprije jer je napretkom medicinskog područja i zdravstvene skrbi produljen životni vijek i godine starosti što će dovesti do povećanog broja ljudi koji će trebati usluge dugotrajne skrbi i biti njezini potencijalni korisnici (Zhang i Puterman 2013, 271). S tim u vezi su i novi izazovi za socijalni sustav na koji utječu spomenuto starenje populacije i povećanje broja onih s produljenjem umirovljeničkih godina te smanjenje dostupne neformalne podrške na koju se

moгу oslanjati (Hlebec idr. 2016, 159–160). To je važno iz perspektive trenutno starih, i onih koji će to postati, jer odabiru ostati u vlastitom stambenom prostoru što je duže moguće uz neformalnu podršku koja mora biti poduprta formalnim zdravstvenim i socijalnim službama na lokalnoj razini sustava (Svjetska zdravstvena organizacija, dalje WHO 2017a, 109). Osnovni preduvjet funkcioniranja formalnih javnih i uz plaćanje dostupnih usluga je minimalan broj radnika i infrastruktura za njihovo pružanje (Scheil-Adlung 2015, 8), a koje je potrebno razvijati radi kompenzacije smanjivanja broja neformalnih njegovatelja i manjka motivacije mladih za brigu o starim ljudima (Deindl i Brandt 2017, 1563). Dakle, povećanje potražnje za dodatnim uslugama javlja se istovremeno s nedostatkom primarnih njegovatelja (Warner idr. 2021, 8). Ovi faktori zajedno predstavljaju kompleksan izazov zbog utjecaja koji imaju na usluge zdravstvene skrbi kroz kapacitete, planiranje i troškove (Wong idr. 2010, 1). Prije svega ti se izazovi postavljaju u odnosu na financiranje formalne skrbi za sve veći broj onih kojima će biti potrebna u budućnosti (Hlebec idr. 2016, 160). Starenje stanovništva se na kapacitete zdravstvenog sektora projicira i povećanim udjelom starijih zaposlenika čije djelovanje treba biti u skladu s najnovijim medicinskim saznanjima i postignućima, a njihovo aktivno sudjelovanje će u neposrednoj zdravstvenoj praksi trebati zamijeniti novi i visokokvalificirani djelatnici (Vrban 2014, 87). Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) prije više od desetljeća upozorila je da u brojnim zemljama nedostaje profesionalaca za osiguravanje osnovnih zdravstvenih intervencija, a zbog nedovoljne produkcije odgovarajućih kadrova, iseljavanja zdravstvenih djelatnika, neadekvatne kombinacije profesionalnih vještina i demografske neujednačenosti (WHO 2010, 3). I bogatije europske zemlje imaju teškoće u zadovoljenju potreba sustava jer uz starenje populacije dolazi i do smanjenja broja profesionalnih radnika koji također odlaze u mirovinu (Ferry i Vironen 2011, 39), a Europska komisija (2018, 4) ukazuje na predviđeno daljnje smanjenje radno aktivnog stanovništva za gotovo 10% u narednih 50 godina kao posljedice demografskih promjena. U promijenjenim životnim uvjetima s produljenim životnim vijekom i aktivnim participiranjem starih nemoguće je očekivati i nesigurno se oslanjati na neformalnu obiteljsku njegu, s obiteljima koje imaju manji broj djece, razdvojenog i udaljenog života generacija te zapošljavanja žena (Europska komisija 2021a, 16).

Omjer starih i mladih stanovnika se mijenja, raste broj starih s višim obrazovanjem, produljuje se prosječno trajanje života, smanjuje se broj mladih članova u obitelji, rastu potrebe za različitim uslugama za stare i povećavaju se potrebe za dugotrajnom skrbi (Jedvaj idr. 2014, 140). Neravnomjernoj zastupljenosti generacija u pojedinim područjima doprinosi

raseljavanje mladih i obrazovanih koji se uglavnom sele u gradove i veća središta radi zaposlenja, a stariji članovi zatim ostaju sami i izolirani u ruralnim područjima (Ferry i Vironen 2011, 28). Navedeno može imati utjecaj na raspoloživost zdravstvenih radnika koji bi potencijalno mogli pružati usluge zdravstvene njege u kući. U brojnim je zemljama Europe došlo do smanjenja broja stanovništva zbog smanjenog fertiliteta i iseljavanja radno aktivnih skupina (Ferry i Vironen 2011, 29). Razvoj zdravstvenih, mirovinskih, socijalnih i drugih specifičnih usluga za stare ljude treba pratiti promjene u strukturi i potrebama stanovništva (Jedvaj idr. 2014, 140). Kao odgovor na pitanje zašto je potrebno mijenjati usluge zdravstvenog sustava, Song i Tang (2019, 280) ukazuju na demografske promjene i s njima povezane promjene u učestalosti bolesti i drugih stanja što dovodi do promjena u zahtjevima prema postojećim sustavima. Demografska predviđanja moraju se razmatrati i u odnosu na biološka ograničenja, medicinska dostignuća, preventivne programe javnog zdravstva, društveno prihvatljiva i uvriježena ponašanja ljudi (Europska komisija 2018, 17).

Dostupnost usluga u kući ključna je za zadržavanje u uobičajenom životnom okruženju (Erdem i Bulkan 2017, 19–20), a osiguravanje usluga dugotrajne skrbi za stare koji ih trebaju i za one s teškoćama može podupirati njihovu samostalnost u suživotu s drugim ljudima u zajednici (Europska komisija 2021a, 16). Analizirajući različite terminološke karakteristike zdravstvene skrbi i njege, Kumpović i Režić (2020) su ukazale na fenomen nedostatne zdravstvene njege koji se povezuje s nemogućnosti zadovoljenja potreba za njegom i nemogućnosti sustava da na njih odgovori. Iz objavljenih podataka Eurostata vidljivo je da se veliki dio stanovništva Hrvatske suočava s problemom neispunjavanja zdravstvenih potreba, a koji su povezani s udaljenošću, listama čekanja i financijskim razlozima.

Demografske projekcije predviđaju povećanje populacije starih ljudi i produljenje očekivanih godina života pa se povećava i broj starijih starih ljudi kod kojih zbog promjena u zdravstvenom stanju dolazi do povećanja potreba za dugotrajnom profesionalnom i formalnom podrškom iz sustava zdravstva i socijalne skrbi. Izazov je odgovoriti na pitanja o postojećim i potrebnim kapacitetima formalnih sustava podrške u obliku ljudskih resursa i primjerenih usluga, a čime se bavi ovaj rad. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO 2017b, 20–21) u kontekstu zdravog starenja ističe nekoliko do sada nerazjašnjenih pitanja, a u ovom radu bit će obrađena ona koja se odnose na samoprocjenu potreba starih ljudi za zdravstvenom njegom i preferencijama prema dugotrajnoj skrbi.

Hrvatska svojim geografskim položajem i karakteristikama doprinosi ograničenju dostupnosti zdravstvene zaštite na udaljenim i teže dostupnim seoskim i brdovitim mjestima te otocima. Prema podacima o nezadovoljenim zdravstvenim potrebama zbog udaljenosti, financijskih razloga i listi čekanja na zdravstvene usluge, starije stanovništvo u pojačanom je riziku za izostanak potrebne i redovite zdravstvene skrbi. Poznato je da kvaliteta života povezana sa zdravljem ne utječe samo na pojedinca već i na njegovu obitelj i socijalnu okolinu. Svrha ovog istraživanja je analiza potreba za zdravstvenom njegom u kući i predviđanje potrebnog broja medicinskih sestara za rastuću populaciju starih ljudi te analiza preferiranih oblika dugotrajne skrbi.

U teorijskom dijelu rada dati je prikaz dijela opsežne literature o preferencijama starih ljudi za primanjem dugotrajne skrbi i faktora koji doprinose realizaciji njihovih očekivanja. Razvidno je da se na potrebe starih ljudi različito pristupa u brojnim zemljama i da se razmatraju demografski, ekonomski, zdravstveni, psihološki i socijalni čimbenici oblikovanja dugotrajne skrbi povezane sa starenjem. Oblikovani ciljevi i hipoteze istraživanja predstavljeni su u empirijskom dijelu rada.

Analizom arhivskih podataka odabrane ustanove za zdravstvenu njegu u kući dobiveni su podaci o trendu korištenja zdravstvene njege u kući te osnovne karakteristike korisnika prema dobi i spolu. Ti podaci korišteni su u izradi modela potražnje zahtjeva za zdravstvenom njegom u kući. Preferencije starih ljudi, korisnika zdravstvene njege, za mjestom i oblicima dugotrajne skrbi ispitani su primjenom anketnog upitnika na uzorku 438 ispitanika.

U poglavlju rezultata prikazani su deskriptivni i podaci statističkih analiza kvantitativnog istraživanja koji pokazuju većinsku sklonost i preferiranje dugotrajne skrbi ispitanika u vlastitom domu i uz podršku obitelji te uz korištenje zdravstvene njege u kući izražavaju potrebe za drugim uslugama. Prema izrađenom modelu korištenja zdravstvene njege u kući predviđa se rast korisnika i potražnje za uslugama zdravstvene njege u kući te s time povezano povećanje potražnje za medicinskim sestrama u djelatnosti.

Rezultati ovog istraživanja uspoređeni su s rezultatima i zaključcima drugih istraživanja koji sumarno ukazuju na važnost kreiranja dugotrajne skrbi koja svojim organizacijskim i kadrovskim obilježjima odgovara na specifičnosti potreba trenutnih i potencijalnih korisnika te lokalnom i regionalnom ustroju. Predstavljeni model projekcija pokazao se točnim i

odgovara opaženim stvarnim rezultatima, a može biti osnova za donošenje politika planiranja obrazovanja potrebnog broja medicinskih sestara i drugih potrebnih kadrova u dugotrajnoj skrbi. Zaključno, na temelju modela i rezultata anketnog upitnika, razvoj integriranog modela dugotrajne skrbi koji će objedinjavati zdravstvene i socijalne usluge je prijeko potreban.

2 DUGOTRAJNA SKRB O STARIJIM OSOBAMA

Napretkom medicine i razvoja cjelokupne zdravstvene zaštite kontinuirano se povećava prosječno trajanje života te usporedno rastu i potrebe za dugotrajnom i intenzivnijom skrbi o starim ljudima s kroničnim bolestima (Jedvaj idr. 2014, 140). Zahtjevi i potražnja za dugotrajnom skrbi među starima rastu umirovljenjem baby boom generacije, a u vezi s tim i zabrinutost o adekvatnom pružanju iste (Guo idr. 2014, 1). Fleuret (2011, 180) ukazuje na sve veću osviještenost kreiranja politika povezanih sa starenjem, demografskim promjenama, prevalencijom bolesti te predlažu intenzivniju koordinaciju postojećih profesionalnih službi i implementaciju dopunjavanja zdravstvenih i socijalnih usluga za pružanje dugotrajne skrbi svima koji se suočavaju s problemom njezina kontinuiteta. Društvo na ove potrebe odgovara transformacijom i tranzicijom od institucionalne skrbi prema modelima skrbi u vlastitom domu i zajednici koje preferira značajan udio stanovništva (Guo idr. 2014, 1).

Dugotrajna skrb je krovni pojam za usluge pomoći u aktivnostima svakodnevnog života, stanovanja i zdravstvene skrbi koje se provode u kući korisnika, ambulantno ili u različitim centrima i institucijama (Fields idr. 2011, 4; Wsocki idr. 2012, 1), kroz dnevne programe za odrasle, u potpomognutom stanovanju ili u ustanovama dugotrajne skrbi sa smještajem (Zhang idr. 2012, 69; Zhang i Puterman 2013, 271), a dostupna je iz sustava zdravstva, socijalne zaštite, civilnih organizacija i privatnih izvora (Mazurek idr. 2020, 2). Barber idr. (2021, 7–8) ukazuju da je dugotrajna skrb najčešće dostupna u formi rezidencijske i institucionalne te one u zajednici i vlastitom domu uz predviđene razine skrbi koje se u takvim uvjetima mogu realizirati i pružati. Dugotrajna skrb karakterizirana je formalnim i neformalnim oblicima podrške koju stari ljudi primaju od članova obitelji, susjeda i prijatelja, volontera, nevladinih organizacija ili unutar formalno dostupnih usluga i institucija iz sustava zdravstvene i socijalne zaštite s educiranim zaposlenicima (WHO 2017b, 18–19; Deindl i Brandt 2017, 1549–1550; Bae idr. 2019, 1). Zhang idr. (2012, 69) dugotrajnu skrb opisuju kao skup medicinskih i usluga podrške za ljude s kroničnim bolestima i teškoćama, a posebno one starije životne dobi. Guo idr. (2014, 2) su podržali opis dugotrajne skrbi koja obuhvaća njegu kroz dulje vremensko razdoblje zbog potreba koje su uzrokovane ili su povezane s funkcionalnim i kognitivnim ograničenjima uslijed nemoći i komorbiditeta. Prije svega, radi se o zbrinjavanju kroničnih stanja i integraciji dugotrajne skrbi s drugim aspektima života. Ona se odnosi na potporu koju trebaju stari ljudi s

ograničenim sposobnostima brige samih za sebe uzrokovanih tjelesnim ili mentalnim promjenama, kroničnim bolestima i komorbiditetom (Scheil-Adlung 2015, 2; Bae idr. 2019, 1). Rogelj i Bogataj (2018, 1004) ističu socijalnu komponentu te dugotrajnu skrb opisuju kao kontinuum potrebnih usluga osobama sa smanjenim funkcionalnim sposobnostima i ovisnima o pomoći drugih u provođenju svakodnevnih vještina brige o sebi. Aktivnosti svakodnevnog života podrazumijevaju samozbrinjavanje potreba za osobnom higijenom, zadovoljenje fizioloških potreba, prehranu te održavanje higijene stambenog prostora i održavanje kućanstva (Muir 2017, 14; Rogelj i Bogataj 2018, 1004). Danielsen idr. (2018) u opisu usluga dugotrajne skrbi ističu njihove ciljeve koji se odnose na osiguravanje osnovnih medicinskih i socijalnih potreba na besplatnoj osnovi ili uz minimalnu naknadu za korisnike. Ključno obilježje dugotrajne skrbi je obuhvat frekvencijom i intenzitetom različitih usluga na povremenoj ili dugotrajnoj osnovi usmjerenih značajno ovisnim pojedincima, a pri čemu proporcionalno veća ovisnost o pomoći drugih zahtijeva veći broj kompleksnih osobnih, medicinskih i socijalnih usluga (Barber idr. 2021, 19). Prema Barber idr. (2021, 2), dugotrajna skrb uključuje zdravstvenu i/ili socijalnu skrb, osobne usluge brige, službe podrške i socijalne usluge. Medicinski/zdravstveni aspekt dugotrajne skrbi je primarno usmjeren u tretman simptoma, bolesti i sestrinsku njegu te psihološku potporu bolesnicima i članovima obitelji (Barber idr 2021, 2). On uključuje aktivnosti prevencije, rehabilitacije, pristup kroničnim bolestima, očuvanje funkcionalnosti, njegu i palijativnu skrb. Vaartio-Rajalin idr. (2020, 1046) ukazuju na „naprednu skrb koja uključuje holističku procjenu pacijentovog tjelesnog i psihološkog statusa, planiranje, koordiniranje, implementaciju i evaluaciju individualnog plana njege; upravljanje liječenjem; pružanje edukacije bolesnicima i njihovim obiteljima te uvođenje novih digitalnih mogućnosti za unapređivanje multidisciplinarnu suradnje, rehabilitacije i istraživanja“.

U europskom okviru za kvalitetu dugotrajne skrbi, integrirana skrb opisana je kao skup metoda i protokola objedinjavanja bolničke i primarne skrbi, zdravstvene i socijalne te formalne i neformalne skrbi. Kako je navedeno, svrha i cilj integrirane skrbi je administrativna i financijska djelotvornost te zadovoljstvo korisnika kroz individualizirani plan podrške (Age platform Europe 2012, 6)¹. U odnosu na korisnika, polazi od principa primjerene skrbi u najboljim uvjetima, a ostvaruje se kroz multidisciplinarnu suradnju (Age platform Europe 2012, 6). Svjetska zdravstvena organizacija je izvijestila da u pružanju

¹ European Quality Framework for long-term care services. WeDO project, a European Partnership for the wellbeing and dignity of older people

dugotrajne skrbi izostaje koordinacija svih službi koje sada djeluju izolirano jedna od druge te da postoje brojne prepreke dostupnosti (WHO 2017b, 13; WHO 2017c, 8). Kompleksne zdravstvene potrebe i komorbiditeti starih iziskuju prilagođeni, osobno usmjereni integrirani model zdravstvene i dugotrajne skrbi, a ključni problemi trenutnih oblika dugotrajne skrbi su nedovoljna povezanost sa zdravstvenim sustavom, niski standardi sigurnosti i zahtjevni uvjeti rada (OECD 2020, 3), nedovoljan broj educiranih njegovatelja, odnosno radna snaga (Bragg i Hansen 2015, 91; Europska komisija 2021a, 16), nedostatak neformalnih njegovatelja, manji broj djece u obitelji, odvojen život mlađih i starih članova obitelji te sudjelovanje žena na tržištu rada (Lewis i West 2014, 1; Europska komisija 2021a, 16). Svjetska zdravstvena organizacija (WHO 2017a, 109) identificira probleme koji proizlaze iz odvojenosti zdravstvene i socijalne skrbi, a pri čemu dolazi do neučinkovitog usmjeravanja resursa potrebnih starima s različitim zahtjevima skrbi i njege. Takva podijeljenost, koja postoji i u Hrvatskoj, može dovesti do kašnjenja, nekoordiniranog djelovanja, nedostatka potrebnih informacija, financijskih opterećenja, dugih listi čekanja te kurativnog pristupa umjesto promocije i provođenja prevencije (WHO 2017a, 109; WHO 2017c, 8). Dugotrajnu skrb u Hrvatskoj pružaju različite ustanove iz sustava zdravstvene i socijalne zaštite, a kako se ona provodi i u bolničkim ustanovama taj način potencijalno dovodi do neprikladnog korištenja postojećih resursa mada općenito ne postoji nacionalna strategija razvoja dugotrajne ni integrirane skrbi (OECD 2019, 21). Za Europu je karakterističan dualan sustav dugotrajne skrbi koji objedinjuje institucionalnu i skrb u zajednici (Anttonen i Karsio 2016, 152), a među državama postoje razlike u odnosu na organizaciju i provedbu dugotrajne skrbi pa je u nekima zastupljenija skrb u institucijama dok je u drugima naglasak na uslugama skrbi u vlastitom domu te sufinanciranjem ili je uopće nema (Rodrigues idr. 2012, 84). Za Hrvatsku i pojedine susjedne zemlje utvrđeno je da dugotrajnu skrb prima manje od 10% starih (Rodrigues idr. 2012, 85).

Postojeći oblici skrbi za stare nisu primjereni i dostatni za njihove buduće potrebe jer se trenutne generacije starih uvelike razlikuju od prethodnih i imaju više slobodnog vremena, neovisni su i sigurniji, boljeg zdravstvenog stanja, više razine obrazovanja i drugačijih zahtjeva za korištenjem stručnih usluga skrbi izvan obitelji (Jedvaj idr. 2014, 139). Dugotrajna skrb kao sustav treba odgovoriti na povećane potrebe za adekvatnim uslugama i smanjiti opterećenje postojećeg bolničkog sustava u pružanju dugotrajne skrbi. Fulmer idr. (2021, 220) također ukazuju na potrebu redizajniranja elemenata sustava dugotrajne skrbi tako da proširuju svoj djelokrug i omogućuju starima izbor za život u zajednici ili

ustanovama za stanovanje. U razmatranju čimbenika dostupnosti dugotrajne skrbi, ona se kreće na kontinuumu od nepostojeće, slabo razvijene do sveobuhvatne i dostupne. Autori Hashiguchi i Llena Nazal (2020, 48) grupiraju Hrvatsku među zemlje koje svojim javnim sustavima ne doprinose smanjenju rizika od siromaštva povezanog s financiranjem minimalne skrbi u kući. Za Hrvatsku ne postoji uobičajen sustav dugotrajne skrbi, a trenutne politike ne ukazuju na mogućnost njegova razvoja iako bi se određeni oblici socijalnih usluga poput smještaja mogli podvesti pod ideju dugotrajne skrbi. Stubbs i Zrinščak (2018, 11) su ocijenili da razvoj dugotrajne skrbi u Hrvatskoj treba biti zajednički prioritet sustava zdravstva i socijalne zaštite. S obzirom na demografske promjene, smanjenje broja članova obitelji i vjerojatnost da stari ljudi žive sami, očekuje se da će formalno organizirana skrb za stare ljude biti potrebna nego prije (Anttonen i Karsio 2016, 154).

U procesu starenja, među brojnim starima uočene su društvene nejednakosti u odnosu na kronološku dob, spol, etničku pripadnost i socioekonomski položaj (Kunkel i Settersten, 2021, 13). Većina starih ljudi s ruralnih područja nema odgovarajuću profesionalnu potporu (Young i Siegel 2016, 48) pri čemu su formalne profesionalne usluge neprimjerene, ograničene ili udaljene (Gibson idr. 2019, 638). Ferry i Vironen (2011, 26) navode da se u kreiranju politika koriste različite metode kojima bi se adekvatno odgovorilo na zahtjeve demografskih promjena čiji se indikatori primjenjuju za izvor regionalnog financiranja, uključivanje demografskih karakteristika u regionalne razvojne strategije te razvijanje specifičnih i aktivnih regionalnih mjera kao odgovor na aspekte demografskih promjena. Hashiguchi i Llena-Nazal (2020, 34) ističu da se ljudi s istim i podjednakim potrebama za dugotrajnom skrbi, a iz različitih geografskih regija i europskih država, susreću s različitim troškovima koje imaju za svoje potrebe. Isto tako zaključuju da će unutar pojedinih uređenih sustava dugotrajne skrbi postojati razlike kako će se mijenjati pojedinačne potrebe za dugotrajnom skrbi. Tamo gdje postoji, participacija korisnika u troškovima dugotrajne skrbi stavlja u nejednaki položaj one pojedince i skupine koji imaju niža materijalna primanja i lošiju ekonomsku situaciju, a što bi moglo dovesti da ne primaju skrb koja im je stvarno potrebna (Hashiguchi i Llena-Nazal 2020, 34). Wang idr. (2020a) su također raspravljali da razlike koje proizlaze iz ekonomske nejednakosti, socijalnog konteksta, osjećaja društvene sigurnosti i demografskih karakteristika uzrokuju različitu voljnost starih za korištenje zdravstvenih usluga u ruralnim i urbanim sredinama. Ustanovili su da potencijalna pristupačnost zdravstvenih usluga nije samo pod utjecajem udaljenosti i percipirane ranjivosti, nego čak i više zavisi od osobnih karakteristika potencijalnih korisnika. Korisnike

dugotrajne skrbi prema postojećoj literaturi (Liu idr. 2019, 5) možemo svrstati u skupinu primatelja skrbi u kući, skupinu voljnih primatelja institucionalne skrbi i skupinu koji žele koristiti usluge u zajednici. Osobne karakteristike i obilježja koji određuju pristupačnost i voljnost korištenja zdravstvenih usluga su psihosocijalni status, prihodi, uvjeti stanovanja i razina obrazovanja starih (Wang idr. 2020a). Prema mjestu prebivanja, utvrđeno je da su stari iz urbanih područja spremniji koristiti zdravstvene usluge koje se u većim gradskim središtima brže razvijaju i dostupnije su (Wang idr. 2020a). Mas idr. (2017, 929) podsjećaju da su stari ljudi u povećanom riziku za institucionalizaciju zbog ranjivosti, teškoća, narušenog kognitivnog statusa, višestrukih kroničnih bolesti te je za njih nužno osigurati adekvatnu skrb.

2.1 Karakteristike starenja i starih

Svrstavanje ljudi u kategoriju starih uvjetovano je njihovom kronološkom dobi pa primjerice Song i Tang (2019, 279) za populaciju starih kažu da se odnosi na udjel osoba starih 65 ili više godina u ukupnom stanovništvu. Black i Hyer (2019, 2) podsjećaju na tri skupine starih ljudi, od onih najstarijih rođenih prije 1925., zatim tradicionaliste rođene između 1925. i 1945. i pripadnike baby boom generacije rođene u razdoblju od 1946. do 1964. čija će iskustva i imati najveći utjecaj na život zajednica u kojima borave. Kunkel i Settersten (2021, 2) starenje opisuju svim iskustvima koje ljudi doživljavaju tijekom životnog ciklusa u interakciji s tjelesnim, psihološkim i socijalnim promjenama. Mnoga pitanja povezana sa starenjem ujediniuju psihološke, fiziološke, biološke i socijalne promjene u odnosu na doživljaj starenja u životnoj okolini i zajednici.

2.1.1 Starenje i teorije starenja

Settersten i Godlewski (2016, 9) s obzirom na teorijske koncepte i ishodišta razmatraju starenje kao karakteristiku pojedinaca i skupina te s druge strane kao društveni konstrukt. Prilagodba na starost ovisi o interakciji različitih čimbenika, a oni su biološki i psihološki kao osobno uvjetovani te izvanjsko uvjetovani što uključuje socijalnu okolinu, obiteljske osobine, uvjete stanovanja i razvijene sustave podrške (Bouillet 2003, 332). Promjene povezane sa starenjem očituju se u odnosu na biološko starenje, rizik od bolesti i obolijevanje, smanjenje socijalnih kontakata umirovljenjem, financijsku nesigurnost i ovisnost (Laklija idr. 2008, 172). Kako je starenje povezano s propadanjem psihosocijalnih, tjelesnih i funkcionalnih sposobnosti, pozitivno orijentirani stavovi prema starenju umanjuju

simptome anksioznosti i depresivnosti, povećavaju zadovoljstvo životom dok negativni stavovi pospješuju narušavanje zdravlja (Bryant idr. 2016, 257).

Prema Kornadt i Rothermund (2011, 553) odnos prema starima ne oblikuje se isključivo samo na temelju godina i dobi već prema socijalnom okruženju u kojem se nalaze i njihovih socijalnih uloga koje imaju. To je izravno povezano s teorijom ekoloških sustava u kojem se na ontogenetskoj razini pojedinca doživljava kao dio šireg sustava s kojim je u interakciji. Bronfenbrennerova teorija ekoloških sustava ukazuje na ishode i dobrobit pojedinca kao rezultat uzajamnih interakcija njegovih karakteristika s karakteristikama i obilježjima okoline u kojoj se nalazi. Lange i Grossman (2018, 42–50) donose pregled najznačajnijih teorija, a one se grupiraju u psihosocijalne i biološke. Grupu psihosocijalnih teorija čine psihološke čiji je fokus na objašnjenju starenja kroz mentalne procese, emocije, stavove, motivaciju i osobni razvoj te grupu socijalnih teorija koje karakterizira usmjerenost na razumijevanje uloga, odnosa, položaja i međugeneracijskih aspekata prilagodbe starih. Psihološke teorije objašnjavaju različite perspektive odnosa pojedinaca prema samima sebi, drugim ljudima i okolini (Bouillet 2019, 57), a među njima se ističu primjerice Maslowljeva hijerarhija potreba i Eriksonova razvojna teorija (Lange i Grossman 2018, 48). Karakteristika bioloških teorija je da objašnjavaju fiziološke procese i promjene koje nastaju starenjem (Lange i Grossman, 2018, 50). Između ostalog, Bengtson i Settersten (2016, 1–2) teorijska objašnjenja smatraju važnim jer se na njima temelje metode i razumijevanje raznih podataka, ali teorije istovremeno prožimaju politike i prakse dajući objašnjenja o uzročno-posljedičnim vezama. Ključnu vrijednost teorija prepoznaju u nadogradnji i integraciji postojećih znanja te identifikaciji praznina i neujednačenosti s novim spoznajama (Bengtson i Settersten 2016, 2).

2.1.2 Biološki aspekti procesa starenja

Biološko starenje može se opisati kao kumulativno usporavanje i nemogućnost obnavljanja i nadomještanja tjelesnih stanica, a nakupljanje disfunkcionalnih dovodi do jačanja rizika i nastanka oboljenja povezanih sa starenjem (Hayflick 2016, 41). S tim su u vezi istraživanja koja uz starost povezuju Alzheimerovu bolest te kao najčešće uzroke smrti povezane sa starenjem navode kardiovaskularne bolesti, moždani udar i karcinome (Hayflick 2016, 48). Biološki proces starenja karakterizira razdoblje rasta i sazrijevanja te prirodno propadanje i s time povezane fizičke promjene. Kunkel i Settersten (2021, 2) ukazuju na opis starenja kroz fizički izgled i tjelesne karakteristike ljudi vidljive na promjeni boje kose, elastičnosti

kože, promjenama u razini hormona, imunološkim reakcijama i kardiovaskularnim rizicima za bolest, a koji se ne mogu vezati isključivo za kronološku dob jer se javljaju različitim intenzitetom i u različitoj dobi. Osim zdravstvenih stanja koja imaju smrtni ishod, u procesu starenja gube se i funkcionalne sposobnosti, a koje predstavljaju ograničenja u aktivnostima svakodnevnog života (McGarrigle i Kenny 2020, 5). U dobi 75 i više godina ovisnost o tuđoj pomoći u ovim aktivnosti ima 78% žena (McGarrigle i Kenny, 2020, 33). Većina starih ljudi suočava se s funkcionalnim ograničenjima koja uvjetuju kombinaciju podrške od članova obitelji i formalne njege (McGarrigle i Kenny, 2020, 33). Naess idr. (2019, 676) ukazuju da se smanjenje funkcionalnih sposobnosti može tumačiti kao posljedice ili kroz interakciju starenja i neke bolesti, međusobno različitih bolesti te kombinacije tretiranja različitih bolesti i starenja, a što sve zajedno može otežavati provođenje zdravstvene njege u uvjetima primarne skrbi zadovoljenja potreba za prehranom i higijenom. Marinović Glavić idr. (2020) su analizirali povezanost samoprocjene zdravlja i funkcionalne sposobnosti osoba treće životne dobi. Na uzorku starih 75 i više godina utvrdili su da muškarci u usporedbi sa ženama procjenjuju da imaju manje ograničenja povezanih sa zdravljem u obavljanju svakodnevnih aktivnosti (Marinović Glavić idr. 2020, 287). Životne aktivnosti u kojima mogu ili nastupaju funkcionalna ograničenja i koja se koriste za procjenu funkcionalnosti starih odnose se na brigu o sebi (samostalno prelaženje iz sobe u sobu, odijevanje, kupanje, uzimanje hrane, odlazak i ustajanje iz kreveta, korištenje toaleta) i instrumentalne aktivnosti pripreme obroka, odlazak u trgovinu i kupnja namirnica, obavljanje telefonskih poziva, uzimanje lijekova i upravljanje novcem (McGarrigle i Kenny 2020, 5). U odnosu na bračni status utvrđeno je da samci i obudovljeni bez partnerske pomoći u svakodnevnim aktivnosti procjenjuju lošijim svoje funkcionalne sposobnosti i svakodnevna ograničenja procjenjuju težima (Marinović Glavić idr. 2020, 289).

2.1.3 Psihološki aspekti procesa starenja

Povećanjem očekivanih godina života očekuje se i povećanje broja ljudi starijih od 85 godina s demencijom i drugim zdravstvenim teškoćama (Lewis i West 2014, 1). Osim izloženosti bolestima, starija populacija stanovništva je u pojačanom riziku za smanjenje i ograničenje socijalnih interakcija, sudjelovanja u aktivnostima civilnog društva, pristupa materijalnim resursima i servisima u zajednici (Dahlberg i McKee 2018, 180), a posljedično od usamljenosti, izolacije te izraženih psihosocijalnih potreba (Hermsen idr. 2018, 453–454). Forstner idr. (2019, 2) ukazuju da je starenje najjači predikcijski faktor za nastanak

demencije, a povećanjem godina taj se rizik povećava. Kunkel i Settersten (2021, 3) ukazuju na psihološke i kognitivne promjene koje nastaju starenjem, a odnose se na sposobnosti pamćenja, obrade informacija i sposobnost učenja.

Bellingtier i Neupert (2018, 1157) su istražili utjecaj stavova prema starenju s emocionalnim reakcijama na svakodnevne stresne situacije. Očekivano je da osobe s negativnim stavovima prema starenju imaju više negativnih reakcija u danima s pojačanim stresom u usporedbi s pojedincima s pozitivnim stavovima prema starenju na koje svakodnevni stresori ne izazivaju fluktuaciju reakcija. Mock i Eibach (2011, 979) argumentiraju da subjektivni osjećaj starosti ima negativni utjecaj na samoprocjenu samo u slučaju nepovoljnih stavova prema starenju, a koji prevladavaju u određenim kulturama. Samopercepcija dobi pojedinca može biti utjecajna varijabla za iskazivanje stavova prema starenju i evaluaciji vlastitog života, a oni koji se osjećaju starijima nego što ustvari jesu imaju izraženije nepovoljne stavove prema starenju (Mock i Eibach 2011, 979). Sve zajedno podržava uvjerenje da pozitivni stavovi prema starenju mogu služiti kao protektivni faktor i smanjiti osjetljivost na nepovoljne životne situacije, a isto tako biti i alat za predviđanje reakcija starih na promjene i svakodnevne situacije (Bellingtier i Neupert 2018, 1158). Takvi stavovi mogu imati utjecaj na tjelesno i mentalno zdravlje, pri čemu je utvrđeno da pozitivni stavovi i percepcija starenja povećavaju životno zadovoljstvo od onih s manje pozitivno orijentiranim stavovima prema starosti (Bryant idr. 2016, 256–257). Rodrigues idr. (2012, 57) su ukazali na povezanost dostupnosti socijalnih usluga s većim životnim zadovoljstvom starih 65 i više godina i zdravijim duljim životnim razdobljem. Isti autori utvrdili su da među starima 65 i više godina u Hrvatskoj nema značajnih razlika u zadovoljstvu životom s obzirom na pogoršanje zdravstvenog stanja, oni su općenito manje zadovoljni u odnosu na ostalu populaciju (Rodrigues idr. 2012, 58).

U odnosu na psihološko funkcioniranje starih sa sela utvrđene su određene razlike spram njihovih vršnjaka u urbanim područjima. Naime, prema Averill (2012) u odnosu na vrijednosti koje njeguju stari u ruralnim područjima neovisno o nasljeđu i kulturi, ističe se otpornost, marljivost, autonomija i duhovnost. Ti isti stari u ruralnim područjima u definiranju zdravlja naglašavaju da svakodnevno rade ono što se mora i odnosi na aktivnosti svakodnevnog života i socijalnu uključenost, a kada razgovaraju o bolestima i drugim životnim promjenama uvijek ističu sadašnje vrijeme i što mogu raditi neovisno i sami što se manifestira na njihovu psihološku otpornost (Averill 2012). Kunkel i Settersten (2021, 4)

nadalje govore o povezanosti i međudjelovanja starenja i emocija, osobnosti, identiteta, samopoštovanja, povezanosti psiholoških procesa i stresa s općim zdravljem, odnosima u obitelji i suočavanju sa stereotipima, sposobnosti prilagodbe na promjene, očuvanja smisla života, ostvarivanja novih uloga.

Situacije koje prate starenje poput smanjene tjelesne aktivnosti i prehrana niže nutritivne vrijednosti, česta socijalna isključenost i smanjeno uključivanje u produktivne aktivnosti povezane su sa depresijom. Stariji stari ljudi s kroničnim bolestima i koji se osjećaju fizički slabi imaju potrebe za odgovarajućom okolinom, a depresivni i s manjom socijalnom podrškom iskazuju veće psihosocijalne potrebe (Hermsen idr. 2018, 452). Posljedično, radi se o negativnom utjecaju raspoloženja na nepovoljno percipiranje vlastite budućnosti i samih sebe (Jeste idr. 2010, 82). Psihološki status kao individualno obilježje starih, izravno je povezan s društvenom percepcijom i procjenom zahtjeva te će pozitivno orijentirani djelovati poticajno na fizičko zdravlje starih, povećavati interakcije s društvom, smanjiti osjećaj ranjivosti i biti će aktivniji u traženju potrebnih informacija povezanih sa zdravljem i dostupnim uslugama (Wang idr. 2020a). Suprotno tome, isti autori navode da nepovoljno psihološko stanje starih dovodi do pogrešnih procjena vlastitih potreba za zdravstvenim uslugama te smanjuje motivaciju za njihovo primanje, traženje i pristup. Navedeno upućuje da je važno preventivno djelovati na mentalno zdravlje starih, a kako bi se umanjile potrebe za uslugama podrške i osigurala otvorenost starih za primanje usluga kada one stvarno budu potrebne.

Ludvigsen (2017, 86) u domeni psihološkog i društvenog starenja iznosi da se stari ljudi unatoč starenju i posljedicama starenja kao što su bol, invaliditet, smanjena pokretljivost, doživljavaju kao puni članovi društva. Starenjem i bivanjem korisnikom u ranjivoj situaciji otvara poziciju ovisnosti o drugima, a iako profesionalcima i kvalificiranima za pružanje skrbi te osobe su vrlo često korisnicima potpuno nepoznate (Lundgren i Berg 2011, 239). Ovakve situacije dovode do vrlo osjetljivih interakcija među primateljima i pružateljima skrbi u ponekad stresnim situacijama, a koje od profesionalaca i svih drugih zahtijevaju odnos poštovanja i uvažavanja. Ljudi u ovakvim ranjivim situacijama često gube kontrolu i mogućnost ovladavanja situacijom te su primorane imati povjerenja u kompetencije njegovatelja. Obzirom da su sve takve situacije praćene strahom i nesigurnošću, njegovatelji moraju biti svjesni ranjivosti korisnika i biti usmjereni na korisnikove specifične potrebe, želje i očekivanja (Lundgren i Berg 2011, 239).

Uz druga istraživanja, Dekawaty idr. (2019, 326) ukazuju na opterećenost članova obitelji povezanog sa skrbi o starim, bolesnim i nemoćnim članovima. Vezano na psihološko opterećenje starenja, briga za nemoćne članove obitelji smatra se izvorom opterećenosti za neformalne negovatelje, a provođenje dugotrajne skrbi na istim radnim mjestima za formalne negovatelje (Krutter idr. 2020, 200). Najčešći prediktori opterećenja negovatelja su ponašanja starih, stupanj ovisnosti i sigurnost pacijenta koji se mogu javiti u bilo kojoj dobi i zavise o funkcionalnim i kognitivnim sposobnostima (Allen idr. 2019, 53–55). O povezanosti brige za stare i osjećaj sagorijevanja, Krutter idr. (2020, 204–205) su analizirali ruralna područja i opterećenost obiteljskih negovatelja pacijenata s demencijom te utvrdili da se oko 30% članova obitelji osjeća opterećeno. Oni su zaključili da opterećenosti negovatelja doprinosi udaljenost i dostupnost odgovarajućeg transporta, a najutjecajnija dimenzija njihove opterećenosti je psihološka napetost. Wagner i Brandt (2018, 25) stavljaju u korelaciju formalne oblike skrbi i cjelokupni kontekst njege koji utječe na stres neformalnih negovatelja kroz najprije izravno vrijeme povezano s pružanjem njege, a zatim kroz probleme koji proizlaze iz svih drugih radnih i obiteljskih uloga koje negovatelji imaju. Oni su (Wagner i Brandt 2018, 30) utvrdili negativnu povezanost između formalne dugotrajne skrbi i usamljenosti i depresivnosti negovatelja, a što ukazuje da im je formalna potpora potrebna. Navode da se bračni partneri koji pružaju njegu i imaju dostupnu podršku usluga dugotrajne skrbi osjećaju manje depresivnima i usamljenima, a što proizlazi iz osjećaja kontrole koju im dostupnost formalnih usluga pruža. Uključivanje i jačanje formalne skrbi za stare u vlastitom domu tim je važnije jer su primjerice Lopez Hartmann idr. (2019, 658) utvrdili da 60% negovatelja osjeća opterećenost, a svaki treći neformalni negovatelj starih doživljava visoko opterećenje. Nadalje, utvrdili su da udjel opterećenih negovatelja raste s razinom zdravstvenog oštećenja pa je najviše opterećenih (62,7%) u skupini negovatelja starih s težim i teškim zdravstvenim stanjima. Svaki peti neformalni negovatelj izražava tugu, ljutnju i depresivnost, a nezadovoljstvo podrškom drugih članova obitelji 11-13%. Istraživanje Lopez Hartmann idr. (2019, 659) ukazuje na značajnu povezanost nezadovoljstva neformalnih negovatelja podrškom obitelji i prijatelja s osjećajem njihovog opterećenja u njegovanju starih u vlastitom domu. Osim toga, Martinez-Linares idr. (2020, 7) su utvrdili i da korisnici usluga u kući često skrivaju svoje stvarne potrebe zbog straha da su opterećenje obiteljima i rođacima. Uz samački život i potrebnu zdravstvenu njegu, osjećaj tereta i opterećenja povezani su s motivacijom za institucionalnom skrbi (Cordeiro idr. 2015, 364).

2.1.4 Društveni aspekti i percepcija starenja

Afirmacija društvene brige o starima očituje se kroz decentralizaciju skrbi, prilagodbe opće skrbi lokalnim karakteristikama, promociju izvaninstitucijske skrbi za stare, razvijanje usluga prilagodljivih različitim potrebama korisnika, poticaj na korištenje postojećih i razvijenih novih mogućnosti, ostvarivanje i osnaživanje partnerstva s članovima obitelji i intenziviranje suradnje lokalnih i državnih razina upravljanja (Bouillet 2003, 323). Kornadt i Rothermund (2011, 553–554) su utvrdili korelaciju između konteksta i doživljavanja starih ljudi i njihove kategorizacije odnosno svrstavanje u kategoriju stari. Naime, u različitim životnim razdobljima percepcija starenja je različita i vezana za radno aktivno razdoblje, obitelj i životna partnerstva te primjerice evaluacije starih najpozitivnijima ističu obitelj i veze, važnost religije i duhovnosti te rad dok su najmanje vrednovani zdravlje i snaga, prijateljstva i poznanstva. Kunkel i Settersten (2021, 4) starenje povezuju sa doživljajem i značenjem koje mu daje društvo, odnosno podrazumijeva mišljenja, očekivanja i predviđanja o tome što ljudi jesu, što mogu i kako se trebaju ponašati u skladu s određenim godinama. Nastavno na to, starost je u društvenom kontekstu kategorizirana kroz kronološku dob ili godine starosti, funkcionalni status i sposobnosti te životnu fazu koji za društvo imaju određeno značenje (Kunkel i Settersten 2021, 9).

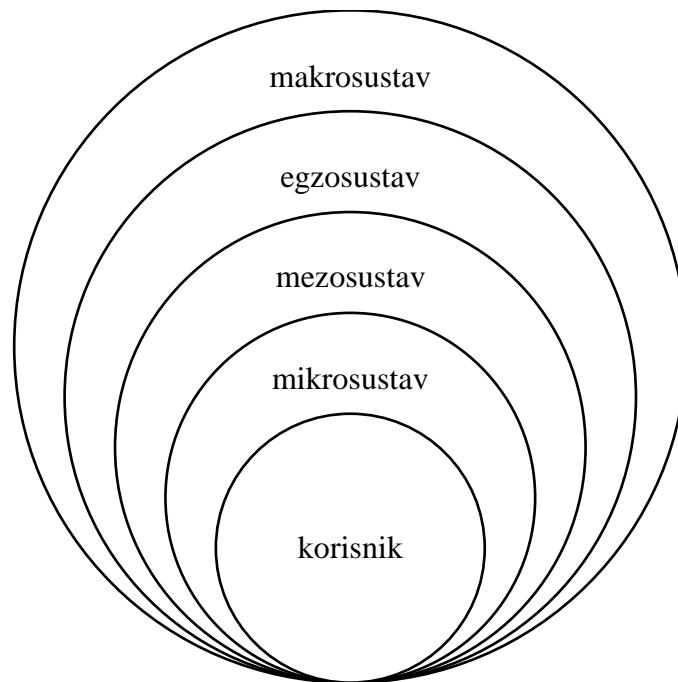
Kerbler (2014, 95) sa socijalnog aspekta ukazuje na postepeni gubitak prijatelja i vršnjaka iz susjedstva, a starenjem raste težnja za ljudima iste dobi u susjedstvu. Zbog promjena koje se kontinuirano događaju pod razvojem društva i napretkom, stari u urbanim središtima imaju nove izazove koji nisu postojali ili su bili u izmijenjenom obliku. Kerbler (2014, 95) primjerice ukazuje na nepovoljnu situaciju starih povezano s razvojem prometne infrastrukture i povećanja broja korisnika u prometu, a što kod njih izaziva strah i nelagodu te doprinosi zadržavanju u okviru stambenih uvjeta i postepene izolacije starih. Black i Hyer (2019, 2–3) ukazuju na materijalne i socijalne uvjete zajednica koje svojim uslugama unapređuju neovisnost i omogućuju starenje u mjestu te uključenost u sveukupni život zajednice. Davey idr. (2004, 133) starenje u mjestu tumače kao ostanak života u zajednici s određenim stupnjem neovisnosti izvaninstitucijske skrbi sa smještajem. Wiles idr. (2011, 360) međutim ukazuju da starim ljudima pojam starenja u mjestu uopće nije poznat, a u odnosu na odabir mjesta doživotnog boravka temeljna ideja je upravo mogućnost starih da odabiru životno okruženje i pristupačnost uslugama. Starenje u mjestu ima svoje praktične prednosti osjećaja sigurnosti pa je za neke stare važan ostanak u vlastitom domu što je dulje

moguće, a za neke druge to je osjećaj intime koju imaju, emocionalna vezanost za prostor i stvari, povezanost sa susjedima i članovima zajednice (Wiles idr. 2011, 361–362).

Lawton i Nahemow (1973 u Fausset idr. 2011, 126) su predstavili ekološki model starenja koji objašnjava interakcijsku povezanost osobe i njezinog okruženja. Uspješna interakcija rezultat je usklađenosti sposobnosti pojedinca da odgovori na zahtjeve okoline ili kad se zahtjevi okoline smanje do razine sposobnosti pojedinca. Međutim, problemske situacije nastaju upravo kad zahtjevi u okruženju prelaze sposobnosti pojedinca da na njih odgovore. U razmatranju i planiranju dugotrajne skrbi potrebno je imati na umu upravo tu usklađenost i činjenicu da se sposobnosti ljudi mijenjaju kroz život, a neke od njih mogu se predvidjeti (Fausset idr. 2011, 126). Uvažavanje i ulaganje u sposobnosti starih istovremeno pozitivno djeluje i na okruženje u kojem žive pa gradovi i zajednice imaju ključnu ulogu u omogućavanju duljeg i zdravijeg življenja te razvoja produktivnih društava u kojima su svima dostupne osnovne zdravstvene i socijalne usluge, obrazovanje, mogućnost rada, stanovanje, transport, zaštita i sigurnost (WHO 2017b, 11; WHO 2017c, 12).

Dobbs idr. (2012, 21) su u odnosu na zdravstveni sustav prikazali ekološku sustavnu teoriju, a s naglaskom na ulogu pojedinca u odnosu na sebe, druge u neposrednoj blizini, interakcije na svim razinama i ovisnost o najvišem makrosustavu (Slika 1). Individualnu ili ontogenetsku razinu čine sve karakteristike i osobitosti pojedinca koje u interakciji s okolinom mogu biti više ili manje izražene. Osobe iz neposrednog okruženja koje čine nečiji mikrosustav su članovi obitelji, obiteljski liječnik, medicinska sestra iz skrbi i drugi koji izravno surađuju s pojedincem.

Slika 1: Prikaz razina ekoloških sustava



Izvor: Prilagođeno prema Dobbs idr. 2012, 21.

U omogućavanju da zdravstveni sustav odgovara potrebama pojedinaca i zajednica, najvažniju ulogu ima makrosustav koji objedinjuje nacionalne zdravstvene politike, zakonodavstvo i kulturološku perspektivu starih (Dobbs idr. 2012, 21). U odnosu na staru populaciju, autori Bengtson i Settersten (2016, 4) naglašavaju povezanost djelovanja na makro razini ekološkog sustava i primjerice odluke o deinstitucionalizaciji s mogućnostima koje su zbog toga dostupne na mikro razini u obliku zdravstvene njege u kući. Campbell i Shore-Sheppard (2020, 2) ukazuju da kada se u obzir uzmu sve razine sustava uključene u zdravstvene reforme i njihovu međusobnu povezanost, onda se te relacije mogu promatrati u kontekstu društvenih odnosa i društvenih institucija. Te veze odvijaju se na najvišim državnim, regionalnim i lokalnim razinama, sve obuhvaćaju pružatelje zdravstvenih usluga i pojedince korisnike. Korištenjem teorijskog koncepta ekoloških sustava, uvažavajući međusobne interakcije unutar i između svih njegovih komponenti, moguće je kreirati i usmjeravati zdravstvene promidžbene i intervencijske aktivnosti (Eriksson idr. 2018, 429). Na mikro razini sustava, starenjem su involvirani članovi najuže obitelji osoba starije životne dobi. Povezano s mikrorazinom ekološkog sustava važno je, o neformalnoj podršci koju čine bračni partneri i rođaci, promišljati kao faktor zašтите i prevencije u sprečavanju ili odgađanju institucionalizacije starih (Wong idr. 2010). S tim u vezi, tradicionalne uloge u kućanstvima mnogih društava povećavaju vjerojatnost da će muškarci kontinuiranu skrb

doživjeti u vlastitom domu zbog odabira i očekivanja žena da rade kućanske poslove i skrbe o njihovim potrebama, a što umanjuje i potrebu korištenja formalnih usluga skrbi (Wong idr. 2010). Navedeno upućuje da će postojanje životnog partnera i drugih bliskih članova obitelji imati veze s planiranjem potrebne dugotrajne i kontinuirane skrbi. Naime, obiteljske veze su važan prediktor oslonca u slučaju potreba jer bračni partneri i odrasla djeca najčešće na sebe preuzimaju njegu i socijalnu podršku starima i bolesnima (Redfoot idr. 2013, 5), donošenje odluke o dugotrajnoj skrbi (Nieboer idr. 2010, 1323) te ugovaranje i koordinaciju dugotrajne formalne skrbi (Redfoot idr. 2013, 5; Hlebec 2018, 117). Watt idr. (2014) ukazuju na generacijski prijenos neformalne pomoći mlađih starima pri čemu djeca upravo od svojih starijih uče biti njegovatelji i kako pomagati starim roditeljima. Taj model uobičajen je i u Hrvatskoj, a zasigurno i u drugim susjednim zemljama pa je logično očekivati da i postojeće generacije starih očekuju prema dosadašnjem iskustvu nastavak skrbi u vlastitom domu jer oni prema Watt i dr. (2014) svojim primjerom pokazuju očekivanja o preferiranoj skrbi od vlastite djece u budućnosti i bez da eksplicitno izraze svoje želje ili traže pomoć. Jedvaj idr. (2014, 138) sve učestalije smanjenje socijalne mreže i potpore starima povezuju s promjenama u sastavu obitelji i umanjena broja generacija unutar obiteljskog okruženja pri čemu su sve rjeđe proširene obitelji s tri ili više naraštaja. Najveće promjene, s aspekta položaja starijih osoba u obitelji, očituju se dakle u opsegu socijalne mreže i broja članova obitelji kao potencijalnih njegovatelja te odnosa mlađih prema starijim članovima društva (Jedvaj idr. 2014, 138–139). North i Fiske (2015, 24) ukazuju da se stavovi o starima mijenjaju u odnosu na društveni i socijalni kontekst te specifičnosti istočnih i zapadnih kultura. Transformacija tradicionalnih višegeneracijskih ruralnih obitelji, usmjerenih na zaštitu i brigu o starijim članovima, doprinijela je poteškoćama pružanja skrbi i zaštite starijih te smanjivanja mogućnosti modernih hrvatskih obitelji da samostalno osiguraju adekvatnu skrb svojim članovima (Jedvaj idr. 2014, 139).

U socijalno osjetljivom okruženju gdje je tradicionalno uobičajeno da se za stare i nemoćne brinu mlađi članovi obitelji, formalne usluge podrške u zajednici nisu dovoljno razvijene. Primjer toga su Hrvatska i susjedne zemlje, ali i bogatije države Europske unije u kojima prevladava ovaj oblik skrbi za stare. Hlebec idr. (2016, 162) ističu kulturološke karakteristike društva i doslovce ekskluzivnu zastupljenost neformalne podrške starima u usporedbi s nedostupnim ili nedovoljno razvijenim formalnim uslugama za stare i njihov život u zajednici. Europske regije međusobno se razlikuju po životnom okruženju osoba starije životne dobi pa primjerice sjeverne europske države imaju manji udio starih

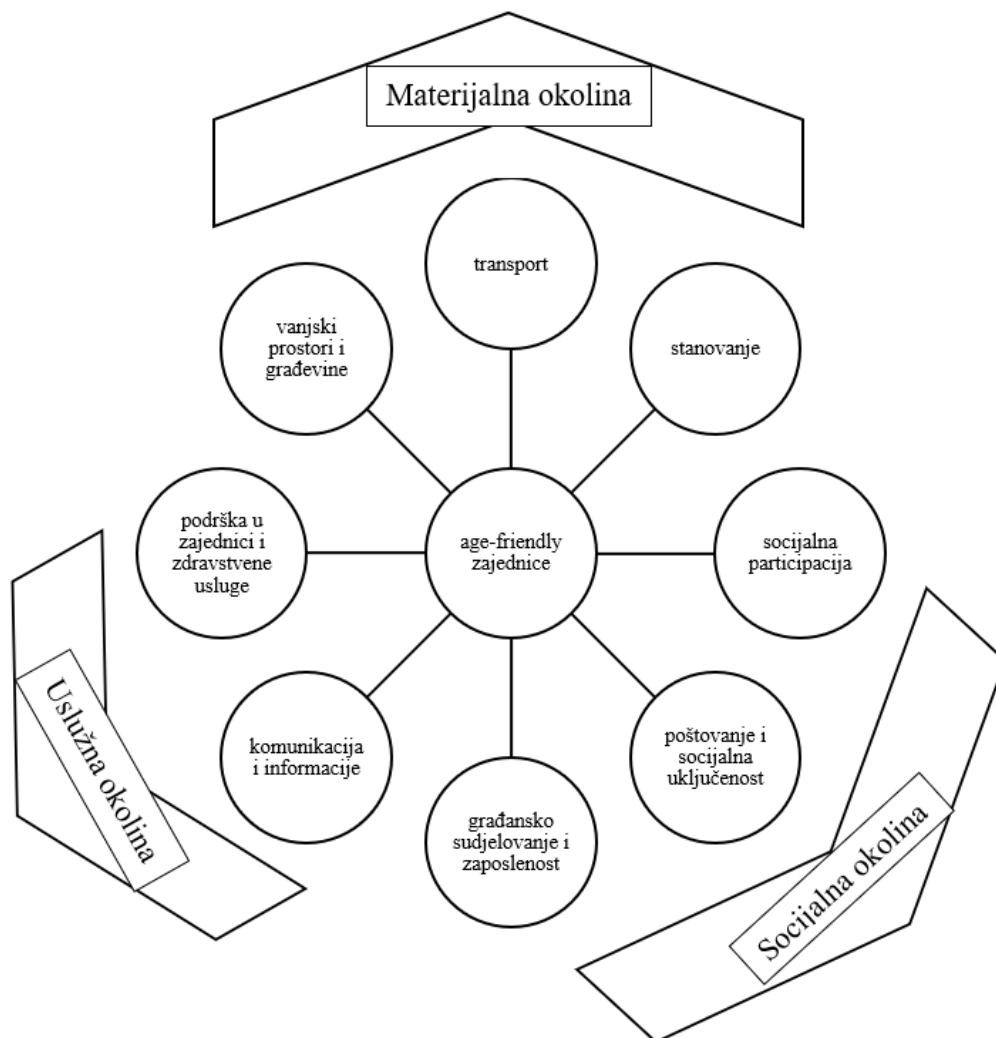
stanovnika koji žive s djecom ili u nekom obliku proširenih kućanstava dok južne karakterizira upravo suprotna situacija i suživot starih s mlađim generacijama (Rodrigues idr. 2012, 32–34).

Sukladno teoriji ekoloških sustava Urie Bronfenbrennera, Svjetska zdravstvena organizacija (WHO 2017a, 12; WHO 2017b, 10–12) prepoznaje ključnu ulogu okruženja u osiguravanju kvalitete života i kvalitetne dugotrajne skrbi za stare ljude. Prijateljska okruženja omogućavaju starenje u odgovarajućem mjestu, daljnji napredak, uključivanje i doprinos zajednici uz istovremeno zadržavanje autonomije i zdravlja. Ova najviša zdravstvena organizacija koja je predvodnik zdravstvenih politika i promjena smatra da su stavovi glavne prepreke u uvođenju potrebnih reformi. Među ostalima, najvažnije prepreke sudjelovanju, zdravlju i očekivanom trajanju života nastaju zbog zabluda, negativnih stavova i pretpostavki o starim ljudima. Stereotipi, predrasude i diskriminacija prema pojedincima i skupinama temeljene na kronološkoj dobi objedinjeno je u terminu ageizam koji otežava stvaranje javnih politika za stare (WHO 2017b, 13–14; WHO 2017c, 12). Osim psihosocijalne komponente, u oblikovanju ponašanja i donošenja odluka važnu ulogu imaju društvene norme. To su normativna vjerovanja o očekivanom ponašanju važnih nam osoba i ona u interakciji s motivacijom osobe da se prikloni referentnim osobama u okruženju, određuju da se ponašanja prakticiraju ili izbjegavaju (Bieber idr. 2019, 2–3). Društvene norme će iz perspektive starenja u brojnim životnim zajednicama kontinuirano biti propitivane jer ih nadolazeće generacije starih doživljavaju drugačije od onih prije njih. Kunkel i Settersten (2021, 6) ukazuju da pripadnici baby-boom generacije uklanjaju negativne stereotipe o starenju, zdraviji su i s više mogućnosti, zahtijevaju proširenje dostupnih dobara i usluga, imaju bolje financijske mogućnosti i socijalno su više uključeni. Njihov utjecaj na društvo i društvene stavove, ponašanje institucija i očekivanja je značajan jer mijenjaju poznate modele i doživljaj starenja sljedećih generacija (Kunkel i Settersten, 2021, 6).

Svjetska zdravstvena organizacija (WHO 2007 u Black i Hyer 2019, 4) je predstavila optimalno okruženje za život starih, a koji uključuje osam ključnih dimenzija prikazanih na Slici 2. Black i Hyer (2019, 2–3) u razmatranju starenja, dobrobiti i života zajednice ukazuju na važnost obilježja zajednice i dimenzije koje ih određuju, a odnose se na fizičko okruženje (zgrade, promet, okoliš), socijalno okruženje (građanstvo, zapošljavanje, socijalna

uključenost) i uslužno okruženje (podrška i zdravstvene usluge, komunikacije i informiranost).

Slika 2: Dimenzije životnog okruženja



Izvor: Izrađeno prema WHO 2007 u Black i Hyer 2019, 4.

Gustafsdottir idr. (2017) su na osnovi Bronfenbrennerove teorije ekoloških sustava istražili zadovoljstvo zdravstvenim uslugama starih u ruralnim sredinama. Njihovi zaključci upućuju na to da se promjene u prometnoj infrastrukturi, udaljenosti zdravstvenih ustanova i ograničenja zdravstvenih usluga odražavaju na pojedince (Gustafsdottir idr. 2017, 4). Zadovoljavajuća zdravstvena skrb je ona dostupna u lokalnoj zajednici, a starenje u zajednici i doživotni boravak u vlastitom domu je preferirana opcija (Gustafsdottir idr. 2017, 6). Castle idr. (2009, 48) su prije više od desetljeća ukazali da je za razvoj dobno prijateljskih (aging friendly) zajednica potrebno osigurati koordiniran angažman zdravstvenih djelatnika,

medicinske sestre, liječnika, terapeuta i farmakologa jer će se na taj način poboljšati učinkovitost i kvaliteta skrbi, smanjiti stres i frustracija starih. Fichtenberg idr. (2019, 48) ukazuju na potrebu prepoznavanja i identificiranja sa zdravljem povezanih socijalnih potreba te provođenje intervencija koje uključuju procjenu rizika socijalne isključenosti, analizu prioriteta potreba i interes za podrškom. Ove informacije pomažu medicinskom osoblju da identificiraju moguće intervencije odobrene od strane bolesnika i spoje ih s adekvatnim pružateljima. Društvo svojim karakteristikama ponašanja i odnosa prema starima i sa starenjem povezanim promjenama utječe na njihove mogućnosti i prilike sudjelovanja u obiteljskom životu, radnim procesima i zdravlju (Kunkel i Settersten 2021, 4).

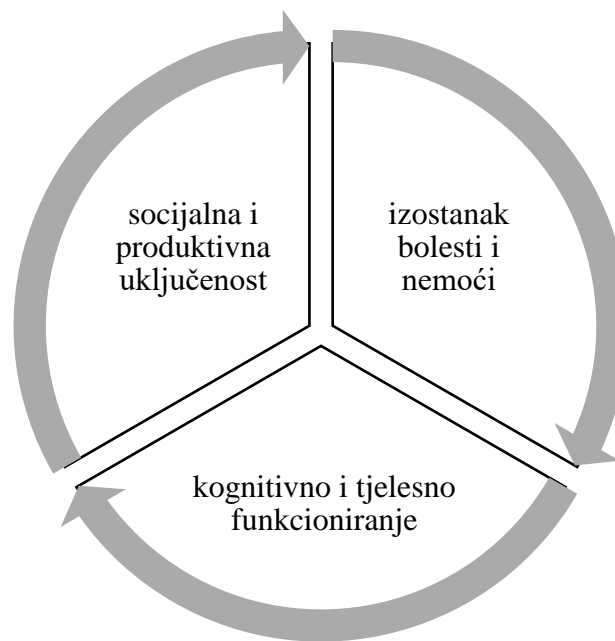
2.1.5 Uspješno i kvalitetno starenje

Van Loon idr. (2021, 266) zagovaraju da je u promišljanju potreba starih i osiguravanja očuvanja kvalitete njihovog života važno sagledati upravo njihovu perspektivu i što za njih predstavlja kvaliteta života jer se između ostalog, korisnici zdravstvene njege u kući zalažu i za one stvari i usluge koje nisu izravno povezane sa zdravljem. Van Loon idr. (2021, 267) izdvajaju da stari sebe doživljavaju međusobno različitim i da se uslugama treba uvažavati te različitosti. Životne aktivnosti i faktori kvalitete života u osnovi su važni za sve ljude, ali se međusobno razlikuju u rangiranju tih čimbenika koji ne zauzimaju jednaku ili istu hijerarhijsku važnost. Navedeno znači da su neke domene u životu važnije za jednu osobu nego što su za neku drugu i razlikuju se od osobe do osobe. Ferry i Vironen (2011, 38) navode da demografske promjene imaju utjecaj na socijalne usluge na više načina, npr. mirovinski sustav, njegu i zdravstvo. Depopulacija primjerice ruralnih područja dovodi do nedovoljne iskorištenosti postojećih resursa, a regije koje se smanjuju i stare suočene su s teškoćama prilagodbe pružanja usluga stvarnim i promjenjivim potrebama različitih skupina stanovništva.

Nadalje, za očekivati je da će stari navikli na određenu razinu kvalitete i stila života, u budućnosti potraživati bolje uvjete života i dostojanstvenu starost (Jedvaj idr. 2014, 140). Za one koji zahtijevaju visok intenzitet njege ili koji nemaju primjerenu podršku u vlastitom domu postoji rizik za nastanak nepovoljnih posljedica jer intenzitet koji ostvaruju ili potražuju za neke od njih nije ili neće biti dovoljan (Konetzka idr. 2020, 981). Unatoč tome što možda u vlastitom domu neće dobiti sve potrebne usluge i intervencije, izražene preferencije za ostanak u vlastitom domu i bolja kvaliteta života može prevagnuti protiv mogućih posljedica (Konetzka idr. 2020, 981).

Uspješno starenje osim kronološke dobi uključuje i druge procese koje je važno upoznati i razumjeti zbog razvijanja inovativnih i suvremenih pristupa prevenciji i promociji mentalnog zdravlja starih (Jeste idr. 2010, 78). Ključni čimbenici uspješnog starenja su izostanak bolesti i nemoći, visoko kognitivno i tjelesno funkcioniranje te socijalna i produktivna uključenost (Jeste idr. 2010, 78). Ove tri komponente prikazane su shematski (Slika 3).

Slika 3: Shematski prikaz komponenti uspješnog starenja



Izvor: Izrađeno prema Jeste idr. 2010, 78.

Uspješnost starenja je uz sve domene kojima je karakterizirana, ipak najviše ovisna o subjektivnom doživljaju. To se odvija kroz procese ostvarivanja i zadržavanja osobnih ciljeva, pozitivnog odnosa i povezanosti s drugima (Jeste idr. (2010, 79). Životna okruženja prilagođena dobi (age-friendly) promoviraju zdravo i aktivno starenje u lokalnim sredinama na način da se strukturom i organizacijom usluga prilagođavaju individualnim sposobnostima i potrebama starih ljudi (WHO 2017a, 7). Van Loon idr. (2021, 263) definiraju 6 domena koje proširuju kvalitetu života, a važno ih je realizirati u podršci starenju: pristupačnost i prilagođenost susjedstva starijima; povezanost; financijska sigurnost; percipirano zdravlje; otpornost i emocionalna udobnost. Ukazujući na važnost socijalnog okruženja i socijalnu dimenziju starenja koja podrazumijeva poznate osobe i djelatnike, Hjelle idr. (2017, 1585) navode da stari vole poznata okruženja s ustaljenom rutinom međusobnih posjeta i prilikama za sudjelovanje u aktivnostima slobodnog vremena

i društvenih zbivanja. Spring (2018, 43) ukazuje da kontekst izgradnje okoliša i susjedstva sa svim svojim komercijalnim i karakteristikama dostupnih zdravstvenih usluga podrške utječu na zdravo starenje. Stari ljudi koji su uskraćeni za ovakva susjedstva u povećanom su riziku za lošije zdravlje u usporedbi sa starima koji žive u prosječno izgrađenim susjedstvima. Ovo potvrđuje da uz zdravstvene usluge starima trebaju i drugi dostupni i poželjni sadržaji zbog kojih se neće dovesti u rizik ili njihove teškoće neće dolaziti do izražaja. Zdravo i aktivno starenje ima pozitivni utjecaj na tržište rada, zapošljavanje, zaštitu socijalnog sustava, na rast ekonomije i njezinu produktivnost (Europska komisija 2021a, 4). Spring (2018, 44) navodi da izvori podrške iz neposrednog životnog okruženja za pristup uslugama, mogu biti najučinkovitiji ako su usmjereni na ljude za koje postoji mala vjerojatnost da će sami živjeti u okruženjima prilagođenim starim ljudima. Prema tome, kad stari nastave živjeti u vlastitom domu s njima dragim i poznatim ljudima ostvaruju prilike planiranja svakodnevnog života i kada će sudjelovati u kojoj aktivnosti, a pri čemu se članovi obitelji, prijatelji, susjedi i druga socijalna okruženja smatraju čimbenikom oporavka samopouzdanja starih (Hjelle idr. 2017, 1587). Sukladno tome, dobro poznavanje konteksta življenja i očekivanja može utjecati na redefiniranje sustava i intervencija radi implementacije novih aktualiziranih strategija (Yip idr. 2021, 9).

Kvaliteta životnog okruženja sastavni je dio kvalitete života, a posebno se uz ovaj segment razmatra okruženje za život starih koji mogu i žele participirati u aktivnostima izvan kuće (Zhang idr. 2019). Aktivnosti izvan kuće doprinose i održavaju fiziološke i ponašajne karakteristike starih pa je za njih potrebno organizirati i izgraditi životne zajednice koje će odgovarati svim njihovim karakteristikama i potrebama (Zhang idr. 2019). U tom smislu nije moguće izgraditi zajednice koje će svugdje odgovarati starima već je potrebno osmišljavati okruženje koje će odgovarati specifičnostima neke kulture i kontekstu (Zhang idr. 2019). Idealna kombinacija potpori kvalitetnom, zdravom i aktivnom starenju mora udovoljiti uvjete u kojima je moguće pružanje potrebne dugotrajne skrbi i stanovanja neovisno radi li se o specijaliziranom stanovanju za stare, potpomognutom stanovanju, domu za stare i nemoćne (Castle idr. 2009, 48). Fulmer idr. (2021, 220) ukazuju da bi na državnoj i lokalnoj razini trebalo osigurati doživljavanje zdravog starenja ključnim aspektom javnoga zdravlja, a uz to da se javnozdravstveni naponi vezani za stare izjednače po važnosti s ostalima iz zdravstvene skrbi u zajednici. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO 2017b, 2; WHO 2017c, 5) kao osnovnu prepreku zdravom starenju prepoznaje nedostatak kapaciteta pa se njihovo jačanje i edukacija osoblja smatraju prioritarnim područjem. Trenutno nedostaju

informacije o zdravstvenom statusu i funkcioniranju starih ljudi, njihovim potrebama i onima koje nisu zadovoljene te djelotvornost povezanih intervencija. Prema ovim kriterijima, djelatnost zdravstvene njege u kući i po potrebi dodatne socijalne usluge mogu u vlastitom domu korisnika osigurati primjerenu dugotrajnu skrb. Ovo u smislu kvalitetnog starenja ističe djelatnost zdravstvene njege u kući jer udovoljava kriteriju pristupačnosti i dostupnosti potrebne zdravstvene usluge.

2.2 Dugotrajna zdravstvena i socijalna skrb

Starost i starenje imaju za posljedicu neke nepovoljne učinke na funkcioniranje pojedinaca, ali Holroyd-Leduc idr. (2016) ističu da kronološka dob ljudi i starenje ne mogu biti izjednačeni s nemoći bez obzira na to koliko postoji vjerojatnost da se slabost i nemoć uvećavaju starenjem. Međutim, nemoć i stanje ranjivosti su povezani s vjerojatnošću obolijevanja i posljedično smrtnosti ljudi na koje zdravstveni sustav svojim organizacijskim karakteristikama i specifičnostima ne može uvijek samostalno adekvatno odgovoriti kad su u pitanju potrebe starih ljudi. Naime, ključna uloga zdravstvenog sustava je uklanjanje zdravstvenih problema, a brojni stari uglavnom su suočeni s višestrukim i kompleksnim kroničnim stanjima i istovremeno trebaju usluge zdravstvenog i socijalnog sustava (Holroyd-Leduc idr. 2016). Izazovi dugotrajne skrbi koji su većini zajednički, povezani su s pristupačnim, dostupnim, raspoloživim i kvalitetnim uslugama u domeni tržišta rada, javnog financiranja i upravljanja (Europska komisija 2022, 1). Svi oni u međusobnoj interakciji s osobnim karakteristikama potencijalnih i trenutnih korisnika zdravstvenih i socijalnih usluga uvjetuju stvaranje primjerenog sustava dugotrajne skrbi koji će moći odgovoriti na različite potrebe starih ljudi.

Hajek idr. (2017a) ističu da je za kreatore politika, pružatelje zdravstvenih usluga i neformalne njegovatelje važno poznavati faktore koji utječu ili su povezani s očekivanjima i preferencijama u kojim uvjetima netko želi primati skrb. Finn idr. (2020, 2) smatraju da je razumijevanje perspektive korisnika i njihovog doživljaja oblika skrbi i njege važna smjernica za poboljšanje kvalitete opcija skrbi. U neposrednoj praksi i provedbi usluga zdravstveni i socijalni sustav djeluju odvojeno i neovisno jedan od drugog što u odnosu na pojedinca koji koristi oba sustava dovodi do slabijih ishoda, neučinkovitog korištenja zdravstvenih usluga i pretjeranih troškova, izlaže obitelj dodatnim izdacima za njegovanje starih te ograničava članove obitelji u ostvarivanju drugih socijalnih uloga (WHO 2017a, 109; WHO 2017c, 8). Norman idr. (2018) su utvrdili da svaki drugi pružatelj usluga u domu

smatra kako je koordinacija pružatelja teška i da ključne prepreke u koordinaciji proizlaze upravo iz primarne skrbi u domu pri čemu su reagiranje na zahtjeve i kašnjenja povezani s koordinacijom usluga iz zajednice. Sustav dugotrajne skrbi može se smatrati društveno efikasnim ako je dostupan i pristupačan, ako je osjetljiv za rizične skupine i materijalnom komponentom umanjuje rizik od siromaštva (Hashiguchi i Llena-Nazal 2020, 46–47). Nacionalni plan razvoja zdravstva Republike Hrvatske² (dalje NPRZ) počiva na uvjerenju da će bolja integracija resursa zdravstva i socijalne skrbi omogućiti učinkovitiju i kvalitetniju skrb u kući i zajednici uz rasterećenje stacionarnih zdravstvenih resursa i poboljšanje zdravstvenih ishoda.

2.2.1 Dugotrajna skrb u domu korisnika i zajednici

Kane (2012, 11) smatra važnim pokazateljem vrijednosti sustava skrbi u domu i zajednici njegov kapacitet da odgovori na najteže situacije korisnika. Takav sustav može podržavati stare ljude živjeti u uvjetima i zajednicama koje smatraju smislenima (Kane 2012, 12). Barber idr. (2021, 7) su istaknuli karakteristiku dugotrajne skrbi kroz njezinu dostupnost u različitim prilikama i kontekstima. Socijalno usmjereni modeli skrbi za ranjive skupine orijentirani su na stvaranje usluga u zajednici i na proces deinstitutionalizacije. Kane (2012, 10) izdvaja dvije opće strategije ili cilja dugotrajne skrbi u domu i zajednici za stare, a to su prevencija odlaska u dom za stare i nemoćne te deinstitutionalizacija već smještenih u domove odnosno njihova tranzicija ponovno u zajednicu. Profesionalna dugotrajna skrb u kući odnosi se na usluge koje se pružaju pacijentima u njihovom vlastitom domu preko profesionalnih organizacija i servisa u kući (Verbeek idr. 2012).

Hasche idr. (2013, 256) u odnosu na stare ljude, govore o dugotrajnoj skrbi u zajednici koja obuhvaća spektar usluga u domu odraslih starih korisnika s teškoćama i rizikom za trajno smještanje u dom za njegu. Penning idr. (2017, 4) te Wang idr. (2017a) su također u opisu sustava dugotrajne skrbi u kući i zajednici istaknuli različite usluge koje su dostupne pojedincima. Ovaj pristup ovisno o profesionalizaciji usluga osigurava osobnu higijenu, dostavu obroka, usluge vođenja domaćinstva i kućanice, usluge njegovanja i mogućnost odmora neformalnih njegovatelja (Hasche idr. 2013, 256; Penning idr. 2017, 4; Wang idr. 2017a). Nadalje, osim usluga sestrinske medicinske njege uključuju i širok spektar agencija preko kojih se ostvaruje socijalni rad i pomoć, okupacijska terapija, fizikalna terapija i

² Nacionalni plan razvoja zdravstva 2021.-2027. <https://zdravlje.gov.hr/programi-i-projekti/nacionalni-programi-projekti-i-strategije/nacionalne-strategije/1522>

terapija govora (Penning idr. 2017, 4; Wang idr. 2017a). Svi oni koji ostaju u vlastitom domu i žive kao samci ili sa životnim partnerima, dodatnu neformalnu podršku primaju od vlastite djece ili kroz formalne oblike njege u kući (Fernandez Arrigoitia idr. 2018, 213). Suvremeno promišljanje dugotrajne ili kontinuirane skrbi u kući korisnika odmiče se od tradicionalno specijaliziranog i usmjerenog na dijagnostiku i liječenje na način da se promiče pristup reosposobljavanja i rehabilitacije (Hjelle idr. 2017, 1582). Intenzivniji razvoj primarne skrbi nužan je zbog povećane potražnje za zdravstvenim i socijalnim uslugama povezane s demografskim i zdravstvenim promjenama stanovništva koji i najviše utječu na potrebu njezinog razvoja (Cieza idr. 2021). Prva razina provođenja usluga dugotrajne skrbi su lokalne zajednice u kojima djeluju stručnjaci opće prakse, provoditelji usluga u kući, domovi za njegu i zaštitno stanovanje (Danielsen idr. 2018). Fichtenberg idr. (2019, 49) navode da i socijalne intervencije usmjerene na stare unaprjeđuju zdravlje i smanjuju troškove liječenja kroz personaliziranu skrb i kvalitetu, umanjujući stres pacijenata, opterećenje osoblja i pružatelja skrbi. U slučajevima da na nekim područjima nema razvijenih osobnih i socijalnih usluga, dolazi do povećanog pritiska na zdravstveni sustav (Barber idr. 2021, 2).

Sve učestalije stari odabiru ostati u vlastitom domu s namjerom očuvanja autonomije i neovisnosti (Niculescu idr. 2020, 1; Wiles idr. 2011, 363). Kada stari govore o neovisnosti, onda je to prema Wiles idr. (2011, 363) mogućnost donošenja odluka i slobode izbora, a što stari smatraju da će izgubiti prelaskom u dom za stare ili neku drugu instituciju. Međutim, ostanak u vlastitom domu zahtijeva za stare određene prilagodbe, ali i formalne usluge dostupne u javnom sektoru za pomoć i njegu u kući s drugih razina ekološkog sustava koje će stari pod nekim uvjetima koristiti (Blomgren idr. 2008, 335). Dugotrajna skrb u kući i zajednici preferirani je model skrbi koji je povezan s povećanom kvalitetom života i može potencijalno biti jeftiniji u odnosu na domove za smještaj (Wysocki idr. 2012, 53). Međutim, osiguravanje podrške starenju u zajednici je zahtjevnije i kompleksnije od institucionalno organiziranih i centraliziranih usluga sa smještajem (Liu idr. 2015, 17), a kako ovaj oblik skrbi u kući biraju i stari ljudi čak i sa zahtjevnijim i ozbiljnim zdravstvenim potrebama ono postaje skuplje od institucionalnog smještaja (Muir 2017, 7). U odnosu na ekonomsku dimenziju dugotrajne skrbi, Di idr. (2021, 3) zaključuju da troškovi zdravstvenih usluga nisu više glavni uzrok intenziteta njihovog korištenja već stari ljudi dobrih materijalnih prilika više pažnje pridaju kriteriju kvalitete i profesionalne zdravstvene usluge koje si mogu priuštiti. Osim toga, Konetzka idr. (2020, 974) navode da je u cjelokupnom zdravstvenom sustavu pojačan interes za relokaciju zdravstvene skrbi iz općenito skupljih institucijskih

uvjeta u zajednicu i dom korisnika. Ta transformacija je već vidljiva u dugotrajnoj skrbi osiguravanjem usluga koje su korisnicima dostupne u njihovom vlastitom domu.

Za područja koja nemaju dovoljno ili uopće razvijene zdravstvene usluge u zajednici važan čimbenik dostupnosti i pristupačnosti uslugama su zdravstveni radnici u zajednici koji pojedinačno predstavljaju djelotvornu zamjenu sustava (Seutloali idr. 2018). Ovaj opis odgovara poslovima i poziciji zdravstvene njege u kući i patronažne djelatnosti obuhvaćene unutar primarne zdravstvene zaštite. Zdravstvene usluge koje omogućavaju starim ljudima da nastave živjeti u vlastitom domu uglavnom uključuju promociju kvalitete života povezane sa zdravljem, autonomiju, neovisnost i socijalnu uključenost (Parsons idr. 2012, 24). Rad u zajednici razlikuje se među zemljama ovisno o zdravstvenom sustavu, ali zajedničko im je da djeluju na prevenciji i liječenju. Seutloali idr. (2018) objavljuju da se većina aktivnosti zdravstvenih djelatnika u zajednici svrstava u zdravstvenu njegu u kući te pružanje prve usluge i pomoći, što uz osiguravanje pratnje do ustanova i kućnih posjeta podiže razinu pristupačnosti zdravstvenih usluga u tretiranju kroničnih bolesti i stanja. Ovo je važan iskorak u reformi zdravstvenog sustava i njegove transformacije u sustav usmjeren na pacijenta i korisnika.

Rasprave o doživotnom ostanku starih i bolesnih u vlastitom domu ukazuju na brojne prednosti i nedostatke kad je u pitanju potreba za zdravstvenom njegom i kompleksnijim medicinskim postupcima. Tim raspravama pridružuju se Gonzalez-Gonzalez idr. (2020) koji ističu ulogu pružatelja skrbi i njege u razumijevanju koje pacijenti imaju u vezi svog vlastitog stanja i mogućnosti, ali i uvažavanja preferiranih intervencija i mjesta njihovog ostvarivanja. Budući njegovatelji trebaju posjedovati primjerena znanja i vještine za održavanje podrške i kvalitete života starih (Marquand i York 2016, 15). Schuchman idr. (2018) zagovaraju da idealan stručnjak za rad u domu korisnika mora posjedovati znanja i vještine u primarnoj skrbi, gerijatriji, palijativnoj skrbi te se očekuje da takav stručnjak može procijeniti i tretirati kompleksna kronična stanja i simptome, pružiti podršku obitelji i pacijentu te pružati skrb na kraju života, dok Song i Tang (2019, 280) ističu važnost različitih stručnjaka zdravstvenog usmjerenja i onih za provođenje zdravstvene njege koji razumiju fizičke i mentalne karakteristike starijih ljudi te koji mogu djelovati na promicanju suradnje s drugim stručnjacima u integriranom sustavu skrbi u zajednici. Zdravstveni djelatnici koji pružaju doživotnu njegu, brinu za teškoće koje proizlaze i povezane su s osnovnom bolešću, za emocionalne reakcije i druge situacije povezane s komorbiditetima, suočavaju se s

očekivanjima pacijenata i njihovim preferencijama u odnosu na njegu (Gonzalez-Gonzalez idr. 2020). Konetzka idr. (2020, 980) smatraju da bi povećanje dostupnosti usluga moglo biti odgovarajuće rješenje i osigurati pristup akutnoj pomoći u kući. U nastojanju da se osigura skrb u aktivnostima svakodnevnog života, središnju ulogu ima specijalna zdravstvena njega koja je upotpunjena općom obiteljskom medicinom, socijalnim radnicima, volonterima i drugim važnim osobama koji svi zajedno osiguravaju i pružaju skrb u kući (Fleuret 2011, 177). Navedene aktivnosti moguće je realizirati kroz primarnu razinu zdravstvene zaštite i resurse koji u njoj postoje, a to su specijalizirana opća medicina i skrb kroz njegu u kući, palijativna i hospicijska skrb (De Jonge idr. 2014, 1829). Navedene djelatnosti su istovremeno koordinatori i pružatelji zdravstvene skrbi u zajednici, a starim ljudima koji preferiraju i žive u poznatim socijalnim okruženjima treba specijalizirana briga i njega dostupna upravo na razini primarne zdravstvene zaštite (De Jonge idr. 2014, 1829). Norman idr. (2018) su primarnu skrb u domu korisnika (home-based primary care) opisali kao multidisciplinarni timski pristup osiguravanju zdravstvene skrbi i njege teško pokretnim bolesnicima s izraženim potrebama. Specifično ciljane skupine korisnika primarne skrbi u vlastitom domu su ranjivi i nemoćni, ograničeno pokretljivi, stari s višestrukim kroničnim stanjima i funkcionalnim oštećenjima, pacijenti s neuromuskularnim bolestima, te intenzivni korisnici sustava koji zbog mentalnih i ponašajnih problema ne mogu pristupiti tradicionalnom zdravstvenom sustavu (Schuchman idr. 2018). Mnogi od njih imaju cjeloživotna ograničenja koja nije nužno zbrinjavati u institucijskim i bolničkim uvjetima, ali zahtijevaju razvijenu primarnu skrb (Cieza idr. 2021).

Pretjerano oslanjanje na članove obitelji u osiguravanju njege i usluga skrbi u obitelji i zajednici dovodi do njihovog emocionalnog i tjelesnog opterećenja, svakodnevnog usklađivanja brige za stare s radnim obvezama te osim koordinacije osobne njege i pomoći u kućanstvu očekuje se da rade medicinske i sestrinske zadatke (prijevoj rana, aplikacija injekcija) (Redfoot idr. 2013, 2). Navedeno u hrvatskoj praksi u odnosu na primjenu lijekova putem injekcija trenutno nije dozvoljeno nikome osim zdravstvenih djelatnika. McGarrigle i Kenny (2020, 10–11) su na osnovi longitudinalnih praćenja dugotrajne skrbi za stare ustvrdili da se neformalna pomoć obitelji s vremenom smanjuje, a povećava se primanje pomoći od drugih osoba, najčešće profesionalnih pružatelja. Kada postoji manji broj članova obitelji koji mogu pružati svakodnevnu pomoć svojim starijim i starim članovima, raste potreba za njegom koju pružaju institucije te koja podiže troškove njege i ukupnih troškova zdravstvenog sustava i programa dugotrajne skrbi i podrške (Redfoot idr. 2013, 2). Floridi

idr. (2021, 121) navode da veće oslanjanje na obitelji radi smanjenja javno dostupnih i sufinanciranih usluga dugotrajne skrbi može ograničiti pristup formalnoj skrbi, a u tom su povećanom riziku pripadnici nižeg socioekonomskog položaja.

Formalni sustav dugotrajne skrbi ne može se više oslanjati na neformalne njegovatelje koji balansiraju obiteljske dužnosti, radne obveze i ostale društvene uloge s njegom o starima bez da im se osigura odgovarajuća podrška i pomoć. U skrbi za potrebe starih neformalni njegovatelji ili članovi obitelji ne mogu i ne moraju imati medicinska znanja. Zbog toga im je u skrbi za stare i povezano sa kroničnim bolestima potrebna pomoć i vodstvo medicinskih sestara koje pružaju zdravstvenu njegu u kući i u zajednici (Watt idr. 2014). U kontekstu dugotrajne skrbi i uloge neformalnih njegovatelja, veliku se odgovornost daje upravo kombinaciji podrške korisnicima zdravstvenih usluga i njihovim neformalnim njegovateljima (Lopez Hartmann idr. 2019, 658). To je posebno važno jer su ustanovili da 86% starih ljudi ima najmanje jednog neformalnog njegovatelja, a 42% starih ima potporu od dvoje neformalnih. Wittenberg idr. (2019, 1006) ukazuju da je suradnja profesionalnih i neformalnih njegovatelja u kući bolesnika intenzivnija što čini važnim pronalazak zadovoljavajućeg načina dijeljenja odgovornosti za skrb i njegu. Razlike između formalnih njegovatelja u odnosu na neformalne je motiv i odabir bavljenja pružanja njege jer to žele, a neformalni su zatečeni u situaciji da moraju jer nema nikog drugog što ih čini nezadovoljnima (Wittenberg idr. 2019, 1009). Vrlo je vjerojatno da će većinu dugotrajne skrbi za stare i dalje u budućnosti osiguravati neformalni njegovatelji, odnosno članovi njihovih obitelji iako demografske promjene u smjeru smanjenja broja rođenih predviđaju njihovu manju dostupnost (Marquand i York 2016, 15). Sukladno tome, starenje populacije i povećanje broja starih ljudi s većim teškoćama i ograničenjima te potrebama za dugotrajnu kontinuiranu skrb će se odraziti na potražnju za profesionalnim pružateljima (Paraponaris idr. 2012, 333). Odgovor društva na starenje populacije u nekim je zemljama bilo uvođenje osiguranja dugotrajne skrbi, neovisno pruža li se u domu, zajednici ili institucionalno, kao zadatak i obveze društva, a ne samo članova obitelji (Song i Tang 2019, 280).

Dugotrajna skrb obogaćena je postojanjem dnevnih centara za odrasle, a oni pružaju usluge pojedincima i članovima njihovih obitelji u aktivnostima svakodnevnog života, njegu, zdravstvene usluge, psihosocijalnu skrb, pripremu obroka, podršku njegovateljima (Fields idr. 2014, 132). Njihova uloga je višestruka, a posebno se može istaknuti da dnevni centri za odrasle doprinose dobrobiti neformalnih njegovatelja jer ih mogu rasteretiti i umanjiti

doživljaj stresa (Fields idr. 2014, 147). Anderson idr. (2015, 101–102) ističu važnost dnevnih usluga za odrasle u zadovoljenju zdravstvenih, nutritivnih, društvenih i potreba svakodnevnog življenja odraslih s funkcionalnim ograničenjima u obiteljskim uvjetima stanovanja te podršku članovima obitelji koji ih njeguju. Dnevni centri za odrasle pružaju podršku starim nemoćnim osobama s tjelesnim i kognitivnim teškoćama i njihovim obiteljima kroz dnevne zdravstvene centre, dnevne socijalne centre i one za osobe s demencijom u kojima je moguće dobiti samo zdravstvenu njegu ili društvene aktivnosti ili pak kombinaciju jednih i drugih usluga (Castle idr. 2009, 47–48). Postojanje takvih centara je na obostranu korist starima i njihovim obiteljima koji mogu raditi svoje poslove, imaju pomoć u skrbi za roditelje, jer produžuju vrijeme boravka u vlastitom domu i osiguravaju odmor. U dnevnim centrima ostvaruju se socijalni kontakti među starima podjednake kronološke dobi i širi se njihova socijalna mreža, a stari mogu sudjelovati u poticajnim aktivnostima, pohađati govornu, okupacijsku ili fizikalnu terapiju (Castle idr. 2009, 47–48).

Pitanje koje postavljaju Guo idr. (2015, 5) odnosi se na isplativost njege u kući kao supstituta za institucionalnu zdravstvenu skrb i utjecaja njege u kući na smanjenje vjerojatnosti i troškova institucionalizacije te zbog manjka podataka ukazuju na nemogućnost povezivanja individualnog korištenja njege u kući s razinom korištenja institucijske dugotrajne skrbi. Lustbader idr. (2017, 25) su na uzorku korisnika palijativne zdravstvene skrbi u kući utvrdili smanjenje broja hospitalizacija i posjeta hitnim službama te smanjenje ukupnih troškova uobičajene palijativne skrbi. Guo idr. (2015, 5) smatraju da postoji nedostatak uzročno-posljedičnih istraživanja o stvarnim uštedama ukoliko se šire usluge njege u kući i pružaju li one isplativ oblik skrbi na individualnoj razini za odrasle s teškoćama i nemoćne stare. Konetzka idr. (2020, 980) su došli do zaključaka da nema značajnih razlika u ukupnim troškovima koji nastaju hospitalizacijom korisnika koji su u sustavu zdravstvene njege u kući. Mogući razlozi koji utječu na potrebu hospitaliziranja korisnika njege u kući su nedovoljni broj i neodgovarajući postupci, nedostatan broj usluga, premali broj postupaka njege, loša koordinacija postojećih usluga (Konetzka idr. 2020, 980).

Mnogobrojni su čimbenici provođenja zdravstvene njege i skrbi u kući korisnika, ali ostvarivanje usluga u vlastitom domu predstavlja način da pacijenti u različitim otežanim uvjetima i ograničavajućim stanjima primaju sveobuhvatnu i dugotrajnu zdravstvenu i socijalnu skrb u vlastitim uvjetima stanovanja uz smanjenje odlazaka u hitne službe, akutne hospitalizacije i institucionalizacije (Schuchman idr. 2018). Unutar primarne razine

zdravstvene zaštite Wang idr. (2017b) ukazuju na prepoznatljivost njege u kući kao važne komponente cjelokupnog zdravstvenog sustava i važnost da se ova zdravstvena djelatnost učini dostupnom u svim dijelovima države i regijama. Primarna skrb u vlastitom domu osigurava kvalitetnu i na pacijenta orijentiranu skrb umjesto da on putuje do pružatelja (Schuchman idr. 2018). Vaartio-Rajalin idr. (2020, 1045) ističu da je primarna svrha dodatnog razvoja zdravstvene skrbi u kući ubrzati otpust iz bolnica, odnosno smanjiti vrijeme koje će bolesnici provesti u bolničkim uvjetima te osigurati boravak ili barem produžiti vrijeme boravka u vlastitom domu i za bolesnike s kroničnim bolestima i kad druge zdravstvene usluge nisu odgovarajuće za pojedince s promijenjenim funkcionalnim sposobnostima i somatskim bolestima. Integracija i koordinacija postojećih usluga i servisa mora rezultirati održavanjem postojeće dostupnosti, kontinuiteta i sljedivosti, konzistencijom profesionalne prakse za bolju kvalitetu usluge i pouzdanost za zdravlje i dobrobit (Fleuret 2011, 179). Stoga zdravstvena njega u kući i integracija u dugotrajnu skrb, trebaju biti rezultat procesa promjene i prilagodbe postojećih sustava formalnih praksi i međusobnih interakcija pojedinaca i zajednica u kojima žive stvarnim potrebama na nekom području (Fleuret 2011, 179). Prednosti uvjeta zdravstvene njege u kući očituju se u prilikama za identifikaciju i reagiranje na potrebe pacijenta i njegovih obitelji što i je smisao na pacijenta usmjerene skrbi jer uvažava preferencije, potrebe i vrijednosti (Vaartio-Rajalin idr. 2020, 1046). Nadalje, Konetzka i dr. (2020, 974) su suprotstavili prednosti i nedostatke njege, odnosno dugotrajne skrbi u kući s institucionalnom dugotrajnom skrbi. Kao ključni benefit za stare su usluge u zajednici i kući koje se nastavljaju na preferirano starenje u mjestu i unaprijeđenu kvalitetu života starih. Osim dobrobiti vezane za mentalno zdravlje i psihosocijalni aspekt starenja, Konetzka idr. (2020, 974) ukazuju na moguće nepovoljne posljedice na zdravlje starih u odnosu na one koji primaju institucijsku dugotrajnu skrb. Razlozi za to mogu biti smanjen intenzitet i frekvencija skrbi u odnosu na dnevni raspored u ustanovama, delegiranje medicinskih postupaka od stručnih radnika na članove obitelji i druge osobe u okruženju, povećani rizik za ozljede i nesigurno provođenje postupaka u kući, provođenje intenzivnih postupaka u neprimjerenim kućnim uvjetima, nedovoljna educiranost neformalnih njegovatelja.

Izvaninstitucijska skrb za stare treba biti usklađena s njihovim specifičnim i individualnim potrebama, a dostupni oblici i modeli skrbi temeljeni na multidisciplinarnosti i programima koji uključuju sve resurse starih, obitelji i zajednica u kojima žive (Jedvaj idr. 2014, 141). Backman idr. (2021, 752) za trenutni sustav skrbi usmjerenog na obitelj i pacijenta ističu da

mu nedostaju jasno definirani standardi i protokoli o pružanju njege, nedostatak usmjerene komunikacije između pacijenata i pružatelja skrbi. Ono što je važno razvijati u sustavu su dosljednost u tranzicijama među oblicima i razinama skrbi. Ova vrsta zdravstvene skrbi treba imati partnerski odnos sa stvarateljima politika, kliničarima i praktičarima iz različitih zdravstvenih sektora, pacijentima i ostalim pružateljima. Prepoznavanje i uočavanje čimbenika koji svojim djelovanjem umanjuju dostupnost zdravstvene njege u kući je važno za buduća planiranja zdravstvenog sustava za stare.

2.2.2 Dugotrajna institucijska skrb

Huang idr. (2018) za ustanove dugotrajne skrbi kažu da su institucije u kojima se integrirano provode medicinske i socijalne usluge. Socijalna podrška je subjektivni doživljaj koji odražava stupanj stvarne podrške dobivene u prošlosti, objektivne podrške koja uključuje procjenu interpersonalne mreže koju pojedinac ima na raspolaganju te socijalna podrška koja predstavlja stupanj u kojoj pojedinac istu koristi (Huang idr. 2018). Organizacija oblika dugotrajne skrbi koja najviše odgovara potrebama korisnika ovisi o razini potrebne njege i pomoći te specijalizaciji pružatelja koji se ovisno o državi bave rehabilitacijom i ponovnim vraćanjem korisnika u životnu zajednicu ili onih koji primjerice služe kao podrška tranziciji iz bolničkih i drugih institucijskih uvjeta u dom korisnika, ili specijaliziranih za pružanje zdravstvenih usluga u kući/domu korisnika (Zhang idr. 2012, 69; Barber idr. 2021, 8–9).

U Europi se stopa institucionaliziranih starih osoba kreće u rasponu od 35 do 69% (Cordeiro idr. 2015). U mnogim slučajevima ustanove sa smještajem predstavljaju najprimjereniji oblik dugotrajne skrbi i u većini je slučajeva posljedica nemogućnosti starih ljudi za izvršavanje svakodnevnih aktivnosti brige o sebi i nedovoljne podrške (Lippi Bruni i Ugolini 2013, 18), nemogućnosti zadržavanja sigurnosti starih osoba (Zhang idr. 2012, 69; Zhang i Puterman 2013, 271; Connellan 2018, 109), umanjene ili potpuno izostale neovisnosti o drugima te kad članovi obitelji ne mogu udovoljiti potrebama njege (Zhang idr. 2012, 69; Zhang i Puterman 2013, 271; Liu idr. 2015, 17). Slično tome, Koenig idr. (2014, 337) ukazuju da su faktori koji doprinose odluci starih ljudi za preseljenje u uvjete potpomognutog stanovanja smanjenje tjelesnih, funkcionalnih i socijalnih sposobnosti te događaji koji bi mogli utjecati na njihovu samostalnost, a Finn idr. (2020, 7) ističu da odluci za preseljenje u nove oblike stanovanja s podrškom doprinose osjećaji koje stari imaju prema vlastitoj ranjivosti i procjeni potreba za dodatnom pomoći te osjećaj socijalne isključenosti i izolacije.

Stari ljudi, s većom vjerojatnosti u svojim osamdesetim i devedesetim godinama života, koji potražuju usluge dugotrajne podrške uglavnom trebaju mjesto za živjeti prilagodljivo teškoćama i primanju usluga; trebaju intenzivnu osobnu njegu i službe podrške organizirane na način da uključuju rutinsku njegu, administraciju i davanje lijekova i ustupanje opreme; te medicinske i druge specijalizirane zdravstvene usluge s povremenim ili trajnim medicinskim nadzorom (Kane 2012, 12). Kako navode Boyd idr. (2016, 561), benefit dugotrajne institucijske skrbi u kontekstu prevencije hospitalizacija je smanjen udio onih koji trebaju bolničke usluge nakon što uđu u sustav dugotrajne skrbi, a to se posebno odnosi na one koji imaju osiguranu njegu visoke kvalitete. Bađun (2017, 38) zastupa stav da je potrebno stvarati dodatne smještajne kapacitete za stare jer se sustav neformalne podrške osipa uključivanjem žena na tržište rada i smanjenjem broja djece u obitelji te će rasti potražnja za dugotrajnim smještajem u domovima za starije i nemoćne osobe pri čemu već sada potražnja za smještajem višestruko premašuje ponudu. Karakteristika takvih ustanova dugotrajne skrbi su stanovanje i skrb kada nisu potrebne medicinske usluge (Kok idr. 2015, 119), ali mogu biti organizirane na način da pružaju intenzivnu njegu najčešće u sobama s jednim ili više kreveta (Kok idr. 2015, 120). Ovakve ustanove imaju najveći udio stručnog kadra koji pruža usluge (Spetz idr. 2015, 939), odnosno specijaliziranu njegu i profesionalizirane usluge. Medicinske tretmane vezane za teške zdravstvene probleme kroz produljeno vrijeme provode licencirane medicinske sestre (Boyd idr. 2016, 561; Barber idr. 2021, 9).

Međutim, unapređivanjem sustava podrške starima u njihovom vlastitom domu može se djelovati na jačanje deinstitucionalizacije. To je posebno važno jer je skrb u obitelji najviše preferirani oblik starenja u mjestu koje nadopunjuju osobno financirane i usluge u domu i zajednici (Bai idr. 2020, 1076–1077). Tome doprinose i druga istraživanja, pa primjerice Freedman i Spillman (2014, 49) ukazuju na važnost mjesta stanovanja jer su utvrdili i značajne razlike u zadovoljenju potreba starih pa ovisno o uvjetima gdje žive, stari iz domova za umirovljenike imaju dvostruko više nezadovoljenih potreba od onih koji žive u tradicionalnim stambenim zajednicama. Finn idr. (2020, 7) su utvrdili da su stari u domovima u ruralnim i urbanim područjima osjećali usamljenost, težnju za društvom i mogućnost sudjelovanja u društvenim aktivnostima. Preseljenje u novu institucijsku okolinu predstavlja rizik za narušavanje pozitivnih emocija i gubitka osjećaja kompetentnosti i kontrole starih ljudi, a odluka o preseljenju i promjeni životnog okruženja predstavlja izazov i stres (Golant 2020). Hamden idr. (2011, 274) međutim ukazuju na zabrinutost oko

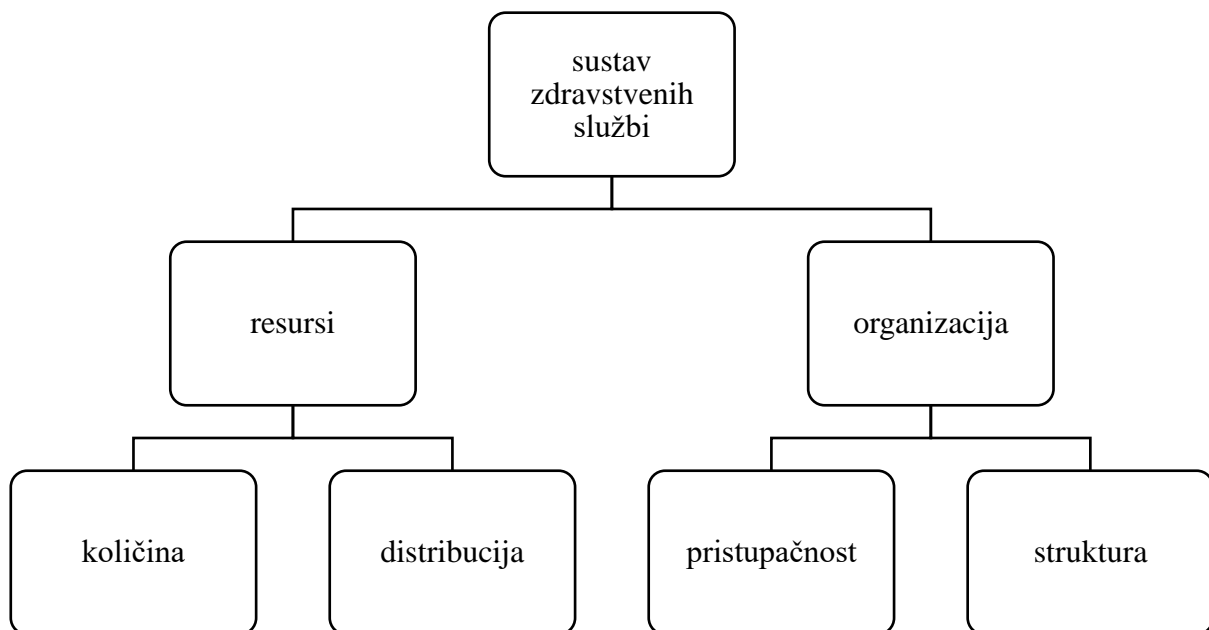
planiranog ukidanja organiziranih zdravstvenih usluga i njege u institucijama ukoliko ih ne prate odgovarajuće nadomjesne usluge ili drugi supstitucijski oblici skrbi u zajednici, odnosno proces deinstitutionalizacije potrebno je pratiti skupom usluga u zajednici, ustanovama, mjestu stanovanja i pružanju usluga u domu korisnika. Iako obje mogućnosti perzistiraju u neposrednoj skrbi za stare, domovi za smještaj ne bi smjeli imati dominaciju niti biti jedini izbor u sustavu skrbi za stare koji trebaju usluge dugotrajne podrške.

2.2.3 Ljudski i organizacijski resursi u dugotrajnoj skrbi

U promišljanju doprinosa kvaliteti života starih i djelotvornosti mjera socijalnih politika u odnosu na stare ljude, potrebno je razmatrati i poznavati moguće izazove koji proizlaze iz potreba starih i njihovih negovatelja te odnose koji postoje između pružatelja i primatelja njege i skrbi (Čudina-Obradović i Obradović 2004, 178). Dugotrajna skrb na svom razvojnem putu prolazi kroz brojne prepreke, a Castle idr. (2009, 49) posebno ističu nedostatak osoblja, njihovo neprimjereno obrazovanje, visoku fluktuaciju osoblja, neprimjerenu naknadu za rad, nisku kvalitetu njege, moguće zlostavljanje korisnika na smještaju, probleme sigurnosti te zatvaranje postojećih objekata za dugotrajnu skrb. Povećanje formalne skrbi s povećanjem kronološke dobi starih uvjetovano je slabljenjem funkcionalnih sposobnosti zbog kojih stari postaju nemoćni, ali i slabljenjem mogućnosti njihovih partnera da im pomažu i za njih brinu (Paraponaris idr. 2012, 333). Moore idr. (2014, 37) smatraju rast populacije uzročnim faktorom promjena korištenja zdravstvenih usluga jer će rast populacije u budućnosti i korištenje zdravstvene skrbi utjecati na povećanu potražnju broja zdravstvenih radnika i razvoj infrastrukture i ako će obrasci pružanja usluga i obrasci njihovog korištenja ostati konstantni i nepromijenjeni. Demografske promjene opravdavaju zabrinutost o potencijalnom budućem nedostatku zdravstvenih radnika, a što je djelomično uvjetovano i umirovljenjem trenutnih zaposlenika pripadnika baby-boom generacije (Ono idr. 2013, 14) i starenja profesionalaca (Paraponaris idr. 2012, 334) koji također postaju potencijalni korisnici sustava skrbi.

Andersen i Newman (2005, 7) opisuju nacionalne zdravstvene sustave kroz ljudske resurse i organizaciju (Slika 4) koji zajedno predstavljaju dostupnost sustava i usluga pojedincima.

Slika 4: Komponente sustava zdravstvenih službi



Izvor: Izrađeno prema Andersen i Newman 2005, 6.

Prema autorima Andersen i Newman (2005, 7) resurs sustava su zdravstveni radnici, strukture u kojima se provode zdravstvena skrb i edukacije te oprema i materijali za osiguravanje zdravstvenih usluga. Organizacijski aspekt sustava odnosi se na način kojim je medicinsko osoblje i postojeći kapital koordiniran i kontroliran u pružanju medicinskih usluga. Posljedica nedostatka koordinirane skrbi za stare su neostvareni planovi za njihovu dobrobit i kvalitetu života, a tome dodatno doprinosi nedostatak zdravstvenih djelatnika i nedostatak njihove sveobuhvatne interdisciplinarnе izobrazbe (Channing idr. 2010, 448). Svjetska zdravstvena organizacija istaknula je da planiranja ljudskih resursa u zdravstvu ne koreliraju sa specifičnim zdravstvenim potrebama populacije kojoj su namijenjeni, a i često doprinose već postojećim regionalnim nejednakostima i distribuciji profesionalnih vještina unutar sustava (WHO 2010, 3). Uz model integracije zdravstvenog i socijalnog sustava u zajedničko djelovanje prema starim ljudima, potrebno je da djelatnici u dugotrajnoj skrbi posjeduju odgovarajuće kompetencije, budu organizirani i raspoređeni na načine koji najbolje iskorištavaju njihov potencijalni doprinos (WHO 2017c, 8). U izradi projekcija potreba i njihove opskrbe analiziraju se prošli i budući parametri zapošljavanja te predviđanja o potencijalnim promjenama u zdravstvenim potrebama i dostupnosti usluga u budućnosti (WHO 2010, 3). U izradi projekcija postoje određene nesigurnosti na svim razinama kreatora politika, a one su uzrokovane demografskim, epidemiološkim, ekonomskim i sličnim faktorima neke zemlje, zatim realizacija kapaciteta za ostvarivanje

predloženih intervencija, suprotstavljena stajališta nacionalnih tijela, promjene vodstva vladinih i nevladinih organizacija s utjecajem na razvoj zdravstvenog sustava (WHO 2010, 3). Ono idr. (2013, 45) smatraju da je adekvatno planiranje i koordinacija zdravstvenih djelatnika važno zbog samog konteksta promjene zdravstvenih potreba i starenja populacije, rasta opterećenja na sustav uslijed kroničnih bolesti te postojećih strogih ograničenja u zdravstvenom proračunu brojnih zemalja.

Warshaw i Bragg (2016, 28) za suvremeni zdravstveni sustav izdvajaju nekoliko slabosti koje se odnose na: ljudske resurse i profesionalne zaposlenike specijalizirane u gerijatriji ili gerontologiji koji mogu pružati njegu i podučavati druge pružatelje; ograničeno osposobljavanje svih zdravstvenih profesionalaca za skrb o starima i kroničnim bolestima; nedostatak osposobljenih neposrednih pružatelja skrbi poput medicinskih sestara, bolničara i njegovatelja za prepoznavanje potreba rastuće populacije starih. Trenutno obrazovanje u području zdravstva se presporo mijenja te u području gerijatrije i gerontologije ne odgovara potrebama starih ljudi (Warshaw i Bragg 2016, 28). Marquand i York (2016, 15) ukazuju da je u postojeća znanja i kompetencije zdravstvenih djelatnika nužno ugraditi više onih usmjerenih na skrb o starima, a iz razloga što je trenutna skrb i njega starih temeljni posao zdravstvenog sustava.

Poznato je da u zdravstvenom sustavu brojnih zemalja nedostaje zdravstvenog kadra, a koji se suočavaju s povećanim potrebama stanovništva. Osim profesionalnog profila stručnih radnika, Besada idr. (2020, 2) ističu da još uvijek postoje značajne razlike i u distribuciji postojećih zdravstvenih ljudskih kapaciteta u odnosu na privatni i javni sektor te u odnosu na ruralna i urbana područja. Uz starenje i povećanje potreba za podrškom starajućoj populaciji, zdravstveni sustav opterećen je nedostatkom zdravstvenih radnika u ruralnim područjima koja starija populacija više preferira u odnosu na mlade koji biraju naseljena urbana mjesta (Forstner idr. 2019, 3). Wang idr. (2020a) navode postojanje niske iskoristivosti postojećih resursa i lošu kvalitetu usluga, a istovremeno kad stari s različitim karakteristikama i osobinama imaju različita očekivanja njihovog korištenja i očekivanih usluga zdravstvene njege.

Andersen i Newman (2005, 8) su u opisu karakteristika resursa ukazali na njihovu geografsku distribuciju i neujednačenu zastupljenost ili raspršenost unutar neke države pa pretpostavke temeljene na omjeru resursa i cjelokupne populacije ne odražavaju stvarnu dostupnost medicinskih/zdravstvenih usluga pojedincima koji žive u područjima s

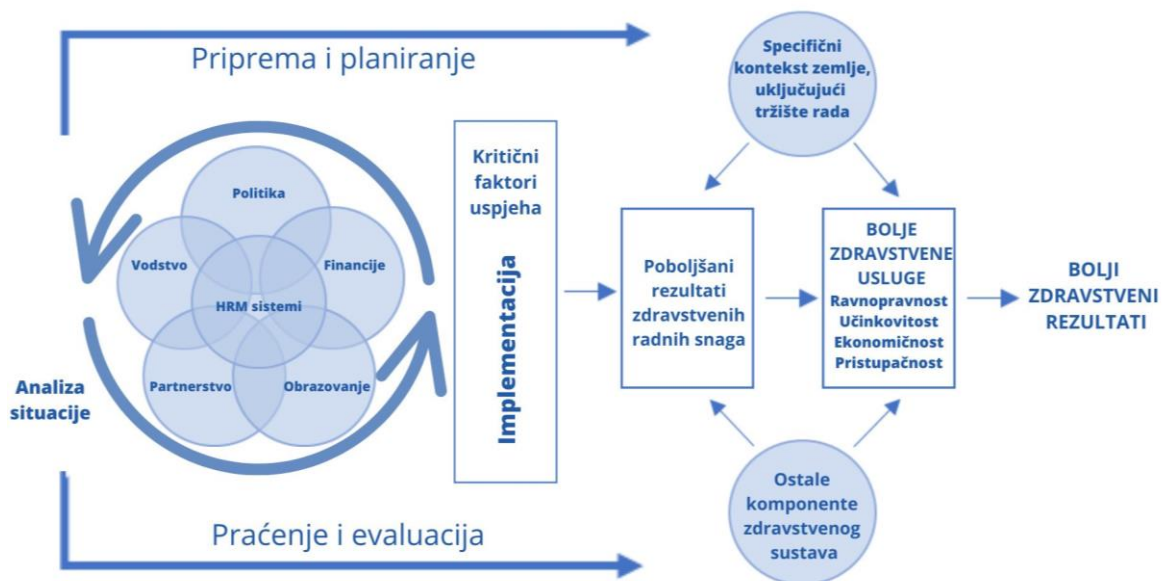
ispodprosječnim ili iznadprosječno dostupnim uslugama. Zhang idr. (2012, 76) su zatim naveli da je važno razmatrati osobitosti regija za koje se izrađuju projekcije te trenutno dostupnih i potencijalno mogućih usluga na tom području. Oni su kao i drugi istaknuli da se demografske karakteristike stanovništva na nekom području smatraju značajnim čimbenikom u analizi potreba i razvoja sustava podrške. Fagefors i Lantz (2021) predlažu koordinirano upravljanje kapacitetima prema stvarnim potrebama pojedinih djelatnosti i odjela jer decentralizirani način, unatoč dovoljnim postojećim kapacitetima u sustavu, može istovremeno rezultirati nedostatkom resursa na pojedinim odjelima i djelatnostima. Fagefors i Lantz (2021) nadalje smatraju da se uvođenjem veće fleksibilnosti u sustav i planiranjem resursa može unaprijediti pristup i dostupnost zdravstvenog sustava te njegova efikasnost u trenutku kada nastaju sve veće potrebe za njegom. Vezano za postojeće ljudske resurse u zdravstvu i njihovu distribuciju, Fulmer idr. (2021, 220) ukazuju da ih je potrebno alocirati, proširiti dostupnost i korištenje palijativne skrbi za stare, a što bi bilo jedno od rješenja sve većeg nedostatka zdravstvenog kadra u dugotrajnoj skrbi za stare. Lozano idr. (2015, 307–308) su kao jedno od rješenja nedovoljnog broja i manjka zdravstvenih djelatnika ukazali na mogućnost migracija i uvoza potrebne radne snage. Pristupačnost profesionalnih zdravstvenih radnika mogla bi se osigurati kroz potencijalnu relokaciju unutar uvjeta same lokalne zajednice (Wang idr. 2020a). U slučaju kompleksnosti zahtjeva nekog radnog mjesta, a zdravstvena njega u kući predstavlja jedno takvo u kojem se zahtijeva visoki stupanj samostalnosti zdravstvenih djelatnika, postaje upitno može li se relokacijom postojećih resursa nadoknaditi trenutni i predviđeni manjak medicinskih sestara. Fagefors i Lantz (2021) prijedlog udruživanja resursa u jedan zajednički izvor smatraju opravdanim jer se povećanje potražnje za pružateljima zdravstvene skrbi mijenja i u različitim razdobljima unutar jedne godine te udruživanje i relokacija doprinose racionalizaciji potrošnje i korištenja postojećih resursa. Fagefors i Lantz (2021) udruživanje postojećih kapaciteta vide kao djelotvoran način njihovog upravljanja kojim se može ostvariti veća produktivnost s istim kapacitetima čime njihova iskoristivost u cjelokupnom sustavu postaje veća. U odnosu na kompetencije zdravstvenih djelatnika koji se udružuju važno je uzeti u obzir njihovu specijalizaciju i profesionalne kompetencije te ih uskladiti s rutinama i procedurama koje se provode na pojedinim odjeljenjima sustava.

Važnost procjene resursa temelji se na pretpostavci da će uz rast omjera resursa i populacije rasti i konzumacija medicinske skrbi (Andersen i Newman 2005, 7). Ovakve pretpostavke izjednačavaju sve sustave i sektore unutar sustava, a u realnosti postoje različiti zahtjevi u

pojednim sektorima kroz vremenska razdoblja, a i mogući društveni utjecaji značajno mijenjaju korištenje zdravstvenih usluga (Andersen i Newman 2005, 7). Kumulativno, prepreke stvaranju univerzalnog rješenja dugotrajne skrbi proizlaze iz neravnomjerne rasprostranjenosti službi podrške, omjera populacije koji bira i želi određene usluge, udjela osoba u populaciji koji trebaju dugotrajnu skrb te oslanjanja na kriterij kronološke dobi za ulazak u sustav dugotrajne skrbi (Zhang idr. 2012, 76). Obzirom da postoje regionalne različitosti u pristupačnosti određenih usluga i sustava, važno je analizirati koji okolinski i osobni faktori doprinose i utječu na izraženost tih različitosti (Wang idr. 2020a; Wang idr. 2020b).

Model analize potreba i planiranje kapaciteta (capacity forecast) koji su predložili Zhang idr. (2012, 76) temeljen je na prosječnoj dinamici, odnosno prosjeku ulaska korisnika u sustav i prosječnog korištenja kreveta dugotrajne skrbi (average flow model AFM) kao alternativu prognoze kapaciteta temeljenu na omjerima. Zhang idr. (2012, 77) ključnom karakteristikom AFM modela ističu jednostavnost u izračunu proračuna na temelju godišnje potražnje i predviđanja, a planiranje se lako prilagođava prema ulaznim podacima. Radi se o tome da metode temeljene na omjeru produciraju prekomjernu potrebu za kapacitetima ili ne osiguravaju dovoljno usluga pa njihovo korištenje u dugoročnim planiranjima nije pouzdano te se stoga predlaže pristup čije su polazište usluge (Zhang idr. 2012, 80). Svjetska zdravstvena organizacija (WHO 2010, 4) je dala okvir za planiranje ljudskih resursa u zdravstvu shematski prikazanih na Slici 5.

Slika 5: Okvir planiranja ljudskih resursa u zdravstvu

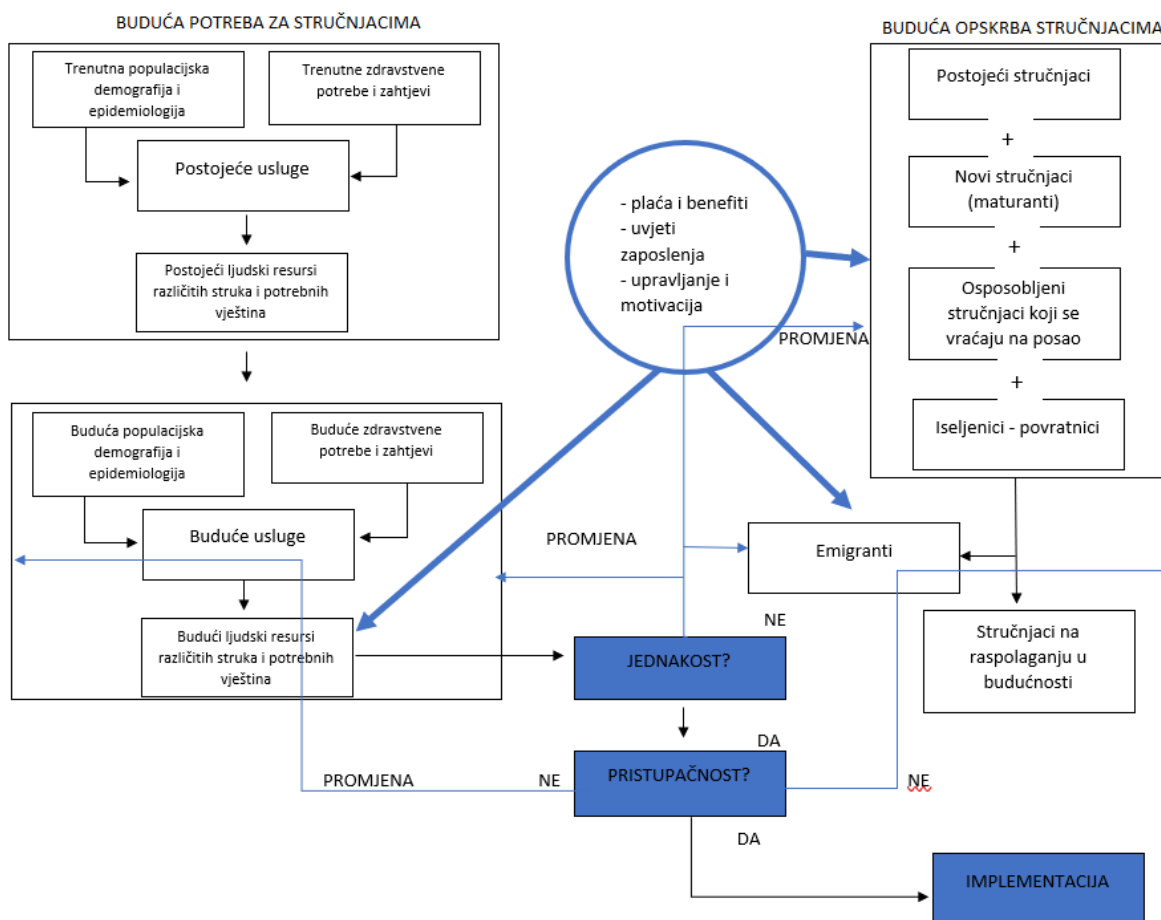


Izvor: WHO 2010, 4.

Planiranje ljudskih resursa u zdravstvu prema okviru iz Slike 5 započinje analizom stanja u regulativi, financijama, obrazovnom sustavu, suradnji i partnerstvu, te upravljanju. Analizu prate koraci pripremanja i planiranja te praćenja i evaluacije kroz cjelokupni proces implementacije. Nakon adekvatno pripremljenog i realiziranog procesa očekuje se kapacitetima i uslugama unaprijeđen, pristupačan i djelotvoran zdravstveni sustav koji odgovara općenitom tržištu rada i specifičnostima države te doprinosi boljim zdravstvenim ishodima.

Hornby (2007 u WHO 2010, 5) primarnim polazištem u planiranju ljudskih resursa za potrebe budućnosti smatra analizu postojeće situacije s ljudskim kapacitetima, demografskim pokazateljima, trenutnim zahtjevima zdravstvenih potreba i uslugama koje su trenutno dostupne (Slika 6).

Slika 6: Povezanost zahtjeva za zdravstvenom radnom snagom i projekcija opskrbe



Izvor: Hornby 2007 u WHO 2010, 5.

Kako je prikazano na Slici 6, na analizu trenutnog stanja ljudskih kapaciteta, demografskih karakteristika, zahtjeva i uslugama nadovezuju se varijable koje doprinose stvaranju potreba ili zahtjevi za profesionalnom radnom snagom u zdravstvu (WHO 2010, 6). Na procjenu potreba i zahtjeva utjecaj imaju demografski rast i promjene, zakonska osnova zdravstvene zaštite, tehnološke promjene, opterećenja sustava zbog bolesti, korištenje usluga i njihovih pružatelja, standardi kvalitete usluga, organizacijska učinkovitost, posjedovanje vještina, provedba na individualnoj razini, javna očekivanja i zahtjevi te dostupnost i razina financiranja usluga i sustava (WHO 2010, 6). Najčešće korišteni pristupi u izradi projekcija potrebnog broja zdravstvenih radnika s njihovim prednostima i nedostacima prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji su (WHO 2010, 6):

1. Metoda omjera radne snage i stanovništva. Predstavlja jednostavan izračun broja potrebnih zdravstvenih radnika prema utvrđenom standardu na određen broj stanovnika. To je najmanje zahtjevan pristup u smislu potrebnih ulaznih podataka jer

- se oslanja samo na rast populacije, ali ne daje potrebne informacije o drugim potencijalnim varijablama koje bi mogle utjecati na pružanje zdravstvenih usluga i s tim povezanih radnika. Karakteristična pretpostavka na kojoj se temelji ovaj model je da pripadnici neke skupine zdravstvenih radnika jesu jednako produktivni i da će takvi ostati te da svi pripadnici populacije korisnika imaju jednake i nepromjenjive potrebe,
2. Metoda zdravstvenih potreba. Pristup temeljen na istraživanju mogućih promjena u potrebama populacije za zdravstvenim uslugama iz podataka o praćenju bolesti, teškoća i ozljeda te broju i vrsti usluga koje je potrebno osigurati za ove potrebe. Potrebno je prikupiti i analizirati skup različitih demografskih, sociokulturalnih i epidemioloških podataka,
 3. Metoda potražnje usluga. Ovaj multivarijantni pristup polazi od korištenja zdravstvenih usluga unutar različitih populacijskih grupa, a koji se zatim projicira na budući profil populacije i zahtjeve u odnosu na opseg i vrstu očekivanih usluga. Iz tako dobivenih podataka procjenjuje se potrebni broj osoblja za održavanje postojećeg standarda,
 4. Metoda ciljanih usluga. Predstavlja alternativni pristup specifikacije ciljeva za osmišljavanje i predviđeno korištenje različitih oblika zdravstvenih usluga i njihovih pružatelja. Temelji se na pretpostavkama i predviđanjima kako se usluge moraju razvijati u broju, veličini i osoblju u skladu sa standardima produktivnosti.

Osiguravanje zdravstvenog kadra ne odnosi se samo na dovoljan broj onih koji će provoditi zdravstvene usluge već i na način njihovog mobiliziranja u sustav, organizaciju u sustavu i profesionalnu motivaciju (WHO 2010, 7). WHO (2010, 8) nadalje ukazuje na izazove u izradi projekcija i odgovarajućih modela predviđanja razvoja ljudskih kapaciteta, a jedno od njih su privatni pružatelji usluga. U mnogim zemljama postoji nesigurnost na koji će se način i u kojem smjeru razvijati privatni sektor i pružatelji usluga, a oni se odražavaju na ekonomski status i očekivane zdravstvene usluge (WHO 2010, 8).

Ono idr. (2013, 8) ukazuju da se modeli planiranja potrebne radne snage u zdravstvu temelje na pretpostavkama i predviđanjima o tome kada i koji faktori ponude i potražnje mogu nastati u budućnosti. Valjanost ovih modela proizlazi iz kontinuirane nadogradnje i širenja opsega pod utjecajem ekonomskog konteksta, ali i dostupnosti zdravstvenih usluga te njihovog utjecaja na različite opcije i scenarije. Oni nadalje (Ono idr. 2013, 8) usporedbom postojećih modela, kojima je svrha procjena budućih potreba za zdravstvenim radnicima te identifikacija postojećih nedostataka i ograničenja, zaključuju da se procjene nekih temelje

na tradicionalnom pristupu i demografskim varijablama te onih koji ispituju i druge potencijalno utjecajne varijable na potražnju za zdravstvenim djelatnicima. Većinom je preokupacija tih modela usmjerena na liječničke kadrove, a tek rijetko na medicinske sestre i multi profesionalni aspekt i moguću interakciju između različitih pružatelja zdravstvenih usluga. Ono idr. (2013, 21) su prikazali općeniti okvir potražnje (Slika 7) zdravstvenih radnika unutar kojeg je najsigurnija za predviđanje demografska varijabla.

Slika 7: Okvir analize buduće ponude i potražnje zdravstvenih radnika



Izvor: Ono idr. 2013, 21.

Iz Slike 7 vidi se prikaz varijabli povezanih i utjecajnih na potražnju zdravstvenih usluga. Osim demografske, utjecajne varijable na trenutnu i buduću potražnju su epidemiološki podaci i morbiditet; zdravstvene potrebe i korištenje zdravstvenih usluga; različiti modeli zdravstvene skrbi sa specifičnom potražnjom na razinama skrbi; ekonomski rast i s time povezani troškovi u zdravstvu.

Vežano na karakteristike modela koje opisuju Hornby (2007 u WHO 2010, 5) i Ono idr. (2013, 21), model koji je cilj ovoga rada temelji se na kombinaciji demografskih varijabli, procjene trenutnog zdravstvenog stanja starih, procjene njihovih potreba za podrškom i preferiranih oblika dugotrajne skrbi te procjene potreba za medicinskim sestrama u djelatnosti zdravstvene njege u kući i razvoju integriranog modela dugotrajne skrbi.

Ono idr. (2013, 30) su izdvojili pet mogućih pristupa u planiranju i izradi modela:

1. Osnovni model procjene buduće potražnje. Procjena potražnje predstavlja omjer zdravstvenih radnika na neku populaciju, a jedina promjenjiva varijabla je veličina populacije. Primjer takovog izračuna je broj zdravstvenih radnika/populacija u skrbi, a predviđa za koliko stanovnika je nadležan jedan zdravstveni djelatnik određenog profila (liječnik, patronažna sestra, medicinska sestra),
2. Predviđanje buduće potražnje na temelju informacija o trenutnim obrascima korištenja zdravstvenih usluga. U obzir se uzimaju kriterij dobi i spola te njihova projekcija na potrebnu radnu snagu u budućnosti pod pretpostavkom konstantnih i nepromijenjenih obrazaca. U slučaju da omjer korištenja sustava zadržava konstantu, utjecaj na predviđanje može imati promjena u strukturi populacije,
3. Pristup procjena sadašnjih i budućih zdravstvenih potreba. Ovim pristupom nadilazi se konstanta korištenja zdravstvenog sustava, a procjene trenutnih i budućih zdravstvenih potreba daje na temelju informacija o nezadovoljenim potrebama i promjenjivim obrascima ponašanja i karakteristikama zdravstvenog stanja i bolesti (npr. nekih kroničnih). Slijedom uključenih varijabli dolazi se do rezultata i procjena koje podržavaju predviđanja za veće ili manje potrebe za zdravstvenim uslugama po dobi i spolu,
4. Model promjene zdravstvenih usluga. Ovim modelom nastoji se procijeniti utjecaj mogućih promjena u dostupnosti zdravstvenih usluga i uloga pojedinih profesija na buduće zahtjeve i potražnju u odnosu na specifičnu skupinu zdravstvenih radnika. To mogu biti dodatne usluge na razini primarne zdravstvene zaštite i nove odgovornosti primjerice medicinskih sestara ili liječnika obiteljske medicine,
5. Model ekonomskog rasta i zdravstvenih troškova. Ovakav model uključuje izravne projekcije ekonomskog rasta i zdravstvenih troškova kao središnje faktore budućih zahtjeva i potražnje zdravstvenih usluga i djelatnika.

Kontinuirani razvoj alata i modela za potporu politikama i odlukama ne odnose se samo na produkciju odgovarajućeg kadra, nego i za analizu mogućnosti i dostupnosti modela zdravstvenih usluga o kojima ovisi ponuda i potražnja za različitim kategorijama zdravstvenih radnika. Promišljanje i planiranje ljudskih resursa u sustavu zdravstva usmjereno je na nadomještanje ili zamjenu onih koji izlaze iz sustava starenjem i prirodnim odljevom, ali i procjenu potencijalnih utjecajnih ne demografskih čimbenika na koje je moguće reagirati odgovarajućim intervencijama (Ono idr. 2013, 45). Kroz dugotrajnu skrb

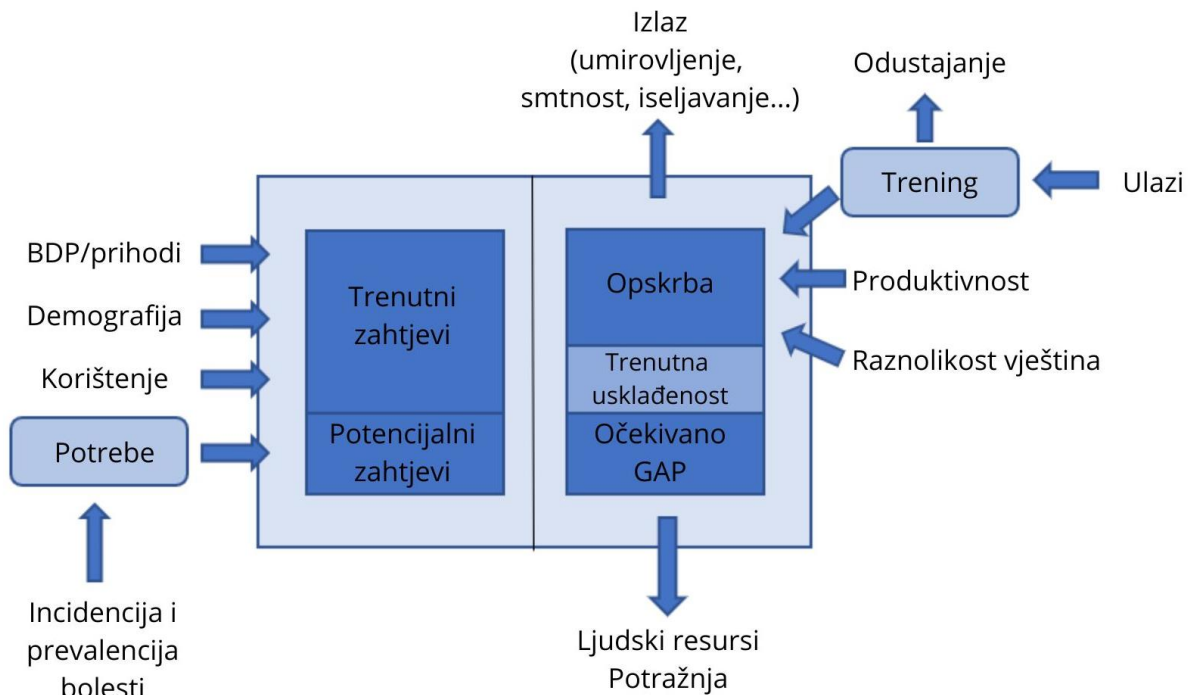
olakšana je tranzicija među pojedinim servisima, osigurana briga za specifične bolesti, edukacija pacijenata, obitelji i sl., a većina takvih modela podrazumijeva multidisciplinarnost timova sastavljenih od medicinskih sestara, socijalnih radnika, zdravstvenih radnika različitih profila, liječnika i drugih (Schuchman idr. 2018). Za primjenu i provođenje integriranog sustava skrbi u zajednici potrebno je osigurati, a uglavnom to znači povećati broj potrebnog osoblja koji će biti angažirani na pružanju usluga sveobuhvatne skrbi (Song i Tang 2019, 280). Nadalje, za ljudske resurse u dugotrajnoj skrbi važna je njihova zastupljenost u uslugama koje nisu isključivo zdravstvene, a odnose se na aktivnosti svakodnevnog života i rada. Spetz idr. (2015, 939) ukazuju da su nezdravstveni djelatnici dio sustava dugotrajne skrbi, a oni su u pojedinim organizacijskim oblicima više ili manje zastupljeni. Spetz idr. (2015, 941) su predstavili da će zastupljenost odgovarajućih profesionalaca biti nesrazmjernan, a u odnosu na zadovoljenje potreba korisnika i mjesta osiguravanja dugotrajne skrbi. Očekuje se da će najveći rast doživjeti profesije socijalnih radnika i profesije za pružanje usluga u zajednici te u djelatnosti zdravstvene i osobne njege u kući i u zajednici. Najmanje će biti potrebno radnika iz tehničkih službi koji intenzivnije rade u ustanovama za skrb i smještaj na uslužnim i poslovima održavanja. Sukladno tome, u ovom istraživačkom radu postavili smo pitanje hoće li se predviđanja za Hrvatsku razlikovati te hoće li se i za koliko, na temelju osobnih preferencija korisnika zdravstvene njege u kući, povećati potreba za medicinskim sestrama i drugim uslugama.

Spetz idr. (2015, 943) predviđaju da bi preseljenje 20% korisnika iz domova za stare i nemoćne umanjilo potrebu zapošljavanja novih radnika koje je predviđeno prema trenutnim obrascima ulaska u sustav sa smještajem. Prema tom istom scenariju došlo bi do nešto povećanih potreba za zdravstvenim radnicima, ali svih ostalih trebalo bi značajno manje, a preseljenje iz domova za njegu u ustanove stanovanja imalo bi mnogo manji utjecaj na smanjenje potražnje radnika u dugotrajnoj skrbi. Spetz idr. (2015, 943) zaključuju da će doći do povećane potražnje za profesijama u dugotrajnoj skrbi i potrebama za njihovim osposobljavanjem i zadržavanjem u sustavu, a takav scenarij moguće je očekivati i u području dugotrajne skrbi u vlastitom domu ukoliko se nastavi trend deinstitucionalizacije i ostvarivanje usluga za stare u zajednici.

Lopes idr. (2015) argumentiraju da je planiranje ljudskih resursa u zdravstvenom sustavu transformirano na znanstvenoj i teorijskoj osnovi u snažan i značajan pokret svih uključenih (privatnih i javnih institucija) u predviđanju ljudskih resursa, a prije svega liječnika i

medicinskih sestara koji će biti potrebni za održavanje i poboljšanje kvantitete, kvalitete, dostupnosti i efektivnosti pružanih zdravstvenih usluga. Oni daju shematski prikaz (Slika 8) kako planirati i koje varijable je potrebno uključiti u izradu projekcija za opskrbu ljudskih resursa u zdravstvenoj djelatnosti.

Slika 8: Integrirani sustav planiranja ljudskih resursa u zdravstvu



Izvor: Adaptirano prema Lopes idr. 2015.

Što se tiče potrebne opskrbe sustava, na Slici 8 vidljivo je da ovisi o ljudskim resursima i broju raspoloživih zaposlenika koji u sustav ulaze kroz trening i obrazovanje, njihovim vještinama koje posjeduju te produktivnosti. Istovremeno na ljudske resurse u sustavu zdravstva utječu prirodni procesi poput umirovljenja i migracija radno aktivnog stanovništva.

Svjetska zdravstvena organizacija (WHO 2017c, 9) se u svojim nastojanjima zalaže za prilagođavanje zdravstvenog i socijalnog sustava starijoj populaciji te dostupnost skrbi starima kad god i gdje god je trebaju. To je moguće ostvariti ulaganjem u poboljšanje dostupnosti odgovarajućih intervencija koje će održavati postojeće kapacitete starih i osnažiti starenje. Odgovarajuće intervencije nisu nužno zdravstveno usmjerene i uvjetovane. Realizacija toga moguća je kroz identifikaciju trenutno postojećeg stanja i međusobno usklađivanje sustava za pružanje integrirane skrbi na tri razine (WHO 2017c, 9):

1. Na individualnoj razini. Predviđeno je izraditi smjernice i alate koje će moći koristiti pružatelji primarne zdravstvene zaštite u sveobuhvatnoj procjeni zdravstvenog stanja starijih ljudi i pružanju integrirane zdravstvene skrbi. Takva skrb će omogućiti očuvanje i usporavanje pada fizičkih i mentalnih sposobnosti,
2. Na razini sustava. Predviđen razvoj smjernica za zdravstvene sustave o tome kako razvijati, pratiti i evaluirati usluge na načine koji mogu podržati integriranu zdravstvenu skrb za stare,
3. Stvaranje Kliničkog konzorcija WHO-a za zdravo starenje. Svrha je unaprjeđenje istraživanja i kliničke prakse olakšavanjem razmjene i analize podataka, podupiranjem evaluacije kliničke prakse i izgradnjom kapaciteta zdravstvenih stručnjaka i kliničara za zdravo starenje.

Vežano za istraživanja koja pokazuju da nedostaje dovoljan broj i adekvatno obrazovanje zdravstvenog osoblja za pružanje skrbi i njege osobama stare životne dobi, važno je istaknuti da je WHO (2017c, 11) naglasila prioritetom osiguravanje resursa kojima će se starim ljudima pružati kvalitetne zdravstvene i usluge dugotrajne skrbi. Navedeno je moguće i planirano ostvariti kroz:

1. Razvoj alata za analizu zdravstvenog tržišta rada i pružanje tehničke podrške za identificiranje postojećih nedostataka i prednosti tržišta te razvoj strategija za zadovoljavanje potreba,
2. Jačanje obrazovnih kapaciteta i treninga kroz smjernice za temeljne kompetencije; razvoj eksperimentalnih programa informiranja, podrške vršnjaka i jačanje vještina njegovatelja; te smjernice za prilagodbu i primjenu na lokalnoj razini,
3. Izgradnju ili jačanje kapaciteta i mehanizama upravljanja. To uključuje politike, propise i financiranje za osiguravanje održive radne snage u zdravstvu i socijalnoj skrbi. Ovo podrazumijeva i pomoć u razvoju zakonodavnih modela zaštite prava njegovatelja; smjernice za rad njegovatelja i platformu za razmjenu iskustava i dobrih praksi,
4. Provođenje pilot projekata za demonstraciju načina podrške u preuzimanju odgovornosti u pružanju usluga njege te za stvaranje poslovnih prilika i predlaganje novih radnih mjesta povezanih sa skrbi.

Fulmer idr. (2021, 220) smatraju da bi u odnosu na ostale, prioritet u sustavu trebali imati modeli skrbi za ozbiljno oboljele, modeli za skrb o demenciji, i drugi modeli koji imaju za

cilj podizanje kvalitete života. Wagner i Brandt (2018, 31) ističu da je u osiguravanju dugotrajne skrbi za potrebite važno utjecati na faktore zdravog starenja onih koji trenutno pružaju neformalnu skrb, a u budućnosti će biti i njezini korisnici. Važno je naglasiti da modeli skrbi osim za potrebe starih i osoba s demencijom trebaju razmatrati i pružatelje skrbi jer ona iscrpljuje i nepovoljno djeluje na zdravstvene djelatnike i članove obitelji koji ih njeguju (Krutter idr. 2020, 200). Hrvatski model zdravstvene njege u kući osim što podržava bolesne korisnike, usmjeren je i podršci obitelji (kroz npr. edukaciju u DTP NJEGA1) te doprinosi prevenciji sagorijevanja i preopterećenosti. O održavanju zdravlja njegovatelja pisali su Van Houtven idr. (2010) koji su istaknuli da o njihovom osobnom zdravlju i sposobnostima ovisi hoće li i do koje mjere moći brinuti za druge. Najsigurnije područje u kojem se njegovatelji osjećaju kompetentni pružiti skrb je fizička njega, a manje u području prepoznavanja emocionalnih potreba i osiguravanja usluga za pacijente stoga se najdjelotvornijim programom obrazovanja smatra onaj kojim se stječu kompetencije prepoznavanja potreba pacijenata i njihovih njegovatelja (Van Houtven idr. 2010).

2.2.4 Dostupnost i korištenje zdravstvenih usluga

Na razini Europske unije postoje razlike među državama u udjelu njihovih stanovnika i mogućnostima da zadovolje zdravstvene potrebe. Prema podacima Eurostata³ prikazanih u Tablici 1, nezadovoljene zdravstvene potrebe povezane su s financijskim razlozima, udaljenosti i transportom te dugim listama čekanja. Podaci su prikazani kao relativne frekvencije u postocima.

³ https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_un1e/default/table?lang=en, pristupljeno 26.4.2023.

Tablica 1: Nezadovoljene potrebe stanovnika zemalja Europske unije po uzrocima u 2019. godini

Država/razlozi	Financijski razlozi, udaljenost ili transport, liste čekanja	Financijski razlozi	Udaljenost ili transport	Liste čekanja
EU - 27 članica	25,5	13,0	4,0	19,4
Belgija	:	0	1,6	6,9
Bugarska	15,9	14,5	2,9	4,9
Češka	17,9	7,1	5,1	14,2
Danska	33,0	22,4	4,2	24,5
Njemačka	26,9	13,2	4,8	21,3
Estonija	37,1	26,0	3,6	25,6
Irska	22,8	12,1	2,3	18,3
Grčka	19,7	14,4	5,0	12,5
Španjolska	19,6	10,3	1,1	13,1
Francuska	29,5	12,7	4,4	23,9
Hrvatska	33,0	17,9	7,8	26,3
Italija	26,6	13,6	8,3	25,2
Cipar	5,8	3,7	0,1	3,3
Latvija	36,9	25,9	5,8	25,6
Litva	26,2	14,8	3,3	19,7
Luxemburg	38,8	13,3	5,4	35,8
Mađarska	22,5	14,1	2,9	13,3
Malta	21,5	6,0	2,3	17,0
Nizozemska	15,4	5,3	2,5	17,5
Austrija	24,9	10,8	2,8	20,4
Poljska	29,6	12,7	4,3	25,7
Portugal	39,9	25,6	3,9	29,5
Rumunjska	13,8	12,1	1,7	3,6
Slovenija	28,0	15,6	3,1	22,8
Slovačka	10,9	5,9	2,0	7,1
Finska	36,3	25,7	4,2	24,7
Švedska	31,7	20,7	3,5	24,4
Island	32,5	15,2	4,4	33,1
Norveška	11,7	8,7	1,3	3,9
Srbija	23,0	16,4	4,1	15,4
Turska	33,5	14,7	11,1	24,8

Izvor: Eurostat 2021.

U Tablici 1 prikazan je udio nezadovoljenih potreba na temelju samoprocjene stanovnika pri čemu je vidljivo da nezadovoljene zdravstvene potrebe ima svaki četvrti (25,5%) stanovnik na razini Europske unije. U odnosu na taj prosjek, nezadovoljene potrebe u većoj nadprosječnoj mjeri izražavaju i stanovnici bogatijih zemalja poput Danske, Estonije, Finske, Luxemburga, a najveći udjel od 39,9% ima Portugal. Udjel nezadovoljenih potreba postoji i u brojnim drugim u odnosu na njih slabije razvijenim zemljama poput Slovenije i Hrvatske. U tim je primjerice zemljama to povezano s financijskim razlozima i postojećim listama čekanja na zdravstvene usluge. Ali primjerice za Dansku, Luxemburg, Irsku, Švedsku, Hrvatsku, Sloveniju vidljivo je da veći udjel u ukupnim razlozima nezadovoljenih potreba predstavljaju liste čekanja. Osim navedenih, nezadovoljenju zdravstvenih potreba s udjelom većim od 20%, liste čekanja u brojnim zemljama doprinose da svaki četvrti ili peti stanovnik ne može ostvariti uslugu kada treba.

U odnosu na prosjek Europske unije, podaci o nezadovoljenim potrebama prema kriteriju spola prikazani su u Tablici 2.

Tablica 2: Nezadovoljene potrebe muških i ženskih stanovnika zemalja Europske unije po uzrocima u 2019. godini

Država/ Razlozi	Financijski razlozi, udaljenost ili transport, liste čekanja		Financijski razlozi		Udaljenost ili transport		Liste čekanja	
	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
spol	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
EU - 27 članica	22,5	28,1	11,4	14,4	3,4	4,5	17,1	21,4
Belgija	:		0	0	1,0	2,1	5,9	7,6
Bugarska	14,8	16,7	14,0	14,8	2,8	3,0	4,1	5,4
Češka	15,8	19,7	5,7	8,3	4,5	5,6	13,4	14,9
Danska	31,1	34,9	22,0	22,8	4,5	3,9	20,7	28,1
Njemačka	24,2	29,4	12,0	14,3	4,4	5,1	18,9	23,5
Estonija	34,8	39,1	24,3	27,4	3,8	3,5	23,3	27,5
Irska	20,0	25,3	10,7	13,3	2,3	2,3	15,7	20,7
Grčka	18,1	21,1	13,3	15,3	4,3	5,5	11,2	13,5
Španjolska	17,8	21,2	9,4	11,2	0,9	1,3	11,8	14,4
Francuska	24,0	34,2	10,0	14,9	3,2	5,5	19,6	27,6
Hrvatska	30,5	34,8	16,1	19,1	6,7	8,5	23,6	28,3
Italija	23,8	28,8	11,6	15,2	7,5	8,9	23,8	26,3
Cipar	5,7	6,0	3,9	3,6	0,1	0,2	2,9	3,7
Latvija	33,8	39,1	23,0	28,0	5,1	6,2	22,8	27,4
Litva	21,6	29,6	12,5	16,5	2,2	4,0	15,5	22,7
Luxemburg	35,8	41,6	12,2	14,4	4,6	6,1	33,5	38,0
Mađarska	20,4	24,4	12,8	15,3	2,6	3,1	11,9	14,6
Malta	18,6	24,3	4,9	7,1	1,8	2,7	15,0	19,0
Nizozemska	13,8	16,9	4,9	5,7	2,3	2,7	15,9	18,9
Austrija	21,1	28,3	8,6	12,8	2,1	3,4	18,1	22,5
Poljska	25,9	32,8	10,6	14,5	3,6	4,9	22,9	28,0
Portugal	35,8	43,4	22,7	27,9	2,9	4,7	27,0	31,5
Rumunjska	12,5	14,9	10,9	13,0	1,3	2,0	3,2	4,0
Slovenija	26,1	29,7	14,1	17,0	2,7	3,4	22,2	23,3
Slovačka	8,8	12,7	4,3	7,3	1,5	2,4	6,6	7,5
Finska	34,0	38,4	23,1	28,0	4,1	4,2	23,8	25,5
Švedska	30,7	32,7	21,5	20,0	3,8	3,2	22,2	26,4
Island	27,9	36,3	13,3	16,7	3,8	4,9	28,5	36,7
Norveška	10,1	13,4	7,1	10,4	1,1	1,4	3,6	4,3
Srbija	21,1	24,5	14,7	17,8	3,7	4,5	13,9	16,5
Turska	30,3	36,5	13,1	16,1	9,0	13,0	21,9	27,4

Izvor: Eurostat 2021.

Podaci iz Tablice 2 pokazuju da su žene u ukupnoj populaciji u nepovoljnijem položaju i da upravo u populaciji ima više žena čije zdravstvene potrebe nisu zadovoljene. Podaci otkrivaju da najveću prepreku zadovoljenju zdravstvenih potreba žena i muškaraca

predstavljaju financijski razlozi i postojeće liste čekanja. Luxemburg, Portugal, Hrvatska i Island su zemlje u kojima je zbog listi čekanja veći udjel žena s nezadovoljenim zdravstvenim potrebama nego što je prosjek na razini Europske unije.

Za stanovnike Europske unije starije od 65 godina podaci o udjelu nezadovoljenih potreba prikazani su u Tablici 3.

Tablica 3: Nezadovoljene potrebe stanovnika starih 65 i više godina u zemljama Europske unije po uzrocima u 2019. godini

Država/ razlozi	Financijski razlozi, udaljenost ili transport, liste čekanja		Financijski razlozi		Udaljenost ili transport		Liste čekanja	
	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
spol	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
EU - 27 članica	22,0	25,4	9,9	12,6	3,7	5,5	16,5	17,9
Belgija	:	:	0	0	0,8	1,8	4,2	4,5
Bugarska	21,9	22,2	20,5	20,8	5,4	4,2	6,1	5,8
Češka	18,8	24,2	7,4	10,7	7,1	10,1	13,5	16,5
Danska	22,0	20,0	11,6	9,5	3,5	3,1	16,5	17,6
Njemačka	18,1	20,3	8,0	9,8	2,5	5,1	13,7	12,8
Estonija	32,9	32,8	22,8	20,2	4,2	4,2	20,4	22,7
Irska	17,1	18,5	6,2	6,6	2,2	2,9	14,2	15,0
Grčka	22,3	24,4	14,0	16,0	7,7	9,6	15,9	16,2
Španjolska	16,7	20,0	6,1	9,4	0,8	1,8	12,8	13,6
Francuska	17,9	24,3	8,0	9,4	1,9	4,2	12,5	17,4
Hrvatska	38,9	41,2	19,5	21,7	9,5	12,0	28,2	33,0
Italija	28,6	30,8	10,8	13,9	9,5	10,7	27,4	27,2
Cipar	6,8	8,2	3,1	4,3	0,4	0,3	4,9	5,4
Latvija	32,0	38,6	20,6	28,4	5,6	10,4	20,6	25,0
Litva	24,2	27,2	14,5	14,9	2,8	5,3	15,6	18,1
Luxemburg	27,8	25,6	5,5	5,8	4,7	6,5	23,9	20,7
Mađarska	21,0	19,9	12,1	10,9	3,6	3,5	12,4	12,4
Malta	22,8	28,1	6,0	7,0	3,0	5,7	19,0	21,3
Nizozemska	10,0	10,3	1,9	1,2	2,5	2,3	12,4	13,1
Austrija	19,1	20,8	5,7	8,5	2,8	3,7	16,0	15,5
Poljska	34,9	39,8	13,2	19,2	5,3	8,1	29,5	32,9
Portugal	37,3	44,3	20,5	26,1	4,0	6,0	27,7	32,7
Rumunjska	22,5	26,0	19,5	22,1	3,2	4,3	6,9	7,4
Slovenija	23,4	22,0	11,8	9,4	1,7	3,4	18,9	16,5
Slovačka	14,1	16,2	7,8	9,6	3,3	2,9	8,5	8,8
Finska	30,2	31,1	11,9	16,3	4,3	3,9	24,1	22,0
Švedska	26,1	27,0	16,3	14,9	2,9	3,9	17,4	21,5
Island	19,7	24,0	5,4	7,1	1,8	2,4	21,4	26,7
Norveška	2,5	2,3	1,1	1,4	0,8	0,4	1,0	0,8
Srbija	24,9	28,7	16,4	21,4	5,7	8,0	16,7	17,3
Turska	25,6	26,5	9,4	11,1	11,7	13,6	16,9	16,7

Izvor: Eurostat 2021.

Iz Tablice 3 vidi se da među stanovnicima starim 65 i više godina gotovo četvrtina stanovnika nema zadovoljene potrebe zbog kumulativnog djelovanja financijskih razloga, udaljenosti ili transporta te listi čekanja. Ukupno najveći doprinos za muške i ženske

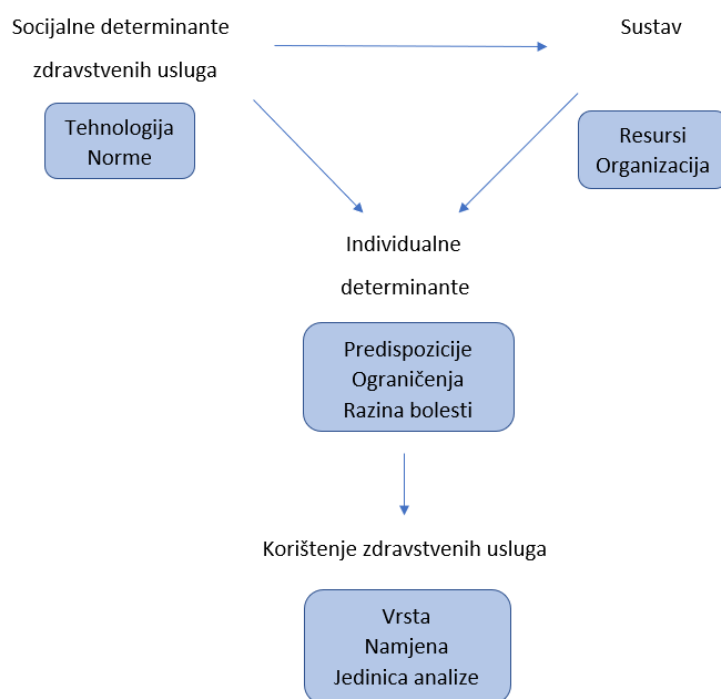
stanovnike starije od 65 godina daju liste čekanja na zdravstvene usluge. Navedeno upućuje na promišljanje o kapacitetima zdravstvenog sustava da odgovori na zdravstvene potrebe cjelokupne i ove populacije. Hrvatski stanovnici muškog spola stari 65 i više godina u najvećem su omjeru (38,9%) nezadovoljenih potreba, a među ženama to su stanovnice iz Portugala (44,3%).

Neispunjene potrebe za dugotrajnom skrbi mogu istovremeno biti uzrok i posljedica deprivacije i socijalne isključenosti jer osobe s nedostatkom financijskih i ljudskih resursa teško iznalaze načina za dobivanje formalne skrbi, a uz to njihove ograničene i male socijalne mreže limitiraju potencijalne prilike preko kojih bi bilo moguće ostvariti neformalnu njegu (Laferrere i Van den Bosch 2015, 331–332). Posljedice izolacije u vlastitom životnom okruženju nisu uvijek povezane s gubitkom sposobnosti i uzrokovane zdravstvenim stanjem, a što se očituje kroz potrebnu pomoć u transportu, obavljanju kupnje i drugim svakodnevnim aktivnostima (Kerbler 2014, 95). Nadalje, Laferrere i Van den Bosch (2015, 332) upućuju da ograničenja u svakodnevnim aktivnostima i bez osigurane potrebne pomoći otežavaju pristup službama i sudjelovanja u društvenim aktivnostima, a loše zdravlje i ekonomski uvjeti iz prošlosti kumulativno mogu potencirati isključenost i izraženost trenutnih potreba. Radi se dakle o višebrojnim faktorima koji mogu djelovati uzročno-posljedično na nastanak i izraženost potreba, ali istovremeno i na nemogućnost zadovoljenja tih istih potreba koji svojim djelovanjem stavljaju pojedinca i skupine u nepovoljne životne situacije i predstavljaju rizik za narušavanje zdravlja. Stari su kao ključne probleme na kojima je potrebno djelovati identificirali nedostatke u transportu između udaljenih izoliranih zajednica i zdravstvenih resursa, nedostupnost primarnoj i specijaliziranoj zdravstvenoj skrbi, lošu socijalnu infrastrukturu i koordinaciju usluga, oskudnost potpomognutog stanovanja i njege za stare i nemoćne u domu te prepreke povezane s kulturom, jezikom i materijalnim uvjetima (Averill 2012, 5). Neispunjene potrebe ljudi ovisnih od pomoći drugih moguće je nadoknaditi osiguravanjem lakše dostupnosti usluga (Martinez-Linares idr. 2020, 9). Samoprocjenom, većina seoskog stanovništva doživljava se nepovoljnije u odnosu na gradsko stanovništvo te se u većoj mjeri oslanja na obiteljsku pomoć i njegu, a njihovo povjerenje prema zdravstvenom sustavu i svjesnost o mogućnostima korištenja je vrlo niska (Wang idr. 2020a). U stvarnosti se radi o začaranom krugu u kojem stari i slabi trebaju zdravstvenu pomoć, a upravo zbog smanjenih sposobnosti i kapaciteta ne mogu je ostvariti ili doći do nje. Što je lakše starima doći do centara i zdravstvenih usluga to je veća vjerojatnost njihove pristupačnosti, a loša percepcija

sposobnosti i osjećaj ranjivosti smanjuje potencijalnu dostupnost zdravstvenih usluga (Wang idr. 2020a; Wang idr. 2020b).

Prema Andersen i Newman (2005, 2) korištenje zdravstvenih usluga je oblik ponašanja i obilježje pojedinaca, obilježje okoline u kojoj pojedinci i skupine žive te rezultat interakcije pojedinaca i njihovog okruženja (Slika 9). Vidljivo je da socijalni aspekti utječu na pojedinca izravno i neizravno kroz zdravstveni sustav. Osobne karakteristike ljudi nadalje uvjetuju korištenje i potrebu za različitim zdravstvenim uslugama primarne, sekundarne i tercijarne zaštite. Wang idr. (2020a) ukazuju na utjecajni učinak psihosocijalnih faktora i samozastupanja starih na način i učestalost korištenja zdravstvenih usluga. Naime, stari s boljim psihosocijalnim statusom imaju više samopouzdanja i pouzdaju se u svoje vlastite sposobnosti korištenja postojećih usluga, lakše ih percipiraju, pronalaze i pristupaju im, zatim su voljniji sudjelovati u socijalnim aktivnostima što im omogućava dobivanje informacija o zdravstvenim uslugama i njihovo lakše ostvarivanje, te sposobnost nadilaženja prepreka korištenju istih i stvaranje potencijala za dostupnost (Wang idr., 2020a).

Slika 9: Okvir analize korištenja zdravstvenih usluga



Izvor: Izrađeno prema Andersen i Newman 2005, 4.

Organizacijske komponente sustava skrbi su pristupačnost i struktura pri čemu se pristupačnost odnosi na način kojim korisnici ostvaruju ulaz u sustav i ostvarivanje

terapijskog procesa. Unutar te komponente izraženi su preduvjeti koje je potrebno ispuniti i ukloniti postojeće ili potencijalne prepreke za ostvarivanje zdravstvene njege (Andersen i Newman 2005, 8). Razina pristupačnosti sustava zavisna je o visini novčane participacije pacijenata u njezi, duljini trajanja i korištenja određenog tretmana, i općenito kriterija pod kojim uvjetima neke bolesti pacijent može biti uključen u terapije. Vjerojatnost povećanja pristupačnosti raste s udjelom troškova koje osigurava država, dobrovoljna zdravstvena osiguranja, uključivanje trećih strana u plaćanje; smanjenjem lista čekanja; proširivanje zdravstvenih stanja i bolesti koje su prihvatljive za liječenje (Andersen i Newman 2005, 8). Druga komponenta organizacije, struktura, obuhvaća karakteristike sustava koje određuju protokole postupanja s pacijentom kad uđe u sustav, postupke medicinske prakse u primarnih liječnika, korištenje usluga pomoćnog osoblja, postupke upućivanja na druge pružatelje njege, način prijema u bolnice, osobine bolničke njege, raspoloživost i njega pacijenata nakon hospitalizacije. Upravo je strukturna komponenta u zdravstvenom sustavu najteža za definiranje kao i povezivanje s obrascima korištenja (Andersen i Newman 2005, 8).

Geerts i Van der Bosch (2012, 29) su naveli karakteristike Andersenovog modela koji u korištenju zdravstvenog sustava identificira socijalne faktore, zatim faktore po razinama zdravstvene zaštite i osobne faktore. Individualni osobni faktori razmatraju se u tri kategorije: predispozicije, potencijali, potrebe. Predispozicijski faktori utječu na sklonost korištenja, a uključuju demografske varijable dobi i spola, socio-kulturološke osobine obrazovanje i zanimanje, te stavove ili uvjerenja o bolesti i njezi. Potencijali ili mogućnosti osiguravaju dostupnost zdravstvenim uslugama, a odnose se na materijalna primanja i zaštitu pokrivenu zdravstvenim osiguranjem. Potrebe objedinjuju uzroke korištenja zdravstvenih usluga, stvarne i procijenjene bolesti (Geerts i Van der Bosch 2012, 29). Udaljenost i mjesto stanovanja mogu biti prepreka pristupačnosti i dostupnosti zdravstvenih usluga pa su oni s ruralnih područja u nepovoljnijem položaju fizičke udaljenosti i disperzije stanovništva (Wang idr. 2020a). Za stare ljude u ruralnim sredinama tradicionalno je i kulturološki prihvatljivo primati skrb najprije od članova obitelji (Liu idr. 2019, 9), a ta se neformalna podrška smanjuje s povećanjem dobi (Forstner idr. 2019, 6). Frolich idr. (2019) ukazuju na značajno učestalije korištenje zdravstvenog sustava od strane bolesnika koji istovremeno imaju nekoliko kroničnih bolesti te ističu da su za 180% više koristili sustav u odnosu na one bez kroničnih bolesti, a 65% u odnosu na one s jednom kroničnom bolesti.

Spetz idr. (2015, 939) su utvrdili razlike u oblicima korištenja individualne i organizirane dugotrajne skrbi različitih društvenih skupina, pri čemu je u određenim skupinama učestalije korištenje domova za skrb i njegu dok je u drugima učestalije korištenje ustanova za stanovanje. U predviđanju i objašnjenju korištenja zdravstvenih usluga valja se usmjeriti na predispoziciju i vjerojatnost korištenja akutne zdravstvene skrbi, faktora koji doprinose korištenju i onih koje netko doživljava i smatra da utječu na procjenu potreba za njegom (Travers idr. 2020). Osobna uvjerenja članova zajednice, uloga rase i nacionalnosti općenito o korištenju različitih zdravstvenih usluga smatraju se važnim faktorima svih modela, a njihovi ishodi mjere se zdravstvenim stanjem i zadovoljstvom korisnika (Travers idr. 2020).

Svjetska zdravstvena organizacija je zauzela stajalište da uspjeh reformi ovisi o povezivanju više sektora za stvaranje prilika međusobnog dijeljenja, učenja i proširivanja politika (WHO 2017c, 2). Ova globalno utjecajna organizacija se oslanja na mogućnosti koje otvaraju tehnički napredak i razmjena znanja i iskustva među naprednijim i zemljama u razvoju, poticanje rasprava i akcija, a što bi u smislu inovacija i promjena moglo dovesti do stavljanja starih u središte pozornosti i djelovanja te do jačanja međugeneracijske povezanosti i pristupa starih zajednici (WHO 2017c, 2). Međutim, ovi ciljevi teško su ili nemoguće ostvarivi ukoliko se u obzir ne uzmu zdravstvene i socijalne potrebe sve većeg broja starih ljudi jer je većina trenutnih zdravstvenih sustava više prilagođena individualnim i akutnim zdravstvenim stanjima nego što je kompleksnim i kroničnim zdravstvenim potrebama za koje se uz povećanje životne dobi predviđa daljnji rast (WHO 2017c, 8). Izrada projekcija treba uključivati i mehanizme prilagodbe na promjenjive uvjete i kontinuiranu evaluaciju, a njihova je svrha promjena politika i identifikacija aktivnosti koje je nužno provesti za ostvarivanje dugoročnih ciljeva sustava (WHO 2010, 3). Objedinjujući zdravstvene i socijalne usluge u aktivnosti kojima se odgovara na potrebe pacijenta/korisnika osigurava se realizacija ključne komponente visoko kvalitetne integrirane skrbi koja je povezana s povećanom efikasnosti sustava, smanjenjem troškova u hitnim službama i bolničkim ustanovama zbog manjeg broja prijava (Vaartio-Rajalin idr. 2020, 1046).

U pružanju skrbi i uklanjanju uzroka loše zdravstvene slike populacije izazov predstavljaju nedostatna koordinacija različitih sektora i kvaliteta skrbi, nezadovoljene potrebe starijih osoba i pristupačnost uvjetovana geografskim područjem (OECD 2019, 3; OECD 2020, 12). Dva značajna faktora koja nadograđuju postojeće modele zdravstvene zaštite su faktori dostupnosti i faktori potreba koji obuhvaćaju stavove, znanja, društvene norme starih,

osjećaj i doživljaj kontrole, dostupnost podrške, financijske uvjete, objektivne i percipirane potrebe za dugotrajnom skrbi i podrškom (Travers idr. 2020). Njihov odnos je kompleksan, a međusobno određuju korištenje usluga u kontekstu namjere da se te usluge i stvarno koriste (Travers idr. 2020). Na to se nadovezuju Aase idr. (2021) koji na pacijente usmjerenu njegu (person-centered care) tumače važnim pokazateljem kvalitete zdravstvene skrbi. Ta je kvaliteta temeljena na udovoljenju zahtjeva u zakonskim okvirima i pružanjem profesionalne prakse korisnicima (Aase idr. 2021). Dakle, kvalitetan model zdravstvene skrbi objedinjuje zakonima i propisima osigurane usluge, potrebe populacije i profesionalni kadar koji će te usluge realizirati. Dodatno, sami zdravstveni djelatnici sebe procjenjuju uvjetom kvalitete zdravstvenog sustava uz odgovarajuće i aktualno obrazovanje za razumijevanje potreba i zahtjeva radnih mjesta te novih oblika usluga (Aase idr. 2021).

2.2.5 Preferencije za dugotrajnom skrbi

Oslabljeno zdravlje i ograničena pokretljivost starih otežava im interakciju sa socijalnom i materijalnom okolinom na njima povoljan način (Angus idr. 2005, 169). Ruland (1999, 305) piše da se ispravne odluke o njezi iz perspektive pacijenata ne mogu donositi bez uvažavanja njihovog doživljaja potreba za zdravstvenom njegom i očekivanja o zdravstvenim ishodima. Ovo ukazuje da je korisnička perspektiva zdravstvenog stanja i problema te očekivanih ishoda ključna komponenta na pacijenta usmjerenog pristupa. Eckert idr. (2004, 50) su prije dva desetljeća istaknuli preduvjete povezivanja preferencija korisnika i modela dugotrajne skrbi. Naime, potrebno je najprije socijalno planiranje u osiguravanju dostupnosti usluga za podršku korisnicima i njihovim preferencijama, a drugo je dostupnost informacija budućim korisnicima o dostupnim mogućnostima iz dugotrajne skrbi. Bolesnici i njihovi članovi obitelji koji ih njeguju izražavaju snažne preferencije prema njezi u kući u usporedbi s institucijskom njegom (Angus idr. 2005, 169). Takve preferencije mijenjaju se pod utjecajem njihovog iskustva i praksi što ih ostvaruju kroz funkcioniranje zdravstvenog sustava, a koji naglašava politiku izgleda, održavanje reda i čistoće te nadilaženje ograničenja doma (Angus idr. 2005, 169). Preferencije korisnika mogu biti ograničene teškoćama projiciranja i zamišljanja vlastite budućnosti i potreba za njegom neovisno o njihovim iskustvima, ovisnosti i trenutnim praksama njege (Nieboer idr. 2010, 1323). Watt idr. (2014) su istaknuli i perspektivu starih u odnosu na dugotrajnu skrb i dobrobit. Naime, u kontekstu poštovanja starih i brige o njima te međuovisnosti među generacijama, stari oba spola žele zadržati autonomiju i neovisnost što je dulje moguće s obzirom na pogoršanje

zdravstvenog stanja. Težnja starih za neovisnošću proizlazi iz želje da ne budu teret vlastitoj djeci i želje zadržavanja njihove postojeće uloge pružatelja oslonca djeci (Watt idr. 2014).

Pokazatelji potreba za uslugama i način njihovog korištenja omogućuju evaluaciju postojećeg sustava dugotrajne skrbi sa svim pozitivnim i negativnim stranama, a istovremeno pomažu u predviđanju budućnosti u odnosu na obrasce korištenja sustava s obzirom na dob i spol (Gibson 2019, 520) te planiranju izmjena postojećih i stvaranju potrebnih usluga zajedno s odgovarajućim profesionalnim kadrom za njihovu realizaciju. Obogaćivanju sustava doprinosi rast opcija njege na privatnoj osnovi, ali su skrb iz nacionalnih organizacijskih sustava i skrb članova obitelji najzastupljeniji oblici podrške (Mair idr. 2016, 688). Mair idr. (2016, 687) ističu važnim rasvjetljavanje pokazatelja stvarnih preferencija za njegu u međunarodnim razmjerima kao početnim korakom stvaranja dinamičnih sustava s više mogućih opcija za unapređenje dobrobiti korisnika. Liu idr. (2016, 84) ističu da u odabiru modela skrbi za stare treba razmotriti kapacitete zajednice da osigurava socijalne i zdravstvene usluge. Na to se nadovezuju Hajek idr. (2017b) koji ističu važnost poznavanja svih čimbenika važnih korisnicima njege, jer bi oni mogli doprinijeti smanjenju diskrepancije između očekivanja bolesnih i stvarne profesionalne njege koju primaju u vlastitom domu ili u domskom smještaju. Preferencije i odabir određene usluge njege u vlastitom domu ili primanja iste u domu za njegu otvara pitanja ekonomskog, psihološkog i fizičkog opterećenja članova obitelji i životnih partnera (Chen idr. 2017, 4).

Preferencije doživotne njege (end of life care) prema Gonzalez-Gonzalez idr. (2020) uključuju:

- Spremnost korisnika na tretmane za održavanje života,
- Spremnost na postupke ublažavanja simptoma,
- Očekivano mjesto za primanje njege,
- Voljnost sudjelovanja u donošenju odluka o procesu njege do kraja života.

Poznato je da brojni stari žele ostarjeti u vlastitom domu, ali se malo zna o specifičnim problemima koji opstruiraju i prijetnja su tom cilju (Fausset idr. 2011, 126). De Guzman idr. (2014, 810) su na temelju preference-based analize utvrdili da stanovnici najvažnijim procjenjuju iskustvo u pružanju pomoći, a ne mjesto gdje je ona ostvarena. Preferencije za dugotrajnom skrbi trebaju biti povezane s razinom njihovih dugotrajnih potreba (Guo idr. 2014, 3), a prediktori korištenja neformalne njege su zdravlje i neformalna socijalna mreža

koju posebno čine partneri i djeca (Geerts i Van der Busch 2012, 29). Preferiranje i donošenje odluke o dugotrajnoj, bilo formalnoj ili neformalnoj skrbi, pripisuje se kvaliteti i kvantiteti fizičke obiteljske podrške i aktivnostima formalnih i neformalnih programa u zajednici, a koji svi mogu utjecati na zdravstvene ishode i nejednakost kao i kvalitetu života (Chen idr. (2017, 3–4).

Iako većina izražava preferencije za njegom u kući kad su u pitanju manje i posebno tjelesne teškoće, ove preferencije su manje istaknute kad potrebe za podrškom postaju izraženije. To je značajnije u slučajevima kad ljudi trebaju pomoć u više od dvije aktivnosti svakodnevnog života (Guo idr. 2014, 6). Stariji stari stavljaju važnost na opcije u zajednici koje utječu na njihove životne okolnosti, mjesta koja posjećuju, prilike za rad i socijalnu aktivnost, volontiranje, pristup informacijama i uslugama koje će ih podržati u aktivnom življenju u najstarijoj dobi (Black i Hyer 2019, 15). Pojedinci koji imaju potrebe za njegom zasigurno procjenjuju dostupne i željene opcije podrške pa temeljem osobnog iskustva i upoznavanja sa širim kontekstom stvaraju stavove prema skrbi o starima (Mair idr. 2016, 688).

Utvrđeno je da duljina dugotrajne skrbi i razlike u korištenju pojedinih opcija dugotrajne skrbi značajno ovise o ozbiljnosti teškoća, jer ljudi ne preferiraju njegu u kućnim uvjetima konstantno umjesto institucijske, a što je vidljivo u situacijama kada se teškoće pogoršavaju (Guo idr. 2014, 6). Mair idr. (2016, 689) navode da ljudi s većim zdravstvenim potrebama posjeduju jedinstvena mišljenja o očekivanoj dugotrajnoj skrbi jer povećanjem potreba raste i vjerojatnost da će pojedinci izraziti njihove preferencije za određenim oblikom. Zdravstvene potrebe i problemi na individualnoj razini te s njima povezana financijska opterećenja mogu nametnuti ograničenja pojedincima koja postaju važna u prosudbi i donošenju odluka o načinu i mjestu njege (Mair idr. 2016, 688).

Kasper idr. (2019, 851) zaključuju da očekivanja i preferencije o njezi i skrbi utječu na odluke o opsegu i vrsti korištenja usluga, ali su i čimbenik kvalitete u smislu ujednačavanja skrbi i preferencija. U odabiru onoga što žele i trebaju, stari nailaze na nedoumice koje zatim izazivaju zabrinutost, nesigurnost i stvaraju stavove prema skrbi koju očekuju od djece. Nemogućnost oslonca na obiteljsku skrb i njegu, ograničena financijska sredstva i nedostatne usluge u zajednici stvaraju taj sukob između očekivane i preferirane neformalne njege i percipirane stvarnosti o niskoj kvaliteti institucijske njege (Bai idr. 2020, 1078). Oni stari koji pružaju ili su pružali njegu, zadržavaju tradicionalna uvjerenja o djeci kao najpoželjnijim njegovateljima za roditelje, ali u vlastitom slučaju potencijalnih primatelja

njege smatraju da od svoje djece ipak ne bi trebali očekivati skrb i njegu uglavnom iz praktičnih razloga (Bai idr. 2020, 1078). Richardson idr. (2018, 851) kažu da kontekst izražavanja preferencija i korištenja nije jednak kontekstu i situacijama kada se korisnici i stvarno odlučuju za neku opciju. To znači da se mišljenja o dugotrajnoj skrbi i preferencije ljudi potencijalno razlikuju u situacijama kad ih stvarno trebaju koristiti i o njima donositi odluke. Richardson idr. (2018, 851) su utvrdili da procjene težine i ozbiljnosti zdravstvenog stanja bivaju izraženije kad ih procjenjuju stranci u odnosu na procjene prilikom odlučivanja o korisnosti samih osoba koje bolest i zdravstveno stanje stvarno doživljavaju. Ovo može dati iskrivljenu sliku ako se razvoj potrebnih usluga i njihovog financiranja za teška zdravstvena stanja temelji na procjeni preferencija onih koji nemaju osobnih iskustava (Richardson idr. 2018, 856). Borowiak i dr. (2015, 409) su u skupini starih koji imaju iskustvo sestrinske njege ustanovili da su medicinske sestre najpoželjniji pružatelji njege. Stanovnici koji trenutno ne primaju nikakvu njegu, stanovnici iz gradskih sredina s gastrointestinalnim problemima te oni iz seoskih koji puše također češće procjenjuju sestre kao preferirane njegovatelje. Borowiak idr. (2015, 409) su dalje utvrdili da na očekivanja sestrinske njege odlučujuću ulogu ima neposredno iskustvo određene primljene njege pa tako oni koje njeguju članovi obitelji imaju niža očekivanja o uključivanju medicinske njege. Osobe koje žive same imaju visoka očekivanja za medicinsku skrb (Borowiak idr. 2015, 410).

Kasper i dr. (2019, 848) ukazuju da tek svaki deseti stari preferira starački dom ili život s vlastitom odraslom djecom. Na preferencije starih da žele živjeti s vlastitom djecom ukazuju i Zhang idr. (2020) koji govore o natpolovičnoj većini (60%), a postotak onih koji žele koristiti usluge iz zajednice je 80% za kućne posjete, zatim 73% očekuje zdravstvene usluge, psihološku podršku kroz savjetovanja želi 62% te njih 60% bi željelo društvene i rekreacijske aktivnosti. Qian idr. (2018, 4) su utvrdili da je 8,4% starih ljudi voljno primati institucionalnu skrb pri čemu samci i parovi bez djece značajno više, a Wang idr. (2020b, 3–4) su ustanovili da 41% starih ljudi iz ruralnih područja i 48,4% iz urbanih područja preferira institucionalnu skrb za stare ljude pri čemu najviše starih 80 i više godina. Nadalje je utvrđeno da zagovornici i oni koji preferiraju skrb izvan zajednice očekuju ne rodbinske njegovatelje. To dokazuje povezanost mjesta i pružatelja usluge jer i velika većina onih koji preferiraju njegu kod kuće žele to od članova obitelji (Eckert idr. 2004, 57). Wei i Zang (2020) navode da siromašniji stari i za koje brinu bračni partneri su manje voljni odabrati usluge institucijske skrbi, a oni boljeg statusa i za koje brine netko drugi spremniji su odabrati usluge u instituciji.

Liu idr. (2016, 88) su uspoređujući skupine starih koji žele živjeti sami uz usluge iz zajednice i starih koji žele živjeti s djecom te onih koji žele preseliti u instituciju utvrdili da je obrazovanje značajan utjecajni faktor za odabir životne opcije u starosti. Viši stupanj obrazovanja povezan je s povećanom vjerojatnosti za preferiranje usluga u zajednici u odnosu na skrb u obitelji ili u instituciji jer viši stupanj obrazovanja doprinosi boljoj ekonomskoj situaciji što daje veći izbor modela starenja i veća očekivanja u području kvalitetne skrbi za stare (Liu idr. 2016, 88). Kasper idr. (2019, 848) su također utvrdili razlike, a na način da osobe s najnižim obrazovanjem biraju starački dom, oni sa srednjoškolskim stupnjem obrazovanja biraju vlastiti dom i pomoć obitelji dok oni višeg obrazovanja biraju potpomognuto stanovanje.

Van Loon idr. (2021, 272) naglašavaju da je s obzirom na rastuću potrebu za pružanjem skrbi starijim osobama koje žive kod kuće, važno utvrditi kako i koje usluge skrbi mogu doprinijeti njihovoj kvaliteti života. Važan aspekt je dijalog između pružatelja skrbi i korisnika o njihovim potrebama i željama, što predstavlja polazište u pružanju personalizirane i individualizirane njege u kojoj ljudi imaju izbor i kontrolu nad načinom planiranja i ostvarivanja njege. Doživljaju kvalitete života doprinosi i ispunjavanje potreba izvan zdravstvenih teškoća, a uz samostalno odlučivanje o skrbi koja im je potrebna mogu negovati životni stil i ono što je njima važno (Van Loon idr. 2021, 272). Zbog suočavanja s bolesti i stvarne ili prividne nemoći stari ljudi su spriječeni ili izuzeti iz određivanja zdravstvenih prioriteta i odluka koje se tiču njihove zdravstvene skrbi, a ta isključenost izravno utječe na njihovu kvalitetu života povezanu sa zdravstvenim stanjem (Holroyd-Leduc idr. 2016). Sudjelovanje u donošenju odluka i stvaranju politika koje izravno ili neizravno utječu na pojedince pa time i na njihovu zdravstvenu skrb pripada u područje građanskih prava i odgovornosti (Holroyd-Leduc idr. 2016). Na tragu toga, Holroyd-Leduc idr. (2016) zagovaraju da stari i njihovi neformalni negovatelji trebaju biti uključeni u donošenje odluka koje se tiču njihove njege i skrbi na razini istraživanja, interakcije s pružateljima usluga i kreiranja politika. Radi se o izravnom i posredujućem međudjelovanju pojedinaca i skupina sa njihovom okolinom i čimbenicima u toj okolini jer uključivanjem starih i njihovih neformalnih negovatelja u donošenje odluka treba uvažavati potrebe jednih i drugih (Holroyd-Leduc idr. 2016). Navedeno upravo upućuje na središnju ideju ovog rada, a da se prema preferencijama i procjeni potreba starih osmisli model dugotrajne skrbi po principu kvantitete i potrebnih usluga iz sustava zdravstva i socijalne skrbi. Pitanje vezano za stanovnike Hrvatske i posebno Varaždinske županije odnosi se na promišljanja starih o

ostanku u vlastitom domu ili preseljenju u nekih od oblika skrbi sa stanovanjem, a koji koriste zdravstvenu njegu u kući u skladu s trendovima drugih zajednica. Ovo provedeno istraživanje upravo uključuje osobe koje su suočene sa zdravstvenim problemima i koji trenutno ostvaruju usluge zdravstvene njege u kući te oni pripadaju skupini koji koriste zdravstvene usluge i razne oblike druge potpore povezane sa zdravstvenim stanjem.

2.3. Opis sustava socijalne skrbi Republike Hrvatske

Socijalna skrb je prema Zakonu o socijalnoj skrbi⁴ (dalje ZSS) Republike Hrvatske organizirana djelatnost od javnog interesa i usmjerena je specifičnim društvenim skupinama društva kao što su socijalno ugrožene osobe te one u nepovoljnim osobnim i obiteljskim okolnostima (ZSS, 3. čl.). Prema istom izvoru, aktivnosti socijalne skrbi usmjerene su na prevenciju, pomoć i podršku pojedincu, obitelji i skupinama, a svrha tih pojedinačno i skupno usmjerenih aktivnosti i postupaka je unaprjeđenje kvalitete života, poticanje promjena i osnaživanje korisnika kako bi se oni aktivno uključivali u život zajednice.

Važan dio najnovijeg zakonskog propisa kojim se definira sadržaj i opseg socijalnih usluga (ZSS) je uvođenje socijalnih inovacija koje podrazumijevaju usluge, modele ili proizvode za podmirenje socijalnih potreba na način učinkovitiji od drugih te se istovremeno stvaraju novi društveni odnosi i suradnja kroz razvoj inovativnih rješenja, novih organizacijskih oblika ili novih oblika suradnje i financiranja, a radi rješavanja socijalnih, odnosno društvenih problema. Ovaj temeljni dokument koji otvara mogućnosti razvoja i implementacije koordinirane dugotrajne skrbi u svojim početnim člancima (ZSS, 6.–10. čl.) ističe nužna načela ostvarivanja prava na socijalne usluge. To su načela dostupnosti naknada i usluga; individualizacije u skladu s individualnim potrebama i uz aktivno sudjelovanje korisnika; pravodobnosti na način koji osigurava pravovremeno uočavanje potreba korisnika čime se sprječava nastanak ili razvoj stanja koja potencijalno ili izravno ugrožavaju sigurnost i zadovoljavanje životnih potreba te posljedično sprječavaju njegovu uključenost u zajednicu; informiranosti i prava na informaciju o naknadama i uslugama u sustavu socijalne skrbi; sudjelovanja u donošenju odluka, odnosno pravo sudjelovati u procjeni stanja, potreba i odlučivanju o korištenju usluga te pravodobno dobiti informacije i podršku u donošenju odluka. Uz ostale pojedince ili skupine, pravo i ostvarivanje socijalnih usluga imaju osobe

⁴ Zakon o socijalnoj skrbi (Narodne Novine 18/2022).

koje zbog starosti ili nemoći ne mogu samostalno zadovoljiti osnovne životne potrebe (ZSS, 18. čl.).

2.3.1 Formalne usluge i prava iz socijalne skrbi

Floridi idr. (2021, 122) neformalnu skrb opisuju konceptom osobne njege od rodbine i osoba s kojima nisu u srodstvu, a formalnu kao plaćenu skrb u kući od strane javnih i privatnih pružatelja. Navedeno upućuje na razlikovanje formalne skrbi koja se pruža u obliku profesionalne djelatnosti i one koja nije profesionalna djelatnost, ali može biti pravno ustrojena. Zakonom o socijalnoj skrbi temeljem propisanih kriterija moguće je ostvariti prava na novčane naknade i socijalne usluge. Među svim garantiranim pravima iz sustava socijalne skrbi, nadležnim je zakonom predviđeno pravo na doplatak i njegu. To se pravo priznaje djetetu s teškoćama u razvoju i osobi s invaliditetom zbog čega joj je prijeko potrebna pomoć i njega druge osobe u organiziranju prehrane, pripremi i uzimanju obroka, nabavi namirnica, čišćenju i pospremanju stana, oblačenju i svlačenju, održavanju osobne higijene, kao i obavljanju drugih osnovnih životnih potreba (ZSS, 55. čl.). Prema tome, stara kronološka dob i pad funkcionalnih sposobnosti bez dokazivanja stupnja i vrste invaliditeta nije dovoljan kriterij po kojem bi se ovaj oblik pomoći mogao pružati starim ljudima formalno kroz sustav. To pravo ne može se koristiti ukoliko su ostvarena druga prava iz socijalnih usluga organiziranog stanovanja i smještaja.

Kao doprinos ostvarivanju prava u smislu neformalne skrbi članova obitelji, Zakon o socijalnoj skrbi predviđa institut njegovatelja (ZSS, 61. čl.) kojeg može ostvariti osoba koja je potpuno ovisna o pomoći i njezi druge osobe jer joj je zbog održavanja života potrebno pružanje specifične njege izvođenjem medicinsko-tehničkih zahvata za koju je njegovatelj osposobljen, zatim osoba koja je u potpunosti nepokretna i uz pomoć ortopedskih pomagala te osoba koja ima više vrsta oštećenja (tjelesnih, mentalnih, intelektualnih ili osjetilnih) zbog kojih je potpuno ovisna o pomoći i njezi druge osobe pri zadovoljavanju osnovnih životnih potreba. Radi se o slučajevima trajno narušenog zdravlja i potpune ovisnosti o drugim osobama. Ovo pravo uglavnom se primjenjuje na djecu s teškoćama i odrasle osobe s urođenim invaliditetom. Uz zdravstvene i funkcionalne uvjete, osoba ne smije ostvarivati i koristiti neko drugo pravo i uslugu poput smještaja, organiziranog stanovanja, dnevnog i poludnevnog boravka (ZSS, 64. čl.).

Svrha socijalnih usluga je osiguravanje i provedba aktivnosti i programa za sprečavanje, identificiranje i rješavanje problema i poteškoća pojedinaca i njihovih obitelji te poboljšanje kvalitete života u zajednici. Intenzitet i opseg socijalnih usluga provodi se povremeno u nekom kraćem vremenskom okviru ili kroz dulje vremensko razdoblje prema potrebama korisnika (ZSS 72. čl.). U odnosu na odrasle i osobe starije životne dobi mogu se izdvojiti prva socijalna usluga koja uključuje informiranje, savjetovanje i procjenu potreba; savjetovanje i pomaganje; pomoć u kući; psihosocijalna podrška; boravak; smještaj; organizirano stanovanje (ZSS, 71. čl.). Ove usluge su izvaninstitucijske i prvenstveno se odvijaju u obitelji i zajednici, a usluga smještaja je usluga koja se pruža kao institucijska skrb u domu socijalne skrbi ili kod drugih pružatelja usluga ili kao izvaninstitucijska skrb u udomiteljskoj obitelji (ZSS, 74. čl.).

Nacionalnim planom razvoja socijalnih usluga Republike Hrvatske u razdoblju 2021.-2027⁵. (dalje NP socijalnih usluga) istaknuto je da osobe starije životne dobi do sada nisu bile obuhvaćene procesom deinstitutionalizacije te da u navedenom razdoblju izvaninstitucijske usluge postaju prioritetne aktivnosti (NP socijalnih usluga 2021, 21). Namjera je izgraditi centre za starije osobe sa svrhom poboljšanja kvalitete življenja u vlastitom domu kroz osiguravanje dostupnosti korištenja raznovrsnih izvaninstitucijskih usluga, osiguravanje integrirane socijalne i zdravstvene skrbi na primarnoj razini, te usluge smještaja za korisnike kojima je zbog otežane funkcionalne sposobnosti i narušenog zdravstvenog stanja potrebna pomoć i nadzor druge osobe u zadovoljenju svih potreba u punom opsegu (NP socijalnih usluga 2021, 21).

2.3.2 Socijalne usluge smještaja i stanovanja

Prema aktualnom ZSS Republike Hrvatske usluga smještaja ovisno o potrebama korisnika može uključivati usluge stanovanja, prehrane, njege i brige o zdravlju, rehabilitacijskih postupaka, aktivnog provođenja vremena. Smještaj kao socijalna usluga može se pružati privremeno i trajno, a svrha je višestruka i različita u odnosu na korisnike i njihove neformalne njegovatelje, korištenje institucionalnih usluga, postojanje nepovoljnih i kriznih životnih situacija (ZSS, 109.–116. čl.).

⁵ Nacionalni plan razvoja socijalnih usluga 2021.-2027. <https://mrosp.gov.hr/strategije-planovi-programi-izvjesca-statistika/4165>

Smještaj je zakonom regulirana usluga koja se ostvaruje izvan vlastite obitelji kao institucijska skrb u domu, centru za pružanje usluga u zajednici, drugih pružatelja usluga te izvaninstitucijska skrb u udomiteljskoj obitelji ili obiteljskom domu (ZSS, 74. čl.; NP socijalnih usluga 2021, 7). Smještaj je karakteristična usluga kojom se korisniku osigurava intenzivna skrb i zadovoljavanje osnovnih životnih potreba kada to nije moguće osigurati u obitelji i pružanjem drugih socijalnih usluga. Korištenjem i ostvarivanjem prava na uslugu smještaja osigurano je stanovanje i aktivnosti tijekom dana uz stalnu stručnu i drugu pomoć i potporu u osiguravanju osnovnih i dodatnih životnih potreba, a koje ne mogu biti zadovoljene u obitelji tijekom svih dana u tjednu ili tijekom pet radnih dana. Osim toga, svrha smještaja može biti i priprema korisnika za povratak u vlastitu obitelj, udomiteljsku obitelj ili za samostalan život (ZSS, 109. čl.).

Važan segment smještaja i skrbi za starije i nemoćne osobe je udomiteljstvo opisano kao „oblik pružanja socijalne usluge smještaja odrasloj osobi koju pruža udomitelj sa svojom obitelji ili udomitelj koji živi sam, pod uvjetima propisanim Zakonom (Zakon o udomiteljstvu, 9. čl.)“⁶. Taj način stambenog zbrinjavanja je najbliže obiteljskim uvjetima stanovanja za stare i odrasle nemoćne osobe, a predstavlja deinstitutionalnu uslugu. U tom je obliku socijalne skrbi jedan član obitelji nositelj udomiteljstva kao socijalne usluge. Smještaj korisnika u udomiteljsku obitelj koristi se kao pravo iz socijalne skrbi, ali ne i kao odabrana mogućnost ili izbor korisnika usluge.

Tri ključne karakteristike koje čine razliku između udomiteljskih obitelji i ustanova za njegu i smještaj su (Levy idr. 2016, 63):

- Prostor u vlasništvu njegovatelja, pružatelja usluge udomiteljstva,
- Njegovatelj udomitelj živi u istom prostoru u kojemu pruža osobnu njegu i nadzor,
- Ograničen je broj osoba koji istovremeno mogu primiti pomoć u jednom udomiteljstvu.

Prema ZSS, organizirano stanovanje je socijalna usluga dostupna i osobama starije životne dobi, a koja se kroz sustav socijalne skrbi provodi u stambenoj jedinici za najviše 8 osoba. Kroz ovu uslugu se osigurava stanovanje uz stalnu ili povremenu stručnu i drugu pomoć i potporu u osiguravanju osnovnih životnih potreba te socijalnih, radnih, kulturnih, obrazovnih, rekreacijskih i drugih potreba radi uspostavljanja i održavanja njihovih

⁶ Zakon o udomiteljstvu (Narodne Novine 115/2018).

socijalnih uloga, izjednačavanja njihovih mogućnosti, poboljšanja kvalitete života, poticanja aktivnog i samostalnog življenja te socijalnog uključivanja, ovisno o potrebama korisnika (ZSS, 106. čl.). Uz uvjet starije životne dobi, uslugu ostvaruju funkcionalno ovisne osobe koje na samostalnoj osnovi ne mogu zadovoljavati svoje potrebe (ZSS, 107. čl.).

2.3.3 Usluga dnevnog i poludnevnog boravka

Boravak je usluga organiziranih aktivnosti tijekom dana uz stručnu i drugu pomoć i podršku, radi zadovoljavanja osnovnih i dodatnih životnih potreba korisnika koje ne mogu biti zadovoljene unutar obitelji, a između ostalih ciljanih skupina namijenjena je starijim osobama i teško bolesnim odraslim osobama i traje najdulje do 10 sati dnevno (ZSS, 104. čl.). Boravak kao socijalna usluga moguće je koristiti samo jedan dan ili najviše tijekom svih radnih dana.

Za unapređivanja sustava socijalne skrbi i društvene brige za ranjive skupine, važno je istaknuti da su Tomek-Roksandić idr. (2005, 188) opisali funkciju gerontoloških centara kao odgovor na hrvatska gerontološka istraživanja prema kojima najveći udio starijih ne želi smještaj u staračke domove. Takav centar među ostalim objedinjuje interdisciplinarno djelovanje kroz programe primarne, sekundarne i tercijarne prevencije za starije te ima mogućnost organizacije svakodnevne pomoći, njege i rehabilitacije, dnevni boravak, obroke u kući, servis gerontodomaćica. U smislu prevencije, izvaninstitucijska skrb za stare kroz gerontološke centre usmjerena je starim ljudima i službama kroz edukaciju u gerontološkim i gerijatrijskim temama (Tomek-Roksandić idr. 2005, 190).

2.3.4 Pomoć u kući

Kao socijalna usluga, pomoć u kući (ZSS, 100. čl.) odobrava se osobi koja ne može sama niti uz pomoć roditelja, bračnog ili izvanbračnog druga, životnog partnera ili djeteta osigurati podmirenje svakodnevnih životnih potreba. Ta usluga odobrava se starijim osobama koje trebaju pomoć drugih, te osobama koje imaju privremene ili trajne promjene zdravstvenog stanja zbog tjelesnih, mentalnih i intelektualnih te osjetilnih oštećenja. Ova usluga dostupna je pod uvjetima da mjesečni prihodi korisnika ne prelaze propisani cenzus te pod drugim zakonski određenim uvjetima. Pomoć u kući sastoji se od usluga:

- Organiziranje prehrane (priprema ili nabava i dostava gotovih obroka),
- Obavljanje kućnih poslova,
- Održavanje osobne higijene i/ili,

- Zadovoljavanje drugih svakodnevnih potreba.

2.4 Opis zdravstvene zaštite Republike Hrvatske

Zdravstvena zaštita je u nadležnom Zakonu o zdravstvenoj zaštiti (dalje ZZZ) Republike Hrvatske⁷ opisana kao djelatnost koju čini „sustav društvenih, skupnih i individualnih mjera, usluga i aktivnosti za očuvanje i unapređenje zdravlja, sprečavanje bolesti, rano otkrivanje bolesti, pravodobno liječenje te zdravstvenu njegu, rehabilitaciju i palijativnu skrb“ (ZZZ, 4. čl.). Zakon o zdravstvenoj zaštiti prepoznaje primarnu, sekundarnu i tercijarnu razinu.

Hrvatski zdravstveni i socijalni sustav počivaju na načelu subsidijarnosti, a koji su Nadash idr. (2018, 589) opisali kao koegzistenciju nacionalnih sistema s onim tržišnim u ostvarivanju ravnopravnosti i ravnoteže socijalne jednakosti i osobnih izbora korisnika. Međutim, koordinacija svih potrebnih službi i usluga dugotrajne skrbi, zdravstvene i socijalne u Republici Hrvatskoj ne postoji. Jedina služba koja bi na razini primarne zdravstvene zaštite imala uvid u potpuno stanje funkcioniranja ljudi jesu liječnici obiteljske medicine i eventualno patronažna djelatnost koji bi pravovremeno mogli signalizirati prema nadležnim službama ukoliko kod nekog stanovnika postoji potreba za podrškom.

Plan zdravstvene zaštite (dalje PZZ) Republike Hrvatske⁸ koji je donesen od strane nadležnog Ministarstva zdravstva Hrvatske (2020) ima za ciljeve zaštitu i unapređivanje zdravlja cjelokupnog stanovništva; povećanje očekivanog trajanja zdravog života i smanjenja smrtnosti; povećanje broja godina bez bolesti i/ili invaliditeta; osiguravanje što je moguće veće razine fizičkoga i psihičkoga zdravlja uz poboljšanje kvalitete života povezane sa zdravljem i funkcionalnih sposobnosti (PZZ, 2. čl.). U istom je planu navedeno da se na razini primarne zdravstvene zaštite u odnosu na stare ljude, temeljnim razvojnim čimbenicima smatraju aktivna skrb za kronične bolesnike; unapređivanje patronažne zdravstvene zaštite i zdravstvene njege u kući; zdravstvena zaštita starijih osoba (PZZ, 8. čl.). Nastavno na to, Nacionalnim planom razvoja zdravstva (NPRZ) iz 2021. dodatno je razrađeno pet posebnih ciljeva, shematski prikazanih (Slika 10).

⁷ Zakon o zdravstvenoj zaštiti (Narodne Novine 100/18; 125/19; 147/20).

⁸ Plan zdravstvene zaštite Republike Hrvatske, Narodne Novine 19/2020; https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2020_02_19_479.html.

Slika 10: Posebni ciljevi razvoja zdravstva Hrvatske



Izvor: Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje 2021.–2027.

Plan zdravstvene zaštite (PZZ, 11. čl.) donosi mjerila za formiranje mreže javne zdravstvene službe, a za ovaj rad od posebnog su interesa oni koji se odnose na raspoloživost zdravstvenih resursa i uključuju kadrove u zdravstvu i kapacitete. Mjerila za formiranje mreže javne zdravstvene službe su:

- Ukupan broj stanovnika Republike Hrvatske,
- Ukupan broj osiguranih osoba,
- Ukupan broj osiguranih osoba po županijama,
- Demografske karakteristike stanovnika,
 - a. Zdravstveno stanje stanovništva (morbidity, mortalitet, rizici za zdravlje u populaciji)
 - b. Socijalna struktura stanovništva (obrazovanje, kućanstva, zaposlenost, nezaposlenost, umirovljenici),
- Gravitirajući broj stanovnika,
- Karakteristike pojedinih područja (naseljenost, prometna povezanost, skrb o otočkoj populaciji, demografski ugrožena područja),
- Raspoloživost zdravstvenih resursa (kadrovi u zdravstvu, zdravstveni kapaciteti),

- Utjecaj okoliša na zdravlje stanovništva (štetnosti i posljedice štetnosti na radnom mjestu, obuhvat stanovništva s priključcima na javne vodoopskrbne sustave, kontrola zdravstvene ispravnosti hrane, broj epidemija bolesti i procjena epidemiološke situacije, mjerenja buke, onečišćenja okoliša i njihov utjecaj na zdravlje),
- Gospodarske mogućnosti.

Prema PZZ (3. čl.) organizacija cjelokupnog zdravstvenog sustava i zdravstvene zaštite treba osigurati realizaciju sljedećih načela:

- Sveobuhvatnost zdravstvene zaštite, uključivanjem cjelokupnog stanovništva Republike Hrvatske,
- Kontinuiranost zdravstvene zaštite, s naglaskom na primarnu zdravstvenu djelatnost i neprekidnu zdravstvenu zaštitu u svakoj životnoj dobi,
- Dostupnost zdravstvene zaštite na području Republike Hrvatske, raspoređenih na način koji će svima omogućiti podjednake uvjete ostvarivanja zdravstvene zaštite, a naročito na primarnoj razini,
- Cjelovit pristup primarne zdravstvene zaštite kroz objedinjene mjere unapređivanja zdravlja i prevenciju bolesti, liječenjem, zdravstvenom njegom, rehabilitacijom i palijativnom skrbi,
- Specijalizirani pristup organizaciji i razvoju posebnih specijaliziranih kliničkih, javnozdravstvenih dostignuća i znanja te njihova implementacija u praksu,
- Supsidijarnost pružanja zdravstvenih usluga usklađenih sa strategijama i planovima u području zdravstva,
- Funkcionalna integracija kroz suradnju zdravstvenih ustanova na svim razinama, restrukturiranje na osnovi zajedničkog razvoja, unaprjeđenje i usklađivanja procesa upravljanja, dijagnostičko-terapijske postupke, dobru kliničku praksu, svih oblika operativnih metodologija za poboljšanje kvalitete zdravstvenih usluga, ishoda liječenja, povećanja djelatnosti i dugoročnoj racionalizaciji troškova u zdravstvu.

U prethodno prezentiranom članku PZZ navodi se da organiziranjem zdravstvene zaštite treba osigurati ostvarivanje načela sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, dostupnosti i cjelovitog pristupa zdravstvene zaštite. U tim načelima istaknuto je da provedba zdravstvene zaštite uključuje cjelokupno stanovništvo, a na način da se prema njima primjenjuju i provode odgovarajuće mjere. Tu je posebno istaknuta razina primarne zdravstvene zaštite koju karakterizira kontinuitet pružanja zdravstvene skrbi stanovništvu kroz sva životna razdoblja,

liječenjem, zdravstvenom njegom, rehabilitacijom i palijativnom skrbi. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (dalje HZZO⁹) ukazuje na nedostatke i manjkavosti sustava prepoznate na nacionalnoj razini pri čemu je veća pristupačnost zdravstvenih ustanova u većim gradovima u odnosu na udaljenija mjesta i otoke u kojima je i manji broj dostupnih zdravstvenih usluga.

U Nacionalnom planu razvoja zdravstva (NPRZ 2021, 12) istaknuto je da su kardiovaskularne, cerebrovaskularne, te maligne bolesti vodeći uzrok smrtnosti i pobola i da ove skupine bolesti najviše doprinose opterećenju sustava, a koje u interakciji s čimbenicima starenja populacije, sveprisutnu globalizaciju i urbanizaciju, socioekonomsku situaciju i visoku prevalenciju čimbenika rizika, bez općih mjera prevencije povećavaju mogućnost još značajnijeg opterećenja. Istim je dokumentom (NPRZ 2021, 19–20) definirano više prioriteta javne politike na području unaprjeđenja zdravstva, a među kojima valja izdvojiti:

- Promicanje zdravlja i aktivnog života svih dobnih skupina građana,
- Modernizacija zdravstvenih usluga jačanjem skrbi u kući, zajednici te cjelovitim jačanjem primarne zdravstvene zaštite prema potrebama svake lokalne zdravstvene regije,
- Koordinacija i integracija sa sustavom socijalne skrbi te razvoj svih oblika potrebne dugotrajne skrbi kako bi se osiguralo načelo 24/7/365,
- Promicanje međusektorske suradnje u zdravstvu, socijalnoj skrbi, obrazovanju, sportu, poljoprivredi, kulturi i dr., u pitanjima javnog zdravlja i intervencijama, posebice kako bi se osiguralo zdravo i aktivno starenje stanovništva,
- Modernizacija zdravstvene infrastrukture izgradnjom novih ili obnovom postojećih kapaciteta,
- Izgradnja nacionalnog okvira unaprjeđenja kvalitete zdravstvene zaštite,
- Osiguravanje dostatne zdravstvene i nezdravstvene radne snage za suočavanje s aktualnim i budućim izazovima u zdravstvu,
- Unaprjeđenje zdravstvene zaštite za ranjive skupine.

Medicinska skrb za stare uključuje rješavanje mnogobrojnih potreba, komplikacija, komorbiditeta i stanja specifičnih samo za staru populaciju. Logično je stoga zaključiti da je

⁹ <https://hzzo.hr/en/croatian-health-care-system>.

starenje stanovništva povezano sa povećanom zdravstvenom skrbi uzrokovanom degenerativnim, kroničnim i drugim stanjima povezanih sa starenjem.

Za primjer, u Norveškom sustavu zdravstvena i dugotrajna skrb organizirane su kroz dvije razine, a prvu čini primarna zdravstvena zaštita i dugotrajna skrb koju provode liječnici opće prakse, usluge pomoći u kući i zdravstvena njega u kući u nadležnosti općina dok drugu razinu čini bolnički i specijalistički sustav koji regulira država po regijama (Kalseth i Halvorsen 2020). Sličan sustav zdravstvene zaštite ima i Hrvatska, a razlika u odnosu na stare je izostanak organizirane dugotrajne skrbi koja bi se trenutno kroz institucijske oblike smještaja i njege starih mogla prepoznati u sustavu socijalne skrbi i palijativnih odjela u bolničkim ustanovama za produženo liječenje. Još jedna prepreka za ostvarivanje primjerene skrbi za stare proizlazi iz prilagođenih javnih usluga. Među njima zbog starenja i ograničenja pokretljivosti Europska komisija (2021a, 18) ističe potrebu transformacije javnog prijevoza da zadovolje teškoće kretanja ljudi, razloge njihovog korištenja, relacijama i udaljenosti kretanja, vremenu koji troše na putovanje i sigurnost. Pri tome se u planiranju organizacije infrastrukture i usluga trebaju uvažavati različite potrebe i karakteristike starih jer je pristupačnost važan čimbenik socijalne inkluzije i uključenosti (Europska komisija 2021a, 18).

Prema interpretaciji i analizi Europske komisije (2021a, 19), Hrvatska je među rijetkim zemljama gdje se u nekim područjima najbliže zdravstvene ustanove nalaze na udaljenosti većoj od 45 minuta, a neovisno pripadaju li te ustanove razini primarne, sekundarne ili tercijarne zdravstvene zaštite. Zbog raseljenosti i gustoće stanovništva najčešće na ruralnim područjima teško je sustav održati isplativim i osigurati dostupnost usluga (Europska komisija (2021a, 20).

2.4.1 Primarna zdravstvena zaštita

Primarna zdravstvena zaštita svojom je organizacijom i strukturom najbliža stanovništvu jer djeluje izravno u zajednici. Primarnu razinu zdravstvene zaštite između ostalih čine djelatnosti obiteljske medicine, patronažne zdravstvene zaštite i zdravstvene njege u kući (HZZO)¹⁰ Liječnici obiteljske medicine, patronažna djelatnost, zdravstvena njega u kući i palijativni timovi koji su teritorijalno raspoređeni čine mrežu pružatelja zdravstvenih usluga.

¹⁰ Opis zdravstvene zaštite objavljen na mrežnim stranicama Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Dostupno na: <https://hzzo.hr/pravni-akti/opis-zdravstvenog-sustava>.

Posljednjim popisom stanovništva u Republici Hrvatskoj koje je provedeno 2021. godine utvrđeno je manje od 4 milijuna stanovnika organiziranih kroz četiri statističke regije (Državni zavod za statistiku, 2021)¹¹, a koji su objedinjeno s Mrežom javne zdravstvene službe u djelatnosti opće obiteljske medicine prikazani u Tablici 4. Prikazano je stanje mreže opće obiteljske medicine i broj evidentiranih osiguranika na dan 31.1.2022. godine objavljeno na službenim internet stranicama nacionalnog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO).

Tablica 4: Stanovništvo i Mreža obiteljskih liječnika Republike Hrvatske

Županija	Broj stanovnika	Broj osiguranih osoba	Prosječno stanovnika na liječnika
Hrvatska (ukupno)	3.888,529	4.106.462	
Panonska Hrvatska (ukupno)	1.025.221		
Bjelovarsko-bilogorska	102.295		1.550
Virovitičko-podravska	70.660	73.397	1.605
Požeško-slavonska	64.420	66.896	1.741
Brodsko-posavska	130.782	137.251	1.743
Osječko-baranjska	259.481	269.848	1.526
Vukovarsko-srijemska	144.438	153.955	1.570
Karlovačka županija	112.596	115.173	1.481
Sisačko-moslavačka	140.549	147.785	1.511
Jadranska Hrvatska	1.303.428		
Primorsko-goranska	266.503	288.404	1.615
Ličko-senjska	42.893	46.476	1.340
Zadarska	160.340	176.150	1.653
Šibensko-kninska	96.624	102.826	1.558
Splitsko-dalmatinska	425.412	457.982	1.611
Istarska županija	195.794	219.479	1.717
Dubrovačko-neretvanska	115.862	128.485	1.485
Grad Zagreb	769.944	809.415	2.026
Sjeverna Hrvatska	789.936		
Međimurska	105.863	106.712	1.925
Varaždinska	160.264	162.175	1.863
Koprivničko-križevačka	101.661	104.622	1.753
Krapinsko-zagorska	120.942	121.878	1.657
Zagrebačka županija	301.206	313.703	1.982

Izvor: Državni zavod za statistiku i HZZO¹²

¹¹ Državni zavod za statistiku. Popis stanovništva 2021. Dostupno na <https://dzs.gov.hr/naslovna-blokovi/u-fokusu/popis-2021/88>.

¹² Stanje na dan 30.9.2022. <https://hzzo.hr/hzzo-za-partnere/broj-osiguranih-osoba-hzzo>.

Prema podacima iz Tablice 4 može se izvesti zaključak o neravnomjernom omjeru liječnika i stanovnika kojima trebaju pružati zdravstvenu skrb. Nastavno na činitelje primarne razine zdravstvene zaštite, u svim djelatnostima rade medicinske sestre. U Tablici 5 prikazan je omjer medicinskih sestara po djelatnostima i stanovnika po županijama.

Tablica 5: Stanovništvo i Mreža pružatelja zdravstvene skrbi u kući

	Broj stanovnika	Patronažna djelatnost	Zdravstvena njega u kući	Palijativni koordinatori i timovi
Hrvatska (ukupno)	3.888.529	870 (-18)		42/33 (-10/-19)
Panonska Hrvatska (ukupno)	1.025.221			
Bjelovarsko-bilogorska	102.295	24	38	0/0 (-1/-1)
Virovitičko-podravska	70.660	20	27	1/1
Požeško-slavonska	64.420	16	24	2/2
Brodsko-posavska	130.782	34	51	1/1 (-1/-1)
Osječko-baranjska	259.481	63 (-1)	108	3/2 (-2/-3)
Vukovarsko-srijemska	144.438	38	52 (-4)	3/3
Karlovačka	112.596	29 (-1)	40 (-1)	2/1 (0/-1)
Sisačko-moslavačka	140.549	34	48 (-6)	2/2
Jadranska Hrvatska (ukupno)	1.303.428			
Primorsko-goranska	266.503	64	87 (-2)	3/3
Ličko-senjska	42.893	13	12 (-2)	1/1
Zadarska	160.340	37	49	2/0 (0/-2)
Šibensko-kninska	96.624	25	31 (-3)	2/1 (+1/0)
Splitsko-dalmatinska	425.412	93	137	3/0 (-3/-6)
Istarska	195.794	43	52 (-6)	2/2
Dubrovačko-neretvanska	115.862	29	35	3/3
Grad Zagreb	769.944	147 (-8)	250	5/5 (-3/-3)
Sjeverna Hrvatska (ukupno)	789.936			
Međimurska	105.863	18 (-4)	33	1/1
Varaždinska	160.264	35 (-1)	50 (-2)	1/1 (-1/-1)
Koprivničko-križevačka	101.661	23	37	1/0 (0/-1)
Krapinsko-zagorska	120.942	25 (-1)	43	1/1
Zagrebačka	301.206	60 (-2)	76 (-13)	3/3

Izvor: Državni zavod za statistiku i HZZO 2022.

Iz Tablice 5 vidljivo je da u svim prikazanim djelatnostima na pojedinim područjima nedostaje medicinskih sestara. Posebno je to vidljivo u dijelu palijativne skrbi i ugovorenih palijativnih timova i koordinatora. Organizirana zdravstvena zaštita na primarnoj razini pruža se kroz različite djelatnosti, a iz popisa djelatnosti na službenim mrežnim stranicama zavoda za zdravstveno osiguranje se ne može izdvojiti specijalizirana djelatnost za skrb o osobama starije životne dobi, već su za njih osigurane usluge kroz uobičajene djelatnosti obiteljske medicine, stomatološke zdravstvene zaštite, hitne medicine, javnog zdravstva, palijativne skrbi, sanitetskog prijevoza, patronažnu djelatnost, zdravstvenu njegu u kući i druge.

Iz Plana i programa mjera zdravstvene zaštite 2020.-2022. izdvojen je dio koji posebni naglasak stavlja na unapređivanje zdravstvene zaštite osoba starije životne dobi „...unaprijediti i poboljšati tako da uključuje jasno definirane oblike kućnog liječenja, razvoja i primjene primarne, sekundarne i tercijarne prevencije i u ranijim životnim razdobljima. Pri tome je od posebnog značaja obuhvat praćenja, utvrđivanja, proučavanja i evaluacije zdravstvenog stanja i zdravstvenih potreba, ali i procjena funkcionalne sposobnosti ljudi starijih od 65 godina.“

Kako je navedeno u NPRZ 2021.-2027. (2021, 24–25), primarna zdravstvena zaštita treba biti temelj zdravstvenog sustava i središte integracije, razvijati se, koordinirati i kontinuirano prilagođavati specifičnim potrebama i mogućnostima lokalnih zajednica u kojima egzistira. Nacionalnim planom uvažava se činjenica neravnomjerne rasprostranjenosti i dostupnosti zdravstvene skrbi te je kao svrha integracije zdravstvenog sustava na svim razinama navedeno povećanje kvalitete i dostupnosti prema načelima sveobuhvatne skrbi. Osim prioritarnih investicija i financijskog ulaganja u razvoj sustava, potrebno je organizacijski obogatiti primarnu zdravstvenu zaštitu u svim dijelovima zemlje.

Prema NPRZ (2021, 24–25), osnaživanje primarne zdravstvene zaštite koje je dio zdravstvena njega u kući uključivat će na ovoj razini značajan broj ključnih intervencija:

- Osnaživanje sustava materijalnim, tehnološkim i ljudskim resursima za pružanje skrbi u zajednici uz partnerstvo s pacijentima i njihovim njegovateljima,
- Koordinaciju svih dionika u mreži javne zdravstvene službe prilagođene potrebama svake zdravstvene regije,
- Formiranje multidisciplinarnih timova, među kojima su programi promocije zdravlja i prevencije bolesti te palijativna skrb,

- Preusmjeravanje dijela specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite koju je svrsishodno pružati na primarnoj razini u domove zdravlja ili omogućavanje tih usluga tehnološkim telemedicinskim putem,
- Dio postojećih stacionarnih kapaciteta u primarnoj zdravstvenoj zaštiti mora se angažirati za osiguravanje potreba u dugotrajnoj skrbi,
- Zbog specifičnosti i potreba u primarnoj zdravstvenoj zaštiti nužno je kontinuirano ulagati u profesionalni razvoj liječnika, ljekarnika i drugih zdravstvenih radnika,
- Učiniti dostupnim usluge mobilnih ljekarni i ambulanti na slabo naseljenim područjima,
- Ojačati ulogu ljekarnika u praćenju kroničnih bolesnika,
- Omogućiti poslovnu fleksibilnost u organizaciji zdravstvene zaštite unutar sustava za dobrobit pacijenata uz održivost modela skrbi u specifičnim okolnostima na lokalnoj razini,
- Uspostavljanje i jačanje koordinacija i integracije zdravstvene zaštite sa socijalnom skrbi na razini skrbi u kući i u zajednici,
- Razvijati koordinirane modele dugotrajne skrbi koji će se ovisno o vrsti i intenzitetu zdravstvenih potreba provoditi u kući, u zdravstvenim i socijalnim ustanovama u kontinuitetu po kriteriju cijeli dan i svaki dan.

Ove navedene intervencije moraju uključivati djelatnost zdravstvene njege u kući bolesnika jer je provode zdravstveni radnici medicinske sestre sa srednjoškolskom razinom obrazovanja, obavljaju palijativnu skrb, surađuju s liječnicima obiteljske medicine, medicinskim sestrama iz patronažne djelatnosti i rade neposredno u kući bolesnika. Obzirom na specifičnost ove djelatnosti, ima potencijal da se upravo oko nje izgradi ili kroz nju realizira model integrirane dugotrajne skrbi u zajednici i u partnerstvu s članovima obitelji i neformalnim njegovateljima. Jedno od pitanja ovoga rada odnosi se na mogućnosti primarne zdravstvene zaštite da preuzme ulogu koordinatora i službi podrške ili da socijalne usluge integrira u jedan zajednički model dugotrajne skrbi za stare.

2.4.2 Zdravstvena njega u kući

Zdravstvena zaštita na primarnoj razini i dostupnost usluga zdravstvene njege u kući osiguravaju da bolesni i osobe starije životne dobi mogu svoje zdravstvene potrebe zadovoljiti u zajednici gdje žive, a bez nepotrebnog odlaska u ustanove koje pružaju centraliziranu zdravstvenu skrb. No, samo zdravstvene usluge nisu i ne mogu biti dovoljne

u osiguravanju potpune samostalnosti i neovisnosti korisnika. Neovisnost i samostalnost ovisne su o osobnim zdravstvenim i psihofizičkim karakteristikama te faktorima okoline u kojoj netko živi. Idealan je scenarij povezivanje različitih usluga u zajednici, a koje su regulirane kroz različite organizacijske strukture i sustave. Ovaj odnos međudjelovanja i doprinos povoljnim individualnim ishodima opisan je u sustavnoj ekološkoj teoriji koju je predstavio Bronfenbrenner.

Djelatnost zdravstvene njege u kući nije jedina usluga u kući korisnika koja je profesionalizirana, ali je uvjetovana zdravstvenim osposobljavanjem pružatelja zdravstvene skrbi. Prema trenutno važećim propisima (Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe; Narodne Novine, 88/2010; 38/2013; 49/2013; 93/2013; 62/2015; 77/2015; 129/2017), koji na odgovarajući način reguliraju zdravstvenu zaštitu i odnose se na ovu djelatnost, zdravstvena njega u kući opisana je kroz svrhu poboljšanja zdravstvenog stanja ljudi i sprječavanja njegovog pogoršanja, a njezino provođenje uključuje i poduku osigurane osobe te članova njezine obitelji o provođenju samih postupaka zdravstvene njege. Postupke zdravstvene njege u kući provodi medicinska sestra/medicinski tehničar općeg smjera prema nalogu izabranog liječnika obiteljske medicine. Prema istom podzakonskom aktu, pravo na zdravstvenu njegu u kući ostvaruje se odlukom nadležnog liječnika na temelju zdravstvenih indikacija i stanja (4. čl.):

- Nepokretnosti ili teške pokretnosti bolesnika,
- Kroničnih bolesti u fazi pogoršanja ili komplikacija bolesti, uz uvjet da izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite istodobno provodi liječenje u kući, te da indicira i potrebu provođenja zdravstvene njege,
- Prolaznih ili trajnih zdravstvenih stanja uslijed kojih je bolesnik onemogućen provoditi aktivnosti samozbrinjavanja,
- Nakon složenijih operativnih zahvata koji zahtijevaju previjanje i njegu rane, te skrb za stome,
- U terminalnoj fazi bolesti.

Trenutne usluge zdravstvene njege u kući obuhvaćaju stručne postupke opisane unutar osam kategorija, odnosno dijagnostičko-terapijskih postupaka (DTP). Temeljni postupci zdravstvene njege u kući prikazani su u Tablici 6, a dodatni u Tablici 7.

Tablica 6: Osnovni dijagnostičko-terapijski postupci zdravstvene njege u kući

Šifra DTP	Naziv	Opis postupaka	Prosječno vrijeme posjete
Njega 1	Zdravstvena njega	Uključuje edukaciju bolesnika i/ili njegove obitelji, uzimanje materijala za laboratorijske pretrage, kateterizaciju mokraćnog mjehura žena, primjenu i. m. i s. c. injekcije, zdravstvenu njegu stome (ileostoma, kolostoma, urostoma, traheostoma, gastrostoma), uz provjeru vitalnih funkcija	30
Njega 2	Pojačana zdravstvena njega bolesnika s povećanim potrebama	Podrazumijeva kompletnu njegu teško pokretnog bolesnika (sa ili bez inkontinencije), uključuje stavke iz DTP NJEGA 1, previjanje rane 1. stupnja, hranjenje putem nazogastrične sonde.	60
Njega 3	Opsežna zdravstvena njega	Opsežna zdravstvena njega nepokretnog bolesnika, uključuje stavke iz DTP NJEGA 1 i 2, previjanje rane 2. i 3. stupnja, primjenu oksigenoterapije.	90
Njega 4	Zdravstvena njega izrazito teškog bolesnika ili bolesnika u terminalnoj fazi bolesti	Zdravstvena njega izrazito teškog ili umirućeg bolesnika (palijativna skrb), uključuje sve stavke iz DTP NJEGA 1, 2 i 3, previjanje rane 4. stupnja	120

Izvor: Narodne Novine 38/2013; 49/2013. *DTP= dijagnostičko terapijski postupak

Zdravstvena njega u kući uključuje dodatne aktivnosti i postupke za zadovoljenje specifičnih zahtjeva i mogu se provoditi kao jedine ili u kombinaciji s prethodno opisanim i navedenim postupkom DTP Njega 1.

Tablica 7: Dodatni postupci i aktivnosti zdravstvene njege u kući

Šifra DTP	Opis
Njega 5	Primjena klizme
Njega 6	Toaleta i previjanje rane 1 i 2 stupnja
Njega 7	Toaleta i previjanje rane 3 i 4 stupnja
Njega 8	Postavljanje i promjena nazogastrične sonde

Izvor: Narodne Novine 88/2010; 38/2013; 93/2013.

Izmjenama postojećeg pravilnika u 2013. godini propisano je da se postupci DTP Njega 5, 6, 7, 8 ne mogu provoditi zasebno ako je određen DTP njege 2, 3, 4.

Navedene i opisane postupke zdravstvene njege u kući provode medicinske sestre. Njihov broj u mreži po županijama prikazan je u Tablici 8.

Tablica 8: Raspodjela djelatnika po županijama u djelatnosti zdravstvene njege u kući

Naziv županije	Potreban broj medicinskih sestara	Ugovoreni broj medicinskih sestara	Ukupan broj medicinskih sestara	Razlika između ukupnog i potrebnog broja medicinskih sestara	Nedostaje timova
Bjelovarsko-bilogorska	38	38	38	0	0
Brodsko-posavska	51	51	51	0	0
Dubrovačko-neretvanska	35	34	34	-1	-1
Grad Zagreb	250	247	250	0	0
Istarska	58	53	53	-5	-5
Karlovačka	41	41	41	0	0
Koprivničko-križevačka	37	37	37	0	0
Krapinsko-zagorska	42	41	43	1	0
Ličko-senjska	14	12	12	-2	-2
Međimurska	33	33	33	0	0
Osječko-baranjska	95	105	105	10	-2
Požeško-slavonska	24	24	24	0	0
Primorsko-goranska	89	86	86	-3	-5
Sisačko-moslavačka	54	47	48	-6	-6
Splitsko-dalmatinska	137	135	136	-1	-2
Šibensko-kninska	34	30	30	-4	-4
Varaždinska	52	49	49	-3	-3
Virovitičko-podravska	27	27	27	0	-1
Vukovarsko-srijemska	56	50	50	-6	-8
Zadarska	49	49	49	0	0
Zagrebačka	89	68	77	-12	-12

Izvor: HZZO na dan 31.8.2022.

Iz navedene je Tablice 8 vidljivo da se na svim područjima radi o potpunoj ili gotovo potpunoj ispunjenosti planirane zdravstvene mreže u djelatnosti zdravstvene njege u kući. Očekuje se da će potrebu njezinog proširivanja, odnosno restrukturiranja potvrditi projekcije stanovništva i projekcije za ciljane populacijske skupine. Ugovorene medicinske sestre u mreži brinu za ugovorena područja na županijskim razinama, a koji u djelatnosti zdravstvene njege u kući opskrbljuju bolesnike svih dobnih skupina prikazanih u Tablici 9.

Tablica 9: Distribucija korisnika zdravstvene njege u kući po županijama prema dobi (2020. godina)

DOB KORISNIKA	0-6	7-19	20-44	45-64	65-74	75-84	85+	UKUPNO
Ukupno Hrvatska	66	369	1.926	7.139	13.135	17.662	11.739	52.036
Grad Zagreb	20	98	285	1.521	2.503	2.235	1.822	8.484
Zagrebačka	0	1	5	38	65	102	62	273
Krapinsko-zagorska	7	15	35	215	520	664	426	1.882
Sisačko-moslavačka	0	4	26	152	312	453	405	1.352
Karlovačka	0	0	0	25	53	80	69	227
Varaždinska	1	0	35	139	238	285	104	802
Kopriivničko-križevačka	0	7	148	434	779	1.256	668	3.292
Bjelovarsko-bilogorska	3	4	29	166	303	436	278	1.219
Primorsko-goranska	0	6	56	250	565	873	689	2.435
Ličko-senjska	0	0	135	646	1.389	2.725	1.749	6.644
Virovitičko-podravskaa	0	2	18	44	67	67	58	256
Požeško-slavonska*								
Brodsko-posavska	1	5	64	259	366	638	420	1.753
Zadarska	2	105	367	771	1.708	2.215	1.138	6.306
Osječko-baranjska	0	14	172	416	1.113	923	421	3.059
Šibensko-kninska*								
Vukovarsko-srijemska	12	28	79	379	674	953	555	2.680
Splitsko-dalmatinska	19	17	167	691	861	1.260	881	3.896
Istarska	1	13	134	559	962	1.554	1.312	4.535
Dubrovačko-neretvanska	0	3	26	102	235	338	338	1.042
Međimurska	0	47	145	332	422	605	348	1.899

Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2020. (dalje HZJZ); *podaci nisu dostupni

U Tablici 9 prikazani su podaci o korisnicima zdravstvene njege u kući u polaznoj godini modela korištenja. Najviše korisnika na razini Republike Hrvatske je u dobi 75-84 godina i zatim u dobi 85 i više godina starosti. Međutim, po pojedinim županijama (Zagrebačka, Karlovačka, Virovitičko-podravskaa) broj korisnika je vrlo nizak u odnosu na druge županije.

2.4.3 Zdravstvena patronažna djelatnost

Sajko (2020, 38) opisuje medicinske sestre, a time i patronažnu djelatnost njihovom ulogom u prevenciji bolesti, promicanju zdravog načina i stila života te edukacije stanovništva u zadržavanju funkcionalnih sposobnosti. Program mjera zdravstvene zaštite 2020.-2022. na razini primarne zdravstvene zaštite u dijelu 1.6. sadrži program mjera zdravstvene zaštite za patronažnu djelatnost. U sistematičnom prikazu definirane su ciljane skupine i postupci koje patronažna djelatnost obuhvaća. Uz pojedinačno usmjerene aktivnosti i intervencije, patronažna djelatnost obuhvaća i rad s obitelji i širom zajednicom kroz područje primarne, sekundarne i tercijarne prevencije, sudjelovanje u provođenju nacionalnih programa zdravstvene zaštite te promicanje zdravlja kroz suradnju s drugim službama različitih razina zdravstvene zaštite. Ciljane skupine medicinskih sestara iz patronažne djelatnosti povezane su sa specifičnim životnim razdobljima i kronološkom dobi. U predviđenoj mjeri primarne prevencije jedna od tih ciljanih skupina su osobe starije životne dobi (mjera 2.8), a u mjeri sekundarne i tercijarne prevencije ciljana skupina su kronični i palijativni bolesnici (mjera 3.5).

Patronažna zaštita starijih osoba obuhvaća edukaciju o tjelesnom i mentalnom zdravlju, načinima očuvanja zdravlja i funkcionalnih sposobnosti, adekvatnoj prehrani, tjelesnim aktivnostima, provođenju i održavanju higijene, sprečavanje padova i ozljeda starih osoba. U opisu patronažne djelatnosti medicinskih sestara usmjerene na kronične bolesnike značajno područje je edukacija bolesnika s kroničnim bolestima o prevenciji komplikacija, poučavanje i demonstracija postupaka koje bi korisnici mogli samostalno provesti, nadalje su medicinske sestre iz patronažne djelatnosti usmjerene na utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom u kući, analizu i utvrđivanje potreba za pomagalima te kontrolu korisnika u uzimanju lijekova (Program mjera zdravstvene zaštite 2020-2022). Uz ove dvije istaknute mjere, naglasak je na suradnju s drugim djelatnostima primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite. Zastupljenost medicinskih sestara u patronažnoj djelatnosti po županijama prikazana je u Tablici 10.

Tablica 10. Raspodjela djelatnika po županijama u zdravstvenoj patronažnoj djelatnosti

Naziv županije	Broj patronažnih sestara	
	Prema Mreži javne zdravstvene službe	Ugovoreno
Bjelovarsko-bilogorska	24	24
Brodsko-posavska	34	34
Dubrovačko-neretvanska	29	29
Grad Zagreb	155	147
Istarska	43	43
Karlovačka	30	29
Koprivničko-križevačka	23	23
Krapinsko-zagorska	26	25
Ličko-senjska	13	13
Međimurska	22	18
Osječko-baranjska	64	63
Požeško-slavonska	16	16
Primorsko-goranska	64	64
Sisačko-moslavačka	34	34
Splitsko-dalmatinska	93	93
Šibensko-kninska	25	25
Varaždinska	36	35
Virovitičko-podravska	20	20
Vukovarsko-srijemska	38	38
Zadarska	37	37
Zagrebačka	62	60
Ukupno	888	870

Izvor: HZZO¹³ 2023.

Prema broju zaposlenih medicinskih sestara u djelatnosti patronažne zdravstvene zaštite prikazanih u Tablici 10 vidljiva je popunjenost mreže u udjelu 97,9%. Nedostatak medicinskih sestara u djelatnosti patronažne zdravstvene zaštite u 2023. godini postoji u

¹³ Ugovoreni sadržaji primarne zdravstvene zaštite. Mreža javne zdravstvene službe u djelatnosti zdravstvene patronažne djelatnosti. Dostupno na: <https://hzzo.hr/poslovni-subjekti/zdravstvena-zastita/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim-2>.

Gradu Zagrebu i Zagrebačkoj, Karlovačkoj, Međimurskoj, Osječko-baranjskoj i Varaždinskoj županiji.

2.5 Ocjena dosadašnjih istraživanja na odabranom području

Različite čimbenike infrastrukture u potpori kvalitetnom starenju i brige za stare istaknuli su brojni autori. Među njima primjerice uvjete i osiguravanja kapaciteta za različite oblike stanovanja i boravka starih (Fausset idr. 2011; Wiles idr. 2011; Freedman i Spillman 2014; Anttonen i Karsio 2016; Levy idr. 2016; Drobne i Bogataj 2017; Rogelj i Bogataj 2018; Rogelj idr. 2019), kvalitetu i koordinaciju socijalne mreže i dugotrajne skrbi (Anderson idr. 2015; Guo idr. 2015; Deindl i Brandt 2017; Schuchman idr. 2018; Kalseth i Halvorsen 2020), potrebne resurse u dugotrajnoj skrbi (Borowiak idr. 2015; Scheil-Adlung 2015; Hlebec idr. 2016; Mozhaeva 2019; Mazurek idr. 2020; Warner idr. 2021) te socijalne i zdravstvene usluge u zajednici (Fields idr. 2011; Anderson idr. 2015; Erdem i Bulkan 2017; Danielsen idr. 2018; Bieber idr. 2019; Bai idr. 2020; Fulmer idr. 2021; Barber idr. 2021).

Autori istraživanja utvrđuju da usluge iz zdravstvenog sustava češće koriste stariji stari ljudi i da žene češće posjećuju liječnike i koriste više lijekova od muškaraca (Srakar idr. 2016, 135), imaju dulji očekivani životni vijek i češće se oslanjaju na formalnu potporu (Deindl i Brandt 2017, 1551). Muškarci su češće hospitalizirani (Srakar idr. 2016, 135) i koriste više neformalne podrške od svojih žena (Deindl i Brandt 2017, 1551). Anderson idr. (2018, 5. pogl.) navode da je gotovo 83% korisnika zdravstvene njege starije od 65 godina s većim udjelom žena (62%).

Uz rast ukupnog broja starih ljudi, povećat će se i ukupan broj starih i ranjivih koji žive u vlastitom domu, a što će dovesti do značajnih potreba za novim i drugačijim zdravstvenim uslugama (Hoeck idr. 2011, 671). Naime, mnogi stari ljudi preferiraju ostati u vlastitom domu koliko je god moguće ili doživotno, a ovisno o njihovom zdravstvenom stanju ili riziku za pogoršanje (Hoeck idr. 2011, 674; Hermsen idr. 2018, 452). Skrb u obitelji je najviše preferirani oblik starenja u mjestu koje nadopunjuju osobno financirane i usluge u domu i zajednici (Bai idr. 2020, 1076–1077). Osim o obitelji, odabir oblika skrbi ovisi o prijateljima, financijskim uvjetima i samostalnosti u svakodnevnim aktivnostima (Young i Siegel 2016, 48). Xing idr. (2018, 4) utvrdili su gotovo 60% starih ljudi koji preferiraju obiteljsku skrb s većim udjelom onih koji žive u seoskim područjima. Glavni razlog starih ljudi za ostanak u vlastitom domu je očuvanje autonomije i neovisnosti (Niculescu idr. 2020, 1).

U međusobnoj usporedbi starih ljudi s obzirom na psihološku dobrobit, utvrđuje se povećani rizik za gubitak identiteta, bespomoćnosti i depresije korisnika domova i potpomognutog stanovanja, a rizik za izolaciju, usamljenost, tjeskobu i depresivnost je češći među korisnicima usluga kod kuće i u zajednici (Wysocki idr. 2012, 57). Međutim, novije istraživanje pokazuje da primatelji usluga u vlastitom domu imaju procijenjenu najnižu razinu anksioznosti i depresivnosti (Liu idr. 2019, 5).

Preferencije pacijenata i dostupnost obiteljske podrške utjecajni su faktori za odabir i sklonost korištenja usluga za stare ljude pri čemu se usluge njege u kući sagledavaju kao zamjena za dnevne centre i usluge u institucijama (Temkin-Greener idr. 2008, 735). Mogućnost izbora osigurava starim ljudima odabir onih usluga koje najviše odgovaraju njihovim potrebama i ograničenim funkcionalnim sposobnostima (Cheng idr. 2020, 940). Zahtjevna i svakodnevna njega bolesnog člana u neinstitucionalnim uvjetima predstavlja opterećenje za njegovatelje i povezana je sa željom za njihovom institucionalnom njegom (Fields idr. 2019, 203). Unatoč različitim mogućnostima i uslugama u sustavu zdravstva, većina starih ljudi umire u institucionalnim uvjetima bolnice ili doma za njegu, a što je povezano s regionalnim kapacitetima institucija i njege u kući (Kalseth i Halvorsen 2020).

Sastavni dio dugotrajne kontinuirane skrbi jesu dostupne zdravstvene usluge i infrastruktura u zajednici, blizu mjesta stanovanja i lako pristupačne. Deinstitutionalizacija i razvoj usluga u zajednici je odgovor na način suvremenog života te adresiranih potreba i preferencija stanovništva za specifičnim uslugama i mjestu njihovog ostvarivanja. U trenutnim oblicima institucijske dugotrajne skrbi i one u zajednici ističe se njihova neprimjerenost i nedostatnost (Jedvaj idr. 2014; Young i Siegel 2016; Stubbs i Zrinščak 2018; Hashiguchi i Llena Nazal 2020; Konetzka idr. 2020) te manjak osposobljenih ljudskih resursa (Lewis i West 2014; Bragg i Hansen 2015; Seutloali idr. 2018; Gibson idr. 2019; McGarrigle i Kenny 2020). Svjetska zdravstvena organizacija (WHO 2017c, 8) naglašava hitnim potrebu razvoja i primjene sveobuhvatne i koordinirane primarne zdravstvene skrbi koja će prevenirati, usporiti ili ukloniti oslabljene kapacitete i u slučajevima kada je to nemoguće i neizbježno pomoći starim ljudima kompenzirati i maksimalno iskoristiti preostale funkcionalne sposobnosti. Za ostvarivanje povoljnih ishoda i pružanja primjerene skrbi za stare ljude u zajednici potreban je model koji objedinjuje zdravstveni i socijalni sustav, jer trenutno pojedinačno svaki od njih s formalnim i neformalnim pružateljima usluga uglavnom nije pripremljen za potrebe starih ljudi (WHO 2017c, 8). Uz njih, važno je promišljati koje usluge

u sustavu očekuju i preferiraju korisnici sustava, a ovisno kojoj dobnoj skupini ti korisnici pripadaju.

Tomek-Roksandić idr. (2005, 184) su istaknuli da se zaštita zdravlja starijih osoba ne može provoditi ni unapređivati ako se ne znaju gerontološki javnozdravstveni pokazatelji o zdravstvenim potrebama i funkcionalnim sposobnostima starijih osoba koji su u institucijskoj i izvaninstitucijskoj zdravstvenoj skrbi. S tim u vezi, djelatnost zdravstvene njege u kući usmjerena je na unapređivanje postojećeg zdravstvenog stanja korisnika usluga i na sprečavanje daljnjeg pogoršanja i komplikacija u izvaninstitucijskim uvjetima u domu korisnika i zajednici. Seow idr. (2010, 118) ističu da je glavna prepreka širenja njege u kući, nedostatak istraživanja temeljenih na populacijskim projekcijama o tome koje usluge treba pružati, kada u kojoj dobi ih treba početi primjenjivati i koliki je potrebni intenzitet da bi se smanjilo korištenje akutne skrbi povezane s krajem života.

Starenjem populacije na globalnoj razini, raste i potražnja za skrbi u kući radi ispunjenja zdravstvenih potreba starih. Uz povećanje potražnje i zahtjeva javlja se potreba analize postojećeg sustava njege u kući i identificiranje omjera troškova i benefita te inovacija u poboljšanju dostupnih procesa i usluga (Johnson idr. 2018, 401). U svakom slučaju, demografske promjene i starenje populacije postavljaju značajne zahtjeve na nacionalne zdravstvene sustave da se razvijaju u opsegu da mogu biti spremni za nadolazeće izazove (de Jong idr. 2019, 1). Unatoč poticanju skrbi u kući, de Jong idr. (2019, 2) ukazuju da se aktivnosti i promjene ne podudaraju s potrebnom podrškom i usmjerenjem za pružanje skrbi u kući. Kontinuirani razvoj zdravstvene i socijalne skrbi prioritetno treba sadržavati dugotrajnu skrb, unapređivanje procjene i planiranja, praćenje i održavanje standarda kvalitete te inovacija u području financiranja dugotrajne skrbi (Stubbs i Zrinščak 2018, 11).

Uz starenje kao utjecajni faktor, postoje i regionalne razlike koje se očituju u nepovoljnom položaju stanovnika ruralnih područja čemu doprinosi manjak povezanosti, nerazvijena i siromašna infrastruktura, niska razina pristupačnosti javnim službama, obrazovanju i skrbi, a što čini ruralna područja manje poželjnim mjestima za život i rad (Europska komisija 2023, 8). O regionalnim razlikama pisali su Srakar idr. (2016, 135) te utvrdili da stanovnici urbanih područja imaju lakši pristup do zdravstvenih usluga, a Young i Siegel (2016, 48) da većini stanovnika ruralnih područja izostaje adekvatna potpora makar jednog člana tima te Gibson idr. (2019, 638) koji ističu da su stanovnicima ruralnih područja formalne profesionalne usluge ograničene ili udaljene. Specifičnost Hrvatske su manji broj urbanih područja i velik

broj suburbanih i ruralnih regija, izoliranih kućanstava i otežano dostupne javne usluge. Prema podacima Državnog zavoda za statistiku¹⁴, Varaždinska županija ima 6 gradova i 303 naselja sa 126,38 stanovnika po kvadratnom kilometru. U izvješčaju Europske komisije (2021a) za Hrvatsku, navodi se da je vrijeme potrebno do najbliže zdravstvene ustanove bilo iz primarne, sekundarne ili tercijarne razine zdravstvene zaštite u nekim regijama veće od 45 minuta što posebice u ruralnim područjima otežava dostupnost zdravstvenih usluga.

¹⁴ Državni zavod za statistiku, zbirni podaci o stanovništvu popisa 2021. godine. Dostupno na: <https://dzs.gov.hr/naslovna-blokovi/u-fokusu/popis-2021/88>.

3 EMPIRIJSKI DIO

Europska komisija (2021a, 17) zagovara izgradnju sustava dugotrajne skrbi jer se na taj način očekuje olakšana dostupnost pristupačne i kvalitetne dugotrajne skrbi, osiguravanje dostojanstvenog života u staroj životnoj dobi i stvaranje novih radnih mjesta u poslovima negovanja. Xu idr. (2021) u novije vrijeme također ukazuju na još uvijek nepovoljnu situaciju u dugotrajnoj skrbi pri čemu su nezadovoljene potrebe za zdravstvenim uslugama u kući posljedica nedovoljne opskrbljenosti profesionalnim zdravstvenim radnicima i nedovoljne pristupačnosti za stare osobe s teškoćama i njihove negovatelje.

Stubbs i Zrinščak (2018, 8) su u procjeni izazova dugotrajne skrbi istaknuli nedostatak relevantnih podataka na temelju kojih bi se mogla napraviti analiza i ključne osobine postojećih sustava, a uključuju podatke o kvaliteti pruženih usluga, regionalnoj raspodijeljenosti i zaposlenicima u dugotrajnoj skrbi. Uslijed nedostatka relevantnih podataka, politika dugotrajne skrbi temeljena na dokazima je gotovo nemoguća (Stubbs i Zrinščak 2018, 8). Također, Stubbs i Zrinščak (2018, 8) ističu kontradiktornost koja postoji u dugotrajnoj skrbi, a to je njezina najslabija razvijenost unutar sustava zdravstvene skrbi u odnosu na povećavanje potreba za dugotrajnom skrbi koju su do sada tradicionalno odrađivali članovi obitelji. U kontekstu institucijske dugotrajne skrbi postoji manjak mjesta u odnosu na stvarne potrebe, a procjenjuje se da su ona dostatna za manje od 5% starijih 65 i više godina (Stubbs i Zrinščak 2018, 8).

Na temelju teorijskih saznanja, problem doktorske disertacije razmatrali smo istraživački. Istraživačkom problemu pristupljeno je pretraživanjem dostupne i relevantne literature na osnovu kombinacije ključnih riječi (zahtjevi za njegom u kući i demografija, ruralna područja i zdravstvena njega u kući, stari odrasli i zdravstvena njega i urbana područja, preferencije za dugotrajnom skrbi i intenzitet zdravstvene njege, skrb u kući i usluge za stare i odrasle, utjecajni faktori za život u kući) u znanstvenim bazama. Utvrđeno je da ne postoji dugoročni model projekcija korištenja zdravstvene njege u kući i potrebnih ljudskih resursa niti modela kako iz usluge zdravstvene njege u kući razviti dugotrajnu skrb. Jedan od elemenata, a kojim se u dijelu primarne zdravstvene zaštite i zdravstvene njege u kući bavimo u ovom radu, je broj potrebnih medicinskih sestara za njegu rastuće populacije starih ljudi i zdravstvenih problema povezanih sa starenjem.

3.1 Svrha i cilj istraživanja

Istraživanje polazi od pitanja kakve će biti potrebe i potražnja stanovništva za uslugama zdravstvene njege te postoji li povezanost korištenja usluge zdravstvene njege u kući i preferiranih oblika dugotrajne skrbi starih ljudi. Dobiveni podaci mogu biti osnova za razvoj regionalnog i nacionalnog modela zdravstvene i socijalne infrastrukture za podršku deinstitucionalizaciji i životu starih ljudi u zajednici. Izrada modela korištenja resursa zdravstvene njege (nursing care utilization model) omogućava izraditi projekcije broja korisnika i intenziteta korištenja zdravstvene njege u kući te potrebnog broja medicinskih sestara za njihovo zbrinjavanje. Ovaj model je potreban za dugotrajnu projekciju korištenja sustava zdravstvene njege i dugotrajne skrbi prema potrebama starih ljudi te normativa i novih standarda zdravstvene njege u kući za uspostavljanje sustava dugotrajne skrbi koji u Hrvatskoj nije razvijen.

Postavljena pitanja na koja se kroz istraživanje i ovu disertaciju želi dati odgovor su sljedeća:

- Kako sustav zdravstvene njege u kući utječe na preferirani oblik dugotrajne skrbi,
- Kakvu dugotrajnu skrb preferiraju stari ljudi koji su korisnici zdravstvene njege u kući,
- Trebaju li korisnici veći intenzitet zdravstvene njege u kući (više puta tjedno/dnevno) ili veći broj različitih usluga da bi odgodili odlazak u instituciju,
- Utječu li dob i spol korisnika zdravstvene njege u kući na preferirani oblik dugotrajne skrbi,
- Utječe li intenzitet zdravstvene njege u kući na preferencije za dugotrajnom skrbi obzirom na mjesto prebivanja (selo i grad) starih ljudi?

Ciljevi doktorske disertacije su:

- Ispitati utjecaj iskustva primanja zdravstvene njege u kući na preferirani oblik dugotrajne skrbi,
- Analizirati udjel korisnika zdravstvene njege u kući po dobi i spolu,
- Procijeniti očekivani intenzitet (sati) korištenja usluga zdravstvene njege u kući po dobi i spolu,
- Izraditi projekcije stanovništva za varaždinsku županiju po dobi i spolu,
- Izračunati vjerojatnost da netko bude korisnik zdravstvene njege s obzirom na dob i spol,

- Na temelju analize i dobivenih podataka izraditi projekcijski model korištenja zdravstvene njege u kući te projekciju potrebnog broja medicinskih sestara koje će moći skrbiti o sve brojnijoj populaciji starih ljudi u njihovom domu,
- Na temelju procjena potreba i preferencija starih ljudi razviti plan za prognozu potrebnih kapaciteta u sustavu zdravstvene njege u kući i kapaciteta dugotrajne zdravstvene skrbi,
- Izračunati procjenu troškova za pružanje zdravstvene njege u kući prema dobi i spolu,
- Izraditi projekciju potrebnog broja medicinskih sestara za opskrbu stanovništva u varaždinskoj županiji.

3.2 Istraživačke hipoteze

Kako je već prethodno istaknuto, istraživanje polazi od pitanja kakve će biti potrebe i potražnja stanovništva za uslugama zdravstvene njege u kući te postoji li povezanost korištenja usluge zdravstvene njege i preferiranih oblika dugotrajne skrbi starih ljudi. Postavljene su sljedeće hipoteze:

HIPOTEZA 1: Zbog starenja stanovništva u sljedećih 40 godina potražnja za uslugama zdravstvene njege u kući će se povećati za više od 100%.

HIPOTEZA 2: Korisnici zdravstvene njege u kući koji žive na selu više preferiraju ostatak života provesti u vlastitom domu u odnosu na one koji žive u gradu.

HIPOTEZA 3: Intenzitet usluga zdravstvene njege u kući povezan je/utječe na preferirani oblik dugotrajne skrbi.

HIPOTEZA 4: Za doživotni ostanak u vlastitom domu, uz zdravstvenu njegu potrebno je osigurati i druge usluge.

3.3 Istraživačka metodologija

3.3.1 Opis prikupljanja podataka

U istraživanju je za prikupljanje podataka korišten samostalno kreiran upitnik s kombinacijom otvorenih i zatvorenih pitanja na uzorku korisnika zdravstvene njege u kući. Nakon dobivenih suglasnosti ravnatelja i Etičkog povjerenstva ustanove u kojoj je

provedeno istraživanje, uz autoricu rada anketno ispitivanje provodile su medicinske sestre iz djelatnosti zdravstvene njege u kući korisnika. Anketiranje je provedeno neposrednim kontaktom, po principu papir-olovka u prosječnom trajanju 15 do 20 minuta uz uvažavanje individualnih želja da ispitanici samostalno ispune upitnik, a gdje je to bilo potrebno ispitanicima je pružena pomoć u čitanju pitanja i bilježenju odgovora. Terensko istraživanje anketnim upitnikom provodilo se u vremenu od veljače do travnja 2022. godine.

Potrebni podaci o strukturi stanovništva po starosti i spolu, demografskim pokazateljima stanovništva i za izradu demografskih projekcija preuzeti su iz Državnog zavoda za statistiku Republike Hrvatske, iz baze Eurostat o rodosti, smrtnosti i migracijama za razdoblje od 2022. do 2060. godine te baze Survey of health, ageing, and retirement in Europe. Iz arhivske dokumentacije prikupljeni su podaci o korisnicima i pružateljima zdravstvene njege u kući na području Varaždinske županije za razdoblje od 2013. do 2020. godine. U navedenom razdoblju analiziran je broj korisnika i intenzitet korištenja usluga po starosti i spolu, broj utrošenih sati njege i broj medicinskih sestara koje su njegu provodile.

3.3.2 Opis instrumenta

Samostalno kreiran upitnik (Prilog A) može se promatrati u dva dijela. U prvom dijelu upitnika pitanja su za prikupljanje sociodemografskih podataka o ispitanicima, a oni uključuju spol, dob, mjesto stanovanja, stupanj obrazovanja, strukturu obitelji, mjesečne prihode i zdravstvene teškoće. Drugi dio upitnika sadrži pitanja o intenzitetu trenutnog korištenja zdravstvene njege u kući, preferiranom obliku dugotrajne skrbi i stanovanja u slučaju ovisnosti o drugima te pitanja o procjeni potrebnog intenziteta usluga zdravstvene njege i preferiranih socijalnih usluga potrebnih za nastavak života u vlastitom domu. Prema tipu pitanja, u anketnom upitniku je 21 zatvoreno pitanje/tvrdnja s ponuđenim kategorijama odgovora, a 11 pitanja je otvorenih na koje su ispitanici prema procjeni važnosti za njih osobno mogli dati kratki ili dulji odgovor.

Među tvrdnjama zatvorenog tipa, na njih 12 ispitanici svoje slaganje izražavaju na skali od pet stupnjeva gdje 1 predstavlja potpuno neslaganje s tvrdnjom, a 5 predstavlja potpuno slaganje s tvrdnjom o preduvjetima doživotnog ostanka u vlastitom domu.

3.3.3 Opis uzorka

Uzorak ispitanika čine korisnici zdravstvene njege u kući oba spola s područja Varaždinske županije. Kriterij za sudjelovanje u istraživanju je kronološka dob 50 godina i više te osobni pristanak ispitanika. Među korisnicima zdravstvene njege u kući kao uzorka izuzeti su korisnici s kognitivnim teškoćama i demencijom, odnosno oni koji imaju teškoće komunikacije i razumijevanja pitanja. Istraživanje primjenom upitnika provedeno je na uzorku 438 ispitanika. Demografske varijable ispitanika prikazane su u Tablici 11.

Tablica 11: Sociodemografski podaci sudionika istraživanja

Varijable karakteristika ispitanika	N/broj odgovora	%
Spol		
Muški	145	33,1
Ženski	293	66,9
Mjesto stanovanja		
Selo, ruralna područja	329	75,1
Grad, urbana područja	109	24,9
Razina stečenog obrazovanja		
Nedovršena osnovna škola	112	25,6
Dovršena osnovna škola	171	39,0
Srednja škola	121	27,6
Viša i visoka školska sprema (bacc., mag., dr.)	34	7,8
Struktura obitelji		
Živi sam	87	19,9
Bračni drug ili životni partner	97	22,1
Živi s djecom	180	41,1
Živi s djecom i unucima/praunucima	74	16,9
Kronološka dob		
50 do 59 godina	26	5,9
60 do 64 godina	16	3,7
65 do 69 godina	32	7,3
70 do 74 godina	59	13,5
75 do 79 godina	72	16,4
80 do 84 godina	102	23,3
85 i više godina	131	29,9

%=postotak

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

U Tablici 11 se vidi da je finalno u istraživanju od ukupnog broja ispitanika sudjelovalo 33% muškaraca i 67% žena, a prema mjestu stanovanja bilo je njih 75% iz seoskih područja i 25% iz gradskih. Distribucija sudionika prema razini obrazovanja pokazuje da najviše njih, odnosno 39% (N=171) ima završenu samo osnovnu školu, a u manjoj su mjeri sa 7,8% (N=34) zastupljeni oni sa završenom višom i visokom naobrazbom. Ukupno je 64,6% ispitanika na razini obrazovanja osnovne škole ili manje. Razvidno je da više od polovice ispitanika živi s njihovom djecom, odnosno 41,1% živi samo s djecom dok još njih 17% živi i s unucima ili praunucima. Prema kronološkoj dobi većina ispitanika je starija od 65 godina, a najveći udio čine oni stariji od 75 godina.

Većina ispitanika u ovom istraživanju ima mjesečne prihode, a oni se u najvećem udjelu kreću između tisuću i tri tisuće kuna, odnosno u rasponu od 132€ do 398€ što obuhvaća sveukupno 71% ispitanika. Najmanje je ispitanika bez ikakvih primanja, odnosno njih N=7 (1,6%) i njih N=10 (2,3%) s primanjima većim od 5 tisuća kuna, odnosno većim od 663,61€.

3.3.4 Metode obrade podataka

3.3.4.1 Obrada podataka iz anketnog upitnika

Prikupljeni anketni upitnici pregledani su od strane autorice i svakome je dodijeljen redni broj pod kojim su podaci upisivani u digitalni obrazac. Prikupljeni podaci analizirani su programskom podrškom IBM SPSS Statistics verzija 23.. odgovarajućim statističkim metodama. Za testiranje normalnosti distribucije analiziranih varijabli korištene su uobičajene mjere simetrije i spljoštenosti te Shapiro-Wilk test (Ghasemi i Zahediasl 2012, 489; Zhang 2016; Cain idr. 2016, 1723). Podaci su obzirom na nominalne, ordinalne i numeričke varijable prikazani apsolutnim i relativnim frekvencijama, mjerama centralne tendencije, aritmetičkom sredinom, medianom i standardnim odstupanjem, a s obzirom na rezultate testiranja normalnosti distribucije korišteni su odgovarajući neparametrijski testovi. Neparametrijski testovi temelje se na procjeni moda, mediana i rangova, a korišteni su Hi-kvadrat test, Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis test i Wilcoxon signed-rank test (Zhang 2016; Bhandari 2020; Turney 2022). Deskriptivni podaci i rezultati provedenih testiranja prezentirani su kroz slike, grafove i tablice.

3.3.4.2 Model i izrada projekcija korištenja zdravstvene njege u kući od 2021. do 2060. godine

Za potrebe modela analizirani su podaci o korisnicima zdravstvene njege u kući Varaždinske županije za razdoblje od 2013. do 2020. uzimajući u obzir 75% populacije koju zbrinjava najveća ustanova u županiji. Analiziran je broj korisnika zdravstvene njege u kući i intenzitet korištenja usluga po starosti i spolu, broj utrošenih sati njege i broj medicinskih sestara koje su njegu provodile. Na temelju podataka o dobi i spolu određena je vjerojatnost da će član neke populacije u budućnosti biti korisnik zdravstvene njege u kući. Analiza trajanja usluga za navedeno razdoblje korištena je za procjenu očekivanog trajanja njege u odnosu na dob ulaska u sustav, a zbroj sati po starosti i spolu za analizu intenziteta korištenja usluge. Troškovi u modelu predstavljeni su trenutnom cijenom usluge iz 2021. i analizirani na temelju prosječne cijene sata usluge na mjesečnoj i godišnjoj razini. Projekcija potrebnog broja medicinskih sestara za zdravstvenu njegu korisnika u kući za analiziranu regiju analizirana je i izračunata na osnovi odrađenog i ukupnog fonda sati po jednoj sestri godišnje prema standardima u 2021. godini. Iz podataka o rodosti, smrtnosti i migracija te starosne strukture stanovništva Varaždinske županije prema podacima Hrvatskog državnog zavoda za statistiku i statističke baze Eurostat izrađene su projekcije stanovništva Varaždinske županije do 2060. godine po starosti i spolu. Upotrijebljena je deduktivna metoda. Najprije je izrađen model (polazna 2020. godina) koji je zatim testiran na način da se rezultati modela (projekcije) usporede sa stvarnim (opaženim) rezultatima. Formula za model korištenja prikazana je u Tablici 12.

U ovom istraživanju korišten je pristup temeljen na pretpostavkama iz EuroPop2019 i metodologije populacijskih projekcija koja je predstavljena u dokumentu *The 2021 Ageing Report, Economic & Budgetary Projections* (Europska komisija 2021b). Na projekcijskom modelu radilo se pod pretpostavkom da će vjerojatnost da je netko korisnik mreže zdravstvene njege u kući i intenzitet potrebne zdravstvene njege u kući biti jednaka kao i u razdoblju od 2013. do 2020. godine. Druga pretpostavka demografskog modela je da će rodost, smrtnost i migracije stanovništva Varaždinske županije i Republike Hrvatske biti jednaka smrtnosti iz europskih populacijskih projekcija stanovništva EuroPop2019.

Ukupni zahtjevi za njegom u kući po godini t u satima prema jednakom intenzitetu njege (norme i standardi) računaju se po formuli:

$$HCD(h, t) = \sum_x p(m, x) \cdot N(m, x, t) \cdot IC(m, x) + \sum_x p(f, x) \cdot N(f, x, t) \cdot IC(f, x)$$

U tom slučaju, potreban broj medicinskih sestara bio bi: $HCD(n, t) = HCD(h, t)/1700$

Tablica 12: Formula za model korištenja njege u kući (Home Care Utilization Model)

x	Dob		$IC(m, x)$	Očekivani intenzitet njege za muške koji je star x godina, uključenih u znjuk
$N(m, x, t)$	Broj stanovnika Varaždinske županije - muški x starost u godini t		$IC(f, x)$	Očekivani intenzitet njege za žene koje su stare x godina, uključenih u znjuk
$p(m, x)$	Vjerojatnost muški x starost kad će ući u znjuk		$HCD(h, x)$	Ukupni zahtjevi za znjuk po starosti x u satima
$N(f, x, t)$	Broj stanovnika Varaždinske županije - žene x godina starosti u godini t		$HCD(n, x)$	Ukupni zahtjevi za znjuk po starosti x u broju zaposlenih medicinskih sestara
$p(f, x)$	Vjerojatnost žene x starost kad su korisnici znjuk		$HCD(m, h)$, $HCD(f, h)$	Ukupni zahtjevi za znjuk po godini u satima – za muške (m) i žene (f)
$RN(t)$	Potreban broj medicinskih sestara		$C(t)$	Godišnji trošak za ljudske resurse – medicinske sestre

ZNJUK=Zdravstvena njega u kući

4 REZULTATI

U ovom poglavlju prikazani su deskriptivni podaci i rezultati statističkih analiza kvantitativnog istraživanja provedenog anketnim upitnikom koji pokazuju većinsku sklonost i preferiranje dugotrajne skrbi ispitanika u vlastitom domu i uz podršku obitelji te uz korištenje zdravstvene njege u kući izražavaju potrebe za drugim uslugama. Rezultati su predstavljeni po podpoglavljima, a uključuju prikaz metrijskih karakteristika upitnika, podatke o demografskim karakteristikama ispitanika s obzirom na njihovu dob i mjesto stanovanja, obiteljskim uvjetima života i materijalnim primanjima te finalno preferirane oblike dugotrajne skrbi i projekcijski model. U zasebnom je podpoglavljju prikazana raspodjela ispitanika u odnosu na postojanje zdravstvenih teškoća, udjela korisnika socijalnih usluga pomoći u kući, duljini i intenzitetu korištenja usluga zdravstvene njege u kući te preferirane dugotrajne skrbi. Prikupljeni su i analizirani podaci o uvjetima koje je važno zadovoljiti da bi ispitanici mogli doživotno ostati u vlastitom domu. Statističke analize rađene su na dva skupa ispitanika prigodno razdijeljenih iz ukupnog uzorka istraživanja. Jednu skupinu čine ispitanici koji su izrazili preferenciju primanja dugotrajne skrbi u vlastitom domu, a drugu skupinu ispitanici koju su izrazili preferenciju za primanje dugotrajne skrbi u opcijama izvan vlastitog doma. Model korištenja zdravstvene njege u kući i projekcije potražnje za uslugama i projekcije potrebnog broja medicinskih sestara u djelatnosti zdravstvene njege u kući predstavljeni su u posljednjem dijelu poglavlja s rezultatima. Prema izrađenom modelu korištenja zdravstvene njege u kući predviđa se rast korisnika i potražnje za uslugama zdravstvene njege u kući te s time povezano povećanje potražnje za medicinskim sestrama u djelatnosti.

4.1 Validacija i mjerne karakteristike anketnog upitnika

Samostalno kreiran upitnik za prikupljanje podataka o ispitanicima i njihovim preferencijama o dugotrajnoj skrbi sadrži varijable/tvrdnje s odgovorima na skali Likertovog tipa i na njima su ispitanici svoje slaganje iskazivali na skali od pet stupnjeva gdje 1 predstavlja potpuno neslaganje s tvrdnjom, a 5 predstavlja potpuno slaganje s tvrdnjom. U ovom je istraživanju upitnik primijenjen prvi puta te je razumljivost čestica upitnika provjerena na prigodnom uzorku osoba starije životne dobi (N=20) koji nisu dio uzorka ovog istraživanja. Sukladno rezultatima provjere, utvrđeno je nerazumijevanje korištenja kraćenice ICT te je izvršena korekcija u informacijsko-komunikacijske tehnologije.

U postupku provjere metrijskih karakteristika upitnika, na uzorku sudionika istraživanja na ovim je tvrdnjama provedena provjera normalnosti distribucije mjerama standardnog odklona, spljoštenosti i asimetrije, Shapiro-Wilk testom i njihova pogodnost za faktorsku analizu. Prema Kline (2011, 63) kriterij granične vrijednosti za asimetriju je 3,0 i za zaobljenost 8,0.

U Tablici 13 je prikazana deskriptivna statistika za varijable uvjeta nastavka života u vlastitom domu, prosječne vrijednosti (M) ili aritmetička sredina, Medijan (C), vrijednosti standardnih odstupanja ($SD=Standardna\ devijacija$), mjere asimetrije (Skewness) i spljoštenosti (Kurtosis) te značajnosti Shapiro-Wilk testa normalnosti.

Tablica 13: Opisna statistika varijabli za doživotni ostanak u vlastitom domu

Da bi i dalje ostali živjeti u vlastitom domu:	N	M	C	SD	SKW	KUR	S-W*
Trenutni broj usluga i sati njege dovoljan je za nesmetano funkcioniranje	437	3,77	4,00	1,257	-,923	-,327	,000
Potrebno je više usluga njege u kući	437	3,90	4,00	1,235	-1,002	-,148	,000
Spremni su plaćati dio usluga za pomoć u kući	437	2,58	2,00	1,404	,369	-1,154	,000
Potrebna je osoba za pomoć u kući	437	3,42	4,00	1,426	-,450	-1,201	,000
Potrebna ZNJUK i usluge u kući uz stalnu podršku obitelji i prijatelja	437	4,67	5,00	,637	-2,133	6,135	,000
Potrebna ZNJUK i usluge u kući uz povremenu podršku obitelji i prijatelja	437	3,63	4,00	1,264	-,720	-,570	,000
Potrebna ZNJUK i usluge u kući uz dnevni/poludnevni boravak	437	2,06	2,00	1,178	1,029	,170	,000
Potreban je formalni njegovatelj koji živi u kući	437	2,18	2,00	1,315	,907	-,303	,000
Potreban je organizirani prijevoz (liječniku i dr.)	437	4,32	5,00	1,060	-1,874	2,896	,000
Potrebno je prilagođeno stanovanje	437	3,68	4,00	1,406	-,758	-,716	,000
Potrebna je dostupnost ICT-a	437	3,67	4,00	1,402	-,676	-,756	,000
Potrebna je osigurana priprema i doprema hrane	437	3,03	3,00	1,494	-,029	-1,462	,000

ZNJUK=Zdravstvena njega u kući; ICT=Informacijska i komunikacijska tehnologija; N=broj; M=prosječna vrijednost ili aritmetička sredina; C=Medijan ili centralna vrijednost; SD=standardna devijacija ili odklon; SKW=Skewness; KUR=Kurtosis; S-W=Shapiro-Wilk * $p < 0,001$

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Iz Tablice 13 mogu se iščitati najniže i najviše prosječne vrijednosti na varijablama pretpostavljenima za doživotni ostanak u vlastitom domu. Najvišu prosječnu vrijednost

($M=4,67$) ima varijabla koja se odnosi na stalnu podršku obitelji i prijatelja uz usluge i zdravstvenu njegu u kući. Slijedi je varijabla koja se odnosi na potreban organizirani prijevoz ($M=4,32$). Najniža vrijednost ($M=2,06$) vidljiva je na varijabli koja uz usluge i zdravstvenu njegu u kući obuhvaća prijedlog korištenja dnevnog/poludnevnog boravka, a druga s niskim vrijednostima ($M=2,18$) odnosi se na opciju života s formalnim njegovateljem u vlastitoj kući.

Na ukupnom uzorku ovog istraživanja i dobivenim podacima s ciljem odabira i zadržavanja varijabli koje najbolje sadržajno određuju faktore, Kaiser-Meyer-Olkin testom ($KMO=,723$) i Bartlettovim testom sfericiteta ($\chi^2_{df66}=809,510; p=,000$) utvrđeno je da su podatci prikladni za faktorizaciju. Nakon provjere pogodnosti učinjena je faktorska analiza metodom glavnih komponenti uz varimax rotaciju uz opciju da se varijable s vrijednostima $<,40$ ne prikazuju. Varijable koje su imale opterećenja na dva ili više faktora isključene su iz faktorske analize kao i oni faktori na koje se pozicioniralo manje od 3 varijable. Temeljem Kaiser-Guttmanovog kriterija (vrijednosti karakterističnog korijena veće od 1), analiza je finalno rezultirala s dva interpretabilna faktora koji objašnjavaju 54,71% varijance. Rezultati faktorske analize prikazani su u Tablici 14.

Tablica 14: Rezultati faktorske analize i prikaz faktora

<u>Da bi i dalje ostali živjeti u vlastitom domu:</u>	<u>Faktor</u>	
	<u>Formalna podrška</u>	<u>Podržavajuća okolina</u>
<u>Potrebna je osigurana priprema i doprema hrane</u>	<u>,769</u>	
<u>Potreban je formalni njegovatelj koji živi u kući</u>	<u>,746</u>	
<u>Potrebna je osoba za pomoć u kući</u>	<u>,734</u>	
<u>Potrebna ZNJUK i usluge u kući uz dnevni/poludnevni boravak</u>	<u>,618</u>	
<u>Potrebna je dostupnost ICT-a</u>		<u>,822</u>
<u>Potreban je organizirani prijevoz (liječniku i dr.)</u>		<u>,647</u>
<u>Potrebno je prilagođeno stanovanje</u>		<u>,614</u>
<u>Mean</u>	<u>2,67</u>	<u>3,89</u>
<u>SD</u>	<u>1,00</u>	<u>,924</u>
<u>Karakteristični korijen</u>	<u>2,613</u>	<u>1,216</u>
<u>% varijance</u>	<u>37,33</u>	<u>17,37</u>
<u>Cronbach α</u>	<u>,721</u>	<u>,520</u>

ZNJUK=Zdravstvena njega u kući; ICT=Informacijska i komunikacijska tehnologija; Mean=srednja vrijednost; SD=Standardna devijacija

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

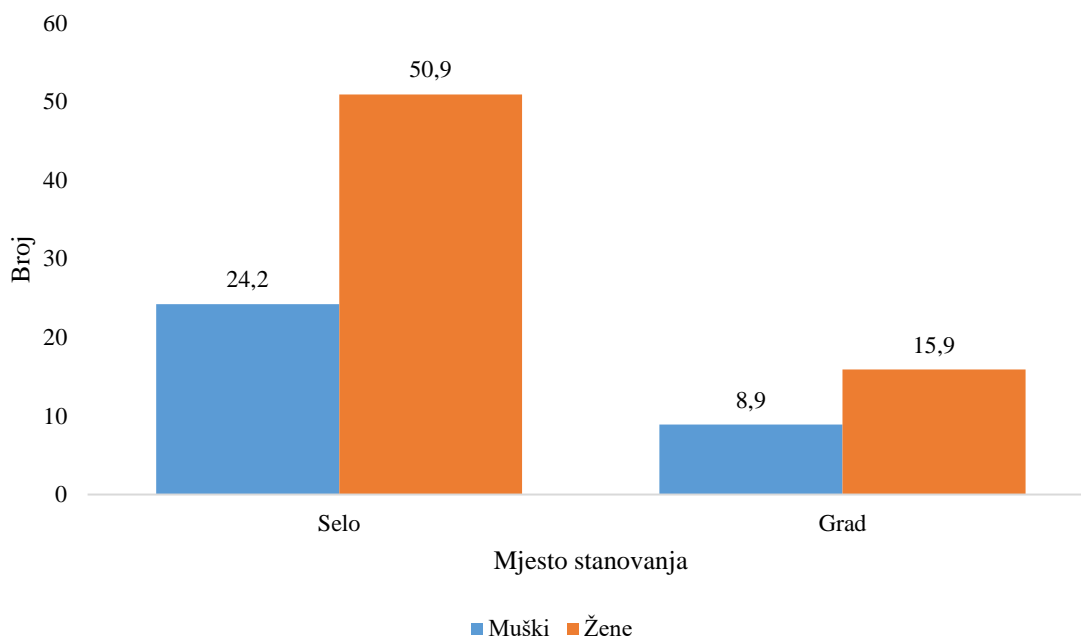
Iz Tablice 14 koja prikazuje dobivene faktore vidimo da su se u prvi faktor imenovan Formalna podrška pozicionirale četiri varijable povezane s uvjetima da ispitanici i dalje ostanu živjeti u vlastitom domu, a odnose se na potrebu osiguravanja pripreme i dopremanja hrane (,769); formalnog njegovatelja koji bi živio s korisnikom u kući (,746); pomoći druge osobe u kući (,734) te usluge zdravstvene njege u kući uz korištenje dnevnog/poludnevnog boravka (,618). Srednja vrijednost faktora je $M=2,67$ ($SD=1,00$). Pouzdanost faktora Formalna podrška izražena koeficijentom Cronbach α iznosi 0,721 te ovaj faktor objašnjava 37,33% varijance.

Na drugi faktor Podržavajuća okolina pozicionirane su tri varijable, a to su dostupnost ICT-a (.822); organizirani prijevoz (.647) i prilagođeno stanovanje (.614). Srednja vrijednost faktora je $M=3,89$ ($SD=,924$). Pouzdanost faktora Podržavajuća okolina izražena Cronbach α koeficijentom je 0,520 te je ovim faktorom objašnjeno 17,37% varijance. Autori Taber (2018, 1278-1279), Tavakol i Dennick (2011, 54) argumentiraju Cronbach α koeficijente kao pouzdanost skala, unutarnju konzistenciju i međusobno pristajanje seta varijabli čija se vrijednost mijenja povećavanjem ili smanjivanjem njihovog broja. Obzirom na vrijednosti Cronbach α faktora dobivenih u ovoj analizi, daljnje usporedbe rađene su i na pojedinačnim varijablama ovih faktora.

4.2 Rezultati anketnog upitnika o općim socio-demografskim podacima ispitanika

U istraživanju je ukupno sudjelovalo 438 ispitanika, a od toga su s udjelom od 33,1% (N=145) bili muški i sa 66,9% (N=293) ženski ispitanici. Raspodjela ispitanika prema spolu i mjestu stanovanja prikazana je postotcima u Grafu 1.

Graf 1: Raspodjela muških i ženskih ispitanika prema mjestu stanovanja

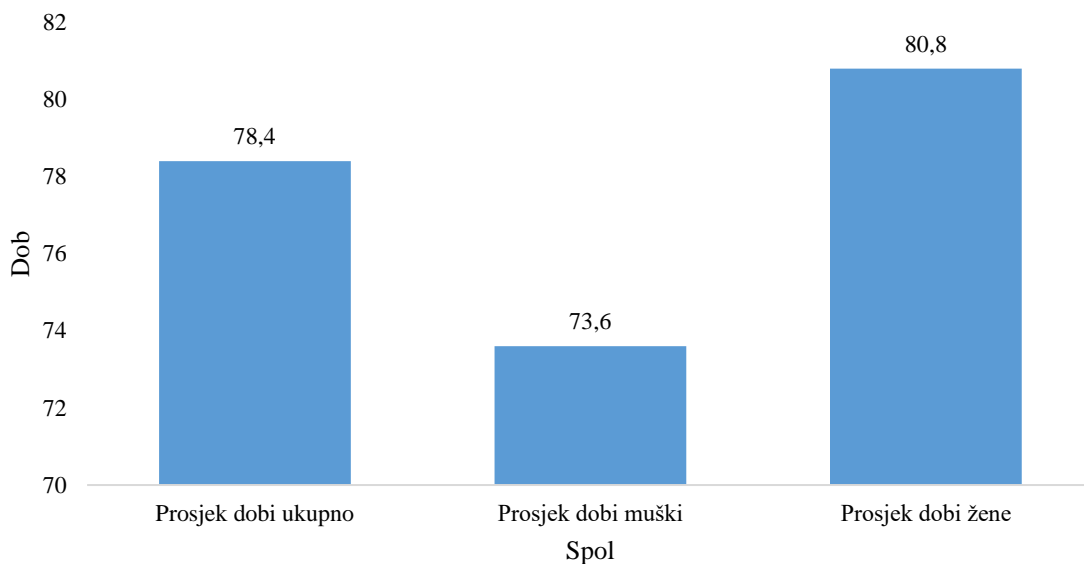


Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Iz Grafa 1 je vidljivo da je više ispitanika bilo iz seoskih sredina. Prema kriteriju mjesta stanovanja njih 75% (N=329) živi na selu, a 25% (N=109) ih živi u gradu. Prema spolu i mjestu stanovanja, iz grada je bilo uključeno 16% (N=70), a iz seoskih sredina 51% (N=223) ženskih ispitanika korisnika zdravstvene njege u kući.

Među podacima ispitanika važna je i njihova kronološka dob ili starost. Prosječna dob ispitanika je 78,4 godine s time da se iz prikupljenih podataka saznaje da najmlađi ima 50, a najstariji 99 godina. Prosječna dob ispitanika u godinama po spolu prikazana je u Grafu 2.

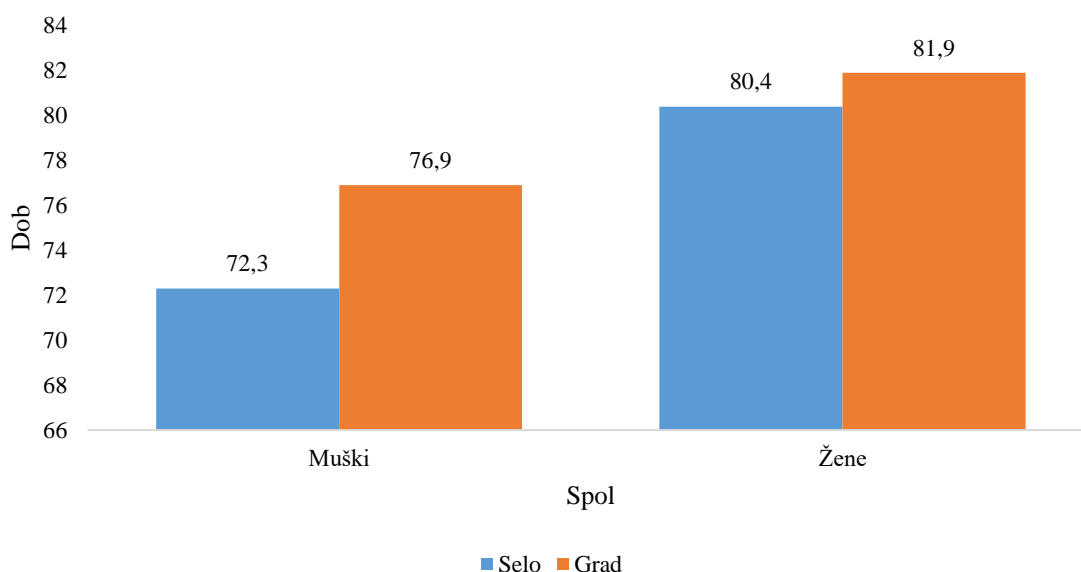
Graf 2: Prosječna dob muških i ženskih ispitanika



Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

U odnosu na prosječnu dob ispitanika u Grafu 2 je vidljivo da su muški ispitanici prosječno mlađi ($M=73,6$ godine) dok je prosječna dob žena ($M=80,8$) viša od prosjeka za uzorak. Na razini statističke značajnosti ($p<0,001$) utvrđeno je da su muški ispitanici, korisnici zdravstvene njege značajno mlađi od ženskih. Navedeni podaci upućuju na zaključak da muškarci ranije u odnosu na žene počinju koristiti usluge zdravstvene njege u kući. Dob ispitanika prema mjestu stanovanja prikazana je u Grafu 3.

Graf 3: Prosječna dob muških i ženskih ispitanika prema mjestu stanovanja



Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

S obzirom na dob ispitanika sa sela i iz grada prikazanih kroz prosječnu dob ($M=Mean$) u Grafu 3, utvrđeno je da su muški i ženski ispitanici sa sela prosječno mlađi od onih iz gradskih sredina. Usporedbom ispitanika prema prosječnoj dobi, spolu i mjestu stanovanja utvrđene su značajne razlike u smislu da su muški ispitanici, korisnici zdravstvene njege u kući koji žive u seoskim sredinama značajno mlađi ($p<0,05$; $M=72,3$) u odnosu na one koji žive u gradu. Također su sveukupno ispitanici sa sela značajno ($p<0,05$) mlađi ($M=77,8$ godina) od ispitanika koji žive u gradu ($M=80,2$ godine).

U istraživanju su sudjelovali ispitanici s različitim stupnjem obrazovanja, a njihova raspodjela i udjel prikazana je u odnosu na mjesto stanovanja (Tablica 15) i spol (Tablica 16).

Tablica 15: Raspodjela ispitanika prema stupnju obrazovanja i mjestu stanovanja

Razina stečenog obrazovanja	Žive u selu		Žive u gradu	
	N	%	N	%
Nedovršena osnovna škola	106	32,2	6	5,5
Dovršena osnovna škola	130	39,5	41	37,6
Srednja škola	85	25,8	36	33,0
Viša i visoka školska sprema (bacc., mag., dr.)	8	2,4	26	23,9
Ukupno	329	100,0	109	100,0

N=broj; %=postotak

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Iz Tablice 15 je vidljivo da u skupini onih koji žive u seoskom području svaki treći ispitanik njih 32,2% (N=106) nije dovršio obvezno obrazovanje, odnosno osnovnu školu te u toj skupini ima i najmanje onih sa završenim visokoškolskim obrazovanjem 2,4% (N=8). U skupini onih koji žive u gradu ima najmanje onih koji nemaju završenu ni najnižu razinu obrazovanja 5,5% (N=6), odnosno osnovnu školu. U obje skupine najveći udjel čine ispitanici koji imaju završenu samo osnovnu školu.

Tablica 16: Raspodjela ispitanika prema spolu i stupnju obrazovanja

Razina stečenog obrazovanja	Muški		Žene	
	N	%	N	%
Nedovršena osnovna škola	14	9,7	98	33,4
Dovršena osnovna škola	44	30,3	127	43,3
Srednja škola	75	51,7	46	15,7
Viša i visoka školska sprema (bacc., mag., dr.)	12	8,3	22	7,5
Ukupno	145	100,0	293	100,0

N=broj; %=postotak

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Prema kriteriju stečenog stupnja obrazovanja rezultati iz Tablice 16 otkrivaju da veći postotak ženskih ispitanika 33,4% (N=98) nema dovršenu osnovnu školu te da u većem postotku 43,3% (N=127) imaju završenu samo osnovnu školu. S druge strane, muški

ispitanici s 51,7% (N=75) čine veći udjel onih koji imaju završeno srednjoškolsko obrazovanje. Statističkom analizom ($\chi^2_{df3}=71,311$; $p<0,001$) utvrđeno je da su te razlike značajne.

Nadalje su prikazani podaci o socijalnom okruženju svih ispitanika i strukturi obitelji u kojoj žive. Struktura obitelji ispitanika prema mjestu njihovog stanovanja prikazana je u Tablici 17.

Tablica 17: Raspodjela ispitanika prema strukturi obitelji i mjestu stanovanja

Obiteljska struktura	Žive u selu		Žive u gradu	
	N	%	N	%
Živi sam	59	17,9	28	25,7
Živi s bračnim ili životnim partnerom	69	21,0	28	25,7
Živi s djecom	140	42,6	40	36,7
Živi s djecom i unucima/praunucima	61	18,5	13	11,9
Ukupno	329	100,0	109	100,0

N=broj; %=postotak

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

U odnosu na mjesto stanovanja korisnika zdravstvene njege u kući i ispitanika ovog istraživanja (Tablica 17) utvrđeno je da najviše njih u seoskim 42,6% (N=140) i gradskim 36,7% (N=40) sredinama živi s djecom, a da je u skupini iz grada veći postotak, odnosno 25,7% (N=28) onih koji žive sami nego onih iz seoskih sredina. Također, u proširenoj obiteljskoj zajednici s djecom i unucima ima više 18,5% (N=61) onih sa sela nego sudionika koji žive u gradu. Statističkom analizom nisu utvrđene značajne razlike u odnosu na strukturu obitelji i mjesto stanovanja ispitanika.

Rezultati s obzirom na strukturu obitelji prikazani su i prema spolu ispitanika u Tablici 18.

Tablica 18: Raspodjela ispitanika prema spolu i strukturi obitelji

Obiteljska struktura	Muški		Žene	
	N	%	N	%
Živi sam	24	16,6	63	21,5
Živi s bračnim ili životnim partnerom	53	36,6	44	15,0
Živi s djecom	51	35,2	129	44,0
Živi s djecom i unucima/prauucima	17	11,7	57	19,5
Ukupno	145	100,0	293	100,0

N=broj; %=postotak

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Iz Tablice 18 vidljivo je da najviše muških 36,6% (N=53) živi s bračnim ili životnim partnerom, a najviše ženskih ispitanika 44,0% (N=129) s djecom. Također je u usporedbi s muškim ispitanicima veći postotak 21,5% (N=63) žena koje žive potpuno same. Statističkom analizom utvrđeno je da značajno ($\chi^2_{df3}=26,789; p<0,001$) manje muških živi s djecom.

Daljnja analiza distribucije prema strukturi obitelji i dobi ispitanika prikazana je u Tablici 19 pri čemu su ispitanici razvrstani u dobne skupine.

Tablica 19: Raspodjela ispitanika prema dobi i strukturi obitelji

Dobna skupina ispitanika	Struktura obitelji				Ukupno
	Živi sam	Bračni drug ili životni partner	Živi s djecom	Živi s djecom i unucima/prauucima	
50 do 59 godina	5	9	10	2	26
60 do 64 godina	4	4	6	2	16
65 do 69 godina	5	16	7	4	32
70 do 74 godina	11	23	12	13	59
75 do 79 godina	13	17	33	9	72
80 do 84 godina	23	18	40	21	102
85 i više godina	26	10	72	23	131
Ukupno	87	97	180	74	438

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

U Tablici 19 je prikazana podjela ispitanika prema dobnim skupinama i u kakvim uvjetima obiteljskog okruženja žive. Ukupno najviše ispitanika živi s njihovom djecom, a među njima oni koji imaju 85 ili više godina. Isto tako, u skupini 87 onih koji žive potpuno sami, najviše je njih u najstarijoj dobnj skupini (N=26). U suživotu sa supružnikom ili bračnim partnerom ukupno živi 97 ispitanika. Primijenjenim Hi kvadrat testom utvrđeno je da na razini značajnosti ($\chi^2_{df18}=55,369$; $p<0,001$) u odnosu na strukturu obitelji i dob ispitanika postoje značajne razlike.

Ispitanici žive s različitim materijalnim primanjima. U Tablici 20 su prikazana primanja ispitanika s obzirom na njihovo mjesto stanovanja.

Tablica 20: Raspodjela ispitanika prema mjesečnim primanjima i mjestu stanovanja

Iznos primanja izražen u kunama i eurima	Žive u selu		Žive u gradu	
	N	%	N	%
Nema dohodaka	5	1,5	2	1,8
Do 1.000 kuna ili 132,72 eura	28	8,5	1	,9
1.000 – 2.000 kuna ili 132,72 – 265,44 eura	140	42,6	21	19,3
2.000 – 3.000 kuna ili 265,44 – 398,16 eura	104	31,6	48	44,0
3.000 – 4.000 kuna ili 398,16 – 530,89 eura	36	10,9	21	19,3
4.000 – 5.000 kuna ili 530,89 – 663,61 euro	10	3,0	12	11,0
>5.000 kuna ili 663,61 euro	6	1,8	4	3,7
Ukupno	329	100,0	109	100,0

N=broj; %=postotak

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Tablica 20 prikazuje da u skupini onih koji su iz seoskih područja najviše njih 42,6% (N=140) ima mjesečna primanja između 1.000 i 2.000 kuna ili 132,72 – 265,44 eura, a u skupini onih koji žive u gradu najveći udjel 44,0% (N=48) ima primanja od 3.000 – 4.000 kuna ili 398,16 – 530,89 eura. Iako minimalno zastupljeni, u obje skupine ima podjednako starih koji nemaju vlastitih prihoda. Sveukupno ispitanici iz grada imaju veća primanja nego ispitanici sa sela.

U daljnjoj analizi u Tablici 21 prikazani su podaci o mjesečnim primanjima u odnosu na spol ispitanika.

Tablica 21: Raspodjela ispitanika prema spolu i mjesečnim primanjima

Iznos primanja izražen u kunama i eurima	Muški		Žene	
	N	%	N	%
Nema dohodaka	1	,7	6	2,0
Do 1.000 kuna ili 132,72 eura	5	3,4	24	8,2
1.000 – 2.000 kuna ili 132,72 – 265,44 eura	39	26,9	122	41,6
2.000 – 3.000 kuna ili 265,44 – 398,16 eura	51	35,2	101	34,5
3.000 – 4.000 kuna ili 398,16 – 530,89 eura	29	20,0	28	9,6
4.000 – 5.000 kuna ili 530,89 – 663,61 euro	16	11,0	6	2,0
>5.000 kuna ili 663,61 euro	4	2,8	6	2,0
Ukupno	145	100,0	293	100,0

N=broj; %=postotak

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Rezultati u Tablici 21 otkrivaju da žene imaju niža primanja u usporedbi s muškim ispitanicima. Te razlike između muških i ženskih ispitanika su statistički značajne ($\chi^2_{df6}=34,104$; $p<0,001$). Više ispitanica 41,6% (N=122) ima primanja 1.000 – 2.000 kuna ili 132,72 – 265,44 eura. Po primanjima je izjednačeno 35,2% (N=51) muških i 34,5% (N=101) ženskih koji mjesečno imaju dohodak 2.000 – 3.000 kuna ili 265,44 – 398,16 eura dok istovremeno ima ukupno više muških 33,8% (N=49) s 3.000 kuna ili 398,16 eura i više.

4.3 Rezultati anketnog upitnika o zdravstvenim teškoćama i korištenju zdravstvene njege i usluga u kući

U ovom podpoglavlju predstavljeni su rezultati o prevalenciji zdravstvenih teškoća ispitanika, o udjelu onih koji primaju neki oblik pomoći u svakodnevnim aktivnostima, korisnika zajamčene minimalne naknade i o socijalnim uslugama koje ispitanici i korisnici zdravstvene njege u kući ostvaruju. Od socijalnih prava 51,6% (N=225) ispitanika koristi

pravo na pomoć i njegu. Distribucija korisnika koji ostvaruju pravo na pomoć i njegu u odnosu na mjesto stanovanja prikazana je u Tablici 22, a u odnosu na spol u Tablici 23.

Tablica 22: Podaci o korištenju prava na pomoć i njegu prema mjestu stanovanja

Koristi pravo na pomoć i njegu	Žive na selu		Žive u gradu	
	N	%	N	%
Da	160	48,9	65	59,6
Ne	167	51,1	44	40,4
Ukupno	327	100,0	109	100,0

N=broj; %=postotak

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Podaci iz Tablice 22 otkrivaju da ispitanici koji žive u gradu u većem omjeru s 59,6% (N=65) ostvaruju i koriste pravo na pomoć i njegu.

Tablica 23: Podaci o korištenju prava na pomoć i njegu prema spolu

Koristi pravo na pomoć i njegu	Muški		Žene	
	N	%	N	%
Da	70	48,3	155	53,1
Ne	74	51,0	137	46,9
Ukupno	144	99,3	292	100,0

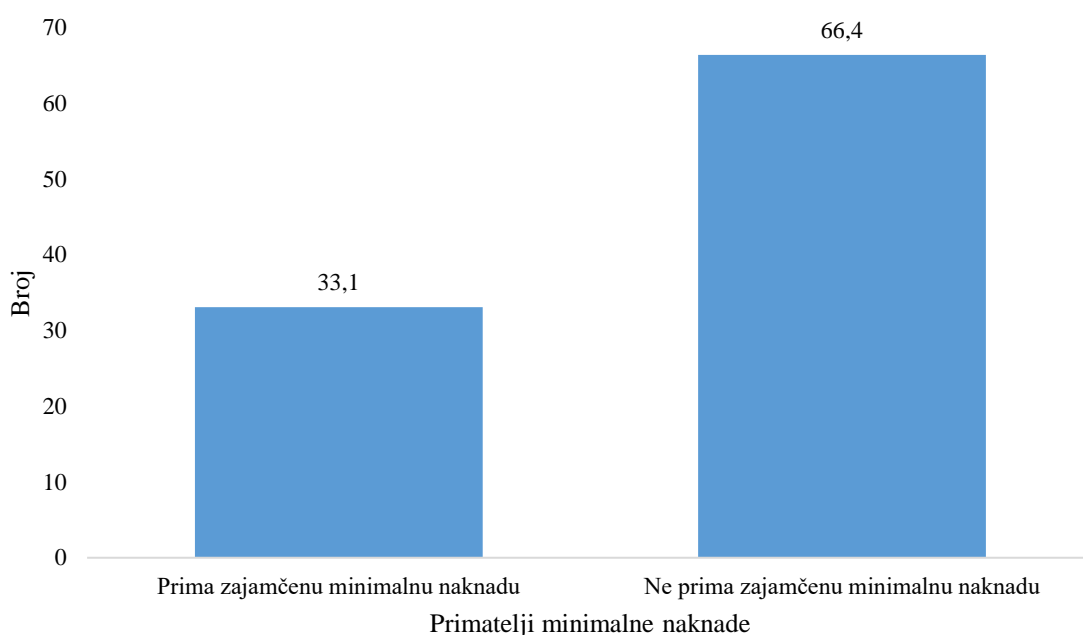
N=broj; %=postotak

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

U Tablici 23 su prikazani podaci o korištenju prava na pomoć i njegu obzirom na spol. Vidljivo je da ovo pravo koristi više ženskih ispitanika 53,1% (N=155).

Od ostalih prava iz sustava socijalne skrbi ispitano je primanje minimalne novčane naknade. Distribucija korištenja socijalnog prava na primanje zajamčene minimalne naknade prikazana je u Grafu 4.

Graf 4: Distribucija korisnika zajamčene minimalne naknade



Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

U Grafu 4 prikazan je udjel od 33,1% (N=145) korisnika zajamčene minimalne naknade. Statističkom analizom udjela korisnika zajamčene minimalne naknade potvrđena je značajna razlika ($\chi^2_{df1}=48,890$; $p<0,001$) s većim udjelom od 66,4% (N=291) onih koji tu naknadu ne primaju.

Podaci o korištenju minimalne naknade s obzirom na spol prikazani su u Tablici 24, a s obzirom na mjesto stanovanja u Tablici 25.

Tablica 24: Podaci o korištenju zajamčene minimalne naknade prema spolu

Koristi zajamčenu minimalnu naknadu	Muški		Žene	
	N	%	N	%
Da	44	30,3	101	34,6
Ne	100	69,0	191	65,4
Ukupno	144	99,3	292	100,0

N=broj; %=postotak

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Podaci iz Tablice 24 pokazuju da muški i ženski ispitanici, korisnici zdravstvene njege u kući podjednako ostvaruju pravo na korištenje zajamčene minimalne naknade, odnosno većina je ne koristi.

Tablica 25: Podaci o korištenju zajamčene minimalne naknade i mjestu stanovanja

Koristi zajamčenu minimalnu naknadu	Žive u selu		Žive u gradu	
	N	%	N	%
Da	112	34,3	33	30,3
Ne	215	65,7	76	69,7
Ukupno	327	100,0	109	100,0

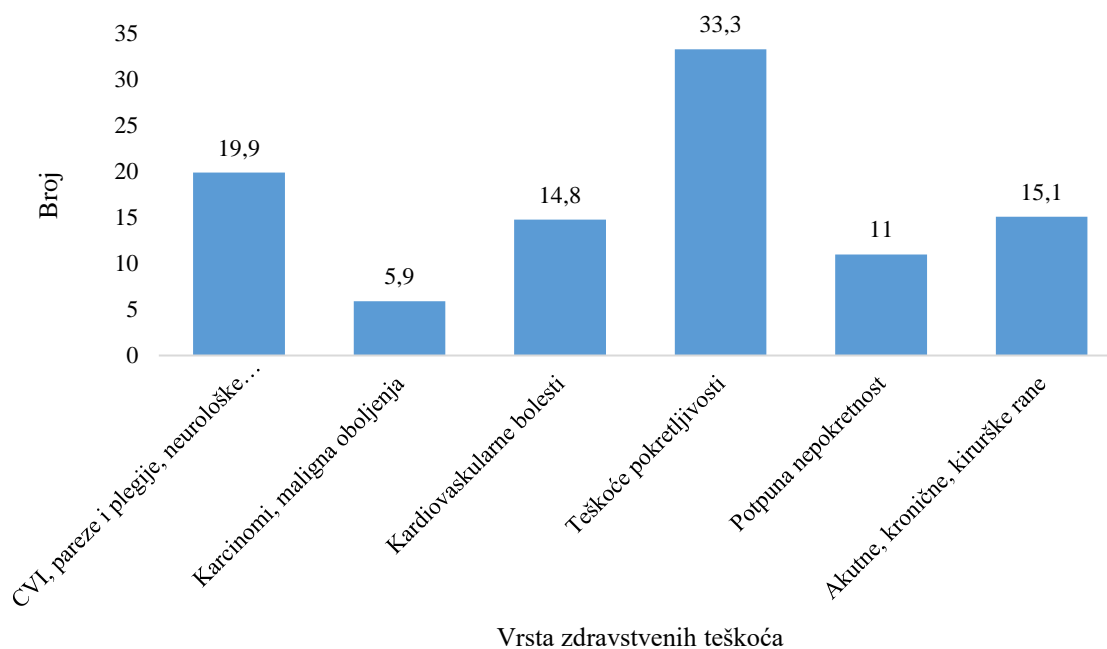
N=broj; %=postotak

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Prema podacima iz Tablice 25 u odnosu na mjesto stanovanja, ispitanici, korisnici zdravstvene njege u kući podjednako u većem dijelu ne koriste zajamčenu minimalnu naknadu.

U narednom Grafu 5 prikazana je distribucija zdravstvenih teškoća ispitanika, korisnika zdravstvene njege u kući.

Graf 5: Distribucija ispitanika s obzirom na zdravstvene teškoće



CVI=Cerebrovaskularni inzult

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Iz Grafa 5 je vidljivo da najveći udjel u uzorku čine ispitanici koji imaju teškoće pokretljivosti povezane s lokomotornim ograničenjima 33,3% (N=146), a potpuno nepokretnih je 11% (N=48) ispitanika. Statističkom analizom utvrđeno je da značajno najmanje ($\chi^2_{df5}=116,055$ $p<0,001$) ima onih s karcinomima ili malignim oboljenjima 6% (N=26).

Raspodjela zdravstvenih teškoća ispitanika prikazana je u Tablici 26, a zasebno prikazana za ispitanike koji žive u selu i ispitanike koji žive u gradu.

Tablica 26: Podaci o zdravstvenim teškoćama i mjestu stanovanja

Zdravstvene teškoće	Žive u selu		Žive u gradu	
	N	%	N	%
CVI, pareze i hemiplegije, neurološke	61	18,5	26	23,9
Karcinom	23	7,0	3	2,8
Kardiovaskularne bolesti	46	14,0	19	17,4
Teškoće pokretljivosti	110	33,4	36	33,0
Nepokretan	33	10,0	15	13,8
Akutne, kronične i kirurške rane	56	17,0	10	9,2
Ukupno	329	100,0	109	100,0

CVI=Cerebrovaskularni inzult; N=broj; %=postotak

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Podaci iz Tablice 26 prikazuju da ispitanici u seoskim i gradskim područjima imaju najviše teškoća u pokretljivosti s 33,3% (N=146), a nakon toga su po učestalosti u obje skupine prisutne neurološke smetnje i teškoće. Raspodjela zdravstvenih teškoća učinjena je i prema kriteriju spola ispitanika te prikazana u Tablici 27.

Tablica 27: Podaci o zdravstvenim teškoćama i spolu

Zdravstvene teškoće	Muški		Žene	
	N	%	N	%
CVI, pareze i hemiplegije, neurološke	49	33,8	38	13,0
Karcinom	8	5,5	18	6,1
Kardiovaskularne bolesti	20	13,8	45	15,4
Teškoće pokretljivosti	34	23,4	112	38,2
Nepokretan	8	5,5	40	13,7
Akutne, kronične i kirurške rane	26	17,9	40	13,7
Ukupno	145	100,0	293	100,0

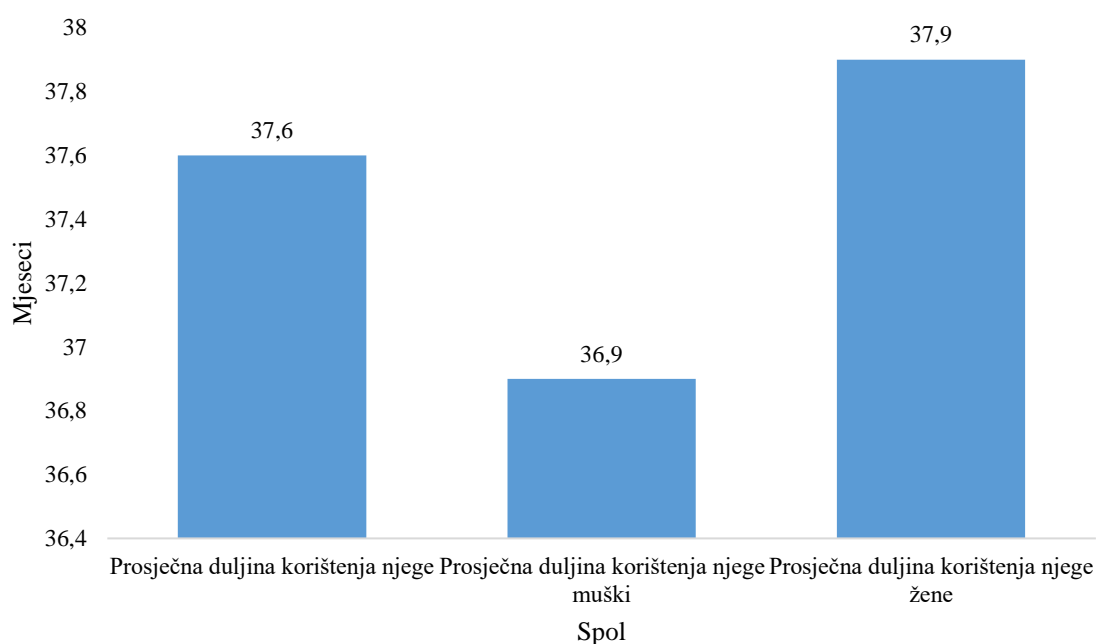
CVI=Cerebrovaskularni inzult; N=broj; %=postotak

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Iz Tablice 27 je vidljivo da najveći postotak zdravstvenih teškoća zauzimaju teškoće pokretljivosti u skupini ženskih ispitanika 38,2% (N=112) među kojima ima i više nepokretnih 13,7% (N=40) u odnosu na muške. U skupini muških ispitanika najviše 33,8% (N=49) zauzimaju neurološke smetnje i teškoće, cerebrovaskularni inzult, pareze i plegije.

Ispitanici u ovom istraživanju su korisnici zdravstvene njege u kući. Prosječna duljina korištenja njege u kući je 37,6 mjeseci, odnosno nešto više od 3 godine. Najkraće korištenje je 1 mjesec, a najduže 30 godina. Duljina trajanja njege u mjesecima kod muških i ženskih ispitanika prikazana je Grafom 6.

Graf 6: Prikaz prosječne duljine korištenja zdravstvene njege prema spolu



Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Iz Grafa 6 uočljivi su omjeri prosječne duljine korištenja zdravstvene njege u kući u mjesecima. U usporedbi prema spolu, muški koriste zdravstvenu njegu prosječno kraće od žena koje su korisnici zdravstvene njege prosječno dulje. Usporedba duljine korištenja zdravstvene njege prema spolu učinjena je Mann-Whitney U testom i prikazana u Tablici 28.

Tablica 28: Rezultati Mann-Whitney U testa usporedbe ispitanika s obzirom na spol i duljinu korištenja zdravstvene njege u kući

	Spol ispitanika	N	Srednji rang	Suma ranga	p*
Duljina korištenja zdravstvene njege u kući	Muški	145	220,44	31964,50	,912
	Ženski	293	219,03	64176,50	

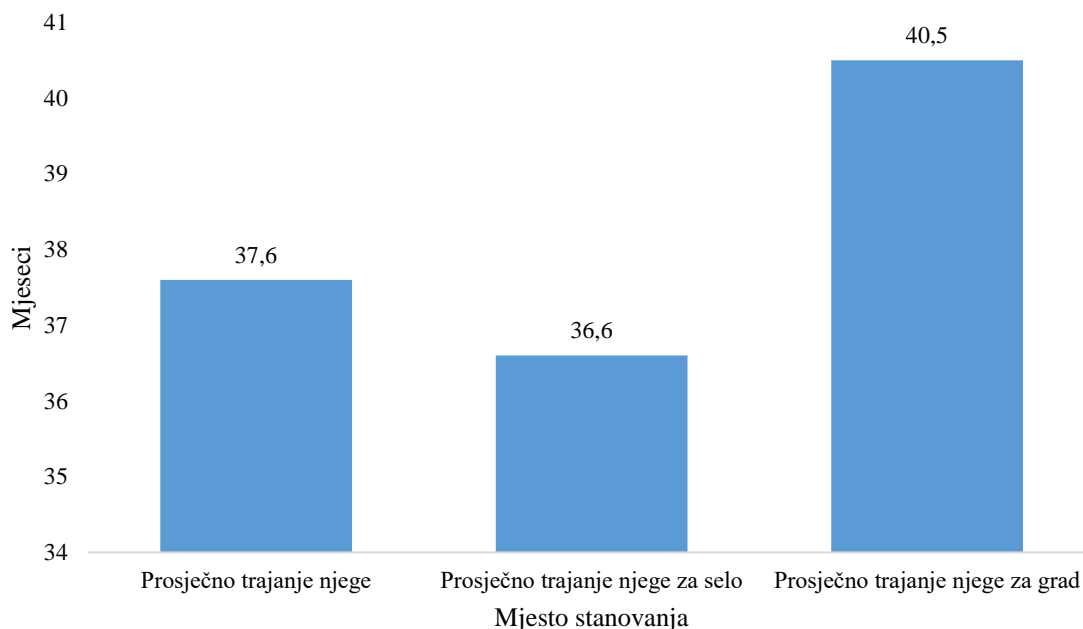
*Mann-Whitney U test, $p < 0,05$; N=broj

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Rezultati usporedbe iz Tablice 28 pokazuju da nema statistički značajne razlike ($p > 0,05$) u duljini korištenja zdravstvene njege u kući s obzirom na spol ispitanika.

Usluge zdravstvene njege u kući provode se neovisno o seoskim ili gradskim područjima. Učinjena je analiza duljine korištenja zdravstvene njege u kući prema mjestu stanovanja i prikazana u Grafu 7. Vremenska jedinica su mjeseci.

Graf 7: Prosječno trajanje zdravstvene njege prema mjestu stanovanja



Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Iz Grafa 7 je razvidno da ispitanici sa sela koriste njegu prosječno kraće (36,6) mjeseci u usporedbi s ispitanicima iz grada koji njegu koriste prosječno 40,5 mjeseci. Usporedba duljine korištenja zdravstvene njege prema mjestu stanovanja učinjena je Mann-Whitney U testom i prikazana u Tablici 29.

Tablica 29: Rezultati Mann-Whitney U testa usporedbe ispitanika s obzirom na mjesto stanovanja i duljinu korištenja zdravstvene njege u kući

	Mjesto stanovanja	N	Srednji rang	Suma ranga	p*
Duljina korištenja zdravstvene njege u kući	Selo	329	219,97	72369,00	,893
	Grad	109	218,09	23772,00	

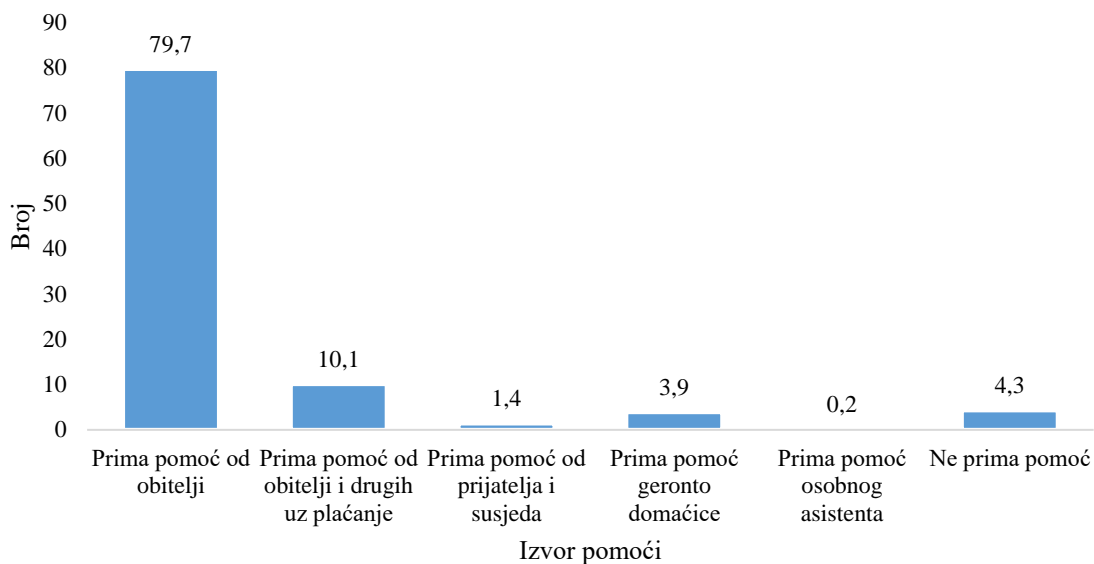
*Mann-Whitney U test, $p < 0,05$; N=broj

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Rezultati usporedbe iz Tablice 29 pokazuju da nema statistički značajne razlike ($p > 0,05$) u s obzirom na mjesto stanovanja u trajanju korištenja zdravstvene njege u kući.

Ispitanici, korisnici usluga zdravstvene njege u kući primaju pomoć od članova obitelji i drugih važnih osoba u njihovom životu. Distribucija pomoći prikazana je u postotcima Grafom 8.

Graf 8: Distribucija korištenja pomoći u svakodnevnim aktivnostima



Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Iz Grafa 8 vidljivo je da pomoć u svakodnevnim aktivnostima najviše ispitanika s udjelom od 79,7% (N=349) prima od obitelji, a istovremeno uz obitelj dodatnih 10,1% (N=44) ispitanika ima usluge uz plaćanje. Manji udjel od 4,3% (N=19) čine ispitanici koji ne primaju pomoć u svakodnevnim aktivnostima. Podaci o primanju pomoći u odnosu na mjesto stanovanja prikazani su u Tablici 30.

Tablica 30: Podaci o primanju pomoći u svakodnevnim aktivnostima i mjestu stanovanja

Primanje pomoći u svakodnevnim aktivnostima	Žive u selu		Žive u gradu	
	N	%	N	%
Prima pomoć od obitelji	266	81,3	83	76,1
Prima pomoć od obitelji i drugih uz plaćanje	30	9,2	14	12,8
Prima pomoć od prijatelja i susjeda	4	1,2	2	1,8
Ne prima/nema ničiju pomoć	17	5,2	2	1,8
Prima pomoć gerontodomačice	10	3,1	7	6,4
Pomoć osobnog asistenta	0	0	1	,9
Ukupno	327	100,0	109	100,0

N=broj; %=postotak

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Podaci iz Tablice 30 pokazuju da u nešto većem omjeru 81,3% (N=266) pomoć od obitelji primaju oni koji žive u seoskim sredinama, a istovremeno u toj skupini ima i više 5,2% (N=17) koji nemaju pomoć od nikoga. Za ispitanike iz gradskih područja vidljivo je da više njih 12,8% (N=14) uz obitelj ima i podršku prijatelja te njih više 6,4% (N=7) prima pomoć gerontodomačice.

U odnosu na spol ispitanika, podaci o primanju pomoći u svakodnevnim aktivnostima prikazani su u Tablici 31.

Tablica 31: Podaci o primanju pomoći u svakodnevnim aktivnostima i spolu ispitanika

Primanje pomoći u svakodnevnim aktivnostima	Muški		Žene		p*
	N	%	N	%	
Prima pomoć od obitelji	116	80,0	233	80,1	,097
Prima pomoć od obitelji i drugih uz plaćanje	13	9,0	31	10,7	
Prima pomoć od prijatelja i susjeda	5	3,4	1	,3	
Ne prima/nema ničiju pomoć	4	2,8	15	5,2	
Prima pomoć gerontodomačice	7	4,8	10	3,4	
Pomoć osobnog asistenta	0	0	1	,3	
Ukupno	145	100,0	291	100,0	

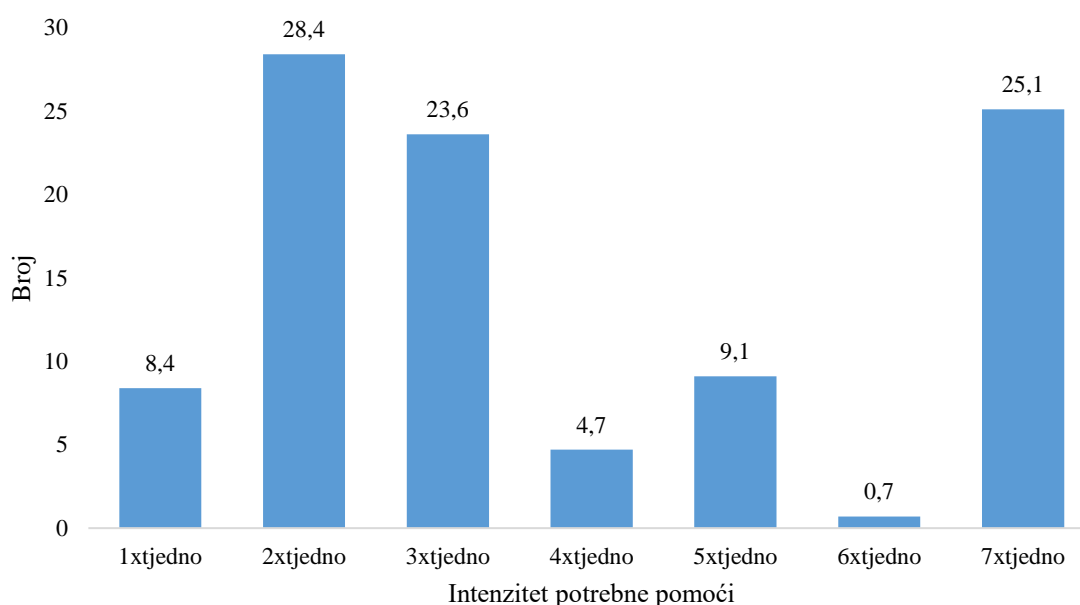
*Hi-kvadrat; $p < 0,05$; N=broj; %=postotak

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Podaci iz Tablice 31 pokazuju da ispitanici oba spola jednako primaju pomoć od njihovih obitelji. Što se tiče muških, njih 3,4% (N=5) potvrđuje da primaju pomoć od prijatelja i susjeda. Ispitanice gotovo da pomoć prijatelja niti ne primaju 0,3% (N=1) i ima ih 5,2% (N=15) da nemaju pomoć od nikoga. Značajnost testa usporedne analize veća je od 5% ($p > 0,05$) pa se potvrđuje da nema značajnih razlika u odgovorima.

O procjeni potreba za pomoći druge osobe u kući, odgovorilo je 62,8% (N=275) ispitanika u istraživanju. Njihova raspodjela prikazana je u Grafu 9.

Graf 9: Distribucija procjene potrebnog intenziteta pomoći u kući



Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Raspodjela ispitanika prikazana u Grafu 9 otkriva da svaki četvrti, odnosno njih 25,1% (N=39) treba svakodnevnu pomoć druge osobe u kući. Povremenu pomoć u kući na tjednoj razini, odnosno dva puta tjedno treba 28,4% (N=78) i tri puta 23,6% (N=65) ispitanika.

Osim zdravstvenih potreba, stari trebaju povremenu ili stalnu pomoć u nekim aktivnostima svakodnevnog života, a rezultati su prikazani u Tablici 32.

Tablica 32: Raspodjela odgovora o aktivnostima u kojima je potrebna pomoć

Aktivnosti u kojima treba pomoć	N	%
Kućanski poslovi (pranje, peglanje, kuhanje)	218	74,4
Posjet liječniku i nabava lijekova	32	10,9
Pomoć u osobnoj higijeni	42	14,3
Socijalizacija i druženje	1	,3
Ukupno	293	100,0

N=broj; %=postotak

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Na pitanje u kojim aktivnostima trebaju pomoć odgovorilo je 70% (N=293) ispitanika. U toj skupini dobivenih odgovora, 74,4% (N=218) navode kućanske poslove i one oko kuće, zatim

pomoć u nabavi namirnica i nabavi lijekova treba 11% (N=32) ispitanika, dok pomoć u provođenju osobne higijene treba 14,3% (N=42).

Na pitanje o potrebnom intenzitetu pomoći u kući nije odgovorilo 57 od 145 muških ispitanika, a to je u skupini muških udjel od 39,3% dok u skupini ženskih ispitanika na ovo pitanje nije dalo odgovor 106 od 293 ispitanica što čini udjel od 36,2%. Podaci o procjeni potrebnog intenziteta pomoći u kući prema kriteriju spola prikazani su u Tablici 33.

Tablica 33: Raspodjela ispitanika prema spolu, procjeni potrebnog intenziteta pomoći u kući i testiranje razlika

Frekvencija potrebne pomoći tjedno	Muški		Žene		p*
	N	%	N	%	
Jedan puta tjedno	10	11,4	13	7,0	,563
Dva puta tjedno	25	28,4	53	28,3	
Tri puta tjedno	19	21,6	46	24,6	
Četiri puta tjedno	3	3,4	10	5,3	
Pet puta tjedno	10	11,4	15	8,0	
Šest puta tjedno	1	1,1	1	,5	
Svaki dan ili sedam puta tjedno	20	22,7	49	26,2	
Ukupno	88	100,0	187	100,0	

*Hi-kvadrat; $p < 0,05$; N=broj; %=postotak

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Podaci prikazani u Tablici 33 otkrivaju da 11,4% (N=10) muških ispitanika procjenjuje da mu je pomoć potrebna samo jednom tjedno, a njih 22,7% (N=20) procjenjuje da im je pomoć potrebna svakodnevno. Ženski ispitanici najviše procjenjuju potrebu za pomoći u kući dva puta tjedno 28,3% (N=53), a zatim po odabiru svakodnevnu pomoć u kući 26,2% (N=49). Usporedbom ispitanika prema kriteriju spola nije utvrđena povezanost spola i procjene potrebnog intenziteta pomoći u kući, odnosno ženski i muški ispitanici podjednako odabiru intenzitet potrebne pomoći u kući.

U skupini ispitanika sa seoskih područja o procjeni potrebnog intenziteta pomoći u kući nije odgovorilo 119 od 329 ispitanika što je udjel od 36,2%, a iz gradskih područja o toj procjeni nije odgovorilo 44 od 109 sudionika što čini udjel od 40,4%. Podaci o procjeni potrebnog intenziteta pomoći u kući prema mjestu stanovanja i statistička analiza prikazani su u Tablici 34.

Tablica 34: Raspodjela ispitanika prema procjeni potrebnog intenziteta pomoći u kući, mjestu stanovanja i testiranje razlika

Frekvencija potrebne pomoći tjedno	Žive u selu		Žive u gradu		p*
	N	%	N	%	
Jedan puta tjedno	19	9,0	4	6,2	,049
Dva puta tjedno	68	32,4	10	15,4	
Tri puta tjedno	48	22,9	17	26,2	
Četiri puta tjedno	11	5,2	2	3,1	
Pet puta tjedno	17	8,1	8	12,3	
Šest puta tjedno	2	1,0	0	0	
Svaki dan ili sedam puta tjedno	45	21,4	24	36,9	
Ukupno	210	100,0	65	100,0	

*Hi-kvadrat; $p < 0,05$; N=broj; %=postotak

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Iz Tablice 34 vidljivo je da među onima koji su se izjasnili o potrebnom intenzitetu najviše ima onih iz seoskih područja koji procjenjuju da im pomoć treba dva puta tjedno 32,4% (N=68), a približno svaki peti ispitanik iz seoskih njih 21,4% (N=45) i svaki treći iz gradskih 36,9% (N=24) područja trebaju svakodnevnu pomoć. Statističkom analizom utvrđeno je da postoji značajna razlika u odnosu na mjesto stanovanja i procjenu potrebnog intenziteta pomoći u kući. Ispitanici koji žive na selu trebaju pomoć druge osobe u kući značajno više ($p < 0,05$) u usporedbi s ispitanicima koji žive u gradu. Navedeno je vidljivo u odnosu na primjerice kontinuirane ograničene pomoći u frekvenciji dva ili tri puta tjedno kao i u potrebi za svakodnevnom pomoći.

Uz ostvarenu i očekivanu pomoć u kući, ispitanici su i korisnici formalne usluge zdravstvene njege u kući. Distribucija frekvencije i vrste postupaka na tjednoj razini prikazana je u Tablici 35.

Tablica 35: Distribucija trenutnog broja i usluga zdravstvene njege na tjednoj razini

DTP/tjedno	N (%)					Σ
	1x	2x	3x	4x	5x	
Njega 1	137 (31,3)	45 (10,3)	19 (4,3)	2 (0,5)	0	203 (46,3)
Njega 2	64 (14,6)	71 (16,2)	53 (12,1)	1 (0,2)	13 (3,0)	202 (46,1)
Njega 3	0	2 (0,5)	2 (0,5)	0	0	4 (0,9)
Njega 4	0	1 (0,2)	1 (0,2)	0	1 (0,2)	3 (0,7)
Njega 5	1 (0,2)	1 (0,2)	0	0	0	2 (0,5)
Njega 6	6 (1,4)	28 (6,4)	12 (2,7)	0	0	46 (10,5)
Njega 7	0	5 (1,1)	18 (4,1)	1 (0,2)	1 (0,2)	25 (5,7)
Njega 8	0	0	0	0	0	0

DTP=Dijagnostičko-terapijski postupak; N=broj; %=postotak; Σ=ukupno

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Prema dobivenim podacima prikazanih u Tablici 35, vidljivo je da ukupno najviše ispitanika 46,3% (N=203) ostvaruje uslugu zdravstvene njege i dijagnostičko-terapijskog postupka DTP Njega 1, a najviše jednom tjedno njih 31,3% (N=137). Usluge zdravstvene njege DTP Njega 2 sveukupno koristi 46,1% (N=202) ispitanika, a među njima najčešće jednom tjedno 14,6% (N=64), dva puta tjedno 16,2% (N=71) i tri puta tjedno 12,1% (N=53). Zdravstvenu njegu DTP Njega 3 koristilo je 1% (N=4) ispitanika, a njegu DTP Njega 4 koristilo je 0,7% (N=3) ispitanika. Zdravstvena njega DTP Njega 6 obuhvaća prijevoj rana 1. i 2. stupnja i tu je uslugu koristilo ukupno 10,5% (N=46) ispitanika, a njegu DTP Njega 7 prijevoj rana 3. i 4. stupnja je koristilo 5,7% (N=25) ispitanika. Važno je da korisnici primaju različite kombinacije dijagnostičko-terapijskih postupaka na tjednoj razini.

Zdravstvenu njegu u kući korisnici ostvaruju na prijedlog liječnika obiteljske medicine. U ovom istraživanju provedeno je ispitivanje samoprocjene potreba intenziteta zdravstvene njege u kući tjedno, a rezultati su prikazani u Tablici 36.

Tablica 36: Distribucija samoprocjene potrebnog broja i usluga zdravstvene njege na tjednoj razini

DTP/tjedno	N (%)					Σ
	1x	2x	3x	4x	≥5x	
Njega 1	43 (9,8)	20 (4,6)	35 (8)	2 (0,5)	6 (1,3)	106 (24,2)
Njega 2	22 (5)	86 (19,6)	103 (23,5)	13 (3,0)	97 (22,1)	321 (73,2)
Njega 3	0	0	2 (0,5)	0	2 (0,5)	4 (0,9)
Njega 4	0	1 (0,2)	0	0	2 (0,5)	3 (0,6)
Njega 5	0	0	0	0	0	0
Njega 6	2 (0,5)	8 (1,8)	13 (3,0)	1 (0,2)	1 (0,2)	25 (5,7)
Njega 7	0	4 (0,9)	15 (3,4)	1 (0,2)	24 (5,5)	44 (10,0)
Njega 8	0	0	0	0	0	0

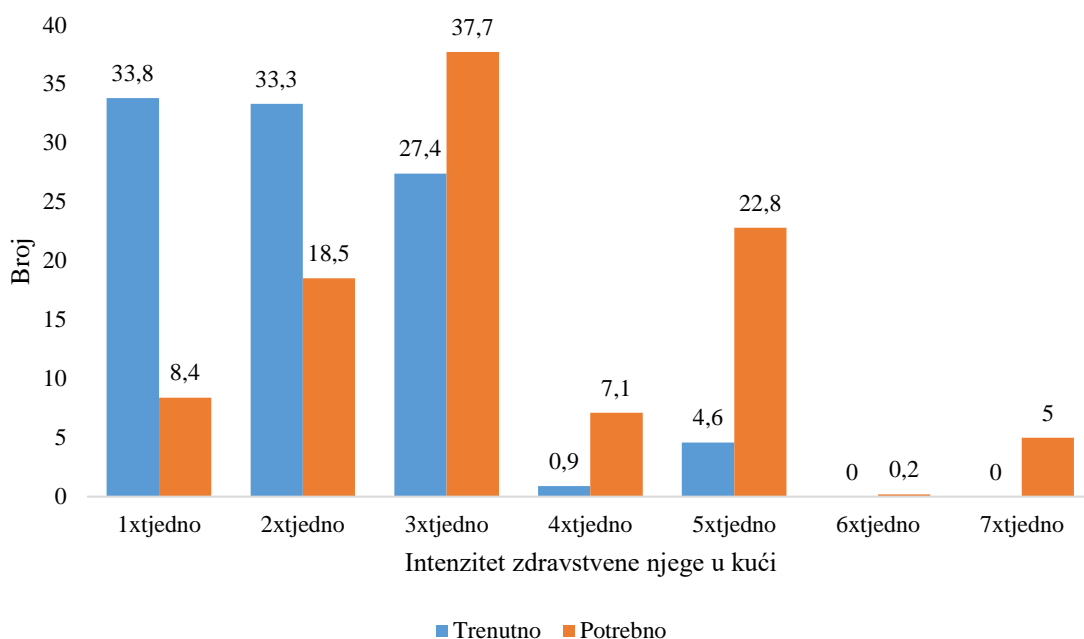
DTP=Dijagnostičko-terapijski postupak; N=broj; %=postotak; ≥=više ili jednako; Σ=ukupno

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Iz Tablice 36 razaznaje se da DTP Njega 2 želi 73,2% (N=321) ispitanika, korisnika zdravstvene njege u kući. Taj postupak najviše je odabran tri puta u tjednu od 23,5% (N=103) ispitanika, a slijedi udjel 22,1% (N=97) onih koji žele svaki radni dan ili i češće. DTP Njega 1 najviše je birana za provođenje jednom u tjednu od 9,8% (N=43) ispitanika, a zatim tri puta u tjednu od 8% (N=35) ispitanika.

Distribucija odgovora korištenja pojedinih usluga zdravstvene njege objedinjena je na ukupan trenutni dolazak i potrebni broj dolazaka na tjednoj razini po korisniku te su tako objedinjeni postotni podaci prikazani u Grafu 10.

Graf 10: Distribucija odgovora trenutnog i potrebnog broja posjeta medicinske sestre iz zdravstvene njege u kući na tjednoj razini



Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Iz Grafa 10 vidljivo je da svaki treći ispitanik 33,8% (N=148) neovisno o postupku usluge zdravstvene njege koristi samo jednom, a dva puta tjedno usluge koristi također trećina ispitanika 33,3% (N=146). Njih 27,4% (N=120) usluge njege ostvaruje tri puta tjedno. Isto tako je uočljiv porast očekivanog ili potrebnog broja dolazaka pri čemu je najviše onih koji to žele tri puta u tjednu 37,7% (N=165) i porast onih koji žele svaki radni dan.

Učinjena je statistička analiza provjere i značajnosti razlika na ukupnom uzorku ispitanika, a u odnosu na trenutni broj dolazaka ili termina zdravstvene njege s procijenjenim potrebnim intenzitetom dolazaka. Usporedba trenutnog i očekivanog broja posjeta medicinske sestre zdravstvene njege u kući učinjena je Wilcoxon signed-rank testom i prikazana u Tablici 37.

Tablica 37: Wilcoxon signed-rank test razlika za trenutni i potrební broj posjeta medicinske sestre

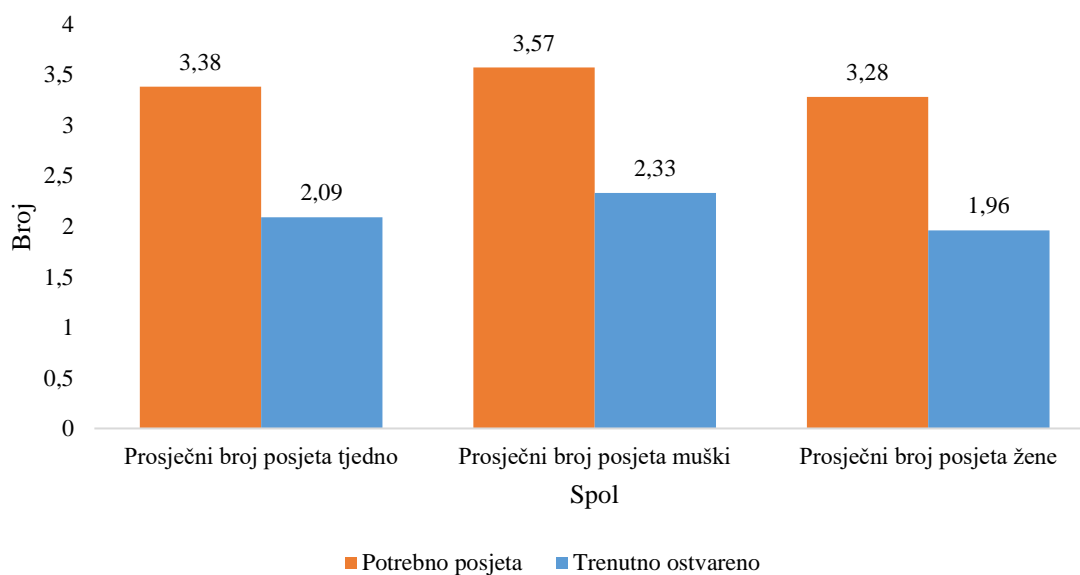
		N	Prosječni rang	Suma ranga	p*
Potreban broj dolazaka tjedno	Negativni rang	3 ^a	108,50	325,50	,000
	Pozitivni rang	307 ^b	155,96	47879,50	
Trenutni broj dolazaka tjedno	Izjednačeno	127 ^c			

a. Potreban broj dolazaka tjedno < trenutni broj dolazaka tjedno; b. Potreban broj dolazaka tjedno > trenutni broj dolazaka tjedno; c. Potreban broj dolazaka tjedno = trenutni broj dolazaka tjedno; *Wilcoxon signed ranks test (Z -15,343 temelji na negativnom rangu)

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Rezultati statističke analize iz Tablice 37 prikazuju da usporedbom ispitanika u odnosu na trenutni broj ostvarenog broja posjeta medicinskih sestara u zdravstvenoj njezi u kući i onog broja koji očekuju ili misle da im treba postoji značajna razlika. Korišten test pokazuje da je očekivani i željeni broj dolazaka značajno veći ($p < 0,001$) od onog koji trenutno ostvaruju i to želi 307 ispitanika. Podaci su nadalje pokazani u odnosu na distribuciju procjena između žena i muškaraca u Grafu 11.

Graf 11: Distribucija prosječnog trenutnog i potrebnog broja posjeta tjedno u odnosu na spol



Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Iz Grafa 11 vidljivo je da muški trenutno ostvaruju prosječno ($M=2,33$) veći broj posjeta, a žene prosječno ($M=1,96$) manje tjedno od ukupnog prosjeka ($M=2,09$). Također je moguće vidjeti da muški i ženski ispitanici procjenjuju veću potrebu za posjetama, a muški prosječno ($M=3,57$) više. Analizirana je i u Tablici 38 prikazana usporedba procjene potrebnog broja posjeta u odnosu na spol ispitanika i korisnika zdravstvene njege u kući.

Tablica 38: Rezultati usporedne analize potrebnog broja posjeta/njege tjedno u odnosu na spol

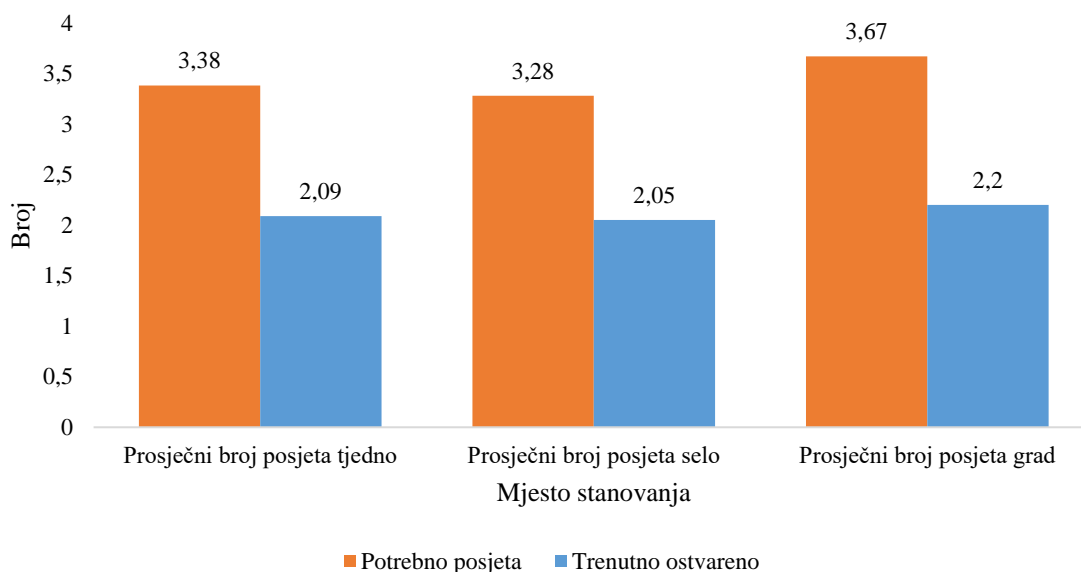
	Spol ispitanika	N	Srednji rang	Suma ranga	p*
Koliko puta tjedno trebaju njegu?	Muški	144	237,20	34157,50	0,028
	Ženski	293	210,05	61545,50	

*Mann-Whitney U test, $p<0,05$; N=broj

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

U Tablici 38 prikazani su rezultati Mann-Whitney U testa usporedbe procjene potrebnog broja posjeta na tjednoj razini po kriteriju spola. Na razini značajnosti $p<0,05$ utvrđene su statistički značajne razlike gdje muški izražavaju veće potrebe. Također su prikupljeni podaci o ostvarenim i potrebnim posjetama na tjednoj razini za ispitanike, korisnike zdravstvene njege u kući koji žive na seoskim i gradskim područjima, a distribucija je prikazana u Grafu 12.

Graf 12: Distribucija prosječnog trenutnog i potrebnog broja posjeta tjedno u odnosu na mjesto stanovanja



Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Graf 12 prikazuje da je prosječni broj ($M=2,2$) posjeta koje ostvaruju ispitanici, korisnici zdravstvene njege u kući iz grada veći od ukupnog prosjeka ($M=2,09$) i u usporedbi s brojem posjeta koje ostvaruju korisnici njege na selu ($M=2,05$). Rezultati usporedbe prikazani su u Tablici 39.

Tablica 39: Rezultati usporedne analize potrebnog broja posjeta/njege tjedno u odnosu na mjesto stanovanja

	Mjesto stanovanja	N	Srednji rang	Suma ranga	p*
Koliko puta tjedno trebaju njege?	Selo	329	212,33	69857,00	0,045
	Grad	108	239,31	25846,00	

*Mann-Whitney U test, $p<0,05$; N=broj

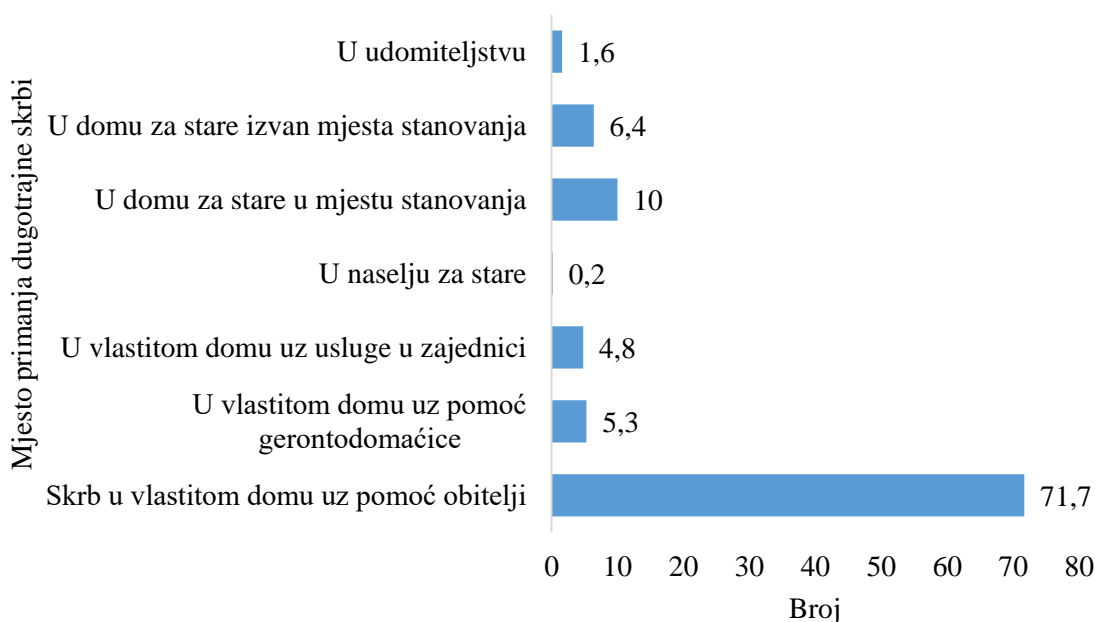
Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Iz Tablice 39 vidimo rezultate Mann-Whitney U testa. Na razini značajnosti $p<0,05$ ispitanici, korisnici zdravstvene njege u kući koji žive u gradu procjenjuju da im je potrebno značajno više broja posjeta i njege tjedno u usporedbi s procjenama koje su dali ispitanici koji žive na selu.

4.4 Rezultati anketnog upitnika o preferiranoj dugotrajnoj skrbi

Anketnim upitnikom ispitane su preferencije starih o mjestu primanja dugotrajne skrbi prema mogućim pružateljima i oblicima ustroja. Rezultati su prikazani Grafom 13 u obliku relativnih frekvencija odnosno postotaka.

Graf 13: Distribucija odgovora o preferiranom mjestu primanja dugotrajne skrbi

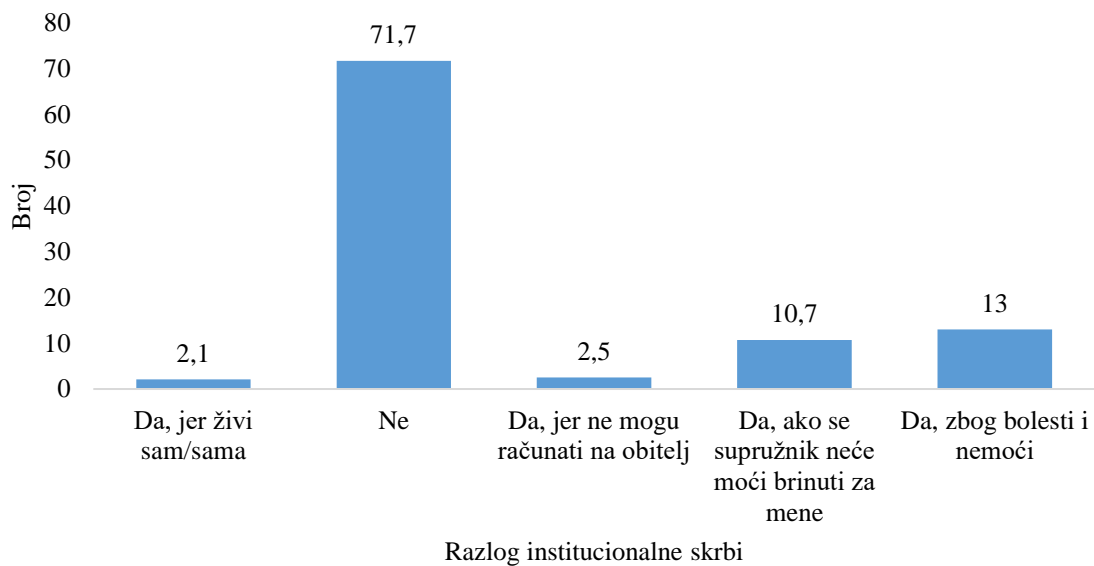


Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Kako je prikazano u Grafu 13, sveukupno je 81,7% (N=358) svih ispitanika koji dugotrajnu skrb preferiraju u vlastitom domu. Najveći udjel s 71,7% (N=314) ispitanika preferira dugotrajnu skrb u vlastitom domu uz pomoć obitelji, dodatno uz pomoć gerontodomačice i usluga iz lokalne zajednice njih 10,1% (N=44). Primanje dugotrajne skrbi u domu za stare koji bi bili u mjestu stanovanja preferira 10% (N=44) ispitanih, a u domu izvan mjesta stanovanja prihvatljiva je opcija za 6,4% (N=28) ispitanika. Dugotrajnu skrb u udomiteljstvu preferira njih 1,6% (N=7).

Mogući razlozi za korištenje skrbi izvan vlastitog doma, odnosno razloga vezanih za strukturu i očekivanja od obitelji te zdravstvenog stanja i nemoći prikazani su Grafom 14.

Graf 14: Distribucija odgovora o razlozima i planiranom odlasku na institucionalnu skrb



Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Iz prikaza Grafa 14 vidljivo je da odlazak u instituciju za stare nije opcija za većinu ispitanika, odnosno 71,7% (N=314). Međutim, ako žive sami njih 2,1% (N=10) ili njih 2,5% (N=11) koji se ne mogu osloniti na podršku obitelji ovu opciju smatra vrlo izglednom. U slučajevima da se supružnik ne bi mogao za njih brinuti, udjel onih koji planiraju odlazak u instituciju je 10,7% (N=47), a zbog bolesti i nemoći odlazak u instituciju planira 13% (N=57) starijih osoba. Usporedbom distribucije odgovora ispitanika koji su pozitivno odgovorili o planiranom odlasku u instituciju (N=124) dobivena je značajna razlika ($\chi^2_{df2}=17,726$; $p<0,001$), a u smislu da je za najviše njih 46% (N=47) to opcija zbog bolesti i nemoći. Za testiranje razlika među ispitanicima iz seoskih i gradskih područja i njihovih preferencija za ostanak u vlastitom domu korišten je Hi-kvadrat test na razini značajnosti $p<0,05$. Rezultati su prikazani u Tablici 40.

Tablica 40: Usporedba mjesta preferirane skrbi s obzirom na mjesto stanovanja

Mjesto stanovanja	Preferirana dugotrajna skrb (N)		Σ	p*
	Skrb u vlastitom domu	Skrb u opcijama izvan doma		
Selo	273	56	329	,168
Grad	84	25	109	

*Hi-kvadrat; $p < 0,05$; N=broj; Σ=ukupno

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Iz Tablice 40 vidimo da usporedba ispitanika s obzirom na mjesto stanovanja i preferirane dugotrajne skrbi u vlastitom domu ili kod drugih pružatelja skrbi izvan doma nije rezultirala značajnim razlikama ($p > 0,05$). Analiziran je i odnos korištenja zdravstvene njege u kući s preferencijama za skrb u vlastitom domu ili drugih pružatelja usluga. Rezultati analize prikazani su u Tablici 41.

Tablica 41: Rezultati usporedbe preferirane skrbi u domu ili u pružateljima izvan doma s obzirom na intenzitet korištenja zdravstvene njege u kući

	Ukupan broj dolazaka tjedno					Σ	p*
	1 x tjedno	2 x tjedno	3 x tjedno	4 x tjedno	5 x tjedno		
Preferira skrb u vlastitom domu	122	122	92	4	17	357	,489
Preferira skrb kod pružatelja izvan doma	26	24	28	0	3	81	

*Hi-kvadrat; $p < 0,05$; Σ=ukupno

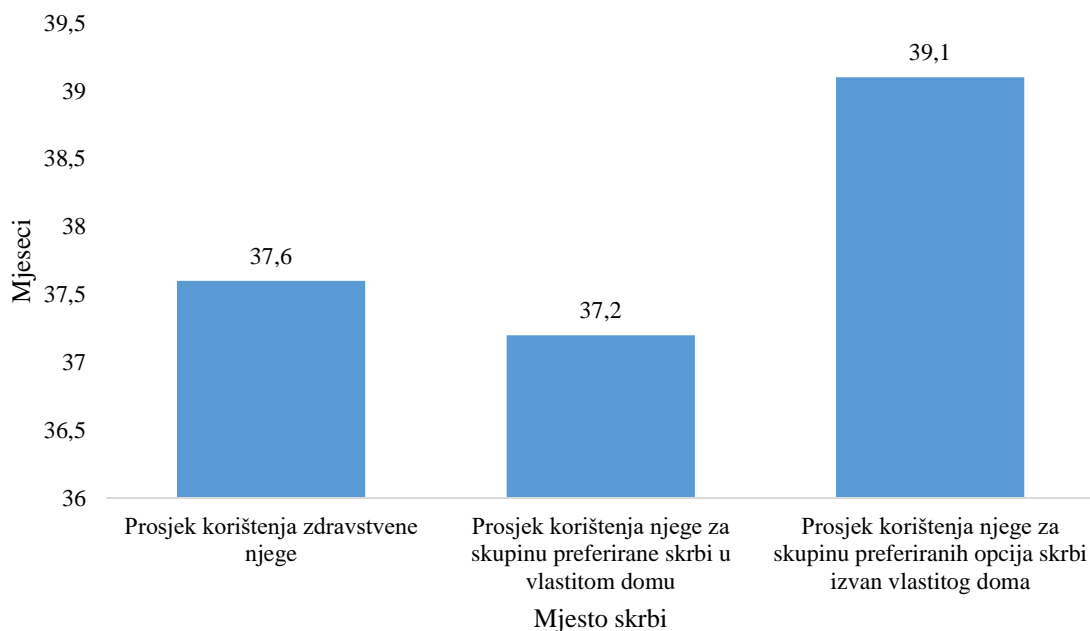
Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Rezultati u Tablici 41 prikazani su kao vrijednosti ukupnog broja korištenih posjeta zdravstvene njege u kući, a za skupinu koja preferira skrb u vlastitom domu i za skupinu koja preferira skrb kod pružatelja izvan doma. Vidljivo je da nema statistički značajnih razlika ($p > 0,05$).

Dodatno je analizirana duljina korištenja zdravstvene njege u skupinama ispitanika koji preferiraju dugotrajnu skrb u vlastitom domu i skupine koja preferira opcije skrbi izvan vlastitog doma. Ukupno je 81,5% (N=357) ispitanika koji preferiraju dugotrajnu skrb u

vlastitom domu i 18,5% (N=81) koji skrb preferiraju izvan vlastitog doma. Prosječne vrijednosti korištenja njege ovih skupina u mjesecima prikazane su u Grafu 15.

Graf 15: Prosječno trajanje njege prema preferiranom mjestu dugotrajne skrbi



Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

U Grafu 15 vidljiva je duljina korištenja zdravstvene njege u kući u prosječnom trajanju 39,1 mjeseci, a skupine ispitanika koja preferira opcije skrbi izvan vlastitog doma. U skupini onih koji preferiraju skrb u vlastitom domu, prosječno trajanje zdravstvene njege u kući je 37,2 mjeseci. Usporedba duljine korištenja zdravstvene njege prema preferenciji dugotrajne skrbi učinjena je Mann-Whitney U testom i prikazana u Tablici 42.

Tablica 42: Rezultati Mann-Whitney U testa usporedbe ispitanika s obzirom na preferiranu dugotrajnu skrb i duljinu korištenja zdravstvene njege u kući

	Preferirana dugotrajna skrb	N	Srednji rang	Suma ranga	p*
Duljina korištenja zdravstvene njege u kući	Skrb u vlastitom domu	357	220,78	78819,00	,656
	Skrb u opcijama izvan doma	81	213,85	17322,00	

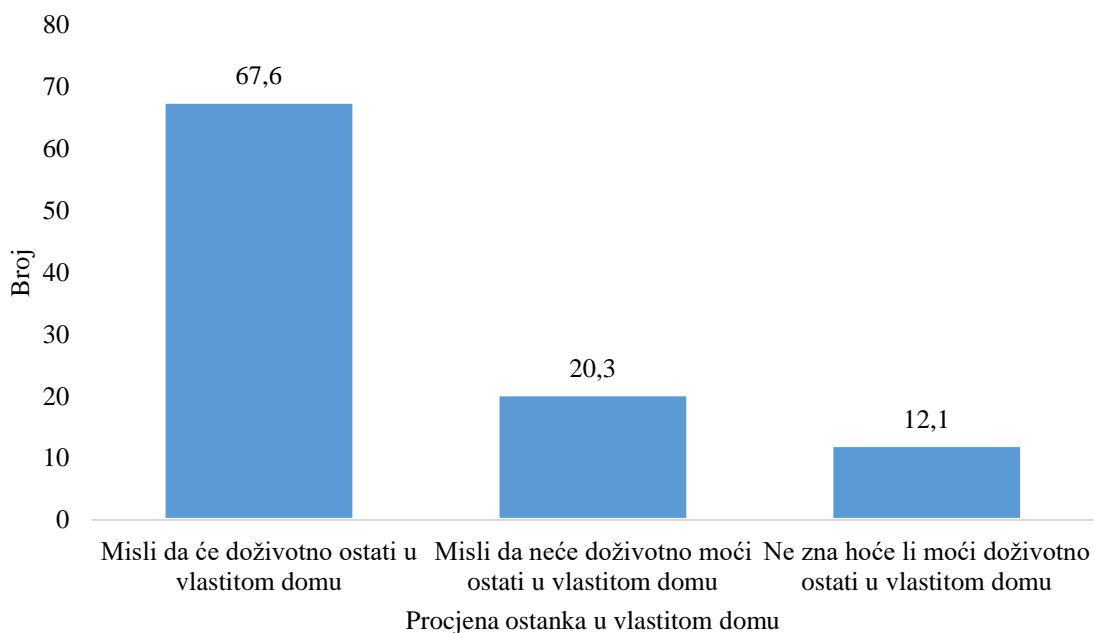
*Mann-Whitney U test, $p < 0,05$; N=broj

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Rezultati Mann-Whitney U testa (Tablica 42) za usporedbu nezavisnih uzoraka utvrđeno je da na razini značajnosti $p < 0,05$ nema značajnih razlika u duljini korištenja zdravstvene njege s obzirom na preferiranu skrb u vlastitom domu ili izvan doma.

Ispitanici i korisnici zdravstvene njege u kući procijenili su mogućnost doživotnog ostanka u vlastitom domu. Distribucija odgovora prikazana je u Grafu 16.

Graf 16: Distribucija mišljenja o mogućnosti doživotnog ostanka u vlastitom domu



Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Iz prikaza u Grafu 16 uočljivo je da većina ispitanika i korisnika zdravstvene njege u kući s udjelom 67,6% (N=296) za sebe misli da će u vlastitom domu ostati doživotno.

Podaci o samoprocjeni doživotnog ostanka u vlastitom domu prikazani su u Tablici 43 u odnosu na spol ispitanika i u Tablici 44 prema mjestu njihovog stanovanja.

Tablica 43: Raspodjela ispitanika prema spolu i procjeni mogućnosti doživotnog ostanka u vlastitom domu

Procjenjuje doživotno ostati u vlastitom domu	Muški		Žene	
	N	%	N	%
Da	103	71,0	193	65,9
Ne	23	15,9	66	22,5
Ne znam, možda	19	13,1	34	11,6
Ukupno	145	100,0	293	100,0

N=broj; %=postotak

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Podaci iz Tablice 43 pokazuju da muški ispitanici u većem postotku 71,0% (N=103) procjenjuju mogućnost njihovog doživotnog ostanka u vlastitom domu, a ženski ispitanici u većem postotku 22,5% (N=66) od muških procjenjuju da neće biti u mogućnosti ostati u vlastitom domu.

Tablica 44: Raspodjela ispitanika prema procjeni mogućnosti doživotnog ostanka u vlastitom domu i mjestu stanovanja

Procjenjuje doživotno ostati u vlastitom domu	Žive u selu		Žive u gradu	
	N	%	N	%
Da	225	68,4	71	65,1
Ne	65	19,8	24	22,0
Ne znam, možda	39	11,9	14	12,8
Ukupno	329	100,0	109	100,0

N=broj; %=postotak

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

U Tablici 44 je vidljiva podjednaka raspodjela odgovora ispitanika obzirom na mjesto stanovanja i procjenu mogućnosti doživotnog ostanka u vlastitom domu. Većina ispitanika iz seoskih sredina 68,4% (N=225) i većina ispitanika iz gradskih sredina 65,1% (N=71) smatra da će u vlastitom domu ostati doživotno. Ostanak u vlastitom domu ne može procijeniti 12% (N=39) onih koji žive na selu i 13% (N=14) onih koji žive u gradu.

Nadalje je provedena usporedba muških i ženskih ispitanika o razlozima planiranog odlaska u institucionalne uvjete, odnosno u dom za stare i nemoćne osobe i prikazana je u Tablici 45.

Tablica 45: Usporedba muških i ženskih ispitanika s planiranim odlaskom u dom za stare

Spol	Planira odlazak u dom za stare i nemoćne (N)			Σ	p*
	Da, jer ne mogu računati na obitelj	Da, ako se supružnik neće moći brinuti za mene	Da, zbog bolesti i nemoći		
Muški	1	16	17	34	,047
Ženski	19	31	40	90	

*Hi-kvadrat test; Fisherov egzaktni test, $p < 0,05$; N=broj; Σ=ukupno

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Iz Tablice 45 se može vidjeti da je testiranje prema spolu rezultiralo značajnim razlikama u korist ženskih ispitanika, pri čemu žene značajno više ($p < 0,05$) planiraju odlazak u dom za stare i nemoćne zbog bolesti i onemoćalosti.

Analiza preduvjeta za doživotni ostanak u vlastitom domu uključuje varijable o dodatnim uslugama i oblicima podrške koju stari očekuju od njihovih članova obitelji i onih koji su dostupni ili bi ih bilo potrebno razvijati kao sustavnu podršku. Radi se o uslugama pomoći socijalnog karaktera koje uključuju druge osobe iz neposrednog obiteljskog okruženja i profesionalnih organizacija te o uslugama koje se mogu promatrati kao materijalna potpora. Distribucija odgovora koje su ispitanici iskazivali na ovim tvrdnjama prikazana je Tablicom 46.

Tablica 46: Apsolutne i relativne frekvencije odgovora o preduvjetima doživotnog ostanka u vlastitom domu

Da bi i dalje ostali živjeti u vlastitom domu:	N (%)				
	1 Uopće ne	2 Uglavnom ne	3 Ne mogu odlučiti	4 Uglavnom da	5 Potpuno da
Trenutni broj usluga i sati njege dovoljan je za nesmetano funkcioniranje	32 (7,3)	67 (15,3)	14 (3,2)	181 (41,3)	144 (32,9)
Potrebno je više usluga njege u kući	26 (5,9)	59 (13,5)	24 (5,5)	152 (34,7)	177 (40,4)
Spremni su plaćati dio usluga za pomoć u kući	137 (31,3)	95 (21,7)	71 (16,2)	85 (19,4)	48 (11)
Potrebna je osoba za pomoć u kući	60 (13,7)	84 (19,2)	32 (7,3)	137 (31,3)	124 (28,3)
Potrebna ZNJUK i usluge u kući uz stalnu podršku obitelji i prijatelja	2 (0,5)	5 (1,1)	11 (2,5)	103 (23,5)	315 (71,9)
Potrebna ZNJUK i usluge u kući uz povremenu podršku obitelji i prijatelja	36 (8,2)	69 (15,8)	36 (8,2)	180 (41,1)	115 (26,3)
Potrebna ZNJUK i usluge u kući uz dnevni/poludnevni boravak	180 (41,1)	138 (31,5)	59 (13,5)	36 (8,2)	25 (5,7)
Potreban je formalni njegovatelj koji živi u kući	181 (41,3)	118 (26,9)	55 (12,6)	47 (10,7)	35 (8,0)
Potreban je organizirani prijevoz (liječniku i dr.)	21 (4,8)	20 (4,6)	12 (2,7)	129 (29,5)	256 (58,4)
Potrebno je prilagođeno stanovanje	56 (12,8)	49 (11,2)	36 (8,2)	137 (31,3)	155 (35,4)
Potrebna je dostupnost ICT-a	52 (11,9)	54 (12,3)	42 (9,6)	134 (30,6)	148 (33,8)
Potrebna je osigurana priprema i doprema hrane	95 (21,7)	93 (21,2)	55 (12,6)	92 (21,0)	103 (23,5)

ZNJUK=Zdravstvena njega u kući; ICT=Informacijska i komunikacijska tehnologija;

N=broj; %=postotak

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Iz Tablice 46 mogu se izdvojiti podaci koji odražavaju preduvjete koje za svoj ostanak u vlastitom domu procjenjuju korisnici zdravstvene njege u kući. Trenutnim brojem usluga zdravstvene njege u kući uglavnom je i u potpunosti zadovoljno 74% (N=320) ispitanika, a uglavnom i uopće nije zadovoljno 23% (N=99) ispitanika. Jednako je visoki udjel od 75% (N=329) onih koji se uglavnom i u potpunosti slažu s tvrdnjom da im je potreban veći broj usluga njege da bi dalje mogli ostati živjeti u vlastitom domu. Osobni doprinos u smislu plaćanja usluga pomoći u kući spreman je samostalno financirati tek svaki deseti ispitanik 11% (N=48). Da bi i dalje ostali živjeti u vlastitom domu, uglavnom i u potpunosti gotovo 60% (N=261) smatra da im je potrebna osoba za pomoć u kući, a više od 95% (N=418) ispitanika za daljnji ostanak u vlastitom domu procjenjuje potrebne usluge zdravstvene njege i usluge u kući uz stalnu podršku obitelji i prijatelja, a povremenu pomoć 67% (N=295) ispitanika. Nadalje 14% (N=61) ispitanika bi za ostanak u vlastitom domu kombinirao usluge njege u kući s dostupnim organiziranim poludnevnim/dnevnim boravkom. Formalnog negovatelja koji bi živio u kući s korisnikom potrebnim doživljava svaki peti 19% (N=82) ispitanik. Organizirani prijevoz npr. liječniku, kao preduvjet ostanka u vlastitom domu potreban je za gotovo 90% (N=385) ispitanika, korisnika zdravstvene njege u kući. Za ostanak u vlastitom domu gotovo 67% (N=292) ispitanika procjenjuje potrebnim prilagođeno stanovanje, a 64% (N=282) smatra da im za ostanak treba biti dostupna informacijsko-komunikacijska tehnologija. Pripremu i dopremu hrane za ostanak u vlastitom domu treba 44% (N=195) ispitanika, korisnika zdravstvene njege u kući. Koeficijenti korelacije među ovim varijablama prikazani su u Tablici 47.

Tablica 47: Korelacije varijabli preduvjeta doživotnog ostanka u vlastitom domu

Da bi i dalje ostali živjeti u vlastitom domu:	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Trenutni broj usluga i sati njege dovoljan je za nesmetano funkcioniranje	-,130**	,085	,031	-,102*	,020	-,044	-,114*	,026	-,114*	-,025
2. Potrebna je osoba za pomoć u kući		-,043	,103*	,240**	,321**	,247**	,245**	-,032	,497**	,299**
3. Potrebna ZNJUK i usluge u kući uz stalnu podršku obitelji i prijatelja			,155**	-,119*	-,048	,057	-,016	-,014	-,129**	-,062
4. Potrebna ZNJUK i usluge u kući uz povremenu podršku obitelji i prijatelja				,047	,018	-,052	,084	-,104*	,082	,259**
5. Potrebna ZNJUK i usluge u kući uz dnevni/poludnevni boravak					,480**	,194**	,111*	,137**	,415**	,181**
6. Potreban je formalni njegovatelj koji živi u kući						,156**	,093	-,047	,428**	,163**
7. Potreban je organizirani prijevoz (liječniku i dr.)							,280**	,278**	,333**	-,013
8. Potrebno je prilagođeno stanovanje								,243**	,320**	,014
9. Potrebna je dostupnost ICT-a									,062	,010
10. Potrebna je osigurana priprema i doprema hrane										,299**
11. Spremni plaćati dio usluga za pomoć u kući										1,000

ZNJUK=Zdravstvena njega u kući; ICT=Informacijska i komunikacijska tehnologija;

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Iz Tablice 47 vidimo da među varijablama postoje značajne pozitivne i negativne korelacije. Pokazalo se da nesmetano funkcioniranje uz trenutni broj sati i usluga negativno korelira s potrebnom pomoći druge osobe u kući ($r = -,130$) na razini značajnosti $p < 0,01$, zatim s potrebom za zdravstvenom njegom u kući uz dnevni/poludnevni boravak ($r = -,102$; $p < 0,05$), varijablom u odnosu na prilagođeno stanovanje ($r = -,114$; $p < 0,05$) i varijablom osigurane

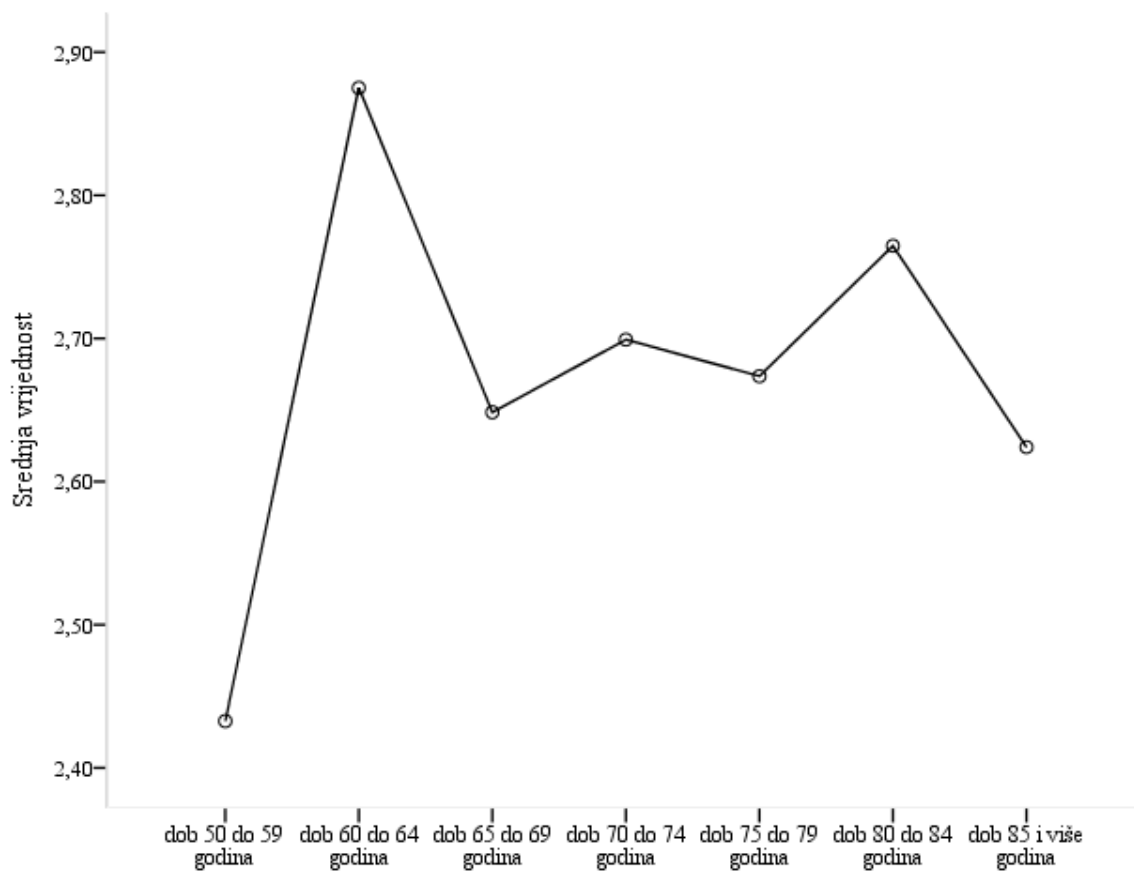
pripreme i dopreme hrane ($r=-,114$; $p<0,05$). Daljnje negativne korelacije uz utvrđenu značajnost postoje između varijable procjene potrebe za zdravstvenom njegu i usluge u kući uz stalnu podršku obitelji i prijatelja i varijable dostupnosti dnevnog/poludnevnog boravka ($r=-,119$; $p<0,05$) te varijable osiguravanja hrane ($r=-,129$; $p<0,01$). Zdravstvena njega i usluge u kući uz povremenu podršku obitelji i prijatelja u negativnoj je korelaciji ($r=-,109$; $p<0,05$) s procijenjenom potrebom dostupnosti ICT-a.

Pozitivne korelacije utvrđene su na više varijabli, a najviši koeficijent međusobnih korelacija ostvaruju varijable uvjeta potrebne osobe za pomoć u kući s varijablom osiguravanje prehrane ($r=,497$; $p<0,001$) i varijable formalne skrbi koje su zdravstvena njega i usluge u kući uz dnevni/poludnevni boravak s varijablom formalnog njegovatelja koji živi u kući ($r=,480$; $p<0,01$). S varijablom potrebne osobe za pomoć u kući povezana je i mogućnost formalnog njegovatelja koji s korisnikom živi ($r=,321$; $p<0,01$) i spremnost da se dio usluga pomoći u kući samostalno financira ($r=,299$; $p<0,01$).

Priprema i dopremanje hrane je značajno povezano sa zdravstvenom njegu i uslugama u kući uz dnevni/poludnevni boravak ($r=,415$; $p<0,01$), varijablom da formalni njegovatelj živi u kući ($r=,428$; $p<0,01$), organiziranim prijevozom ($r=,333$; $p<0,01$) i prilagođenim stanovanjem ($r=,320$; $p<0,01$). Zdravstvena njega i usluge u kući uz povremenu pomoć obitelji i prijatelja u korelaciji je uz spremnost da se dio usluga pomoći samostalno plaća ($r=,259$; $p<0,01$).

Srednje vrijednost faktora prema dobnim skupinama sudionika ispitanika prikazane su grafički na Slici 11 za faktor Formalne podrške i Slici 12 za faktor Podržavajuće okoline.

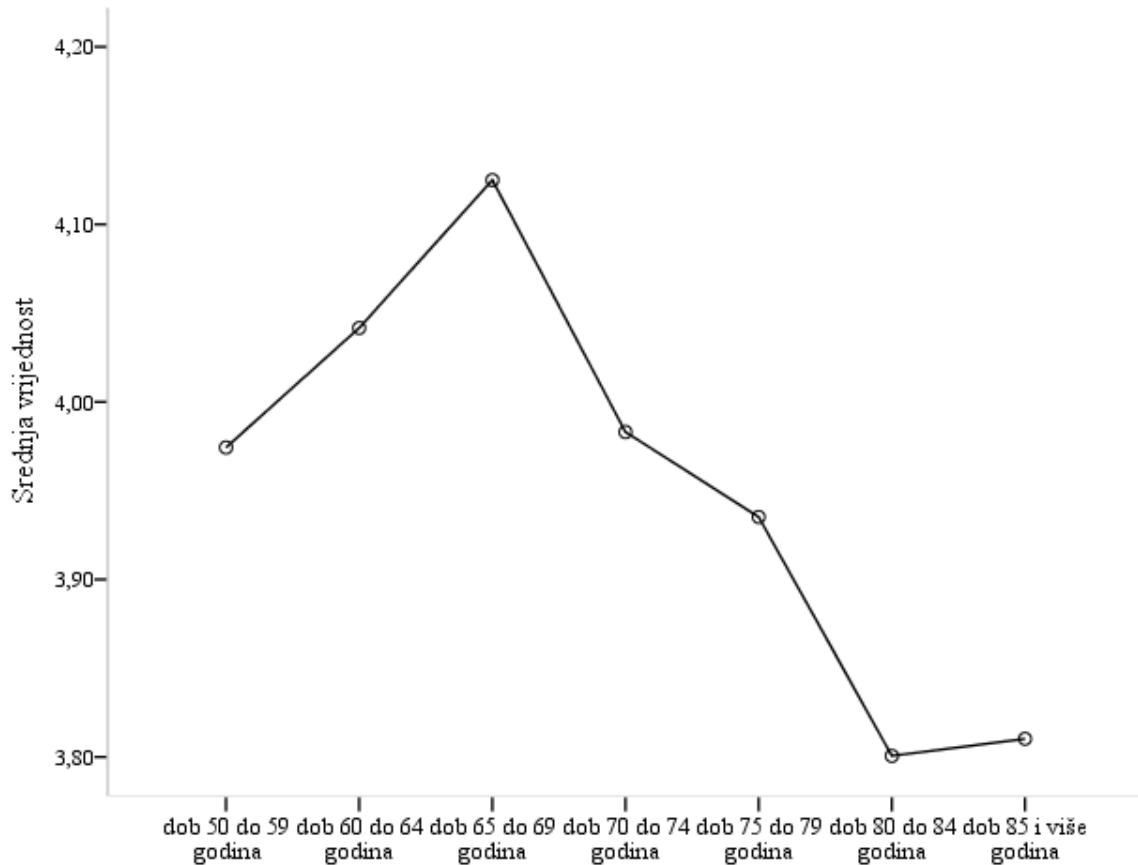
Slika 11: Prikaz srednjih vrijednosti faktora Formalna podrška i dobnih skupina ispitanika



Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Iz grafičkog prikaza na slici 11 vidljiva je najniža srednja vrijednost ($M=2,43$) faktora formalne podrške u dobnoj skupini ispitanika starih 50 do 59 godina, a najviša vrijednost ($M=2,87$) u skupini 60 do 64 godine starosti.

Slika 12: Prikaz srednjih vrijednosti faktora Podržavajuća okolina i dobnih skupina ispitanika



Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Na slici 12 vidljive su srednje vrijednosti faktora podržavajuće okoline, a koje su najviše ($M=4,12$) u dobnj skupini ispitanika starih 65 do 69 godina. Najniže srednje vrijednosti ovog faktora su u dvije najstarije dobne skupine starih 80 do 84 te 85 i više godina.

Usporedba razlika dobnih skupina provedena je Kruskal-Wallis testom na oba faktora i prikazana u Tablici 48.

Tablica 48: Rezultati Kruskal Wallis testa usporedbe ispitanika o uvjetima za doživotni ostanak u vlastitom domu s obzirom na dob ispitanika

Faktor	N	Dobna skupina	Srednji rang	Chi-Square	p*
Formalna podrška	26	50 do 59 godina	191,29	3,932	,686
	16	60 do 64 godina	245,84		
	32	65 do 69 godina	215,52		
	59	70 do 74 godina	219,08		
	72	75 do 79 godina	216,25		
	102	80 do 84 godina	234,79		
	131	85 i više godina	212,92		
Podržavajuća okolina	26	50 do 59 godina	240,02	7,839	,250
	16	60 do 64 godina	226,03		
	32	65 do 69 godina	252,11		
	59	70 do 74 godina	240,09		
	72	75 do 79 godina	223,89		
	102	80 do 84 godina	204,44		
	130	85 i više godina	204,92		

*Kruskal Wallis test, $p < 0,05$; $N = \text{broj}$

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

U Tablici 48 rezultati Kruskal Wallis testa primijenjenog za usporedbu ispitanika prema dobi i procjeni faktora preduvjeta za nastavak života u vlastitom domu pokazuju da među njima nema značajnih razlika ($p > 0,05$).

Daljnja analiza usporedbe na faktorima podržavajuće okoline i formalne podrške učinjena je Mann-Whitney U testom u odnosu na kriterije spola, mjesta stanovanja i preferiranog mjesta primanja dugotrajne skrbi. Rezultati su prikazani u Tablici 49.

Tablica 49: Rezultati Mann-Whitney U testa usporedbe ispitanika na faktorima formalne podrške i podržavajuće okoline s obzirom na spol, mjesto stanovanja i preferirane skrbi

Faktor	Spol ispitanika	N	Srednji rang	Suma ranga	P*
Formalna podrška	Muški	145	212,09	30753,50	,387
	Ženski	293	223,17	65387,50	
Podržavajuća okolina	Muški	145	233,97	33925,00	,078
	Ženski	292	211,57	61778,00	
Mjesto stanovanja					
Formalna podrška	Selo	329	217,01	71395,50	,473
	Grad	109	227,02	24745,50	
Podržavajuća okolina	Selo	329	223,16	73195,00	,228
	Grad	109	206,50	22508,00	
Mjesto preferirane skrbi					
Formalna podrška	Skrb u vlastitom domu	357	203,93	72803,00	,000
	Skrb u opcijama izvan doma	81	288,12	23338,00	
Podržavajuća okolina	Skrb u vlastitom domu	356	206,70	73585,00	,000
	Skrb u opcijama izvan doma	81	273,06	22118,00	

*Mann-Whitney U test, $p < 0,05$; $N = \text{broj}$

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Iz tablice 49 vidljivo je da analiza razlika prema spolu i mjestu stanovanja na faktorima formalne podrške i podržavajuće okoline nije rezultirala značajnim razlikama ($p > 0,05$). Statistička značajnost ($p < 0,001$) utvrđena je među skupinama koje preferiraju skrb u vlastitom domu i onih koji je preferiraju u opcijama izvan vlastitog doma na oba faktora. Srednje vrijednosti ranga značajno su veće na oba faktora u skupini koja preferira skrb u opcijama izvan vlastitog doma. Osim grupno analiziranih faktora, za istraživanje je važno utvrditi postoje li razlike na pojedinačnim varijablama uvjeta za doživotni ostanak starih

osoba u njihovom domu. Na varijablama su učinjene analize statističkih značajnosti u odnosu na spol i mjesto stanovanja ispitanika, korisnika zdravstvene njege u kući. Za njihovu usporedbu korišten je neparametrijski Mann-Whitney U test na razini značajnosti $p < 0,05$. Rezultati dobiveni po spolu prikazani su u Tablici 50, a rezultati po mjestu stanovanja u Tablici 51.

Tablica 50: Usporedba ispitanika s obzirom na spol i pojedinačne uvjete za doživotni ostanak u vlastitom domu

Da bi i dalje ostali živjeti u vlastitom domu:	Spol ispitanika	N	Srednji rang	Suma ranga	p*
Potrebna je osigurana priprema i doprema hrane (FP)	Muški	145	222,13	32208,50	,755
	Ženski	293	218,20	63932,50	
Potrebna je osoba za pomoć u kući (FP)	Muški	145	212,52	30815,00	,402
	Ženski	293	222,96	65326,00	
Potrebna ZNJUK i usluge u kući uz dnevni / poludnevni boravak (FP)	Muški	145	215,07	31185,00	,587
	Ženski	293	221,69	64956,00	
Potreban formalni njegovatelj koji živi u kući (FP)	Muški	145	205,98	29866,50	,099
	Ženski	293	226,19	66274,50	
Potreban je organizirani prijevoz liječniku i dr. (PO)	Muški	145	237,93	34500,00	,015
	Ženski	293	210,38	61641,00	
Potrebno je prilagođeno stanovanje (PO)	Muški	145	218,57	31693,00	,959
	Ženski	292	219,21	64010,00	
Potrebna je dostupnost ICT-a (PO)	Muški	145	240,02	34803,50	,013
	Ženski	293	209,34	61337,50	

*Mann-Whitney U test, $p < 0,05$; N=broj; ZNJUK=Zdravstvena njega u kući; FP=varijabla formalne podrške; PO= varijabla održavajuće okoline; ICT=Informacijsko i komunikacijska tehnologija

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

U Tablici 50 prikazani su rezultati Mann-Whitney U testa za dva nezavisna uzorka muških i ženskih ispitanika koji su pokazali značajne razlike ($p < 0,05$) na dvije varijable, odnosno procjene uvjeta za doživotni ostanak u vlastitom domu. Muški ispitanici da bi i dalje ostali živjeti u vlastitom domu značajno potrebnijim ($Mean Rank=237,93$, $p < 0,05$) procjenjuju

dostupnost organiziranog prijevoza i dostupnost informacijsko-komunikacijskih tehnologija (*Mean Rank*=240,02, $p<0,05$).

Usporedba ispitanika prema mjestu stanovanja i procjene uvjeta za doživotni ostanak u vlastitom domu prikazana je u sljedećoj Tablici 51.

Tablica 51: Usporedba ispitanika u odnosu na mjesto stanovanja i pojedinačne uvjete za doživotni ostanak u vlastitom domu

Da bi i dalje ostali živjeti u vlastitom domu:	Mjesto stanovanja	N	Mean Rank	Sum of Ranks	p*
Potrebna je osigurana priprema i doprema hrane (FP)	Selo	329	216,62	71266,50	,327
	Grad	109	228,21	24874,50	
Potrebna je osoba za pomoć u kući (FP)	Selo	329	218,57	71909,50	,783
	Grad	109	222,31	24231,50	
Potrebna ZNJUK i usluge u kući uz dnevni / poludnevni boravak (FP)	Selo	329	221,99	73036,00	,450
	Grad	109	211,97	23105,00	
Potreban formalni njegovatelj koji živi u kući (FP)	Selo	329	218,85	72000,50	,844
	Grad	109	221,47	24140,50	
Potreban je organizirani prijevoz liječniku i dr. (PO)	Selo	329	216,02	71070,50	,257
	Grad	109	230,00	25070,50	
Potrebno je prilagođeno stanovanje (PO)	Selo	328	227,43	74598,00	,011
	Grad	109	193,62	21105,00	
Potrebna je dostupnost ICT-a (PO)	Selo	329	216,09	71094,50	,310
	Grad	109	229,78	25046,50	

**Mann-Whitney U test, $p<0,05$; N=broj; ZNJUK=Zdravstvena njega u kući; FP=varijabla formalne podrške; PO= varijabla podržavajuće okoline; ICT=Informacijsko i komunikacijska tehnologija*

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Analiza u Tablici 51 otkriva jednu značajnu razliku u odnosu na mjesto stanovanja. Da bi i dalje ostali živjeti u vlastitom domu oni koji žive na selu značajno više ($p<0,05$; *Mean Rank*=227,43) procjenjuju potrebnim prilagođeno stanovanje u odnosu na ispitanike, korisnike zdravstvene njega u kući koji žive u gradu (*Mean Rank*=193,62).

Nastavno na ove rezultate analizirani su faktori i njihove sastavne varijable u odnosu na preferiranu skrb u vlastitom domu i u opcijama kod drugih pružatelja. Rezultati su prikazani u Tablici 52.

Tablica 52: Usporedba ispitanika obzirom na preferiranu skrb i procjenu uvjeta za doživotni ostanak u vlastitom domu

Da bi i dalje ostali živjeti u vlastitom domu:	Preferirana skrb	N	Mean Rank	Sum of Ranks	p*
Potrebna je osigurana priprema i doprema hrane (FP)	U vlastitom domu	357	207,59	74109,50	,000
	U opcijama izvan doma	81	271,99	22031,50	
Potrebna je osoba za pomoć u kući (FP)	U vlastitom domu	357	209,61	74829,00	,000
	U opcijama izvan doma	81	263,11	21312,00	
Potrebna ZNJUK i usluge u kući uz dnevni / poludnevni boravak (FP)	U vlastitom domu	357	208,70	74504,50	,000
	U opcijama izvan doma	81	267,12	21636,50	
Potreban formalni njegovatelj koji živi u kući (FP)	U vlastitom domu	357	209,72	74871,00	,000
	U opcijama izvan doma	81	262,59	21270,00	
Potreban je organizirani prijevoz liječniku i dr. (PO)	U vlastitom domu	329	214,54	76592,00	,050
	U opcijama izvan doma	109	241,35	19549,00	
Potrebno je prilagođeno stanovanje (PO)	U vlastitom domu	328	207,67	73929,00	,000
	U opcijama izvan doma	109	268,81	21774,00	
Potrebna je dostupnost ICT-a (PO)	U vlastitom domu	329	214,17	76457,50	,055
	U opcijama izvan doma	109	243,01	19683,50	

ZNJUK=Zdravstvena njega u kući; ICT=Informacijska i komunikacijska tehnologija;

**Mann-Whitney U test, $p < 0,001$; N=broj*

Izvor: Vlastito istraživanje 2022.

Rezultati iz Tablice 52 pokazuju da postoje značajne razlike među skupinom ispitanika koji preferiraju dugotrajnu skrb u vlastitom domu i onih koji preferiraju skrb kod pružatelja izvan doma (institucije) na nekoliko varijabli. Te značajnosti testa su manje od 1% i s razinom pouzdanosti 99% govorimo o značajnim razlikama među analiziranim skupinama. Oni koji preferiraju dugotrajnu skrb izvan vlastitoga doma značajno više procjenjuju potrebnim osobu za pomoć u kući (*Mean Rank=263,11*), potrebnu dostupnost zdravstvene njege i usluga u kući uz dnevni/poludnevni boravak (*Mean Rank=267,12*), zatim važnim procjenjuju formalnog njegovatelja koji bi živio s njima u kući (*Mean Rank=262,59*). Na faktoru podržavajuće okoline samo je jedna varijabla koja čini razliku među ovim skupinama, a ona se odnosi na prilagođeno stanovanje (*Mean Rank=268,81*) i koju značajno važnijom procjenjuju oni ispitanici koji očekuju dugotrajnu skrb u opcijama izvan obitelji.

4.5 Prikaz modela korištenja zdravstvene njege u kući

U ovom su podpoglavlju nadalje prikazani rezultati analize i projekcije korištenja zdravstvene njege u kući. Na primjeru analizirane ustanove za zdravstvenu njegu koja pruža usluge na 75% područja Varaždinske županije praćen je broj pacijenata i broj sati za svaku godinu od 2013. do 2020. godine i prikazan u Tablici 53.

Tablica 53: Broj korisnika, sati i medicinskih sestara zdravstvene njege u kući 2013.-2020. u Varaždinskoj županiji*

Godina	Broj pacijenata i sati zdravstvene njege					Broj medicinskih sestara
	Muški (%)	Žene (%)	Sati muški	Sati žene	Ukupno sati	
2013.	272 (37,6)	451 (62,4)	12885,3	19917,5	32802,8	23
2014.	323 (37,2)	545 (62,8)	12077,5	18481,5	30559	22
2015.	367 (36,5)	637 (63,4)	12002	18879	30881	22
2016.	410 (37,2)	690 (62,8)	12174,5	19822	31996,5	23
2017.	439 (35,6)	794 (64,4)	13244,5	19576,5	32821	23
2018.	500 (35,0)	927 (65,0)	13822,5	21469,7	35292,2	24
2019.	567 (35,2)	1042 (64,8)	14383	23040,5	37423,5	26
2020.	664 (36,1)	1176 (63,9)	16145,5	24919,5	41065	29

Izvor: Vlastito istraživanje 2020. (*podaci Ustanove za zdravstvenu njegu Lekić)

Podaci iz Tablice 53 za promatrano višegodišnje razdoblje od 2013.-2020. godine pokazuju kontinuirano veći udjel korisnika zdravstvene njege u kući ženskog spola u omjeru 2 naprama 1. Prosječno su zaposlene medicinske sestre odradile 1420,23 sati neposrednog rada s korisnicima usluga zdravstvene njege u kući na godišnjoj razini. Uz povećanje broja korisnika usluga došlo je i do ukupnog povećanja odrađenih sati zdravstvene njege u kući.

U prvom koraku u obzir su uzete populacijske projekcije za Republiku Hrvatsku i na temelju tih su projekcija izrađene za Varaždinsku županiju. Dobna struktura za stanovnike Varaždinske županije starije od 65 godina i vjerojatnost da će biti korisnici zdravstvene njege u kući opisana je u Tablici 54 pri čemu je korištena formulacija iz Tablice 12 prikazane u metodologiji obrade podataka.

Tablica 54: Dobna struktura Varaždinske županije* i vjerojatnost korištenja zdravstvene njege u kući u godini t=2020**

Dob	Broj stanovnika muški	Vjerojatnost da budu u ZNJUK	Broj stanovnika žene	Vjerojatnost da budu u ZNJUK	Dob	Broj stanovnika muški	Vjerojatnost da budu u ZNJUK	Broj stanovnika žene	Vjerojatnost da budu u ZNJUK
x	$N(m,x,t)$	$p(m,x)$	$N(f,x,t)$	$p(f,x)$	x	$N(m,x,t)$	$p(m,x)$	$N(f,x,t)$	$p(f,x)$
65	1144	0,02098	1157	0,01844	82	373	0,07507	709	0,08275
66	965	0,02487	1125	0,01778	83	293	0,14562	662	0,13494
67	982	0,01222	1021	0,01437	84	206	0,16828	578	0,15917
68	924	0,02886	1009	0,02511	85	191	0,09773	500	0,14667
69	874	0,03661	1087	0,02576	86	38	0,59649	453	0,16188
70	839	0,04450	1035	0,02963	87	30	0,75556	394	0,17259
71	747	0,04462	895	0,03426	88	25	0,53333	327	0,17941
72	728	0,02930	957	0,03344	89	20	0,46667	277	0,18291
73	595	0,05602	865	0,05241	90	14	0,66667	203	0,20361
74	487	0,08214	708	0,04708	91	10	0,53333	158	0,20253
75	489	0,03817	753	0,04250	*92+	16	1,0000	108	0,20988
76	548	0,05109	800	0,05500	93	***samo za muške		88	0,27273
77	556	0,03837	924	0,05916	94			60	0,35556
78	420	0,08571	753	0,10270	95			45	0,08889
79	425	0,07529	779	0,08558	96			30	0,13333
80	348	0,06897	756	0,09347	97			18	0,00000
81	333	0,06406	684	0,09357	98			12	0,33333
82	373	0,07507	709	0,08275	99			6	0,22222

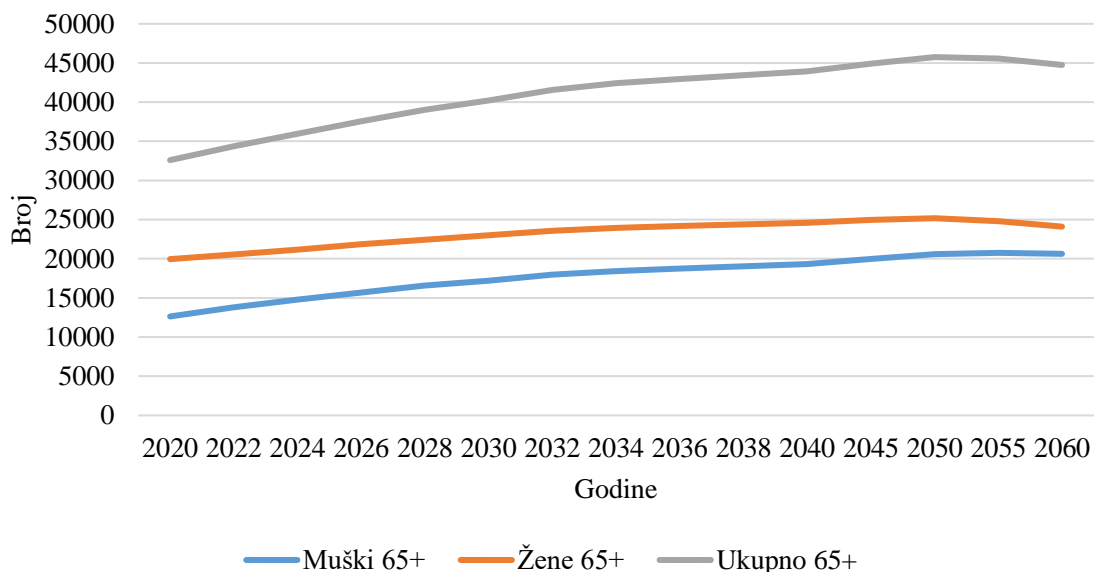
Izvori: *Državni zavod za statistiku; **Vlastito istraživanje

U Tablici 54 prema dobnoj strukturi stanovništva Varaždinske županije može se uočiti da su najbrojniji ljudi između 65 i 70 godina, a s većim udjelom ženskog stanovništva. Nakon 80 godina starosti, broj žena je više nego dvostruko veći u odnosu na muške istog godišta i taj

se omjer višestruko povećava. Vjerojatnost da budu korisnici zdravstvene njege u kući raste povećanjem godina života i vidljivo se povećava nakon 82 godine života.

Projekcija broja muških i ženskih stanovnika Varaždinske županije starih 65 i više godina prikazana je u Grafu 17 za vremensko razdoblje do 2060. godine.

Graf 17: Populacijske projekcije stanovnika starih 65 i više godina za Varaždinsku županiju u razdoblju od 2020. do 2060. godine

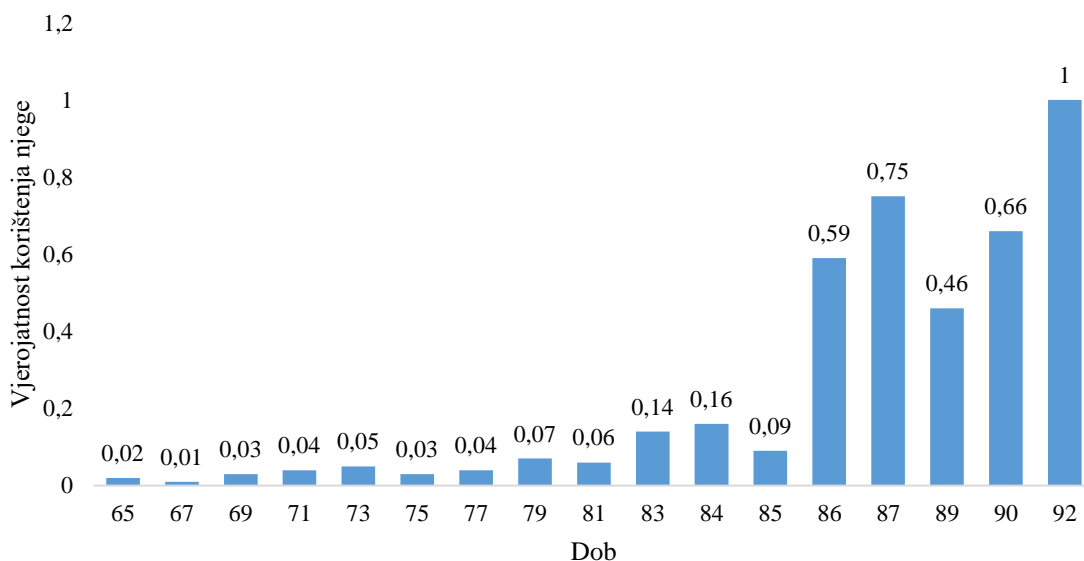


Izvor: Vlastito istraživanje 2020.

Kako je prikazano u Grafu 17, broj stanovnika starih 65 i više godina kontinuirano raste. U zadanom vremenskom periodu do 2060. godine veći udjel starih stanovnika Varaždinske županije činit će žene.

Vjerojatnost da će muški stanovnici Varaždinske županije u određenoj dobi biti korisnici zdravstvene njege u kući u 2020. godini prikazana je u Grafu 18.

Graf 18: Vjerojatnost po dobi da će muški stanovnici Varaždinske županije u 2020. biti korisnici zdravstvene njege u kući

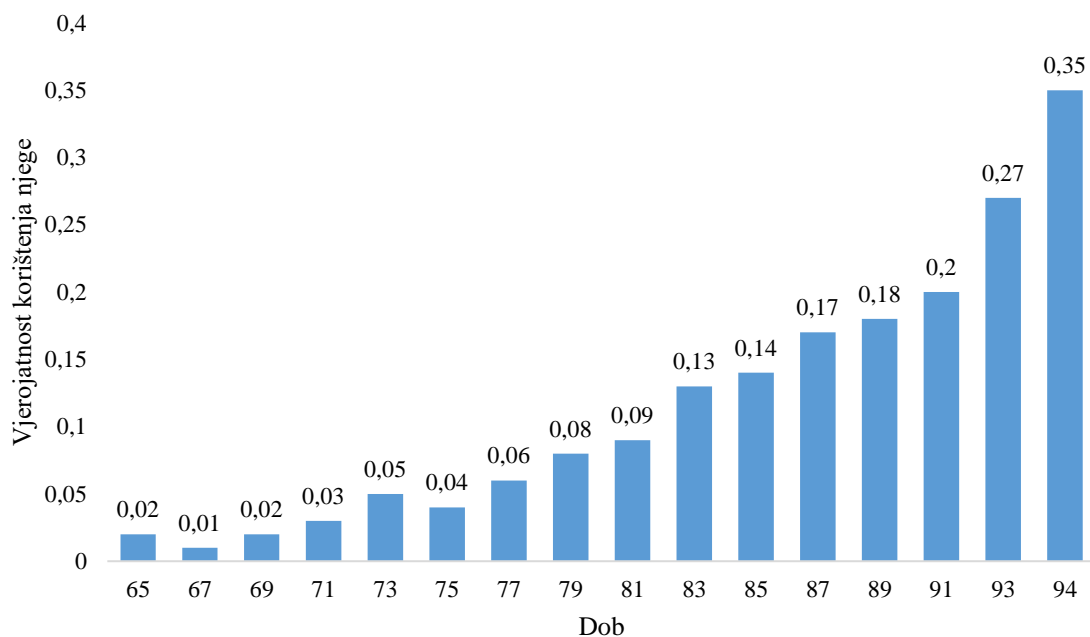


Izvor: Vlastito istraživanje 2020.

Prema izračunu i prikazu u Grafu 18, u populaciji muških koji su stari 65 godina ima 2% korisnika zdravstvene njege u kući. Vjerojatnost da će muški stanovnici Varaždinske županije biti korisnici zdravstvene njege u kući izrazitije počinje rasti nakon osamdeset godina, a u ovom slučaju predviđa se da će 14% muškaraca starih 83 godine biti korisnici sustava s trendom povećanja kako bivaju stariji. Intenzivniji porast vidljiv je u 86-oj godini kada će usluge zdravstvene njege u kući koristiti 60% muških.

Projekcijama je utvrđeno da će veći udjel stanovništva Varaždinske županije činiti žene, a predviđanja vjerojatnosti korištenja zdravstvene njege u kući u 2020. godini za žensku populaciju određene dobi prikazana su u Grafu 19.

Graf 19: Vjerojatnost po dobi da će ženski stanovnici Varaždinske županije u 2020. biti korisnici zdravstvene njege u kući

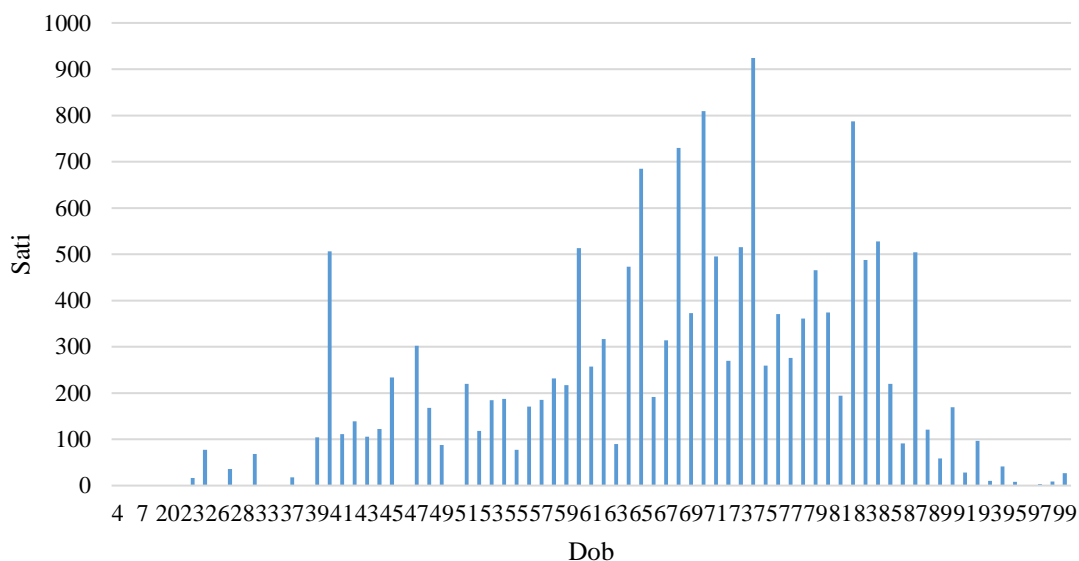


Izvor: Vlastito istraživanje 2020.

Prethodni Graf 19 prikazuje vjerojatnost korištenja zdravstvene njege u kući u populaciji žena starih 65 i više godina. U dobi od 65 godina, usluge zdravstvene njege u kući koristit će 2% žena s istim omjerom do sedamdesetih godina života. U dubokoj starosti, udjel žena koje će vjerojatno koristiti zdravstvenu njegu u kući kreće se oko 30%.

Na temelju podataka o provedenoj zdravstvenoj njezi u kući izračunati su sati pruženih usluga za 2020. godinu prema dobi korisnika i prikazani u Grafu 20 zasebno za muške i Grafu 21 za ženske korisnike.

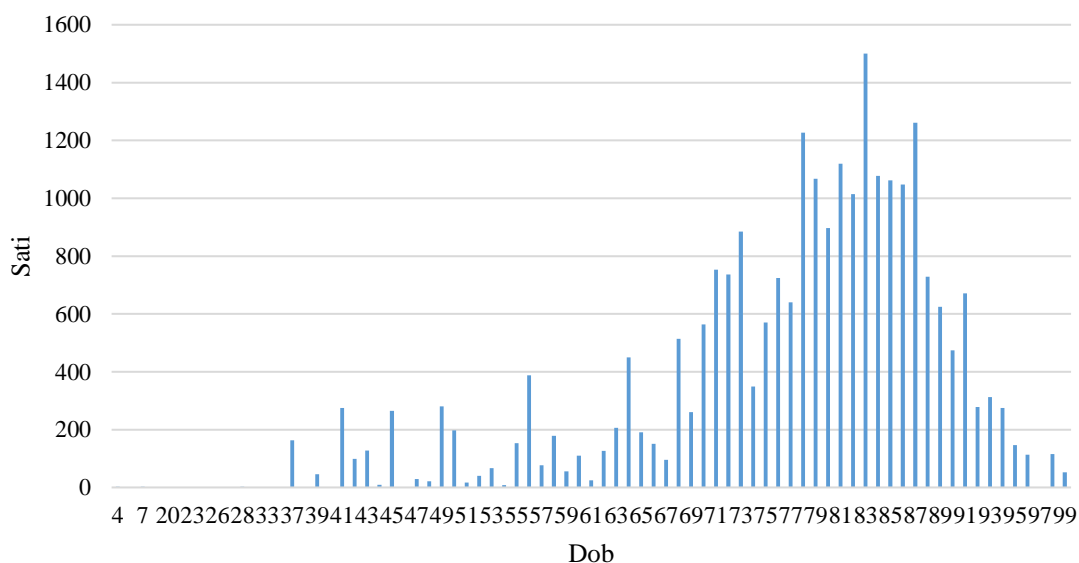
Graf 20: Prikaz sati korištenja zdravstvene njege u kući po dobi za mušku populaciju Varaždinske županije u 2020. godini



Izvor: Vlastito istraživanje 2020.

Iz Grafa 20. vidi se raspodjela utrošenih sati zdravstvene njege u kući za potrebe muških korisnika. Njihove potrebe iziskivale su u velikoj većini do 300 sati zdravstvene njege godišnje u pojedinoj dobnoj skupini korisnika. Najviše sati zdravstvene njege koristili su muški stari 70, 74 i 82 godine.

Graf 21: Projekcija sati korištenja zdravstvene njege u kući po dobi za žensku populaciju Varaždinske županije u 2020. godini



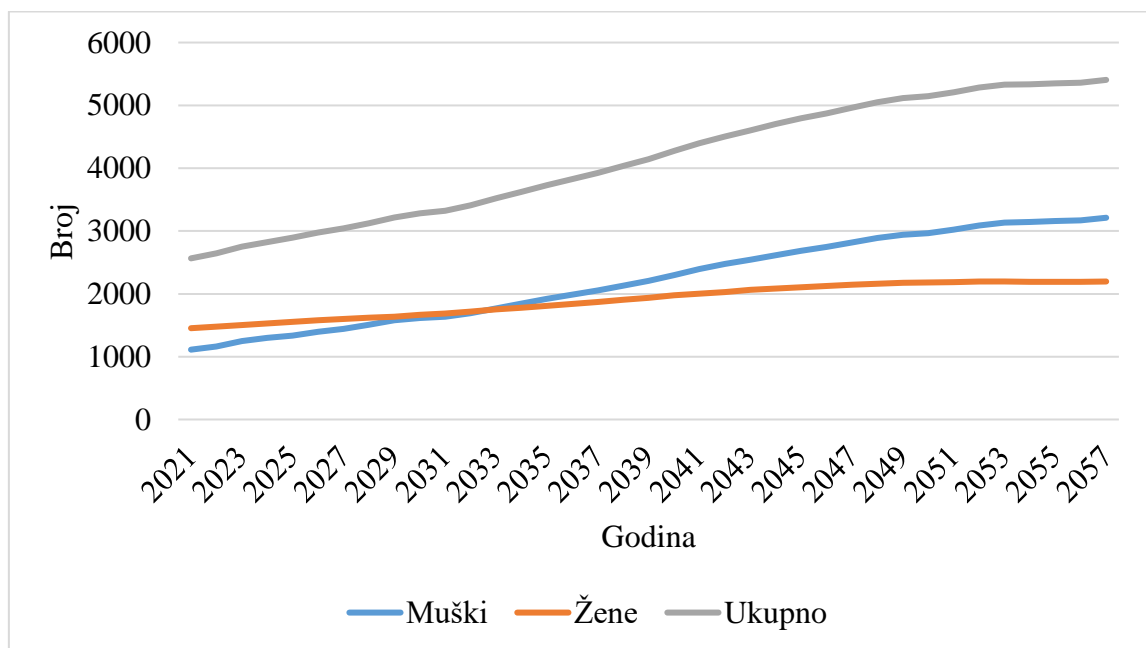
Izvor: Vlastito istraživanje 2020.

Prema prikazu iz Grafa 21 žene su u 2020. godini koristile više sati zdravstvene njege u kući od muškaraca. U najvećem dijelu usluge zdravstvene njege u kući s više od 500 sati njege počinju koristiti sa 69 godina. Intenzitet s više od 1000 sati koristile su žene u dobi 78 do 87 godina. Na osnovu podataka i modela u nastavku slijede projekcije potražnje i zahtjeva za zdravstvenom njegom u kući.

4.6 Rezultati projekcije korištenja i potražnje zdravstvene njege u kući

U ovom podpoglavlju predstavljene su projekcije korisnika zdravstvene njege u kući, projekcije sati korištenja zdravstvene njege u kući, projekcije potrebnog broja medicinskih sestara i njihovih plaća u razdoblju do 2060. godine te trenutno stanje zastupljenosti medicinskih sestara u djelatnosti zdravstvene njege u kući i popunjenost mreže po županijama. Projekcije korisnika zdravstvene njege u kući po spolu za razdoblje do 2060. godine prikazane su u Grafu 22.

Graf 22: Projekcija korisnika zdravstvene njege u kući po godinama na području Varaždinske županije za razdoblje do 2060. godine

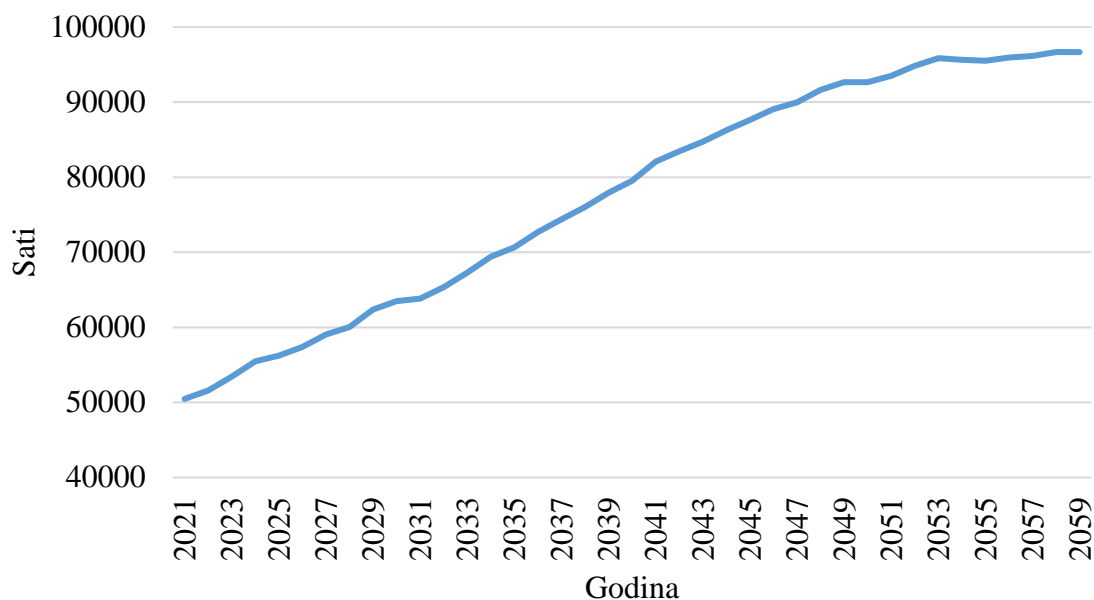


Izvor: Vlastito istraživanje 2020.

Iz Grafa 22 vidimo da će se u narednom periodu povećavati broj korisnika zdravstvene njege u kući. Predviđa se da će nakon 2032. godine doći do promjene omjera muških i ženskih korisnika te će nakon toga u sustavu biti više muških osoba korisnika zdravstvene njege u

kući. Uz iste standarde i vjerojatnost da će korisnici u nekoj dobi biti u sustavu zdravstvene njege u kući izračunati je intenzitet u satima do 2060. godine i prikazan u Grafu 23.

Graf 23: Projekcija sati korištenja zdravstvene njege u kući po godinama na području Varaždinske županije za razdoblje do 2060. godine

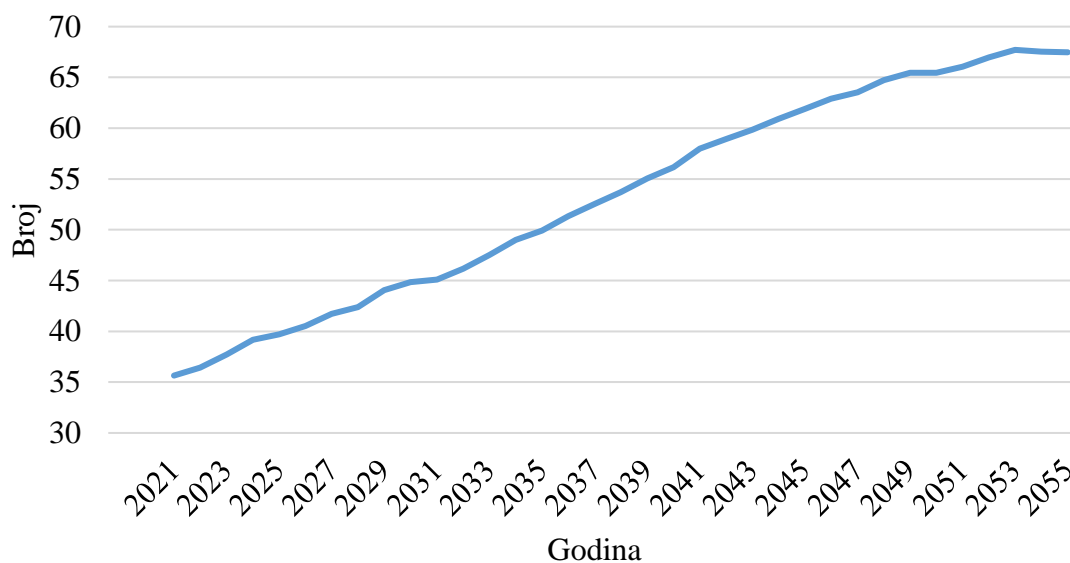


Izvor: Vlastito istraživanje 2020.

Graf 23 prikazuje projekciju sati zdravstvene njege koju će potraživati populacija starih 65 i više godina na području Varaždinske županije po godinama. Broj potrebnih sati kontinuirano raste s porastom broja korisnika zdravstvene njege u kući. Predviđa se da će do 2060. broj sati zdravstvene njege u kući rasti višestruko.

U vezi rasta broja starih ljudi i njihove vjerojatnosti da budu korisnici zdravstvene njege u kući te rasta sati zdravstvene njege koji koriste potrebno je osigurati i dovoljan broj zdravstvenih radnika, odnosno medicinskih sestara. Projekcije potražnje za uslugama zdravstvene njege u kući i potrebnog zapošljavanja medicinskih sestara pokazale su rast na oba spomenuta područja. Prikaz projekcije potrebnog broja medicinskih sestara nalazi se u Grafu 24.

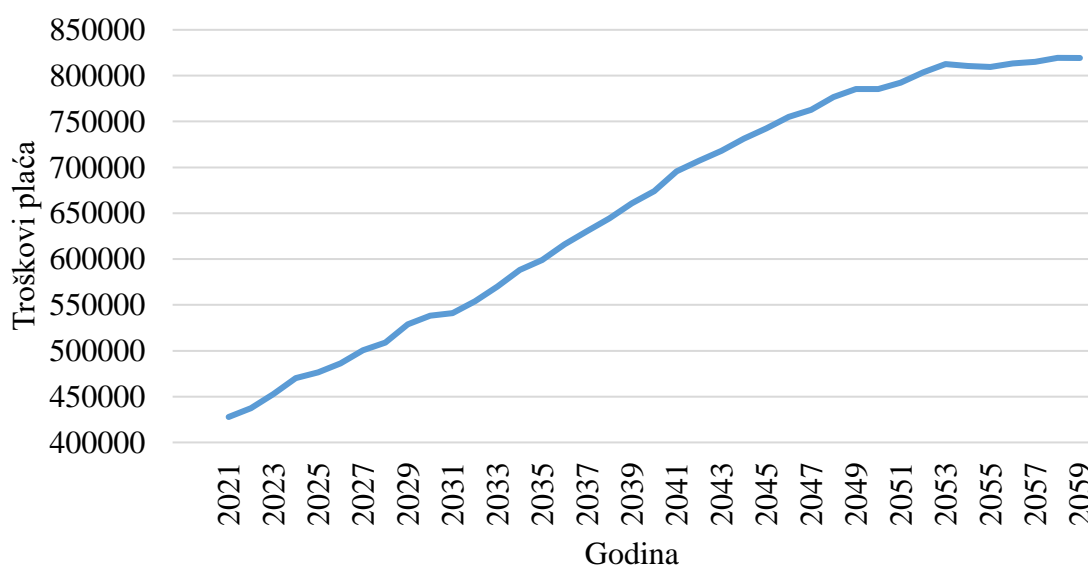
Graf 24: Projekcije potražnje za medicinskim sestrama za zdravstvenu njegu u kući od 2021. do 2060. godine



Izvor: Vlastito istraživanje 2020.

Na primjeru analizirane Ustanove za zdravstvenu njegu LEKIĆ, broj medicinskih sestara će se u narednim godinama povećavati. Projekcije u grafu 23 pokazuju da će broj medicinskih sestara biti potrebno udvostručiti do 2060. godine. Uz potražnju za medicinskim sestrama vezani su i materijalni troškovi njihovih plaća čija je projekcija prikazana u Grafu 25.

Graf 25: Projekcije plaća medicinskih sestara zdravstvene njege u kući od 2021. do 2060. godine



Izvor: Vlastito istraživanje 2020.

Projekcija troškova plaća prikazana u Grafu 25 povezana s rastom broja medicinskih sestara pokazuje da kontinuirano raste, a u odnosu na početnu godinu udvostručuje se do 2052. godine.

Za usporedbu s dobivenim projekcijama, u Tablici 55 prikazano je trenutno stanje u djelatnosti zdravstvene njege u kući na razini Republike Hrvatske u mreži djelatnosti zdravstvene njege u kući koja je gotovo popunjena. Podaci o zaposlenim medicinskim sestrama prikazana je za trogodišnje razdoblje (2021.-2023.)

Tablica 55: Broj medicinskih sestara zdravstvene njege u kući 2021.-2023. na razini Republike Hrvatske

Županija/godina	2021.*	2022.**	2023.**
Republika Hrvatska ukupno	798	1273	1265
Bjelovarsko - bilogorska	34	38	38
Brodsko - posavska	60	51	51
Dubrovačko - neretvanska	19	34	34
Grad Zagreb	253	250	250
Istarska	53	53	50
Karlovačka		41	40
Koprivničko - križevačka	36	37	37
Krapinsko - zagorska	37	43	43
Ličko - senjska	7	12	12
Međimurska	34	33	33
Osječko - baranjska		105	107
Požeško-slavonska		24	24
Primorsko - goranska	54	86	86
Sisačko - moslavačka	27	48	45
Splitsko - dalmatinska	24	136	137
Šibensko-kninska		30	26
Varaždinska	43	49	51
Virovitičko-podravnska		27	25
Vukovarsko - srijemska	59	50	49
Zadarska	42	49	49
Zagrebačka	16	77	78

Izvor: *HZJZ i **HZZO

Podaci prikazani u Tablici 55 preuzeti su na mrežnim stranicama HZJZ i HZZO¹⁵. Iz tablice razaznajemo da je u proteklom razdoblju rastao broj medicinskih sestara u djelatnosti zdravstvene njege u kući na većini područja Republike Hrvatske. Očekivano najveći broj angažiranih medicinskih sestara ima Grad Zagreb kao administrativno središte države i najgušće naseljeno područje. Po broju zaposlenih medicinskih sestara u djelatnosti njege u kući slijede Splitsko-dalmatinska i Osječko-baranjska županija. Rast broja ugovorenih medicinskih sestara pokazuje da se popunjava planirana mreža u djelatnosti zdravstvene njege u kući. To je pokazatelj da se povećavaju potrebe za uslugama zdravstvene njege u kući u smislu da raste broj korisnika i da raste broj usluga zdravstvene njege po korisniku. U Varaždinskoj županiji u 2023. godini ukupno je zaposlena 51 medicinska sestra, a od toga u analiziranom slučaju i promatranoj ustanovi njih 35.

Na razini Republike Hrvatske primjetno je odstupanje popunjenosti mreže javne zdravstvene zaštite, a što je uvjetovano nedostatkom zdravstvenih radnika. Uz najbrojnije medicinske sestre, primarna razina zdravstvene zaštite i zdravstvena skrb o stanovništvu u zajednici oslanja se na liječnike obiteljske medicine. Broj timova u Mreži javne zdravstvene službe u djelatnosti opće obiteljske medicine prikazana je u Tablici 56.

¹⁵ Ugovoreni sadržaji zdravstvene zaštite u RH, Ugovoreni sadržaji primarne zdravstvene zaštite. Dostupno na: <https://hzzo.hr/poslovni-subjekti/zdravstvena-zastita/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim->.

Tablica 56: Broj timova obiteljske medicine u Mreži javne zdravstvene službe Republike Hrvatske na dan 31.7.2023. godine

Regionalni ustroj (županija/Grad Zagreb)	Potrebno timova	Ugovoreno timova	Razlika ugovorenih i potrebnih timova	Nedostaje timova
Bjelovarsko-bilogorska	67	67	0	0
Brodsko-posavska	92	75	-17	-17
Dubrovačko-neretvanska	83	77	-6	-7
Grad Zagreb	443	438	-5	-62
Istarska	117	114	-3	-3
Karlovačka	76	76	0	0
Koprivničko-križevačka	66	57	-9	-9
Krapinsko-zagorska	75	71	-4	-4
Ličko-senjska	33	32	-1	-1
Međimurska	59	55	-4	-4
Osječko-baranjska	178	168	-10	-10
Požeško-slavonska	42	37	-5	-5
Primorsko-goranska	175	164	-11	-12
Sisačko-moslavačka	98	91	-7	-7
Splitsko-dalmatinska	268	262	-6	-8
Šibensko-kninska	66	62	-4	-4
Varaždinska	99	86	-13	-13
Virovitičko-podravska	47	44	-3	-3
Vukovarsko-srijemska	98	92	-6	-6
Zadarska	101	97	-4	-4
Zagrebačka	169	152	-17	-17
Ukupno	2452	2317	-135	-196

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje 2023.¹⁶

Iz Tablice 56 je vidljivo da na razini Republike Hrvatske u djelatnosti obiteljske medicine nedostaje ukupno 196 timova, odnosno liječnika specijalista i medicinskih sestara. Može se konstatirati da je mreža u samo dvije županije popunjena i da u njima ima dovoljno liječnika i medicinskih sestara. S obzirom na razliku potrebnih i ugovorenih timova, mreža je popunjena 94,4%.

¹⁶ Ugovoreni sadržaji zdravstvene zaštite u RH, Ugovoreni sadržaji primarne zdravstvene zaštite. Dostupno na: <https://hzzo.hr/poslovni-subjekti/zdravstvena-zastita/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim-2>.

5 RASPRAVA

Stanovništvo Republike Hrvatske stari i prema podacima Eurostata¹⁷ u 2022. godini osobe stare 65 i više godina činile su 22,5% stanovništva. Osim Hrvatske i druge europske zemlje suočene su sa starenjem stanovništva. Predviđa se da će do 2050. godine 30% europskog stanovništva biti starije od 65 godina (Europska komisija 2023, 10). Razlike u dobi na razini Europe postoje između gradskih i seoskih sredina pri čemu su stanovnici gradskih područja prosječno stariji (Europska komisija 2023, 8). Osobe starije životne dobi u pojačanom su riziku za ograničenja pokretljivosti, a kvaliteta njihovog života ovisna je o pristupačnosti i uključivosti društva i okoline (Europska komisija 2020, 8). Trenutno se u odnosu na formalnu skrb uočava porast potražnje povezan sa starenjem stanovništva, a najčešće zbog narušavanja postojećeg zdravstvenog stanja, nedostatka ili smanjenja kapaciteta životnih partnera i neformalnih njegovatelja ali i povećanja dostupnosti usluga podrške u kući (McGarrigle i Kenny, 2020, 34). Njihovo povećanje dovest će do pojačanih potreba za uslugama skrbi i opterećenje na financijsku održivost nacionalnih sustava (Europska komisija 2023, 18).

Varijable koje se najčešće istražuju u kontekstu preferencija starih su demografska obilježja, obiteljski status, zdravstveno stanje i preferirana zdravstvena skrb (Wei i Zang, 2020). Ovim istraživanjem su obuhvaćene formalno dostupne usluge koje svojim pojedinačnim i kumulativnim djelovanjem s drugim faktorima u okolini utječu i mogu biti povezane s odabirom mjesta i oblika primanja kontinuirane dugotrajne skrbi.

5.1 Analiza sociodemografskih karakteristika ispitanika i preferirane dugotrajne skrbi

U ovom istraživanju preferiranog mjesta i načina dugotrajne skrbi sudjelovalo je 438 ispitanika, starosti 50 i više godina, korisnika formalne usluge zdravstvene njege u kući na području Varaždinske županije.

Na uzorku ovog istraživanja sveukupno 81,5% njih preferira dugotrajnu skrb u vlastitom domu, a najviše uz pomoć obitelji (68%). Ovo potvrđuje rezultate Eckert idr. (2004, 56–57) o 58% onih koji očekuju i žele primati skrb u vlastitom domu i zajednici; Liu idr. (2016, 86) da većina (78 %) starih želi stanovati zajedno sa svojom djecom od kojih bi željeli primati

¹⁷ Eurostat, 2023. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_PJANBROAD__custom_7199701/default/table?lang=en.

pomoć do kraja života te autora Kasper idr. (2019, 848) koji potvrđuju da stari najboljim oblikom skrbi i njege smatraju onu u njihovom vlastitom domu s 10% onih koji bi preferirali starački dom ili život s vlastitom odraslom djecom. Qian idr. (2018, 4) su utvrdili 8,4% starih ljudi voljnih primati institucionalnu skrb. Zhang idr. (2020) iznose podatak o 60% starih koji žele živjeti s vlastitom djecom i manje od 1% starih koji izražavaju opredjeljenje življenja u ustanovi za dugotrajnu skrb. Black i Hyer (2019, 15–16) navode da pripadnici baby boom generacije više u odnosu na njihove prethodnike preferiraju obilježja univerzalnog dizajna i osiguravanje doživotnog boravka u vlastitom domu.

Eckert idr. (2004, 57) ukazuju da trenutni zdravstveni status, razina obrazovanja, rasa, bračni status i prihodi nisu povezani s preferencijama za primanje njege kod kuće. U ovom provedenom istraživanju analizirana obilježja ispitanika su dob, spol, zdravstvene teškoće, mjesto stanovanja i socijalna mreža. Hajek idr. (2017a) su varijable spola, životnih prilika, mjesta rođenja, potomstva i samoprocjene zdravlja našli značajno povezanima s preferiranom skrbi u rodbinskim uvjetima.

5.1.1 Spol ispitanika i preferirana dugotrajna skrb

Prema kriteriju spola, udjel u ispitanom uzorku čini 33% muških i 67% ženskih ispitanika. U skupini ženskih ispitanika više njih (38,2%) ima teškoće pokretljivosti i među njima je više nepokretnih (13,7%) u odnosu na muške. U usporedbi prema spolu, izraženo u mjesecima, muški su u sustavu zdravstvene njege prosječno kraće od žena. Prosjek za muške korisnike je 36,9 mjeseci, a za ženske korisnike 37,9 mjeseci. To može biti povezano s time da žene s kroničnim bolestima nakon 65 godine života imaju dulji očekivani životni vijek u odnosu na muškarce (Rodrigues idr. 2012, 48). Negron-Blanco idr. (2016, 4) također navode da u populaciji starijih od 50 godina i koji su zbog zdravstvenih teškoća primorani biti u kući veći udjel čine žene. Druga istraživanja potvrđuju da muškarci više primaju neformalnu podršku upravo od svojih žena koje dulje žive, a one se onda češće oslanjaju na formalnu potporu (Deindl i Brandt 2017, 1551). Razlike u preferiranom mjestu skrbi prema kriteriju spola otkrivaju da žene najviše preferiraju vlastiti dom uz plaćenu pomoć, a muškarci uz pomoć obitelji (Kasper i dr. 2019, 848). Noviji podaci pokazuju da je za žene, osim što su korisnici zdravstvenih usluga, karakteristično da su većinom u ulozi neformalnih njegovatelja, ali se ta uloga smanjuje njihovim povećanim zapošljavanjem (Europska komisija 2022, 1). Muški korisnici zdravstvene njege u kući stari 65 i više godina tri put više od žena kao primarnog njegovatelja imaju supružnika, a ženama su primarni njegovatelji

najčešće djeca ili drugi član obitelji (Jones idr. 2012, 2). U ovom istraživanju utvrđeno je da najviše muških i ženskih ispitanika (80%) prima pomoć od njihovih obitelji. Nadalje je utvrđeno da najviše ispitanika (74,4%) navodi da im je pomoć potrebna za kućanske poslove i one oko kuće, dok pomoć u provođenju osobne higijene treba 14,3% ispitanika (Tablica 32). Usporedbom ispitanika prema kriteriju spola nije utvrđena povezanost spola i procjene potrebnog intenziteta pomoći u kući, odnosno ženski i muški ispitanici podjednako odabiru intenzitet potrebne pomoći u kući (Tablica 30 i Tablica 31).

Iako su primijećeni drugačiji obrasci i ukupni omjer korištenja određenih službi podrške između populacije muškaraca i žena, dugo vremena su te razlike bile zanemarivane u planiranju službi potrebne podrške (Gibson 2019, 519–520). Više od trećine (36,9%) svih žena starih 65 i više godina treba dugotrajnu njegu u komparaciji s 22,7% muškaraca (Europska komisija 2021c, 12). Navedeno može biti povezano s ranije iznesenim podacima o tome da žene njeguju svoje supružnike, a one u istoj situaciji trebaju pomoć koju od supružnika ne mogu dobiti. Bieber idr. (2019) ukazuju na važnost osobne procjene sposobnosti da će određenu aktivnost i ponašanje moći realizirati te uočavanje faktora koji ubrzavaju ili sprečavaju realizaciju tog ponašanja. Naime, ispitanici oba spola u velikoj većini procjenjuju da će moći doživotno ostati u vlastitom domu, a više žena procjenjuje da to neće moći (Tablica 43). Odlazak u instituciju planira ukupno 33,1% ispitanika provedenog istraživanja, a u tom udjelu trostruko više je žena. Statistički značajne razlike utvrđene su Hi-kvadrat testom ($\chi^2_{df2}=6,253; p<0,001$) u odnosu na razloge odlaska na institucijsku skrb u dom za stare i nemoćne, a pri čemu žene značajno više od muških izražavaju tu namjeru zbog bolesti i nemoći (Tablica 45).

Usporedba ispitanika prema spolu i faktorima formalne podrške i podržavajuće okoline kao uvjeta za daljnji ostanak u vlastitom domu učinjena je Mann-Whitney U testom te općenito na tim faktorima nema značajnih razlika ($p>0,05$). Kako su ovi faktori općenite kategorije, dodatna analiza učinjena je na pojedinačnim česticama faktora i na razini značajnosti $p<0,05$ utvrđeno je da muški ispitanici značajno potrebnijim za doživotni ostanak u vlastitom domu smatraju organizirani prijevoz i dostupnost informacijsko-komunikacijskih tehnologija. Ovo je važan podatak jer s 38,9% muški iz Hrvatske, stari 65 i više godina zauzimaju prvo mjesto s nezadovoljenim zdravstvenim potrebama povezanih s kumulativnim djelovanjem listi čekanja, prijevoza i financijskim razlozima, a zbog udaljenosti ili prijevoza nezadovoljene potrebe ima 9,5% muških i 12% ženskih ispitanika ovog istraživanja (Tablica 3).

5.1.2 Dob i preferirana dugotrajna skrb

Negron-Blanco idr. (2016, 4) su utvrdili gotovo 10% starijih od 50 godina koji su primorani biti u kući zbog zdravstvenih teškoća, a Anderson idr. (2018, 6. pogl.) navode da je gotovo 83% korisnika zdravstvene skrbi starije od 65 godina. Ti podaci odgovaraju i podacima iz ovog provedenog istraživanja u kojem je sudjelovalo 84,5% starih 65 i više godina koji su istovremeno i korisnici zdravstvene njege u kući. U sustavu zdravstvene njege u kući na razini Republike Hrvatske u 2022. godini, starih 65 i više godina bilo je 85,4%, a najviše korisnika bilo je u dobnoj skupini 75 do 84 godine (HZJZ, 2023). Prema podacima dobivenim analizom strukture korisnika zdravstvene njege u kući na području Varaždinske županije utvrđen je isti udjel sudionika u ovoj dobnoj skupini (Tablica 11).

Usporedna analiza prema spolu i kronološkoj dobi korisnika zdravstvene njege u kući pokazala je da su muški korisnici sa 73,6 godina prosječno značajno ($p < 0,001$) mlađi od ženskih korisnica čija je prosječna dob 80,8 godina (Graf 2), a što je povezano s predviđenim kraćim životnim vijekom muškaraca i dokazuje da muški stanovnici ulaze u sustav zdravstvene njege u kući značajno ranije od žena. Na razini statističke značajnosti $p < 0,05$ može se s 95% pouzdanosti utvrditi da su značajno mlađi korisnici zdravstvene njege u kući oni koji žive u seoskim područjima. Prosječno trajanje korištenja usluge zdravstvene njege u kući je 37,6 mjeseci, a podjednako dugo je koriste muški i ženski ispitanici istraživanja (Graf 6).

Veći udjel starih i starijih od 80 godina koji žive sami su žene, a što ih stavlja u poziciju veće vjerojatnosti za potrebom korištenja formalne dugotrajne skrbi (Rodrigues idr. 2012, 33). Zbog razlike u očekivanim godinama života nastaje sve veći nesrazmjer u omjeru žena (39,8%) i muškaraca (20%) starih 65 i više godina koji žive kao samci (Europska komisija 2023, 12). Na to potencijalno ukazuju i rezultati ovog istraživanja prema kojemu muškarci sa 33% čine udjel korisnika zdravstvene njege u kući. Analiza usporedbe ispitanika po dobnim skupinama i uvjetima za doživotni ostanak u vlastitom domu izvršena je Kruskal-Wallis testom, a na razini značajnosti $p < 0,05$ nisu utvrđene značajne razlike (Tablica 48).

5.1.3 Mjesto stanovanja i preferirana dugotrajna skrb

U odnosu na mjesto stanovanja, u istraživanju je sudjelovalo 75% ispitanika korisnika zdravstvene njege u kući iz seoskih i 25% iz gradskih područja. Zdravstvenu njeгу u kući iz

obje skupine više koriste žene (Graf 1). Prosjek korištenja zdravstvene njege je 37,6 mjeseci za sve ispitanike, a oni koji žive u gradu njege koriste prosječno 40,5 mjeseci.

Borowiak idr. (2015, 408) su utvrdili da stanovnici iz gradova (45%) izvještavaju o nedostatku brige od strane drugih osoba u odnosu na stanovnike u seoskim područjima (11%). S druge strane, Young i Siegel (2016, 48) navode da pristup odgovarajućoj potpori nema većina starih ljudi iz seoskih sredina, a Gibson idr. (2019, 638) da su im formalne profesionalne usluge neprimjerene, ograničene ili udaljene. Quigley idr. (2022) su sumirali zaključke drugih istraživanja o nepovoljnijem položaju stanovnika seoskih područja u pristupu zdravstvenim uslugama, smanjenoj dostupnosti specijaliziranih stručnjaka, nižoj kvaliteti skrbi i dovoljnoj količini potrebnih usluga. Prema autorima Quigley idr. (2022, 6) ljudi u selima značajno manje koriste zdravstvenu njegu u kući, a što je u suprotnosti s udjelom sudionika ovog provedenog istraživanja. Vezano za sela i ruralna područja i izražene regionalne nejednakosti, Europska komisija (2023, 1) ukazuje na njihovu povezanost sa smanjenjem populacije i migracijom mlađeg stanovništva u gradove zbog većih mogućnosti. Ovo također može doprinijeti objašnjenju smanjenja neformalne skrbi i zašto su žene u većem udjelu brojniji korisnici zdravstvene njege, a iz razloga što nemaju mlađih članova obitelji koji bi im pružali neformalnu podršku kakvu one pružaju svojim supružnicima.

Zhang idr. (2020) nadalje ističu značajne razlike između gradskih i seoskih sredina po pitanju medicinske sigurnosti, dostupnosti resursa, financijskih primanja i životnih uvjeta te se stoga status dugotrajne skrbi i konkretnih potreba starih u seoskim i gradskim sredinama može značajno razlikovati. Xing idr. (2018, 5) su ukazali na povezanost dobi s preferiranom institucionalnom skrbi starih 80 i više godina, a Wang idr. (2020b, 3–4) navode da institucionalnu skrb preferira 41% starih ljudi iz seoskih i 48,4% iz gradskih sredina. Omjer neformalnih njegovatelja starih u seoskim područjima čini 83% članova obitelji u usporedbi s gradskima gdje ih je 51% (Borowiak idr. 2015, 408). Kasper idr. (2019, 948) tvrde da su trenutni životni uvjeti i podrška koju netko prima povezani s preferencijama za budućnost pa navode da oni koji žive sami biraju vlastiti dom uz plaćanje pomoći i podrške, a oni s partnerima ili djecom očekuju njihovu pomoć. Qian idr. (2018, 4) su potvrdili da je spremnost za odlazak u institucionalnu skrb izraženija u starih samaca s ruralnih područja i koji nemaju obiteljsku podršku. Također je u odnosu na očekivano primanje skrbi utvrđeno da stanovnici gradskih i seoskih područja podjednako očekuju angažman članova obitelji za

brigu o njima, a oni iz seoskih područja češće istovremeno žele primati skrb i od obitelji i medicinskih sestara (Borowiak idr. 2015, 408).

Rezultati ovog provedenog istraživanja otkrivaju da 81,3% ispitanika koji žive na selu u svakodnevnim aktivnostima primaju pomoć od njihovih obitelji (Tablica 30), svaki treći procjenjuje da im pomoć u kući treba dva puta u tjednu. Usporedna analiza za ispitanike prema mjestu stanovanja i procjene potrebne pomoći u kući učinjena je Hi-kvadrat testom i Fisherovim egzaktnim testom koje su rezultirale značajnim razlikama ($p < 0,05$). Ispitanici koji žive na selu trebaju pomoć druge osobe u kući značajno više u usporedbi s ispitanicima koji žive u gradu (Tablica 34). Navedeno je vidljivo u odnosu na primjerice procjenu kontinuirane ograničene pomoći u frekvenciji dva ili tri puta tjedno kao i u potrebi za svakodnevnom pomoći. Zhang idr. (2020) su utvrdili da se percepcija vlastitih potreba starih razlikuje u odnosu na kronološku dob i na mjesto stanovanja, a pri čemu stari 80 i više godina koji žive u selima izražavaju najveće potrebe, a zatim najstariji stari u gradovima.

Druga značajna razlika s obzirom na mjesto stanovanja utvrđena je u analizi procjene potrebnog broja posjete medicinske sestre iz djelatnosti zdravstvene njege u kući, a pri čemu korisnici zdravstvene njege koji žive u gradu procjenjuju da im je potrebno prosječno značajno više ($p < 0,05$) posjeta u usporedbi s procjenama koje su dali korisnici koji žive na selu (Graf 12 i Tablica 39). Jedan od mogućih razloga navode Andersen i Newman (2005, 23) koji pokazuju da stanovnici seoskih područja inače uglavnom koriste manje usluga u usporedbi s vršnjacima iz gradova zbog njihove fizičke udaljenosti koju moraju proputovati da bi došli do toga što im treba (Andersen i Newman 2005, 23). Geografska rasprostranjenost utječe na pristupačnost uslugama pa će veću vjerojatnost korištenja zdravstvenih usluga imati stari koji su bliže zdravstvenim pružateljima skrbi (Wang idr. 2020a). Međutim, ovo ne može utjecati na korištenje usluge zdravstvene njege u kući niti drugih usluga koje se pružaju u zajednici jer se one provode na mjestu gdje korisnici žive. S druge strane obzirom na regionalnu rasprostranjenost i udaljenost od nekog središta, Wang idr. (2017a) za seoska područja ukazuju da uz vrijeme putovanja do krajnjeg korisnika, socijalni, ekonomski i klinički uvjeti mogu umanjiti kvalitetu postupaka u kući. Seow idr. (2018, 137–138) su ustvrdili da postoje regionalno uvjetovane razlike u dostupnosti njege u kući terminalnim bolesnicima, a usporedbama prema spolu, dobi i veličini populacije njihovi rezultati pokazali su da veće razlike proizlaze iz karakteristika samih regija nego veličini zajednica.

Generalizacije o ocjeni skrbi i najboljih opcija za starajuću populaciju ne mogu biti bez rizika. To je iz razloga što se oblici skrbi među državama razlikuju, a u njima postoje međusobne razlike u udjelu starih i zdravstvenom stanju populacije (Verbakel 2018, 438). Tome u prilog ukazuju podaci (Tablica 1) o nezadovoljenim potrebama stanovništva u bogatijim Europskim zemljama i onima koje to nisu. Međutim, Fleuret (2011, 180) ukazuje da neovisno o mjestu stanovanja osoba treba dobiti potrebnu skrb kad je nužno po principu cijeli dan i svaki dan, a što je u mnogim područjima još uvijek neostvarivo uključujući i Hrvatsku. Ovaj uvjet mogu ispuniti institucijski orijentirani pružatelji dugotrajne skrbi i trenutno se na razini Hrvatske može osim u bolnicama i domovima socijalne skrbi takva usluga dobiti preko hitne medicinske pomoći.

Važno je ukazati i na rezultate samoprocjene uvjeta za ostanak u vlastitom domu (Tablica 51). Ispitanici sa sela i grada ne iskazuju razlike na analiziranim varijablama, a što se može tumačiti u korist razvoja i približavanja sela standardima gradskih uvjeta života ili pretpostavci da usluge koje ostvaruju stanovnici grada, u seoskim sredinama za svoje starije odrađuju članovi obitelji. Na jednoj varijabli podržavajuće okoline utvrđene su značajne razlike, a odnose se na značajniju potrebu prilagođenog stanovanja u kojem žive ispitanici sa sela.

5.1.4 Socioekonomski uvjeti života i preferirana dugotrajna skrb

Većina neformalnih njegovatelja su članovi uže obitelji, a u postojećim sustavima skrbi i njege njihov broj će se dodatno povećati starenjem baby boom generacije (Anderson idr. 2015, 102). Hlebec idr. (2016, 159–160) argumentiraju da se produljenjem godina života u mirovini, smanjenjem broja djece u obitelji i povećanjem broja samaca umanjuju neformalni resursi za ovisne o tuđoj pomoći.

Unatoč preferencijama starih da budu u dosadašnjem i poznatom okruženju, dostupnost neformalne podrške obitelji i prijatelja u svakodnevnim aktivnostima određuje mjesto i način osiguravanja dugotrajne skrbi (Young i Siegel 2016, 48). Lippi Bruni i Ugolini (2013, 6) usmjeravaju na promišljanje o dva aspekta odnosa neformalne i formalne skrbi, a u kojima jedna drugu zamjenjuju ili se međusobno upotpunjuju u slučaju kad su u njezi korisnicima potrebne specijalizirane i zdravstvene usluge. Blomgren idr. (2008, 345) su propitivali taj međuodnos formalne i neformalne skrbi, u smislu da su dopuna ili jedna drugoj zamjena, te utvrdili da stari kod kojih izostaje podrška djece nemaju formalnu podršku na razini kao što

to imaju stari sa djecom, a također i da je veća razina podrške od djece povezana s većom vjerojatnosti da će primati i formalnu podršku. Razlog ovoga je da djeca uz pružanje neformalne podrške istovremeno pred drugima zastupaju interese starih u potrazi za formalnim uslugama.

Promišljanje potražnje za dugotrajnom formalnom skrbi ponajprije proizlazi iz samih potreba starih za specifičnim postupcima, ali i zbog promjena u obiteljima i smanjenja dostupnosti podrške koju pružaju članovi obitelji kao neformalni njegovatelji (Redfoot idr. 2013, 5). Odnos prema primanju njege od svojih najbližih članova obitelji i prema profesionalnim uslugama njege opisan je u komplementarnom modelu, a pretpostavlja da stari jednostavne zadatke brige o sebi žele provoditi sami dok od formalnih pružatelja skrbi očekuju profesionalne i kompleksnije aktivnosti (Bai idr. 2020, 1079).

U provedenom istraživanju svaki peti sudionik i korisnik zdravstvene njege u kući živi sam, a podjednako njih samo s bračnim ili životnim partnerom (Tablica 17). Paraponaris idr. (2012, 328) su istaknuli da je neformalna skrb vrijedan izvor podrške za stare ljude koji se suočavaju s teškoćama, a istovremeno javnim sustavima upravljanja daje mogućnost ograničavanja formalnih usluga. Rezultati provedenog istraživanja pokazali su da uz zdravstvenu njegu u kući 4,3% nema nikakav drugi oblik pomoći i podrške. Jones idr. (2012, 3) ukazuju na razlike po spolu u korištenju usluga pri čemu je veća vjerojatnost da će muškarci primati kvalificiranu njegu, prijevoj rana i fizikalnu terapiju u usporedbi sa ženama kod kojih postoji dvostruko veća vjerojatnost korištenja usluga domaćica.

Na uzorku ovog istraživanja utvrđeno je gotovo 5% ispitanika bez obitelji koji preferiraju skrb u vlastitom domu uz pomoć domaćice i usluga iz lokalne zajednice, a nešto manje takvih samo uz usluge iz lokalne zajednice. Nadalje, trenutna situacija otkriva da najviše (79,7%) korisnika pomoć u svakodnevnim aktivnostima prima od obitelji, a istovremeno uz obitelj dodatnih 5,5% ispitanika ima usluge uz plaćanje, prima podršku od prijatelja i susjeda, gerontodomaćicu ili asistenta. Opciju pomoći u svakodnevnim aktivnostima koju sami financiraju ima 4,6% ispitanika.

Rezultati ovog istraživanja mogu potvrditi preferencije ispitanika, a koji uz korištenje zdravstvene njege u kući primaju pomoć obitelji u svakodnevnim aktivnostima u omjeru gotovo 80% (Graf 8) te većina ispitanika (74,4%) izražava potrebu pomoći u obavljanju kućanskih poslova (Tablica 30). Nadalje, vezano uz preferiranu dugotrajnu skrb u opcijama

izvan vlastitog doma, utvrđen je udjel od 15,3% ispitanika koji tu odluku povezuju s obitelji koje nemaju ili se na nju ne mogu osloniti (Graf 14). Ukupno je 4,5% korisnika zdravstvene njege u kući koji odabiru institucijsku skrb jer žive sami ili u slučaju da ne mogu računati na obitelj. S tim u vezi dominira promišljanje da korisnici zdravstvene njege u kući veliku pažnju i očekivanja imaju od vlastite obitelji.

Europska komisija (2021c, 34) ukazuje da kućanstva u potrebi za dugotrajnom skrbi često ne koriste formalne usluge jer su im nedostupne ili ne postoje. Ta nemogućnost dobivanja formalne skrbi doprinosi nezadovoljenim zdravstvenim potrebama, a procjenjuje se da 47,2% starih 65 i više godina s ograničenjima brige o sebi i u aktivnostima kućanstva nema odgovarajuću pomoć. Wei i Zang (2020) navode da siromašniji stari i koji imaju bračne partnere za njegovatelje su manje motivirani za odabir usluga institucijske skrbi, a oni boljeg statusa i s ne rodbinskim njegovateljem spremniji su odabrati usluge u instituciji. Borowiak idr. (2015, 409–410) su utvrdili da formalnu medicinsku njegu više preferiraju samci, oni s neposrednim iskustvom primanja iste i oni bez ikakvog iskustva, a stari o kojima brinu članovi obitelji imaju niža očekivanja o uključivanju medicinske njege.

Za formalnu njegu u kući karakteristično je da se u značajnoj mjeri oslanja na obitelj ili druge neformalne njegovatelje (Masotti idr. 2010, 115; Qualls 2016, 285; Anderson idr. 2018, 5. pogl.). Dostupnost zdravstvenih usluga u kući i život s partnerom i obitelji negativno su povezani s namjerom i spremnošću za život u instituciji za stare ljude (Wang idr. 2020b, 5). Qian idr. (2018, 4) su utvrdili da institucijsku skrb više preferiraju samci bez djece i skromnijih stambenih prilika.

U odnosu na spol, Gruneir idr. (2013) navode da žene imaju lošije socioekonomske uvjete i u većoj mjeri (15,5%) žive same u usporedbi s muškarcima. Prema novijim podacima, razlike u omjerima samaca po spolu izraženije su nakon 65 godina starosti s udjelom 40% žena koje žive same (Europska komisija 2021c, 19). Rezultati ovog istraživanja pokazuju udjel od 21,5% žena koje žive same, njih 33,4% ima razinu obrazovanja manje od osnovne škole te imaju značajno manje prihode od muškaraca. Iz podataka Europske komisije (2023, 11) žene su u financijski nepovoljnijem položaju jer u prosjeku ostvaruju 26,9% manje mirovine od muškaraca, zatim zbog očekivano duljeg života češće trebaju više dugotrajne skrbi. Utvrđeno je da oni koji žive sami, značajno najviše ($\chi^2_{df3}=127,625; p<0,001$) trebaju stalnu ili povremenu pomoć u obavljanju kućanskih poslova i održavanju kućanstva.

Nastavno na socioekonomske uvjete života, trećina ispitanika u ovom istraživanju koristi pravo na zajamčenu minimalnu naknadu (Graf 4).

Lippi Bruni i Ugolini (2013, 2) su u vezi toga izdvojili mogućnosti usluga dugotrajne skrbi pokrivenne javnim financiranjem, preko privatnog osiguranja i samostalnim financiranjem, a prema mjestu pružanja mogu biti u vlastitom domu ili izvan doma u nekom obliku smještaja i stanovanja. Ispitanici u ovom istraživanju preferiraju primanje dugotrajne skrbi u vlastitom domu, ali kao uvjet doživotnog ostanka u vlastitom domu njih 30,4% spremno je usluge pomoći u kući samostalno financirati (Tablica 46). Kasper idr. (2019, 848) su također utvrdili razlike u odnosu na osobne karakteristike ljudi, a na način da osobe s najnižim obrazovanjem biraju starački dom, oni sa srednjoškolskim stupnjem obrazovanja biraju vlastiti dom i pomoć obitelji dok oni višeg obrazovanja biraju potpomognuto stanovanje. Richardson idr. (2018, 851) su ukazali na razlike izražavanja preferencija i stvarnog korištenja, odnosno kad ih stvarno trebaju koristiti i o njima donositi odluke. Osobno iskustvo pružanja njege podržava uvjerenja o djeci kao najpoželjnijim njegovateljima za roditelje (Watt idr. 2014; Bai idr. 2020, 1078).

5.1.5 Formalne usluge podrške i preferirana dugotrajna skrb

Zdravstvena skrb u kući je usluga koju u sustavu zdravstvene zaštite pružaju stručno osposobljeni djelatnici, odnosno predstavlja profesionaliziranu djelatnost i uslugu liječnika, medicinskih sestara i drugih suradničkih zdravstvenih profesija pojedincima u njihovom vlastitom domu (Whitehead idr. 2015, 1066). Obuhvaća specijalizirane postupke koje korisnicima osiguravaju medicinske sestre, socijalni radnici, fizioterapeuti, radni terapeuti, logopedi i drugi radnici za aktivnosti svakodnevnog života (Quigley idr. 2022, 2). U Republici Hrvatskoj usluge skrbi u kući ili izvaninstitucijske usluge za odrasle stare osobe ostvaruju se preko sustava zdravstva i socijalne skrbi. Iz zdravstvenog sustava mogu se izdvojiti djelatnosti zdravstvene njege i fizioterapije u kući, patronažne službe i kućnih posjeta obiteljskih liječnika. U sustavu socijalne skrbi osigurane su brojne izvaninstitucijske usluge, a ovdje su izdvojene usluge pomoći u kući, boravak, organizirano stanovanje te prava financijske prirode pod uvjetima određenih zakonom (ZSS).

Dugotrajna skrb u Republici Hrvatskoj nije organizirana ni sustavno uređena, a potrebne usluge ostvaruju se izolirano. Coyte i McKeever (2001, 15) ukazuju na ključnu karakteristiku, a to je da integrirana dugotrajna skrb u kući osim različitih zdravstvenih

uključuje i socijalne usluge koje se oslanjaju na dimenziju dostupnosti djelatnosti i dimenziju intenziteta pojedinih potrebnih usluga. Međutim poznato je da se u većini zemalja dugotrajna skrb tradicionalno oslanja na različite oblike institucijskih organizacija (Barber idr. 2021, 7). Naj snažniji prediktori korištenja formalne njege su razina funkcionalnih kapaciteta i zdravstveni status starih (Blomgren idr. 2008, 335). Rezultati istraživanja Kalseth i Halvorsen (2020) ukazuju da se vjerojatnost doživotnog ostanka u vlastitom domu povećava s kapacitetima usluga pomoći u kući, a smanjuje u slučaju većih kapaciteta i broja kreveta u domovima za njegu.

Usluga zdravstvene njege u kući je odgovor na razlike uzrokovane smanjenim kapacitetima, udaljenosti od mjesta ostvarivanja i troškova jer se djelatnost provodi neposrednim dolaskom u kuću korisnika. Radi se o izjednačavanju mogućnosti za pristupačnost zdravstvenih usluga koje su brojnije i dostupnije u urbanim sredinama, a jačanjem kapaciteta djelatnosti zdravstvene njege u kući barem na ruralnim područjima obogaćuju se te mogućnosti i osigurava kvaliteta zdravstvene zaštite. Također rezultati koje iznose Borowiak idr. (2015, 410) ukazuju da je ovisnost u fizičkom funkcioniranju samo jedan prediktor potreba za njegom u kući, a utjecajni su kognitivno funkcioniranje i depresivnost, pridružene bolesti, dostupnost i iskustvo formalne i neformalne podrške.

Rezultati ovog istraživanja pokazuju da ispitanici koriste formalno dostupne usluge i prava iz sustava zdravstvene i socijalne zaštite. Od socijalnih usluga njih 49% sa sela i 59,6% iz grada koristi pravo na pomoć i njegu (Tablica 22), zatim pomoć gerontodomaćica koristi 3,1% ispitanika sa sela i 6,4% ispitanika iz grada (Tablica 30). Iz zdravstvenog sustava koriste zdravstvenu njegu u kući i to jednaki udjel ostvaruje DTP Njegu 1 (46,1%) i DTP Njegu 2 (46,1%), a različiti postupci kod pacijenata provode se istovremeno na tjednoj razini. DTP Njega 1 uključuje edukaciju bolesnika i/ili njegove obitelji, uzimanje materijala za laboratorijske pretrage, kateterizaciju mokraćnog mjehura žena, primjenu muskularnih i supkutanih injekcija, zdravstvenu njegu različitih stoma i provjeru vitalnih funkcija. Postupci iz DTP Njega 2 odnose se na pojačanu zdravstvenu njegu bolesnika s pojačanim izraženijim potrebama i podrazumijevaju kompletnu njegu teško pokretnog bolesnika (sa ili bez inkontinencije), sve stavke iz DTP NJEGA 1 te previjanje rane 1. stupnja i hranjenje bolesnika putem nazogastrične sonde (Tablica 6). Očekivano je da će ove postupke primati najviše ispitanika jer su iz anketiranja izuzeti oni korisnici zdravstvene njege koji imaju višestruka ograničenja komuniciranja i razumijevanja. Ovo istraživanje provedeno je na

ciljanom uzorku korisnika zdravstvene njege u kući, a koji će na temelju vlastitog iskustva korištenja usluga iskazati preferencije prema dugotrajnoj skrbi. Važno je istaknuti da broj i vrstu postupka koji se provodi u kući korisnika propisuje nadležni liječnik obiteljske medicine, a provodi ih samostalno medicinska sestra/medicinski tehničar.

Usporedbom trenutnog korištenja zdravstvene njege u kući i potrebnog broja prema procjeni samih korisnika utvrđene su značajne razlike. Za usporedbu je korišten Wilcoxon signed-rank test koji je na razini značajnosti $p < 0,001$ pokazao da 70% (N=307) ispitanika žele i procjenjuju da im je za ostanak u vlastitom domu potrebno značajno više od onog što trenutno ostvaruju (Tablica 37). Hipotezom je pretpostavljeno da je intenzitet usluga zdravstvene njege u kući povezan, odnosno da utječe na preferirani oblik dugotrajne skrbi. Testiranje je učinjeno Hi-kvadrat testom na razini značajnosti $p < 0,05$. Usporedbom skupina ispitanika koji preferiraju dugotrajnu skrb u vlastitom domu i onih koji je preferiraju kod pružatelja usluga nije utvrđena značajna razlika, odnosno nije potvrđena povezanost s intenzitetom korištenja zdravstvene njege u kući i preferiranog mjesta dugotrajne skrbi.

Uz zdravstvenu njegu u kući ispitanici trebaju i druge usluge za nesmetani boravak u vlastitom domu. Ispitanici se u velikoj većini (95,4%) uglavnom i potpuno opredjeljuju za odgovor da bi i dalje ostali živjeti u vlastitom domu potrebna je zdravstvena njega u kući i usluge u kući uz stalnu podršku obitelji i prijatelja; zatim se većina (87,9%) uglavnom i potpuno slaže o potrebi organiziranog prijevoza; većina (64,4%) procjenjuje dostupnost ICT-a (Tablica 46).

Raspodjela odgovora ispitanika na česticama preduvjeta za doživotni ostanak u vlastitom domu pokazuje samoprocijenjeno nesmetano funkcioniranje uz trenutni broj dolazaka medicinske sestre iz djelatnosti zdravstvene njege u kući (Tablica 46). Korelacije su značajno negativno orijentirane s varijablama pomoći u kući, usluge dnevnog/poludnevnog boravka, prilagođenim stanovanjem i potrebom dopremanja hrane (Tablica 47). Uz varijablu zdravstvene njege u kući i usluge u kući uz stalnu podršku obitelji i prijatelja, značajni negativni koeficijenti korelacije postoje s opcijom dnevnog/poludnevnog boravka te varijable osiguravanja hrane. Dalje je utvrđeno da je osoba i pomoć koju bi trebali u kući povezana sa zadovoljenjem životnih potreba i svakodnevnih aktivnosti skrbi o sebi (Tablica 47).

5.1.6 Projekcije i model korištenja zdravstvene njege u kući

Starenje populacije predstavlja visok rizik za oboljenja i povećanu potražnju za dugotrajnom negom, a što zbog očekivanih godina života znači da bi se u narednih 30 godina broj ljudi starih 65 i više godina povećao za 41% (Europska komisija 2021c, 18). Rezultati provedenog istraživanja o preferencijama dugotrajne skrbi korisnika zdravstvene njege u kući pokazuju da oni preferiraju doživotni ostanak u vlastitom domu i da prema osobnoj procjeni trebaju usluge pomoći u kući i više usluga zdravstvene njege u kući na tjednoj razini. Nadalje, rezultati na česticama faktora formalne podrške i podržavajuće okoline rasvijetljavaju koje je ciljane intervencije uz zdravstvenu njegu potrebno razvijati da bi ispitanici mogli doživotno ostati u vlastitom domu.

Analizom podataka o provedbi zdravstvene njege u kući utvrđeno je da postoje razlike među onima koje je objavio HZJZ i podacima iz dokumentacije analiziranog pružatelja usluga zdravstvene njege u kući. Naime, u sustavu zdravstvene njege u kući više je korisnika nego što je to prikazano u nacionalnim službenim podacima. Analizom dokumentacije pružatelja usluga, Ustanove za zdravstvenu njegu Lekić, utvrđen je veći broj korisnika (1840) nego što je za 2020. godinu objavio HZJZ (2021). Iz ovih podataka omogućen je izračun predviđanja i projekcija za buduća planiranja.

Broj potrebnih medicinskih sestara zaposlenih u djelatnosti zdravstvene njege u kući se povećava jer raste potražnja za uslugama u kući kao posljedica povećanja broja ljudi starih 65 i više godina i udjela onih koji su stari 80 i više godina. Izrada projekcija potražnje omogućava planiranje obrazovanja ljudskih resursa za pružatelje usluga u kući. Iz dobivenih projekcija koje su prikazane u poglavlju rezultata vidljivo je da zahtjevi za većim korištenjem zdravstvene njege ubrzano rastu i u uvjetima nepromijenjenih standarda njege populacije starih u Varaždinskoj županiji. Iz trenutne situacije, s nepromijenjenim indikatorima zdravog življenja i prema demografskim projekcijama Eurostata za Hrvatsku, broj korisnika će do 2060. godine s prosječnih 2,500 porasti na 5,500 (Graf 22), broj sati njege će se s pretpostavljenih 50,000 povećati na gotovo 100,000 (Graf 23) te će uz to broj medicinskih sestara u analiziranoj ustanovi rasti s trenutnih 35 na približno 70 (Graf 24). Ovaj brzi rast dovest će do opsežnih javnih troškova za plaće zaposlenih na iznos 820,000 eura pod uvjetom da plaće ostanu iste (Graf 25). Sve ovo pretpostavlja iznimne troškove nacionalnog budžeta i otvara pitanja novih politika skrbi za stare ljude. Uz ograničene financijske resurse, donošenje optimalnih rješenja otvara pitanja nepoznanica u pristupu

odabira primjerenog i održivog sustava s matematičkim programiranjem u fokusu je daljnjeg istraživanja. Nadalje, važan neriješen problem je kako osigurati dovoljan broj medicinskih sestara u djelatnosti zdravstvene njege u kući i u drugim javnim zdravstvenim servisima jer općenito aktualno stanje u svim Hrvatskim zdravstvenim službama i razinama sustava nedostaje medicinskih sestara i zdravstvenih timova. Prema HZZO u mreži djelatnosti obiteljske medicine trenutno je od potrebnog broja ugovoreno 5% manje, a uz njih je predviđanje da ih nedostaje još 3% (Tablica 56). Gibson (2019, 516) smatra da lako dostupni demografski podaci mogu ubrzati usporedbe u vremenskim razdobljima, između geografskih područja, usporedbe među državama i nižim regionalnim podjelama. Uz ove parametre, važno je promatrati i promjene u kronološkom profilu populacije te njihovim obrascima ponašanja u odnosu na dob i spol (Gibson 2019, 516).

Uz aktualni problem nedostatka kadrova, Kroger i Leinonen (2012, 319) ukazuju da se uobičajena skrb u kući transformirala prema dominantno medicinskom aspektu i pružanju zdravstvene njege. U skladu s trenutnim i očekivanim nedostatkom radnika za podršku u domu korisnika i zajednici, opravdana je zabrinutost da potrebe starih ljudi neće biti adekvatno zadovoljene (Fields idr. 2011, 12). King idr. (2021, 2) potražnju za njegom i vjerojatnost preopterećenja stavljaju u kontekst međuovisnosti s postojećim i potencijalnim pružateljima njege, odnosno ističu omjer onih koji trebaju skrb i onih koji ju provode. Uz definiranje ciljanih skupina, za racionalizaciju troškova, vremena potrebnog za obilazak korisnika te povećanja efikasnosti samog sustava potrebno je razgraničiti geografska područja djelovanja (Schuchman idr. 2018). Fleuret (2011, 183) su istaknuli da često isti cilj integracije i povezanosti neovisno o regionalnoj i geografskoj poziciji rezultira različitim ishodima u praksi. Iz toga se nameće zaključak da modeli skrbi ovise o lokalnom okruženju i karakteristikama sredine s preferiranim mjestima ostvarivanja zdravstvene zaštite, a koju je na kraju teško ili nemoguće odvojiti od njezinog socijalnog aspekta.

Stvaranje ljudskih resursa za područje zdravstva, odnosno za zdravstvene politike i razvojne strategije, temelji se na dokazima ili evidence-based planiranju. Anderson i Newman (2005, 7) su komponentu resursa projekcijskih modela opisali kao odnos ukupnog broja profesionalaca raspoređenih na populaciju i njihovu geografsku raspoređenost unutar neke zemlje. Drugi autori su upotrijebili projekcijske modele s mogućim utjecajnim faktorima na predviđanje ponude i potražnje ljudskih resursa u dugotrajnoj skrbi. U nedostatku profesionalnog kadra, Fagefors i Lantz (2021) upućuju na važnost promišljanja o

mogućnosti relokacije postojećeg, a unutar sustava na ona mjesta gdje su potrebni u odnosu na broj korisnika i pojačanih odnosno smanjenih potreba. Za kreatore politika i koordinatore sustava skrbi na lokalnoj razini važno je promišljati o motivaciji medicinskih sestara da se s drugih područja presele ili odluče putovati na područje Varaždinske županije. Pristupi autora Drobne i Bogataj (2012, 2014, 2015) ugrađeni u modele optimalnih politika korištenja ljudskih resursa (Bogataj idr. 2019) trebali bi se koristiti kao podrška ovakvoj. Starenje populacije potiče promjene na drugim područjima uključujući prilagodbe radnih mjesta, promjene socijalnog i zdravstvenog sustava da odgovore povećanim zahtjevima za pristupačnu, dostupnu i kvalitetnu zdravstvenu i dugotrajnu skrb (Europska komisija 2023, 1).

5.2 Verifikacija postavljenih hipoteza istraživanja

Za istraživačke potrebe ove doktorske disertacije postavljene su i testirane hipoteze za koje su korištene različite statističke metode. Na temelju analiza i dobivenih rezultata, a u vezi prve istraživačke hipoteze *Zbog starenja stanovništva u sljedećih 40 godina potražnja za uslugama zdravstvene njege u kući će se povećati za više od 100%* može se zaključiti da je potvrđena. Hipoteza je provjerena na stanovništvu Varaždinske županije i potvrđena na temelju modela koji je predstavljen u disertaciji.

Za provjeru prve hipoteze najprije su analizirani podaci o broju korisnika i sati korištenja usluga iz najveće ustanove za zdravstvenu njegu u kući na području ciljane Varaždinske županije. Analizirane su karakteristike provođenja zdravstvene njege u kući u periodu od 2013. do 2020. godine. Promatrane karakteristike vezane za korisnike usluga odnose se na njihovu kronološku dob, spol, intenzitet i duljinu korištenja usluga zdravstvene njege u kući. Uz to je bilo potrebno analizirati demografske podatke stanovništva Hrvatske prema dobi i spolu i nakon toga izraditi projekcije stanovništva za Varaždinsku županiju. Podaci o korisnicima zdravstvene njege u kući i podaci o stanovništvu omogućili su procjenu vjerojatnosti da će stanovnik Varaždinske županije, star 65 i više godina biti korisnik usluga zdravstvene njege u kući od 2021. do 2060. godine. Projekcijski model korištenja zdravstvene njege u kući i buduće potražnje (Tablica 54) za ovom uslugom polazi od dobne strukture Varaždinske županije i vjerojatnosti da će u budućnosti biti korisnici usluga iz ove djelatnosti pod istim uvjetima i standardima. Projekcijski model kojemu je početna godina 2020. pokazuje da će se povećati broj potencijalnih korisnika (Graf 22), rasti će potražnja za zdravstvenom njegom u kući, povećat će se ukupan broj sati koje će trebati realizirati (Graf

23) te uz to raste i broj potrebnih medicinskih sestara (Graf 24). Ovaj model uspoređivan je sa stvarnim opažanim rezultatima ciljane ustanove. Prema dostupnim podacima, u Ustanovi je u 2020. godini bilo zaposleno 29 medicinskih sestara. Prema predstavljenom projekcijskom modelu potrebe će kontinuirano rasti i projekcije su točne jer je u Ustanovi od tada zaposleno 6 novih medicinskih sestara te ih je trenutno zaposleno ukupno 35. Do kraja promatranog razdoblja broj sati potražnje povećat će se s 48885 sati iz 2020. godine na više od 97556 sati do 2060. Potreban broj medicinskih sestara trebao bi prema modelu kontinuirano rasti i s trenutno 35 udvostručiti se na 69 medicinskih sestara do 2060. godine.

Druga postavljena hipoteza *Korisnici zdravstvene njege u kući koji žive na selu više preferiraju ostatak života provesti u vlastitom domu u odnosu na one koji žive u gradu* nije potvrđena.

Distribucija odgovora u Grafu 13 otkriva da sveukupno 81,7% svih ispitanika dugotrajnu skrb preferira u vlastitom domu. Za provjeru druge hipoteze korišten je Hi-kvadrat test na razini značajnosti $p < 0,05$. Usporedba ispitanika s obzirom na mjesto stanovanja i preferirane dugotrajne skrbi u vlastitom domu ili kod drugih pružatelja skrbi izvan doma nije rezultirala značajnim razlikama, a što je vidljivo u Tablici 40. Na temelju dobivenog rezultata primijenjenog testa ($\chi^2_{df1}=1,900$; $p=0,168$) može se zaključiti da ne postoji povezanost s odabirom preferirane dugotrajne skrbi s činjenicom živi li netko na selu ili živi u gradu.

Treća postavljena hipoteza *Intenzitet usluga zdravstvene njege u kući povezan je/utječe na preferirani oblik dugotrajne skrbi* nije potvrđena, odnosno treba je odbaciti.

Za provjeru ove hipoteze najprije su izračunate frekvencije korištenja usluga zdravstvene njege u kući, a analizirane s obzirom na propisane i dostupne DTP postupke. Prosječni broj posjeta koje ostvaruju korisnici zdravstvene njege u kući u gradu veći je od ukupnog prosjeka i u usporedbi s brojem posjeta koje ostvaruju korisnici zdravstvene njege na selu. Razlike u prosječnom broju posjeta nisu statistički značajne. U odnosu na broj dolazaka, korisnici iz grada procjenjuju da im je potrebno prosječno više.

Provjera treće hipoteze da je intenzitet usluga zdravstvene njege u kući povezan, odnosno da utječe na preferirani oblik dugotrajne skrbi učinjena je Hi-kvadrat testom na razini značajnosti $p < 0,05$. Rezultati su prikazani u Tablici 41 za skupinu koja preferira skrb u vlastitom domu i za skupinu koja preferira skrb kod pružatelja izvan doma. Usporedbom skupina ispitanika koji preferiraju dugotrajnu skrb u vlastitom domu i onih koji je preferiraju

kod pružatelja usluga nije utvrđena značajna razlika, odnosno nije potvrđena povezanost s intenzitetom korištenja zdravstvene njege u kući i preferiranog mjesta dugotrajne skrbi ($\chi^2_{df4}=3,428$; $p=0,489$). Rezultati ove usporedbe pokazuju da navedenu hipotezu kako intenzitet korištenja zdravstvene njege u kući utječe na odabir preferirane skrbi ne možemo potvrditi, odnosno potrebno ju je odbaciti.

Četvrta hipoteza *Za doživotni ostanak u vlastitom domu, uz zdravstvenu njegu potrebno je osigurati i druge usluge* je potvrđena.

Na varijablama mogućih preduvjeta za doživotni ostanak u vlastitom domu većina ispitanika dala je pozitivno orijentirane odgovore s kojima se uglavnom i u potpunosti slažu (Tablica 41). Najveći udjel od 95% (N=418) ispitanika treba zdravstvenu njegu i usluge u kući uz stalnu podršku obitelji i prijatelja, a uz povremenu podršku obitelji i prijatelja njih 67% (N=295). Nadalje gotovo 90% (N=385) ispitanika važnim smatra organizirani prijevoz, njih gotovo 67% (N=292) treba prilagođeno stanovanje i 44,5% (N=195) preduvjetom smatra pripremanje i dostavu hrane.

Za testiranje ove hipoteze na varijablama preduvjeta za nastavak života u vlastitom domu učinjena je faktorska analiza koja je rezultirala s faktorima formalne podrške i podržavajuće okoline. Prema kriteriju spola i mjesta stanovanja nisu utvrđene značajne statističke razlike na formiranim faktorima, ali su one utvrđene na pojedinačnim varijablama koje su se na te faktore pozicionirale. Za utvrđivanje statističkih razlika u odnosu na spol ispitanika korišten je Mann-Whitney U test na razini značajnosti $p<0,05$ (Tablica 50). Rezultati testa za dva nezavisna uzorka muških i ženskih ispitanika pokazali su značajne razlike na dva pojedinačna preduvjeta za doživotni ostanak u vlastitom domu. Muški ispitanici značajno potrebnijim ($p<0,05$) procjenjuju dostupnost organiziranog prijevoza i informacijsko-komunikacijskih tehnologija.

Testiranje ove hipoteze u odnosu prema mjestu stanovanja i procjene uvjeta za doživotni ostanak u vlastitom domu izvršeno je neparametrijskim Mann-Whitney U testom na razini značajnosti $p<0,05$ (Tablica 51). Da bi i dalje ostali živjeti u vlastitom domu oni koji žive na selu značajno više ($p<0,05$) procjenjuju potrebnim prilagođeno stanovanje u odnosu na korisnike zdravstvene njege u kući koji žive u gradu. Varijabla uvjeta zdravstvene njege i usluga u kući uz povremenu podršku obitelji i prijatelja, a koja je inače eliminirana iz

faktorske analize, pokazala se statistički značajnijom ($p < 0,001$) za korisnike zdravstvene njege u kući koji žive na selu.

Razlike na razini statističke značajnosti $p < 0,001$ među skupinom ispitanika koji preferiraju dugotrajnu skrb u vlastitom domu i onih koji preferiraju skrb kod pružatelja izvan doma (institucije), utvrđene su na oba analizirana faktora formalne podrške i podržavajuće okoline (Tablica 49) te na pojedinačnim česticama tih faktora (Tablica 52). Oni koji preferiraju dugotrajnu skrb izvan vlastitoga doma, za ostanak u vlastitom domu značajno više procjenjuju potrebu formalne podrške i podržavajuće okoline. Na svim česticama faktora formalne podrške statističke značajnosti ($p < 0,001$) utvrđene su za potrebnu osobu za pomoć u kući, potrebnu dostupnost zdravstvene njege i usluga u kući uz dnevni/poludnevni boravak, zatim formalnog njegovatelja koji bi živio s njima u kući te osiguranu pripremu i dopremanje hrane. Na faktoru podržavajuće okoline statistički značajna razlika ($p < 0,001$) utvrđena je na čestici prilagođenog stanovanja koju više ističu ispitanici s preferencijama prema skrbi izvan vlastitog doma.

Za postavljenu hipotezu da je za doživotni ostanak u vlastitom domu, uz zdravstvenu njegu potrebno osigurati i druge usluge možemo potvrditi njezinu valjanost. Tome u prilog govore statistički značajne razlike na varijablama prema kriteriju mjesta stanovanja, spola i preferirane dugotrajne skrbi. Rezultati upućuju na zaključak da je za ostanak u vlastitom domu muškim ispitanicima potrebno osigurati dostupnost prijevoza i informacijsko-komunikacijske tehnologije, da je za ispitanike koji žive na selu potrebno osigurati prilagođene uvjete stanovanja i da su uz zdravstvenu njegu potrebne usluge u kući uz povremenu podršku obitelji i prijatelja te da su za skupinu ispitanika koji preferiraju opcije skrbi izvan vlastitog doma potrebnije usluge pomoći u kući, dnevni/poludnevni boravak, njegovatelj koji bi živio s njima u kući, prilagođeno stanovanje i priprema/doprema hrane.

5.3 Ograničenja u obradi problema

U provedenom istraživanju postoji nekoliko ograničenja. Ta ograničenja usmjeravaju na izražavanje zaključaka na razini omjera i povezanosti, ali ne i utjecajnosti.

Interpretacija 1. hipoteze povećanja zahtjeva za zdravstvenom njegom u kući zbog udjela starih ljudi temeljena je na njihovom broju u populaciji. Povećanje potražnje proizlazi iz broja starih ljudi, a nije razmatran čimbenik zdravstvenog stanja i kompleksnih zdravstvenih potreba kao utjecajnog faktora na potražnju za zdravstvenom njegom.

Ograničenja u odnosu na uzorak proizlaze uslijed nemogućnosti starih ljudi da sudjeluju u ispunjavanju upitnika te odbijanja i nedostatka motivacije sudjelovanja u istraživanju. U istraživanju nisu mogli sudjelovati korisnici s kognitivnim teškoćama i demencijom, odnosno oni koji imaju teškoće komunikacije i razumijevanja pitanja pa njihove preferencije nisu ispitane. Nadalje, za one ispitanike koji su trebali pomoć u čitanju pitanja ili bilježenju odgovora moguće je da su davali poželjne i kontekstualno primjerene izjave.

Ograničenja istraživanja proizlaze iz regionalne opredijeljenosti samo za Varaždinsku županiju. Moguće je da stanovnici iz drugih županija imaju drugačija očekivanja i preferencije. Ovo zasigurno treba biti fokus budućih istraživanja obzirom na izražene društvene i tradicijske razlike koje postoje među dijelovima Hrvatske.

Uz lokaciju stanovanja postavlja se ograničenje razvijenosti pojedinih seoskih sredina i njihova udaljenost od gradskih središta kojima gravitiraju. Naime, karakteristika Varaždinske županije su pretežito suburbana i seoska područja među kojima postoji gospodarska nejednakost te u odnosu na dugotrajnu skrb broj privatnih ustanova za smještaj starih i udomiteljskih obitelji.

Ograničenje istraživanja prema preferiranoj skrbi proizlazi iz tradicionalno usmjerenog i očekivanog posjedovanja stambene nekretnine, a koje može biti povezano s odnosom ispitanika prema vlasništvu i značenju vlastitog doma.

U analizu problema dugotrajne skrbi nisu uključeni lokalni i regionalni sudionici kreatori zdravstvenih i socijalnih politika pa je izostavljeno područje interesa lokalnih i regionalnih jedinica u stvaranju sustava dugotrajne skrbi u domu i zajednici.

6 ZAKLJUČAK

Starenje je fiziološki proces, a starost jedan period ljudskog života. Taj posljednji period praćen je brojnim promjenama u odnosu na sebe, na druge i okolinu u kojoj osoba boravi. Poimanje starosti i starih u današnje se vrijeme treba promijeniti iz koncepta ovisnih, nemoćnih i bolesnih u koncept aktivnog i kvalitetnog starenja. Razlike u kulturama i ekonomskoj moći pojedinih država, generacijske razlike i međusobno uvažavanje pojedinaca i društvenih skupina doprinose stvaranju sustava individualizirane institucionalne ili izvaninstitucionalne podrške prema potrebama i preferencijama ljudi. Postojeći resursi u sustavu zdravstva i socijalne skrbi te izgrađena i ustaljena infrastruktura teško mogu udovoljiti potrebama suvremenog čovjeka za kontinuiranu i dugotrajnu skrb. Svrha transformacija postojećih sustava i procesa je zadržavanje i unapređivanje kvalitete života osjetljivih društvenih skupina i ostvarivanje prava na izbor.

Tradicionalne su obitelji i zajednice veliku pozornost pridavale odnosu prema starijim članovima, a što je rezultiralo neformalnom podrškom u očuvanju zdravstvenog stanja i društvene pozicije starih. Danas je neformalna podrška članu obitelji najčešće u dijadi supružnika ili djece i njihovih roditelja. Aktualni izazov je očuvanje demografske slike većine zemalja na trenutnoj razini i po mogućnosti usporiti starenje populacije. Brojne zemlje koje mogu ponuditi bolje uvjete života i materijalnu sigurnost lakše će održavati i možda povećati broj stanovništva. Događa se da mladi iz seoskih sredina odabiru gradove za nastavak života što doprinosi rastu broja stanovnika, a istovremeno smanjuje populaciju seoskih područja. Takav trend ugrožava opstanak neformalne skrbi u obitelji i među prijateljima te orijentira zahtjeve prema javnim formalnim institucijama.

Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi hoće li i za koliko rasti potrebe za zdravstvenom njegom u kući za stanovništvo staro 65 i više godina te postoji li povezanost korištenja usluge zdravstvene njege u kući i preferiranih oblika dugotrajne skrbi starih ljudi. Dobiveni rezultati mogu biti osnova za razvoj regionalnog i nacionalnog integriranog modela zdravstvene i socijalne infrastrukture za podršku deinstitucionalizaciji i životu starih ljudi u zajednici.

Iz dobivenih rezultata ovog istraživanja mogu biti oblikovani zaključci da korisnici zdravstvene njege u kući preferiraju dugotrajnu skrb u vlastitom domu uz podršku obitelji, da intenzitet korištenja zdravstvene njege u kući nije povezan s preferiranom dugotrajnom skrbi, da stanovnici sa sela jednako preferiraju ostati u vlastitom domu kao i oni iz grada te

da je za ostanak u vlastitom domu uz zdravstvenu njegu potrebno osigurati i druge usluge. Osim toga, prema projekcijskom modelu korištenja zdravstvene njege (home care utilization) može se zaključiti da su predviđanja, predstavljena u dokumentu The 2021 Ageing Report, Economic & Budgetary Projections, za zdravstvenu njegu podcijenjena.

Istraživanje je provedeno na području Varaždinske županije i na uzorku korisnika zdravstvene njege u kući. U odnosu na hipoteze istraživanja utvrđeno je da će u narednim desetljećima doći do porasta broja starijih osoba u Varaždinskoj županiji i da će za takvu populaciju doći do povećane potražnje za uslugama zdravstvene njege u kući. Promišljanja o povećanju starijih osoba nisu u skladu s povećanjem ukupnog broja stanovnika jer je provedenim popisom stanovništva (2021) utvrđeni manji broj. Hrvatska će imati povećanje udjela starih ljudi u ukupnoj populaciji, a da istovremeno neće rasti broj stanovništva. Generalizacija pristupa predviđanja je moguća jer počiva na demografskim pokazateljima i analizi trenutnog korištenja sustava zdravstvene njege u kući.

Unatoč tome što su ispitanici izrazili veću potrebu za uslugama zdravstvene njege u kući da bi ostali u vlastitom domu, u najvećem dijelu oslanjaju se na podršku obitelji. Za planiranje dugotrajne skrbi i usluga na slobodnom tržištu, podaci o tek manjem udjelu onih koji bi samostalno financirali usluge nisu optimistični. Steče se dojam da korisnici potrebne usluge očekuju iz sustava i na besplatnoj osnovi. Objedinjena dugotrajna skrb u Republici Hrvatskoj ne postoji, ali osim toga nema niti mnogo mogućnosti koje bi ljudima bile na raspolaganju kroz servise i usluge. Rezultati istraživanja i prikazanog modela pokazuju rast potreba za medicinskim sestrama, ali zasigurno i da će biti potrebno više profesija u održavanju sustava dugotrajne skrbi koji nisu zdravstvenog usmjerenja. Ispitanici su korisnici zdravstvene njege u kući, a osim zdravstvenih usluga izražavali su potrebe za modifikacijama okoline i načina na koji žive.

Na uzorku korisnika zdravstvene njege u kući, a po kriteriju kronološke dobi i obrasca korištenja zdravstvene njege u kući pokazano je da će rasti broj potrebnih postupaka te da će za osiguravanje toga biti potrebno zapošljavanje dodatnog broja medicinskih sestara u djelatnosti do 2060. Projekcijski model ima implikacije i na druga područja, a prije svega na druge djelatnosti u sustavu zdravstva i socijalne skrbi koje gube korisnike. Projekcije temeljene samo na ukupnim demografskim podacima nataliteta i mortaliteta dovode do regionalnih nejednakosti pa je stoga važno u projekcije uključivati i druge parametre specifične za regiju i karakteristike stanovnika koji u njoj žive.

Nadalje, važno je povezivanje gospodarstva i obrazovnog sustava u uređivanju obrazovanja budućih profesionalnih radnika i stvaranja inovativnih rješenja u području skrbi za ljude i njihove zdravstvene potrebe. Unatoč napretku tehnologije većinu aktivnosti zdravstvene njege mora odraditi čovjek, ali se inovacije i tehnološka rješenja mogu koristiti u prilagodabama pružanja dijela zdravstvenih usluga i u prilagodabama životnog okruženja za koje su ispitanici izrazili potrebu.

Prema postojećim trendovima, stanovnici seoskih područja u nepovoljnijem su položaju u usporedbi s korisnicima zdravstvene skrbi iz gradskih područja. Stoga istraživanje provedeno u svrhu izrade ovoga rada otkriva jesu li parametri regionalnog modela za projekciju korištenja zdravstvene njege u kući i dugotrajne skrbi različiti za urbani i ruralni dio regije. Istraživanje daje doprinos namjeri Europske unije da se rasvijetle potrebe za zdravstvenom njegom stanovnika seoskih područja te se ovim istraživanjem dopunjuju znanja o potrebama i očekivanjima različitih grupa stanovnika u selu i gradu, preferencijama stanovnika u odnosu na intenzivnost zdravstvene njege koje trebaju. Nadogradnja sustava zdravstvene njege u kući i da bi se iz njega razvio sustav dugotrajne skrbi u obitelji temeljena je na procjeni potreba i preferiranoj pomoći korisnika zdravstvene njege u kući. Važno je promišljati o aspektu potreba neformalnih njegovatelja i uloziti zdravstvene njege u kući i ostalih djelatnosti u zajednici da uz korisnika ojačaju i podrže važne resurse iz životnog okruženja.

Sukladno preferencijama starih ljudi da dugotrajnu skrb primaju u vlastitom domu i da u najvećem postotku procjenjuju potrebu zdravstvene njege predstavljen je model predviđanja potrebnih kapaciteta u sustavu zdravstvene njege u kući prema trenutnim standardima i kadrovskim normativima. Pitanje koje valja razmotriti u nekim budućim istraživanjima je, trebaju li nužno za provođenje svih intervencija opisanih kroz DTP postupke visoko specijalizirane i specifične vještine medicinskih sestara ili je neke od njih moguće delegirati na kadar s nižim obrazovnim kompetencijama. Navedeno upravo upućuje na središnju ideju ovog rada, a da se prema preferencijama i procjeni potreba starih osmisli model dugotrajne skrbi po principu kvalitete i potrebnih usluga iz sustava zdravstva i socijalne skrbi.

Predloženi regionalni model izrade projekcija korištenja zdravstvene njege u kući daje točnija predviđanja korištenja zdravstvene njege u kući i dugotrajne skrbi nego su predstavljeni u dokumentu *The 2021 Ageing Report, Economic & Budgetary Projections*.

Model doprinosi znanju na području razvoja regionalnih modela za dugotrajnu skrb i regionalnih modela za zdravstvenu njegu u kući te planiranja ljudskih resursa u zdravstvenoj njezi i dugotrajnoj skrbi. Model omogućava izradu i poboljšanje normativa i standarda zdravstvene njege u kući te pruža osnovu za daljnja istraživanja različitih intervencija rasterećenja i ekonomične raspodjele resursa.

Uz provedeno istraživanje i brojna druga su pokazala da stari ljudi preferiraju ostanak i dugotrajnu skrb u vlastitom domu umjesto trajnog smještaja u ustanove za skrb i njegu. Razumijevanje preferencija i očekivanja od dugotrajne skrbi važno je za unapređivanje dostupnosti i kvalitete socijalnih i zdravstvenih usluga koji su njihov sastavni dio. Ovaj rad kombinira projekcije stanovništva i projekcije korištenja zdravstvene njege u kući pa je stoga koristan za analizu potrebnih kapaciteta sustava zdravstvene njege u kući prema dinamici starenja stanovništva. Koristan je za procjenu regionalnih potreba i procjenu regionalnih izdataka zdravstvenog osiguranja za financiranja zdravstvene njege u kući te planiranja školovanja potrebnog broja medicinskih sestara za skrb o starim ljudima u zajednici na regionalnom nivou. Dobiveni model i podaci o zdravstvenoj njezi u kući te preferiranim oblicima dugotrajne skrbi mogu koristiti u donošenju strategije i plana razvoja modela dugotrajne skrbi za stare ljude u domu i zajednici jer unapređuju razumijevanje regionalnih karakteristika sustava i djelatnosti zdravstvene njege u kući te mogućnosti unaprjeđenja i njegove transformacije u sustav dugotrajne skrbi.

7 LITERATURA

1. Aase, Ingunn, Eline Ree, Terese Johannessen, Torunn Stromme, Berit Ullebust, Elisabeth Holen-Rabbersvik, Line Hurup Thomsen, Lene Schibevaag, Hester van de Bovenkamp i Siri Wiig. 2021. Talking about quality: how 'quality' is conceptualized in nursing homes and homecare. *BMC Health Service Research*, 21: 104 (30. siječanj). Dostupno na: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06104-0> (1. travanj 2022).
2. Age platform Europe. 2012. *European Quality Framework for long-term care services*. WeDO project, a European Partnership for the wellbeing and dignity of older people. Dostupno na: <https://www.age-platform.eu/publications/european-quality-framework-long-term-care-services> (14. siječanj 2022).
3. Allen, P. Andrew, Maria M. Buckley, John F. Cryan, Aoife Ni Chorcorain, Timothy G. Dinan, Patricia M. Kearney, Ronan O'Caomh, Mareeta Calnan, Gerard Clarke i William D. Molloy. 2019. Informal caregiving for dementia patients: the contribution of patient characteristics and behaviours to caregiver burden. *Age and Ageing* 49: 52–56.
4. Andersen, Ronald i John F. Newman. 2005. Societal and individual determinants of medical care utilization in the united states. *The Milbank Quarterly* 83(4): 1–28.
5. Anderson, A. Keith, Holly I. Dabelko-Schoeny, Nolle L. Fields i James R. Carter. 2015. Beyond respite: the role of adult day services in supporting dementia caregivers. *Home Health Care Services Quarterly* 34: 101–112.
6. Anderson A. Keith, Holy I. Dabelko-Schoeny i Noelle L. Fields. 2018. *Home and community based services for older adults*. New York: Columbia University Press. Dostupno na: <https://cup.columbia.edu>.
7. Angus, Jan, Pia Kontos, Isabel Dyck, Patricia McKeever i Blake Poland. 2005. The personal significance of home: habitus and the experience of receiving long-term home care. *Sociology of Health & Illness* 27(2): 161–187.
8. Anttonen, Anneli i Olli Karsio. 2016. Eldercare service redesign in Finland: deinstitutionalization of long-term care. *Journal of Social Service Research* 42(2): 151–166.
9. Averill, B. Jennifer. 2012. Priorities for action in a rural older adults study. *Family and Community Health* 35(4): 358–372.
10. Backman, Chantal, Julie Chartrand, Michelle Crick, Robin Devey Burry, Orvie Dingwall i Beverley Shea. 2021. Effectiveness of person- and family-centred care

- transition interventions on patient - oriented outcomes: A systematic review. *Nursing Open* 8(2): 721–754.
11. Bađun, Marijana. 2017. Financiranje domova za starije i nemoćne osobe u Hrvatskoj. *Revija za socijalnu politiku* 24(1): 19–43.
 12. Bae, Ki-Hwan, Molly Jones, Gerald Evans i Demetra Antimisiaris. 2019. Simulation modelling of patient flow and capacity planning for regional long-term care needs: a case study. *Health Systems* 8(1): 1–16.
 13. Bai, Xue, Daniel W. L. Lai i Chang Liu. 2020. Personal care expectations: Photovoices of Chinese ageing adults in Hong Kong. *Health and Social Care in the Community* 28: 1071–1081.
 14. Barber L. Sarah, Kees van Gool, Sarah Wise, Michael Woods, Zeynep Or, Anne Penneau, Ricarda Milstein, Naoki Ikegami, Soonman Kwon, Pieter Bakx, Erik Schut, Bram Wouterse, Manuel Flores i Luca Lorenzoni. 2021. *Pricing long-term care for older persons*. Geneva: World Health Organization, OECD.
 15. Bellingtier, A. Jennifer i Shevaun D. Neupert. 2018. Negative aging attitudes predict greater reactivity to daily stressors in older adults. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences* 73(7): 1155–1159.
 16. Bengtson, L. Vern i Richard, A. Settersten. 2016. Theories of aging: developments within and across disciplinary boundaries. U *Handbook of theories of aging*, ur. Vern L. Bengtson i Richard, A. Settersten 1–8. New York: Springer Publishing Company, LLC.
 17. Besada Donela, Daygan Eagar, Russel Rensburg, Gugu Shabangu, Salamina Hlahane i Emmanuelle Daviaud. 2020. Resource requirements for community-based care in rural, deep-rural and peri-urban communities in South Africa: A comparative analysis in 2 South African provinces. *PLoS ONE*, 15(1): e0218682 (30. siječanj). Dostupno na: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218682> (29. travanj 2022).
 18. Bhandari, Pritha. 2020. *Ordinal data, definition, examples, data collection and analysis*. Scribbr. Dostupno na: <https://www.scribbr.com/statistics/ordinal-data/> (10. kolovoz 2023).
 19. Bieber, Anja, Natalie Nguyen, Gabriele Meyer i Astrid Stephan. 2019. Influences on the access to and use of formal community care by people with dementia and their informal caregivers: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 19: 88 (1. veljača). Dostupno na: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3825-z> (27. ožujak 2022).

20. Black, Kathy i Kathryn Hyer. 2019. Generational distinctions on the importance of age-friendly community features by older age groups. *Journal of Applied Gerontology* 39(9): 1025–1034.
21. Blomgren, Jenni, Pekka Martikainen, Tuija Martelin i Seppo Koskinen. 2008. Determinants of home-based formal help in community-dwelling older people in Finland. *European Journal of Ageing* 5: 335–347.
22. Boehmer, R. Kasey, Abd Moain Abu Dabrh, Michael R. Gionfriddo, Patricia Erwin i Victor M. Montori. 2018. Does the chronic care model meet the emerging needs of people living with multimorbidity? A systematic review and thematic synthesis. *PLoS ONE*, 13(2): e0190852 (8. veljača). Dostupno na: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190852> (7. svibanj 2022).
23. Bogataj, David, Marija Bogataj i Samo Drobne. 2019. Interactions between flows of human resources in functional regions and flows of inventories in dynamic processes of global supply chains. *International Journal of Production Economics* 209: 215–225.
24. Bonneux, Luc, Nicole van der Gaag, Govert Bijwaard, Esther Mot i Peter Willeme. 2012. *Demographic epidemiologic projections of long-term care needs in selected European countries: Germany, Spain, the Netherlands and Poland*. ENEPRI research report br. 8. Dostupno na: SSRN <https://ssrn.com/abstract=2005010> ili <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2005010> (29. siječanj 2022).
25. Borowiak, Ewa, Joanna Kostka i Tomasz Kostka. 2015. Comparative analysis of the expected demands for nursing care services among older people from urban, rural, and institutional environments. *Clinical Interventions in Aging* 10: 405–412.
26. Bouillet, Dejana. 2003. Mogućnosti izvaninstitucionalnih oblika skrbi o starijim osobama. *Revija za socijalnu politiku* 10(3): 321–333.
27. Bouillet, Dejana. 2019. *Inkluzivno obrazovanje, odabrane teme*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet.
28. Boyd, Michal, Joanna B. Broad, Tony Xian Zhang, Ngaire Kerse, Merryn Gott, Martin J. Connolly. 2016. Hospitalisation of older people before and after long-term care entry in Auckland, New Zealand. *Age and Ageing* 45: 558–563.
29. Bragg, J. Elizabeth i Jennie Chin Hansen. 2015. Ensuring care for aging baby boomers: solutions at hand. *Generations: Journal of the American Society on Aging* 39(2): 91–98.

30. Bryant, Christina, Kim-Michelle Gilson, Angela Komiti, Henry Jackson i Fiona Judd. 2016. Antecedents of attitudes to aging: a study of the roles of personality and well-being. *The Gerontologist* 56(2): 256–265.
31. Cain, K. Meghan, Zhiyong Zhang i Ke-Hai Yuan. 2016. Univariate and multivariate skewness and kurtosis for measuring nonnormality: Prevalence, influence and estimation. *Behavior Research Methods* 49: 1716–1735.
32. Campbell, Andrea Louise i Lara Shore-Sheppard. 2020. The Social, Political, and Economic Effects of the Affordable Care Act: Introduction to the Issue. *Journal of the Social Sciences* 6(2): 1–40.
33. Castle, G. Nicholas, Jamie C. Ferguson i Richard Schulz. 2009. Aging-friendly health and long-term-care services. *Journal of the American Society on Aging* 33(2): 44–50.
34. Channing R. Ford, Jennifer Henderson i Donna Milam Handley. 2010. Enhancing long-term care for older adults: an exploration of interagency collaboration within geriatric education centers. *Journal of Health and Human Services Administration* 32(4): 447–485.
35. Chen, Chia-Ching, Tetsuji Yamada, Taeko Nakashima i I-Ming Chiu. 2017. Substitution of formal and informal home care service use and nursing home service use: health outcomes, decision-making preferences, and implications for a public health policy. *Frontiers in Public Health*, 5: 297 (24. studeni). Dostupno na: doi: 10.3389/fpubh.2017.00297 (7. lipanj 2022).
36. Cheng, M. Joyce, George P. Batten, Thomas Cornwell i Nengliang Yao. 2020. A qualitative study of health-care experiences and challenges faced by ageing homebound adults. *Health Expectations* 23: 934–942.
37. Cieza, Alacros, Kate Causey, Kaloyan Kamenov, Sarah Wulf Hanson, Somnath Chatterji i Theo Vos. 2021. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global burden of disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 396(10267): 2006–2017.
38. Connellan, Kathleen. 2018. My Room, My Home, My Self. *Home Cultures* 15(2): 103–127.
39. Cordeiro, Lucelia Malaquias, Jessica Lima Paulino, Maria Eliana Peixoto Bessa, Cintia Lira Borges i Saul Filipe Pedrosa Leite. 2015. Quality of life of frail and institutionalized elderly. *Acta paulista de enfermagem* 28(4): 361–366.

40. Coyte, C. Peter i Patricia McKeever. 2001. Home care in Canada: passing the buck. *Canadian Journal of Nursing Research* 33(2): 11–25.
41. Čudina Obradović, Mira i Josip Obradović. 2004. Psihosocijalne pretpostavke skrbi za starije ljude. *Revija za socijalnu politiku* 11(2): 177–192.
42. Dahlberg, Lena i Kevin J. McKee. 2018. Social exclusion and well-being among older adults in rural and urban areas. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 79: 176–184.
43. Danielsen, Britt Viola, Anne Marit Sand, Jan Henrik Rosland i Oddvar Forland. 2018. Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care – a qualitative study. *BMC Palliative care*, 17: 95 (18. srpanj). Dostupno na: <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0350-0> (5. svibanj 2022)
44. Davey, Judith, Virginia de Joux, Ganesh Nana i Mathew Arcus. 2004. *Accommodation options for older people in Aotearoa New Zealand*. Aotearoa New Zealand: Centre for Housing Research. Dostupno na: https://thehub.swa.govt.nz/assets/documents/accommodation_options_for_older_people_in_aotearoa_new_zealand.pdf (11. lipanj 2023).
45. Deindl, Christian i Martina Brandt. 2017. Support networks of childless older people: informal and formal support in Europe. *Ageing & Society* 37(8): 1543–1567.
46. De Guzman, B. Allan, Kaila Vail A. Lores, Maria Clarissa R. Lozano, Marilei C. Lozano, Deanne M. Lu, Christopher Emmanuel D. V. Ma i Calvin Rei L. Macrohon. 2014. Health seeking preferences of elderly Filipinos in the community via conjoint analysis. *Educational Gerontology* 40(11): 801–815.
47. De Jonge, K. Eric, Namirah Jamshed, Daniel Gilden, Joanna Kubisiak, Stephanie R. Bruce i George Taler. 2014. Effects of home-based primary care on medicare costs in high-risk elders. *Journal of the American Geriatrics Society* 62: 1825–1831.
48. De Jong, Lea, Marika Plöthner, Jona Theodor Stahmeyer, Sveja Eberhard, Jan Zeidler i Kathrin Damm. 2019. Informal and formal care preferences and expected willingness of providing elderly care in Germany: protocol for a mixed-methods study. *BMJ Open*, 9: e023253 (15. siječanj). Dostupno na: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023253> (22. svibanj 2022).
49. Dekawaty, Aye, Hema Malini i Feri Fernandes. 2019. Family experiences as a caregiver for patients with Parkinson's disease: a qualitative study. *Journal of Research in Nursing* 24(5): 317–327.

50. Di, Xiadong, LijianWang, Liu Yang i Xiuliang Dai. 2021. Impact of economic accessibility on realized utilization of home-based healthcare services for the older adults in China. *Healthcare* 9(2): 218.
51. Dobbs, Christine, Vanessa Burholt, Sue Carnes Chichlowska i Kate Bullen. 2012. *End-of-life-care for older people in Wales: policy, practice and the effectiveness of the integrated care pathway*. Final report. Dostupno na: 10.13140/RG.2.2.13521.74085 (15. lipanj 2023).
52. Drobne, Samo i Marija Bogataj. 2012. A method to define the number of functional regions: An application to NUTS 2 and NUTS 3 levels in Slovenia. *Geodetski vestnik* 56(1): 105–150.
53. Drobne, Samo i Marija Bogataj. 2014. Regions for servicing old people: Case study of Slovenia. *Business Systems Research* 5(3): 19–36.
54. Drobne, Samo i Marija Bogataj. 2015. Optimal allocation of public service centres in the central places of functional regions. *IFAC- PapersOnLine* 48(3): 2362–2367.
55. Drobne, Samo i Marija Bogataj. 2017. The impact of public investments in facilities on the potential housing market for older persons. *Facilities* 35(7/8): 422–435.
56. Državni zavod za statistiku. *Popis stanovništva, kućanstava i stanova 2021*. Stanovništvo – zbirni pregledi. Dostupno na: <https://dzs.gov.hr/naslovna-blokovi/u-fokusu/popis-2021/88> (25. ožujak 2023).
57. Eckert, J. Kevin, Leslie A. Morgan i Namratha Swamy. 2004. Preferences for receipt of care among community-dwelling adults. *Journal of Aging & Social Policy* 16(2): 49–65.
58. Erdem Mehmet i Serol Bulkan. 2017. A literature review on home healthcare routing and scheduling problem. *Eurasian Journal of Health Technology Assessment* 2(1): 19–33.
59. Eriksson, Malin, Mehdi Ghazinour i Anne Hammarstrom. 2018. Different uses of Bronfenbrenner's ecological theory in public mental health research: what is their value for guiding public mental health policy and practice? *Social Theory & Health* 16: 414–433.
60. Europska komisija. 2018. *The 2018 Ageing Report Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2016–2070)*. Dostupno na: https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/economy-finance/ip079_en.pdf (25. svibanj 2021).

61. Europska komisija. 2020. European Commission report on the impact of demographic change. Dostupno na: <https://ec.europa.eu/eurostat/news/themes-in-the-spotlight/demographic-change-eu> (30. lipanj 2021).
62. Europska komisija. 2021a. *Green Paper on Aging. Fostering solidarity and responsibility between generation.* Dostupno na: https://ec.europa.eu/info/files/green-paper-ageing-fostering-solidarity-and-responsibility-between-generations_en (28. lipanj 2021).
63. Europska komisija. 2021b. *The 2021 Ageing Report Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2019–2070).* Dostupno na: https://ec.europa.eu/info/publications/2021-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2019-2070_en (30. lipanj 2021).
64. Europska komisija 2021c. *2021 Long-term care report trends, challenges and opportunities in an ageing society.* Directorate-general for employment, social affairs and inclusion social protection committee. Dostupno na: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8396> (5. lipanj 2023).
65. Europska komisija. 2022. *Proposal for a council recommendation on access to affordable high-quality long-term care.* Directorate-general for employment, social affairs and inclusion. Dostupno na: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=COM:2022:441:FIN> (14. lipanj 2023).
66. Europska komisija. 2023. *The impact of demographic Change – in a changing environment.* Commission staff working document. Dostupno na: https://commission.europa.eu/system/files/202301/the_impact_of_demographic_change_in_a_changing_environment_2023.PDF (3. kolovoz 2023).
67. Eurostat. 2021. *Self-reported unmet needs for health care by sex, age, specific reasons and educational attainment level.* Dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_un1e/default/table?lang=en (26. travanj 2023).
68. Eurostat. 2023. *Population on 1 January by broad age group and sex.* Dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_PJANBROAD__custom_7199701/default/table?lang=en (10. srpanj 2023).
69. EUROPOP2019. Dostupno na: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/population-projections-data> (28. lipanj 2021).
70. Fagefors, Carina i Bjorn Lantz. 2021. Application of portfolio theory to healthcare capacity management. *International Journal of Environmental Research and Public*

- Health*, 18(2): 659 (14. siječanj). Dostupno na: <https://doi.org/10.3390/ijerph18020659> (24. travanj 2022).
71. Fausset, Bailey Cara, Andrew J. Kelly, Wendy A. Rogers i Arthur D. Fisk. 2011. Challenges to aging in place: understanding home maintenance difficulties. *Journal of Housing for the Elderly* 25(2): 125–141.
 72. Fernandez Arrigoitia, Melissa, Karen West i Sheila Peace. 2018. Towards critical intersections of ageing, housing and well-being. *Home Cultures* 15(3): 209–221.
 73. Ferry, Martin i Heidi Vironen. 2011. Dealing with demographic change: regional policy responses. *Geopolitics, History, and International Relations* 3(1): 25–58.
 74. Fichtenberg, M. Caroline, Dawn E. Alley i Kamila B. Mistry. 2019. Improving social needs intervention research: key questions for advancing the field. *American Journal of Preventive Medicine* 57(6), suppl. 1: 47–54.
 75. Fields, L. Noelle, Keith A. Anderson i Holly Dabelko-Schoeny. 2011. Ready or not: transitioning from institutional care to community care. *Journal of Housing for the Elderly* 25(1): 3–17.
 76. Fields, L. Noelle, Keith A. Anderson i Holly Dabelko-Schoeny. 2014. The effectiveness of adult day services for older adults: a review of the literature from 2000 to 2011. *Journal of Applied Gerontology* 33(2): 130–163.
 77. Fields, L. Noelle, Ling Xu i Vivian J. Miller. 2019. Caregiver burden and desire for institutional placement—the roles of positive aspects of caregiving and religious coping. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias* 34(3): 199–207.
 78. Finn, Frances Louise, Claire O’Gorman, Suzanne Denieffe i Majella McCarthy. 2020. Informing best practice for supportive housing with care for older adults: a qualitative investigation of service user views. *Journal Of Aging and Environment* 35(1): 28–41.
 79. Fleuret, Sebastien. 2011. Networks in local health systems: towards new spaces? *GeoJournal* 76(2): 177–189.
 80. Floridi, Ginevra, Ludovico Carrino i Karen Glaser. 2021. Socioeconomic inequalities in home-care use across regional long-term care systems in Europe. *Journals of Gerontology: series B* 76(1): 121–132.
 81. Forstner, Johanna, Michel Wensing, Jan Koetsenruijter i Pamela Wronski. 2019. Claims data-based analysis of the influence of individual and regional characteristics on the utilisation of long-term care by people with dementia in Baden-Wurttemberg, Germany.

- BMC Geriatrics*, 19(1): 358 (19. prosinac). Dostupno na: <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1370-1> (18. siječanj 2021).
82. Freedman, A. Vicky i Brenda C. Spillman. 2014. The residential continuum from home to nursing home: size, characteristics and unmet needs of older adults. *Journals of Gerontology, series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 69(7): S42–S50.
 83. Frolich, Anne, Nermin Ghith, Michaela Schiotz, Ramune Jacobsen i Anders Stockmarr. 2019. Multimorbidity, healthcare utilization and socioeconomic status: A registerbased study in Denmark. *PLoS ONE*, 14(8): e0214183 (1. kolovoz). Dostupno na: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214183> (26. travanj 2022).
 84. Fulmer, Terry, David B. Reuben, John Auerbach, Donna Marie Fick, Colleen Galambos i Kimberly S. Johnson. 2021. Actualizing better health and health care for older adults. *Health Affairs* 40(2): 219–225.
 85. Geerts, Joanna i Karel Van den Bosch. 2012. Transitions in formal and informal care utilisation amongst older Europeans: the impact of national contexts. *European Journal of Ageing* 9: 27–37.
 86. Ghasemi, Asghar i Saleh Zahediasl. 2012. Normality tests for statistical analysis: a guide for non-statisticians. *International Journal of Endocrinology and Metabolism* 10(2): 486–489.
 87. Gibson, Allison, Sarah D. Holmes, Noelle L. Fields i Virginia E. Richardson. 2019. Providing care for persons with dementia in rural communities: informal caregivers' perceptions of supports and services. *Journal of Gerontological Social Work* 62(6): 630–648.
 88. Gibson, Diane. 2019. Planning the supply of aged care services: It's time to talk denominators. *Australasian Journal on Ageing* 39: 515–521.
 89. Golant, M. Stephen. 2020. The distance to death perceptions of older adults explain why they age in place: a theoretical examination. *Journal of Aging Studies*, 54: 100863 (14. rujanj). Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2020.100863> (21. svibanj 2022).
 90. González-González, I. Ana, Christine Schmucker, Julia Nothacker, Edris Nury, Truc Sophia Dinh, Maria-Sophie Brueckle, Jeanet W. Blom, Marjan van den Akker, Kristian Röttger, Odette Wegwarth, Tammy Hoffmann, Ferdinand M. Gerlach, Sharon E. Straus, Joerg J. Meerpohl i Christiane Muth. 2020. End-of-life care preferences of older patients with multimorbidity: a mixed methods systematic review. *Journal of Clinical Medicine*,

- 10(1): 91 (29. prosinac). Dostupno na: <https://doi.org/10.3390/jcm10010091> (21. svibanj 2022).
91. Gruneir, Andrea, Jacqueline Forrester, Ximena Camacho, Sudeep S. Gill i Susan E. Bronskill. 2013. Gender differences in home care clients and admission to long-term care in Ontario, Canada: a population-based retrospective cohort study. *BMC Geriatrics*, 13: 48 (16. svibanj). Dostupno na: <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-48> (4. srpnja 2023).
92. Gu, Tiantian, Dezhi Li i Lingzhi Li. 2020. The elderly's demand for community-based care services and its determinants: a comparison of the elderly in the affordable housing community and commercial housing community of China. *Journal of Healthcare Engineering* 2020: 1840543 (21. listopad). Dostupno na: <https://doi.org/10.1155/2020/1840543> (8. svibanj 2022).
93. Guo, Jing, Tamara R. Konetzka, Elizabeth Magett i William Dale. 2014. Quantifying long-term care preferences. *Medical Decision Making* 35(1): 106–113.
94. Guo, Jing, Tamara R. Konetzka i Willard G. Manning. 2015. The causal effects of home care use on institutional long-term care utilization and expenditures. *Health Economics* 24 (supp.1): 4–17.
95. Gustafsdottir, S. Sonja, Kristjana Fenger, Sigridur Halldorsdottir i Thoroddur Bjarnason. 2017. Social justice, access and quality of healthcare in an age of austerity: users' perspective from rural Iceland. *International Journal of Circumpolar Health*, 76(1): 1347476 (1. kolovoz). Dostupno na: <https://doi.org/10.1080/22423982.2017.1347476> (31. siječanj 2022).
96. Hajek, Andre, Thomas Lehnert, Annemarie Wegener, Stef G. Riedel-Heller i Hans-Helmut König. 2017a. Factors associated with preferences for long-term care settings in old age: evidence from a population-based survey in Germany. *BMH Health Services Research*, 17: 156 (21. veljača). Dostupno na: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2101-y> (22. ožujak 2022).
97. Hajek, Andre, Thomas Lehnert, Annemarie Wegener, Stef G. Riedel-Heller and Hans-Helmut König. 2017b. Who should take care of me? Preferences of old age individuals for characteristics of professional long-term caregivers: an observational cross-sectional study. *BMS Research Notes*, 10: 382 (10. kolovoz). Dostupno na: <https://doi.org/10.1186/s13104-017-2717-3> (22. ožujak 2022).

98. Hamden, Ann, Richard Newton, Kay McCauley-Elsom i Wendy Cross. 2011. Is deinstitutionalization working in our community? *International Journal of Mental Health Nursing* 20(4): 274-283.
99. Hasche, K. Leslie, Mi Jin Lee, Enola K. Proctor i Nancy Morrow-Howell Source. 2013. Does identification of depression affect community long-term care services ordered for older adults? *Social Work Research* 37(3): 255-262.
100. Hashiguchi, Tiago Oliviera i Ana Llana-Nozal. 2020. *The effectiveness of social protection for long-term care in old age: Is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs?* OECD health working papers, br. 117, Paris: OECD Publishing. Dostupno na: <https://doi.org/10.1787/2592f06e-en> (25. siječanj 2022).
101. Hayflick, Leonard. 2016. Unlike Aging, longevity is sexually determined. U *Handbook of theories of aging*, ur. Vern L. Bengtson i Richard, A. Settersten, 31–52. Third edition. New York: Springer Publishing Company, LLC.
102. Hermsen, A. H. Lotte, Emiel O. Hoogendijk, Johannes C. van der Wouden, Martin Smalbrugge, Stephanie S. Leone, Henriëtte E. van der Horst i Joost Dekker. 2018. Self-perceived care needs in older adults with joint pain and comorbidity. *Aging Clinical and Experimental Research* 30: 449–455.
103. Hjelle, Kari Margrete, Hanne Tuntland, Oddvar Forland i Herdis Alvsvag. 2017. Driving forces for home-based reablement; a qualitative study of older adults' experiences. *Health and Social Care in the Community* 25(5): 1581–1589.
104. Hlebec Valentina, Andrej Srakar i Boris Majcen. 2016. Care for the elderly in Slovenia: a combination of informal and formal care. *Revija za socijalnu politiku* 23(2): 159–179.
105. Hlebec, Valentina. 2018. Evaluation of access to long-term care services for old people ageing in place in Slovenia. *Zdravstveno varstvo* 57(3): 116–123.
106. Hoeck, Sarah, Guido Francois, Joanna Geerts, Johan Van der Heyden, Maurits Vandewoude, Guido Van Hal. 2011. Health-care and home-care utilization among frail elderly persons in Belgium. *European Journal of Public Health* 22(5): 671–676.
107. Holroyd-Leduc, Jayna, Joyce Resin, Lisa Ashley, Doris Barwich, Jacobi Elliott, Paul Huras, France Légaré, Megan Mahoney, Alies Maybee, Heather McNeil, Daryl Pullman, Richard Sawatzky, Paul Stolee i John Muscedere. 2016. Giving voice to older adults living with frailty and their family caregivers: engagement of older adults living with frailty in research, health care decision making, and in health policy. *Research*

- Involvement and Angagemnt*, 2: 23 (17. lipanj). Dostupno na: <https://doi.org/10.1186/s40900-016-0038-7> (21. svibanj 2022).
108. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. 2020. *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2020*. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis-za-2020-tablicni-podaci/> (1. rujan 2022).
 109. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. 2022. *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2021*. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis-za-2021-tablicni-podaci/> (5. ožujak 2023).
 110. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. 2023. *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2022*. Dostupno na: 2023. <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis-za-2022-g-tablicni-podaci/> (11. lipanj 2023).
 111. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. *Ugovoreni sadržaji primarne zdravstvene zaštite*. Dostupno na: <https://hzzo.hr/poslovni-subjekti/zdravstvena-zastita/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim-2> (10. svibanj 2023).
 112. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. *Broj osiguranih osoba*. Dostupno na: <https://hzzo.hr/hzzo-za-partnere/broj-osiguranih-osoba-hzzo> (25. ožujak 2023).
 113. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. *Opis zdravstvenog sustava*. Dostupno na: <https://hzzo.hr/pravni-akti/opis-zdravstvenog-sustava> (1. rujan 2022).
 114. Huang, Ziyue, Qingyue Liu, Hongdao Meng, Danping Liu, Debra Dobbs, Kathryn Hyer i Kyaaien O. Conner. 2018. Factors associated with willingness to enter long-term care facilities among older adults in Chengdu, China. *PLoS ONE*, 13(8): e0202225 (16. kolovoz). Dostupno na: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202225> (14. svibanj 2022).
 115. Imhof, Lorenz, Rahel Naef, Margaret I. Wallhagen, Jurg Schwarz i Romy Mahrer-Imhof. 2012. Effects of an advanced practice nurse in-home health consultation program for community-dwelling persons aged 80 and older. *Journal of the American Geriatrics Society* 60(12): 2223–2231.
 116. Jedvaj, Suzana, Ana Štambuk i Silvia Rusac. 2014. Demografsko starenje stanovništva i skrb za starije osobe u Hrvatskoj. *Socijalne teme* 1(1): 135–154.
 117. Jeste, V. Dilip, Colin A. Depp i Ipsit V. Vahia. 2010. Successful cognitive and emotional aging. *World Psychiatry* 9(2): 78–84.

118. Johnson, Shanthi, Juanita Bacsu, Hasanthi Abeykoon, Tom McIntosh, Bonnie Jeffery i Nuelle Novik. 2018. No place like home: a systematic review of home care for older adults in Canada. *Canadian Journal on Aging* 37(4): 400–419.
119. Jones, L. Adrienne, Lauren Harris-Kojetin i Roberto Valverde. 2012. Characteristics and use of home health care by men and women aged 65 and over. *National Health Statistics Reports* 52: 1–7.
120. Kalseth, Jorid i Thomas Halvorsen. 2020. Relationship of place of death with care capacity and accessibility: a multilevel population study of system effects on place of death in Norway. *BMC Health Services Research*, 20: 454 (24. svibanj). Dostupno na: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05283-6> (8. svibanj 2022).
121. Kane, A. Rosalie. 2012. Thirty years of home- and community-based services: getting closer and closer to home. *Journal of the American Society on Aging* 36(1): 6–13.
122. Kasper, D. Judith, Jennifer L. Wolff i Maureen Skehan. 2019. Care arrangements of older adults: what they prefer, what they have, and implications for quality of life. *The Gerontologist* 59(5): 845–855.
123. Kerbler, Boštjan. 2014. Housing for the elderly in Slovenia: analysis of the most common forms. *Theoretical and Empirical Researches in Urban Management* 9(2): 87–103.
124. King M. Elizabeth, Hannah L. Randolph, Maria S. Floro i Jooyeoun Suh. 2021. Demographic, health, and economic transitions and the future care burden. *World Development*, 140: 105371 (18. siječanj). Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.105371> (17. travanj 2022).
125. Kline, B. Rex. 2011. *Principles and practice of structural equation modeling* (3. Izd.). New York, Guilford.
126. Koenig, L. Terry, Jung Hee Lee, Kelley R. Macmillan, Noelle L. Fields i Richard Spano. 2013. Older adult and family member perspectives of the decision-making process involved in moving to assisted living. *Qualitative Social Work* 13(3): 335–350.
127. Kok, Lucy, Caroline Berden i Klarita Sadiraj. 2015. Costs and benefits of home care for the elderly versus residential care: a comparison using propensity scores. *European Journal of Health Economics* 16(2): 119–131.
128. Konetzka, R. Tamara, Daniel H. Jung, Rebecca J. Gorges i Prachi Sanghavi. 2020. Outcomes of Medicaid home- and community-based long-term services relative to nursing home care among dual eligibles. *Health Services Research* 55(6): 973–982.

129. Kornadt, E. Anna i Klaus Rothermund. 2011. Contexts of aging: assessing evaluative age stereotypes in different life domains. *The Journals of Gerontology, series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 66B(5): 547–556.
130. Kroger, Teppo i Anu Leinonen. 2012. Transformation by stealth: the retargeting of home care services in Finland. *Health and Social Care in the Community* 20(3): 319–327.
131. Krutter, Simon, Dagmar Schaffler-Schaden, Roland Essl-Maurer, Laura Wurm, Alexander Seymer, Celine Kriechmayr, Eva Mann, Juergen Osterbrink i Maria Flamm. 2020. Comparing perspectives of family caregivers and healthcare professionals regarding caregiver burden in dementia care: results of a mixed methods study in a rural setting. *Age and Ageing* 49(2): 199–207.
132. Kumpović, Danijela i Slađana Režić. 2020. Što je nedostatna zdravstvena njega? *Sestrinski glasnik* 25(2): 135–138.
133. Kunkel, R. Suzanne i Richard Settersten. 2021. Aging, society and the life course. U *Aging, society, and the life course*, ur. Suzanne, R. Kunkel i Richard Settersten, 1-17. Sixth Edition. Springer. Dostupno na: DOI: 10.1891/9780826180353.
134. Laferrere, Anne i Karel van den Bosch. 2015. Unmet need for long-term care and social exclusion. U *Ageing in Europe - Supporting Policies for an Inclusive Society*, ur. Axel Börsch-Supan, Thorsten Kneip, Howard Litwin, Michal Myck i Guglielmo Weber, 331–341. Berlin, München, Boston: De Gruyter.
135. Laklija, Maja, Silvia Rušec i Nino Žganec. 2008. Trendovi u skrbi za osobe starije životne dobi u Republici Hrvatskoj i u zemljama Europske unije. *Revija za socijalnu politiku* 15(2): 171-188.
136. Lange, Jean i Sheila Grossman. 2018. Theories of aging. U *Gerontological nursing: competencies for care*, ur. Kristen L. Mauk, 41-65. Jones & Bartlett Learning.
137. Levy, R. Cari, Farrokh Alemi, Allison E. Williams, Arthur R. Williams, Janusz Wojtusiak, Bryce Sutton, Phan Giang, Etienne Pracht i Lisa Argyros. 2016. Shared homes as an alternative to nursing home care: impact of va's medical foster home program on hospitalization. *The Gerontologist* 56(1): 62–71.
138. Lewis, Jane i Anne West. 2014. Re-shaping social care services for older people in england: policy development and the problem of achieving „Good Care“. *Journal of Social Policy* 43(1): 1–18.
139. Lippi Bruni, Matteo i Ugolini, Cristina. 2013. *Delegating home care for the elderly to external caregivers? An empirical study on Italian data*, Quaderni – working paper DSE,

- br. 905. Bologna: Alma Mater Studiorum - Università di Bologna, Dipartimento di Scienze Economiche (DSE). Dostupno na: <http://dx.doi.org/10.6092/unibo/amsacta/3831> (16. svibanj 2021).
140. Liu, Jun-E, Jun-Ye Tian, Peng Yue, Yong-Li Wang, Xue-Ping Du i Shuang-Qin Chen. 2015. Living experience and care needs of Chinese empty-nest elderly people in urban communities in Beijing, China: A qualitative study. *International Journal of Nursing Sciences* 2(1): 15–22.
141. Liu, Tianyang, Xiaoning Hao i Zhenzhong Zhang. 2016. Identifying community healthcare supports for the elderly and the factors affecting their aging care model preference: evidence from three districts of Beijing. *BMC Health Services Research*, 16(suppl. 7): 626 (15. studeni). Dostupno na: DOI 10.1186/s12913-016-1863-y (8. svibanj 2022).
142. Liu, Zi-Wei, Yu Yu, Liang Fang, Mi Hu, Liang Zhou i Shui-Yuan Xiao. 2019. Willingness to receive institutional and community-based eldercare among the rural elderly in China. *PLoS ONE*, 14(11): e0225314 (22. studeni). Dostupno na: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0225314> (28. lipanj 2021).
143. Lopes, A. Mario, Alvaro Santos Almeida i Bernardo Almada-Lobo. 2015. Handling healthcare workforce planning with care: where do we stand?. *Human Resources for Health*, 13: 38 (24. svibanj). Dostupno na: <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0028-0> (30. prosinac 2022).
144. Lopez Hartmann, Maja, Johanna De Almeida Mello, Sibyl Anthierens, Anja Declercq, Thérèse Van Durme, Sophie Cès, Véronique Verhoeven, Johan Wens, Jean Macq i Roy Remmen. 2019. Caring for a frail older person: the association between informal caregiver burden and being unsatisfied with support from family and friends. *Age and Ageing* 48(5): 658–664.
145. Lozano, Mariona, Guglielmo Meardi i Antonio Martin-Artiles. 2015. International recruitment of health workers: British lessons for Europe? Emerging concerns and future research recommendations. *International Journal of Health Services* 45(2): 306–319.
146. Ludvigsen, Bodil. 2017. Market thinking and home nursing: perspectives on new socialities in healthcare in Denmark. U *Emerging Socialities in 21st Century Healthcare*, ur. Bernhard Hadolt i Anita Hardon, 75–88. Amsterdam University Press.

147. Lundgren, M. Solveig i Linda Berg. 2011. The meanings and implications of receiving care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 25(2): 235–242.
148. Lustbader, Dana, Mitchell Mudra, Carole Romano, Ed Lukoski, Andy Chang, James Mittelberger, Terry Scherr i David Cooper. 2017. The impact of a home-based palliative care program in an accountable care organization. *Journal of Palliative Medicine* 20(1): 23–28.
149. Mair, A. Christine, Ana R. Quinones, i Maha A. Pasha. 2016. Care preferences among middle-aged and older adults with chronic disease in Europe: individual health care needs and national health care infrastructure. *The Gerontologist* 56(4): 687–701.
150. Marinović Glavić, Mihaela, Anamarija Mandić, Denis Juraga, Vanja Vasiljev, Tomislav Rukavina i Lovorka Bilajac. 2020. Samoprocjena zdravlja i funkcionalna sposobnost osoba treće životne dobi. *Medica Jadertina* 50(4): 285–291.
151. Marquand, Abby i Amy York. 2016. Squaring to the challenge: who will be tomorrow's caregivers? *Generations: Journal of the American Society on Aging* 40(1): 10–17.
152. Martinez-Linares, Jose Manuel, Francisco Antonio Andujar-Afan, Rocio Martinez-Yebenes i Olga Maria Lopez-Entrambasaguas. 2020. A Qualitative View of Homecare Support Workers on Unmet Health Needs of People with Dependency. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9): 3166 (2. svibanj). Dostupno na: <https://doi.org/10.3390/ijerph17093166> (20. svibanj 2021).
153. Mas, A. Miquel, Marco Inzitari, Sergi Sabate, Sebastia J. Santaeugenia i Ramon Miralles. 2017. Hospital-at-home integrated care programme for the management of disabling health crises in older patients: comparison with bed-based intermediate care. *Age and Ageing* 46(6): 925–931.
154. Masotti, Paul, Mary Ann Mccoll i Michael Green. 2010. Adverse events experienced by homecare patients: a scoping review of the literature. *International Journal for Quality in Health Care* 22(2): 115–125.
155. Mazurek, Justyna, Dorota Szcześniak, Elżbieta Trypka, Katarzyna Malgorzata Lion, Renata Wallner i Joanna Rymaszewska. 2020. Needs of older people attending day care centres in Poland. *Healthcare*, 8(3): 310 (29. kolovoz). Dostupno na: <https://doi.org/10.3390/healthcare8030310> (11. lipanj 2021).
156. McGarrigle, Christine i Rose Anne Kenny. 2020. *Receipt of care and caring in community-dwelling adults aged 50 years and over in Ireland*. The Irish Longitudinal

- Study on Ageing. Trinity College Dublin. Dostupno na: <https://www.doi.org/10.38018/TildaRe.2020-09> (27. ožujak 2022).
157. Mock, E. Steven i Richard P. Eibach. 2011. Aging attitudes moderate the effect of subjective age on psychological well-being: evidence from a 10-year longitudinal study. *Psychology and Aging* 26(4): 979–986.
158. Moore, Melinda, Ross C. Anthony, Yee-Wei Lim, Spencer S. Jones, Adrian Overton i Joanne K. Yoong. 2014. Projecting future health care utilization. U *The future of health care in the Kurdistan region - Iraq: toward an effective, high-quality system with an emphasis on primary care*, ur. Melinda Moore, Ross C. Anthony, Yee-Wei Lim, Spencer S. Jones, Adrian Overton i Joanne K. Yoong. 29–42. RAND Corporation.
159. Mozhaeva, Irina. 2019. Who cares? Evidence on informal and formal home care use in Estonia. *Baltic Journal of Economics* 19(1): 136–154.
160. Muir, Tim. 2017. Measuring social protection for long-term care. *OECD health working papers*, 93. Paris: OECD Publishing.
161. Nacionalni plan razvoja socijalnih usluga 2021.-2027. Dostupno na: <https://mrosp.gov.hr/strategije-planovi-programi-izvjesca-statistika/4165> (5. svibanj 2023).
162. Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje (NPRZ) od 2021. do 2027. godine. Dostupno na: <https://narodne-novine.nn.hr/eli/sluzbeni/2021/147/2536> (5. svibanj 2023).
163. Nadash, Pamela, Pamela Doty i Matthias von Schwanenflugel. 2018. The German long-term care insurance program: evolution and recent developments. *The Gerontologist* 58(3): 588–597.
164. Naess, Gro, Torgeir Bruun Wyller i Marit Kirkevold. 2019. Structured follow-up of frail home-dwelling older people in primary health care: is there a special need, and could a checklist be of any benefit? A qualitative study of experiences from registered nurses and their leaders. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 12: 675–690.
165. Negrón-Blanco, Laureano, Jesús de Pedro-Cuesta, Javier Almazán, Carmen Rodríguez-Blázquez, Esther Franco i Javier Damián. 2016. Prevalence of and factors associated with homebound status among adults in urban and rural Spanish populations. *BMC Public Health*, 16: 574 (15. lipanj). Dostupno na: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3270-z> (5. lipanj 2021).

166. Niculescu, Iulia, Twinkle Arora i Andrea Iaboni. 2020. Screening for depression in older adults with cognitive impairment in the homecare setting: a systematic review. *Aging & Mental Health* 25(9): 1585–1594.
167. Nieboer, P. Anna, Xander Koolman i Elly A. Stolk. 2010. Preferences for long-term care services: willingness to pay estimates derived from a discrete choice experiment. *Social Science and Medicine* 70(9): 1317–1325.
168. Norman, J. Gregory, Amy J. Wade, Andrea M. Morris i Jill C. Slaboda. 2018. Home and community-based services coordination for homebound older adults in home-based primary care. *BMC Geriatrics*, 18:241 (11. listopada). Dostupno na: <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0931-z> (8. svibanj 2022).
169. North, S. Michael i Susan T. Fiske. 2015. Modern attitudes toward older adults in the aging world: a cross-cultural meta-analysis. *Psychological Bulletin* 141(5): 993–102.
170. OECD. 2019. *Hrvatska: pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2019*. State of Health in the EU. Paris: OECD Publishing.
171. OECD. 2020. *Who cares? Attracting and retaining care workers for the elderly*. Health policy studies. Paris: OECD Publishing.
172. Ono, Tomoko, Gaetan Lafortune i Michael Schoenstein. 2013. *Health workforce planning in oecd countries: a review of 26 projection models from 18 countries*. OECD Health Working Paper No. 62. Paris: OECD Publishing.
173. Paraponaris, Alain, Berengere Davin i Pierre Verge. 2012. Formal and informal care for disabled elderly living in the community: an appraisal of French care composition and costs. *The European Journal of Health Economics* 13(3): 327–336.
174. Parsons, John, Paul Rouse, Elizabeth M. Robinson, Nicolette Sheridan i Martin J. Connolly. 2012. Goal setting as a feature of homecare services for older people: does it make a difference? *Age and Ageing* 41(1): 24–29.
175. Penning, Margaret, Denise S. Cloutier, Kim Nuernberger i Deanne Taylor. 2017. When I said I wanted to die at home I didn't mean a nursing home: care trajectories at the end of life. *Innovation in Aging*, 1(1). 1. ožujak. Dostupno na: <https://doi.org/10.1093/geroni/igx011> (30. travanj 2022).
176. Plan i program mjera zdravstvene zaštite 2020.-2022. Narodne Novine 142/2020, broj dokumenta 2753. Dostupno na: </eli/sluzbeni/2020/142/2753>.
177. Plan zdravstvene zaštite Republike Hrvatske (PZZ). Narodne Novine 19/2020, broj dokumenta 479. Dostupno na: </eli/sluzbeni/2020/19/479>.

178. Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe. Narodne Novine 88/2010 (s izmjenama i dopunama 38/2013; 49/2013; 93/2013; 62/2015; 77/2015; 129/2017).
179. Qian, Yangyang, Wen Qin, Chengchao Zhou, Dandan Ge, Li Zhang i Long Sun. 2018. Utilisation willingness for institutional care by the elderly: a comparative study of empty nesters and non-empty nesters in Shandong, China. *BMJ Open*, 8(8): e022324 (17. kolovoz). Dostupno na: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022324> (2. lipanj 2021).
180. Qualls, Sara Honn. 2016. Caregiving families within the long-term services and support system for older adults. *American Psychologist* 71(4): 283–293.
181. Quigley, D. Denise, Ashley M. Chastain, Jung A. Kang, David Bronstein, Andrew W. Dick, Patricia W. Stone i Jingjing Shang. 2022. Systematic review of rural and urban differences in care provided by home health agencies in the United States. *Journal of the American Medical Directors Association* 23(10): 1653.e1–1653.e13.
182. Redfoot, Donald, Lynn Feinberg i Ari Houser. 2013. *The aging of the baby boom and the growing care gap: a look at future declines in the availability of family caregivers*. Washington: AARP Public policy institute.
183. Richardson, Jeff, Angelo Iezzi i Aimee Maxwell. 2018. Uncertainty and the undervaluation of services for severe health states in cost-utility analyses. *Value in Health* 21(7): 850–857.
184. Rodrigues, Ricardo, Manfred Huber i Giovanni Lamura, ur. 2012. *Facts and figures on healthy ageing and long-term care. Europa and North America*. Occasional Reports Series 8. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research.
185. Rogelj Valerija i David Bogataj. 2018. Planning the home and facility-based care dynamics using the multiple decrement approach: The case study for Slovenia. *IFAC papers online* 51(11): 1004–1009.
186. Rogelj, Valerija, Eneja Drobež, Marta Kavšek i David Bogataj. 2019. Capacity planning for ambient assisted living. *IFAC papers online* 52(19): 265–270.
187. Ruland, M. Cornelia. 1999. Decision support for patient preference-based care planning: effects on nursing care and patient outcomes. *Journal of the American Medical Informatics Association* 6(4): 304–312.
188. Sajko, Melita. 2020. *Povezanost znanja i stavova patronažnih medicinskih sestara o potrebama starijih osoba: slučaj Hrvatske i Slovenije*. Doktorska disertacija. Maribor: Alma Mater Europaea-ECM.

189. Scheil-Adlung, Xenia, 2015. *Long-term care protection for older persons: a review of coverage deficits in 46 countries*. ILO Working Papers 994886493402676. Geneva: International Labour Organization.
190. Schuchman, Mattan, Mindy Fain i Thomas Cornwell. 2018. The resurgence of home-based primary care models in the United States. *Geriatrics*, 3(3): 41 (16. srpanj). Dostupno na: <https://doi.org/10.3390/geriatrics3030041> (13. kolovoz 2022).
191. Seow, Hsien, Lisa Barbera, Doris Howell i Sydney M. Dy. 2010. Using more end-of-life homecare services is associated with using fewer acute care services: a population-based cohort study. *Medical Care* 48(2): 118–124.
192. Seow, Hsien, Anish Arora, Lisa Barbera, Kim McGrail, Beverley Lawson, Fred Burge i Rinku Sutradhar. 2018. Does access to end-of-life homecare nursing differ by province and community size?: a population-based cohort study of cancer decedents across Canada. *Health Policy* 122(2): 134–139.
193. Settersten, A. Richard i Bethany Godlewski. 2016. Concepts and Theories of Age and Aging. U *Handbook of theories of aging*, ur. Vern L. Bengtson i Richard A. Settersten 9–25. Third edition. New York: Springer Publishing Company, LLC.
194. Seutloali, Thato, Lizeka Napoles i Nomonde Bam. 2018. Community health workers in Lesotho: Experiences of health promotion activities. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, 10(1): a1558 (27. veljača). Dostupno na: <https://phcfm.org/index.php/phcfm/article/view/1558> (29. travanj 2021).
195. SHARE. Survey of health, ageing and retirement in Europe. Dostupno na: <http://www.share-project.org/home0.html> (1. kolovoz 2021).
196. Song, Peipei i Wei Tang. 2019. The community-based integrated care system in Japan: Health care and nursing care challenges posed by super-aged society. *Bioscience Trends* 13(3): 279–281.
197. Spetz, Joanne, Laura Trupin, Timothy Bates i Janet M. Coffman. 2015. Future demand for long-term care workers will be influenced by demographic and utilization change. *Health Affairs* 34(6): 936–945.
198. Spring, Amy. 2018. Short- and long-term impacts of neighborhood built environment on self-rated health of older adults. *The Gerontologist* 58(1): 36–46.
199. Srakar, Andrej, Rok Hren i Valentina Prevolnik Rupel. 2016. Health services utilization in older europeans: an empirical study. *Organizacija* 49(2): 127–136.

200. Stubbs, Paul i Siniša Zrinščak. 2018. *ESPN thematic report on challenges in long-term care Croatia*. Brussels: European Commission.
201. Taber, S. Keith. 2018. The use of Cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education. *Research in Science Education*, 48: 1273–1296.
202. Tavakol, Mohsen i Regg Dennick. 2011. Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education* 2: 53–55.
203. Temkin-Greener, Helena, Alina Bajorska i Dana B. Mukamel. 2008. Variations in service use in the program of all-inclusive care for the elderly (PACE): is more better? *Journal of Gerontology: series A* 63(7): 731–738.
204. Tomek-Roksandić, Spomenka, Goran Perko, Diana Mihok, Ana Puljak, Hrvoje Radašević, Josip Čulig, Mate Ljubičić. 2005. Značenje centara za gerontologiju županijskih zavoda za javno zdravstvo i gerontoloških centara u Hrvatskoj. *Medicus* 14(2): 177–193.
205. Travers, L. Jasmine, Karen B. Hirschman i Mary D. Naylor. 2020. Adapting Andersen's expanded behavioral model of health services use to include older adults receiving long-term services and supports. *BMC Geriatrics*, 20(1): 58 (14. veljača). Dostupno na: <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1405-7> (31. ožujak 2022).
206. Turney, Shaun. 2022. *Chi-Square (X^2) Tests; types, formula and examples*. Scribbr. Dostupno na: <https://www.scribbr.com/statistics/chi-square-tests/> (9. kolovoz 2023).
207. United Nations. 2019. *World Population Prospects 2019, Highlights*. Department of economic and social affairs, population division. Dostupno na: <https://population.un.org/wpp/Publications/>.
208. United Nations. 2022. *World Population Prospects 2022, Ten key messages*. Department of economic and social affairs, population division. Dostupno na: <https://population.un.org/wpp/Publications/>.
209. Vaartio-Rajalin, Heli, Yvonne Nasman i Lisbeth Fagerstrom. 2020. Nurses' activities and time management during home healthcare visits. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 34(4): 1045–1053.
210. Van Houtven, Courtney Harold, Eugene Z. Oddone i Morris Weinberger. 2010. Informal and formal care infrastructure and perceived need for caregiver training for frail U.S. veterans referred to home and community-based services. *Chronic Illness* 6(1): 57–66.

211. Van Loon, S. Miriam, Guy Widdershoven, Karen M. van Leeuwen, Judith E. Bosmans, Suzanne Metselaar i Raymond W. Ostelo. 2021. Implementing a broad quality of life tool for determining care wishes and needs of older adults living at home. *Home Health Care Services Quarterly* 40(4): 262–275.
212. Verbakel, Ellen. 2018. How to understand informal caregiving patterns in Europe? The role of formal long-term care provisions and family care norms. *Scandinavian Journal of Public Health* 46(4): 436–447.
213. Verbeek, Hilde, Gabriele Meyer, Helena Leino-Kilpi, Adelaida Zabalegui, Ingalill Rahm Hallberg, Kai Saks, Maria Eugenia Soto, David Challis, Dirk Sauerland i Jan P.H. Hamers. 2012. A European study investigating patterns of transition from home care towards institutional dementia care: the protocol of a RightTimePlaceCare study. *BMC Public Health*, 12: 68 (23. siječanj). Dostupno na: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-68> (26. ožujak 2022).
214. Vrban, Sonja. 2014. Izrada europskog okvira ključnih kompetencija za rad sa starijim osobama. *Andragoški glasnik* 18(1): 83–91.
215. Wagner, Melanie i Martina Brandt. 2018. Long-term care provision and the well-being of spousal caregivers: an analysis of 138 european regions. *Journals of Gerontology: Social Sciences* 73(4): e24–e34.
216. Wang, Yun, Erica S. Spatz, Maliha Tariq, Suveen Angraal i Harlan M. Krumholz. 2017a. Home health agency performance in the United States: 2011–15. *Journal of the American Geriatrics Society* 65(12): 2572–2579.
217. Wang, Yun, Erica C. Leifheit-Limson, Jonathan Fine, Michelle M. Pandolfi, Yan Gao, Fanglin Liu, Sheila Eckenrode i Judith H. Lichtman. 2017b. National trends and geographic variation in availability of home health care: 2002–2015. *Journal of the American Geriatrics Society* 65(7): 1434–1440.
218. Wang, Lijian, Xiaodong Di, Liu Yang and Xiuliang Dai. 2020a. Differences in the potential accessibility of home-based healthcare services among different groups of older adults: A case from Shaanxi Province, China. *Healthcare*, 8(4): 452 (1. studeni). Dostupno na: <https://doi.org/10.3390/healthcare8040452> (8. svibanj 2022).
219. Wang, Zhaoqing, Yanan Xing, Wenxin Yan, Xinran Sun, Xueying Zhang, Shuang Huang i Li Li. 2020b. Effects of individual, family and community factors on the willingness of institutional elder care: a cross-sectional survey of the elderly in China.

- BMJ Open*, 10(2): e032478 (18. veljača). Dostupno na: doi:10.1136/ bmjopen-2019-032478 (8. lipanj 2021).
220. Warner, Grace, Emily Kervin, Barb Pesut, Robin Urquhart, Wendy Duggleby i Taylor Hill. 2021. How do inner and outer settings affect implementation of a community-based innovation for older adults with a serious illness: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 21: 42 (7. siječanj). Dostupno na: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-06031-6> (12. svibanj 2021).
221. Warshaw, A. Gregg i Elizabeth J. Bragg. 2016. The essential components of quality geriatric care. *Generations: Journal of the American Society on Aging* 40(1): 28–37.
222. Watt, H. Melissa, Bilesha Perera, Truls Ostbye, Shyama Ranabahu, Harshini Rajapakse i Joanna Maselko. 2014. Caregiving expectations and challenges among elders and their adult children in Southern Sri Lanka. *Ageing and Society* 34(5): 838–858.
223. Wei, Yong i Liangwen Zhang. 2020. Analysis of the influencing factors on the preferences of the elderly for the combination of medical care and pension in long-term care facilities based on the Andersen model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15): 5436 (28. lipanj). Dostupno na: doi:10.3390/ijerph17155436 (2. svibanj 2022).
224. Westerhof, J. Gerben i Susanne Wurm. 2015. Longitudinal research on subjective aging, health, and longevity: current evidence and new directions for research. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* 35(1): 145–165.
225. Whitehead, J. Phillip, Esme J. Worthington, Ruth H. Parry, Marion F. Walker i Avril E. R. Drummond. 2015. Interventions to reduce dependency in personal activities of daily living in community dwelling adults who use homecare services: a systematic review. *Clinical Rehabilitation* 29(11): 1064–1076.
226. Wiles, L. Janine, Annette Leibing, Nancy Guberman, Jeanne Reeve i Ruth E. S. Allen. 2011. The meaning of „aging in place” to older people. *The Gerontologist* 52(3): 357-366.
227. Wittenberg, Yvette, Alice de Boer, Inger Plaisier, Arnoud Verhoeff i Rick Kwekkeboom. 2019. Informal caregivers’ judgements on sharing care with home care professionals from an intersectional perspective: the influence of personal and situational characteristics. *Scandinavian Journal of Caring* 33(4): 1006–1016.

228. Wong, Albert, Rianne Elderkamp-de Groot, Johan Polder i Job van Exel. 2010. Predictors of long-term care utilization by Dutch hospital patients aged 65+. *BMC Health Services Research*, 10: 110 (6. svibanj). Dostupno na: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-110> (21. travanj 2022).
229. World Health Organization. 2010. *Models and tools for health workforce planning and projections*. Geneva: WHO Press. Dostupno na: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44263>.
230. World Health Organization. 2017a. *Age-friendly environments in Europe*. A handbook of domains for policy action. Copenhagen: Regional office for Europe. Dostupno na: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334251/9789289052887-eng.pdf> (13. kolovoz 2022).
231. World Health Organization. 2017b. *Global strategy and action plan on ageing and health*. Geneva. Dostupno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513500> (25. travanj 2021).
232. World Health Organization. 2017c. *10 priorities towards a decade of healthy ageing*. Department of ageing and life course. Dostupno na: <http://www.who.int/ageing> (14. lipanj 2023).
233. Wysocki, Andrea, Mary Butler, Robert L. Kane, Rosalie A. Kane, Tetyana Shippee i Francois Sainfort. 2012. *Long-term care for older adults: a review of home and community-based services versus institutional care*. Comparative effectiveness review No. 81. Rockille: Agency for healthcare research and quality. Dostupno na: www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm (12. veljača 2021).
234. Xing Yanan, Ruijuan Pei, Jing Qu, Juan Wang, Hao Zhou, Zhaoqing Wang, Wenxin Yan, Xinran Sun, Tao Sun i Li Li. 2018. Urban-rural differences in factors associated with willingness to receive eldercare among the elderly: a cross-sectional survey in China. *BMJ Open*, 8(5): e020225 (31. svibanj). Dostupno na: [doi:10.1136/bmjopen-2017-020225](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020225) (31. svibanj 2021).
235. Xu, Xiaojingyuan, Chunyan Zhao, Meirong Wang, Xiaolei Chen, Shuang Shao i Juan Du. 2021. Comparison of the caregivers' and community health professionals' views on home health care services for disabled older adults: a cross-sectional study in Beijing, China. *BMC Health Services Research*, 21: 389 (26. travanj). Dostupno na: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06400-9> (9. svibanj 2022).
236. Yip, Olivia, Evelyn Huber, Samuel Stenz, Leah L. Zullig, Andreas Zeller, Sabina M. De Geest, Mieke Deschodt i INSPIRE consortium. 2021. A contextual analysis and logic

- model for integrated care for frail older adults living at home: The INSPIRE project. *International Journal of Integrated Care*, 21(2): 9 (23. travanj). Dostupno na: DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.5607> (4. svibanj 2022).
237. Young, M. Heather i Elena O. Siegel. 2016. The right person at the right time: ensuring person-centered care. *Generations: Journal of the American Society on Aging* 40(1): 47-55.
238. Zakon o socijalnoj skrbi (ZSS). Narodne Novine 18/2022 (uz izmjene i dopune 46/2022, 119/2022, 71/2023).
239. Zakon o udomiteljstvu. Narodne Novine 115/2018 (uz izmjene i dopune 18/2022).
240. Zakon o zdravstvenoj zaštiti (ZZZ). Narodne Novine 100/2018 (uz izmjene i dopune 100/2018, 125/2019, 147/2020, 119/2022, 156/2022, 33/2023).
241. Zhang, Yue, Martin L. Puterman i Derek Atkins. 2012. Residential long-term care capacity planning: the shortcomings of ratio-based forecasts. *Healthcare Policy* 7(4): 68–81.
242. Zhang, Yue i Martin L. Puterman. 2013. Developing an adaptive policy for long-term care capacity planning. *Health Care Management Science* 16: 271–279.
243. Zhang, Zhongheng. 2016. Univariate description and bivariate statistical inference: the first step delving into data. *Annals of Translational Medicine* 4(5): 91. Dostupno na: <https://doi.org/10.21037/atm.2016.02.11> (10. kolovoz 2023).
244. Zhang, Shen-Cheng, Hui Wang, Zhi Liu, Shouzhen Zeng, Yun Jin i Tomas Baležentis. 2019. A comprehensive evaluation of the community environment adaptability for elderly people based on the improved TOPSIS. *Information*, 10(12): 389 (9. prosinac). Dostupno na: <https://doi.org/10.3390/info10120389> (8. svibanj 2022).
245. Zhang, Liangwen, Yanbing Zeng, Lixia Wang i Ya Fang. 2020. Urban–rural differences in long-term care service status and needs among home-based elderly people in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5): 1701 (5. ožujak). Dostupno na: <https://doi.org/10.3390/ijerph17051701> (1. svibanj 2022).

PRILOZI

Prilog A: Anketni upitnik

1. Spol (*zaokružite*) M - muški Ž - ženski
2. Koliko imate godina? _____
3. Mjesto u kojem živite je:
 - a) Selo
 - b) Grad
4. Stupanj obrazovanja koji ste završili:
 - a) Nedovršena osnovna škola
 - b) Završena osnovna škola
 - c) Srednja škola
 - d) Visoka školska sprema (prvostupnici, bacc.)
 - e) Visoka stručna sprema (mag., dr.)
5. Struktura obitelji u kojoj živite:
 - a) Živim sam
 - b) S mužem/ženom/životni partner
 - c) Dvogeneracijska obitelj (živi s djecom)
 - d) Trogeneracijska obitelj (roditelji, djeca i unuci)
 - e) Četirigeneracijska obitelj (roditelji, djeca, unuci i praunuci)
6. Vaš mjesečni dohodak

Nemam dohodka	Do 1.000 kn	1.000-2.000 kn	2.000-3.000 kn	3.000-4.000 kn	4.000-5.000 kn	Više od 5.000 kn
---------------	-------------	----------------	----------------	----------------	----------------	------------------

7. Navedite Vaše zdravstvene i druge teškoće koje Vas opterećuju:

8. Koliko dugo ste korisnik zdravstvene njege u kući?

9. Odaberite učestalost i ako znate postupak zdravstvene njege u kući:
- a) DTP NJ1 1 x tjedno; 2 x tjedno; 3 x tjedno; 4 x tjedno; 5 x tjedno
 - b) DTP NJ2 1 x tjedno; 2 x tjedno; 3 x tjedno; 4 x tjedno; 5 x tjedno
 - c) DTP NJ3 1 x tjedno; 2 x tjedno; 3 x tjedno; 4 x tjedno; 5 x tjedno
 - d) DTP NJ4 1 x tjedno; 2 x tjedno; 3 x tjedno; 4 x tjedno; 5 x tjedno
 - e) DTP NJ5 1 x tjedno; 2 x tjedno; 3 x tjedno; 4 x tjedno; 5 x tjedno
 - f) DTP NJ6 1 x tjedno; 2 x tjedno; 3 x tjedno; 4 x tjedno; 5 x tjedno
 - g) DTP NJ7 1 x tjedno; 2 x tjedno; 3 x tjedno; 4 x tjedno; 5 x tjedno
 - h) DTP NJ8 1 x tjedno; 2 x tjedno; 3 x tjedno; 4 x tjedno; 5 x tjedno

10. Trenutni broj usluga/sati zdravstvene njege dovoljan mi je za nesmetano funkcioniranje.

Uopće se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Ne mogu se odlučiti	Uglavnom se slažem	U potpunosti se slažem	Ne želim odgovoriti
--------------------	-----------------------	---------------------	--------------------	------------------------	---------------------

11. U slučaju ovisnosti o drugima preferirate dugotrajnu skrb:

- a) U vlastitom domu uz pomoć obitelji
- b) U vlastitom domu uz pomoć domaćice
- c) U vlastitom domu uz usluge iz lokalne zajednice
- d) U naselju za stare
- e) U domu za stare u mjestu stanovanja
- f) U domu za stare izvan mjesta stanovanja
- g) U udomiteljstvu

12. Da biste i dalje ostali živjeti u vlastitom domu potrebno Vam je:

a. Više usluga zdravstvene njege

Uopće se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Ne mogu se odlučiti	Uglavnom se slažem	U potpunosti se slažem	Ne želim odgovoriti
--------------------	-----------------------	---------------------	--------------------	------------------------	---------------------

Upišite koliko puta tjedno i koji postupak zdravstvene njege trebate:

b. Osoba za pomoć u kući

Uopće se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Ne mogu se odlučiti	Uglavnom se slažem	U potpunosti se slažem	Ne želim odgovoriti
--------------------	-----------------------	---------------------	--------------------	------------------------	---------------------

Upišite koliko puta tjedno biste trebali pomoć druge osobe u kući:

Oko kojih poslova trebate povremenu ili stalnu podršku (npr. čišćenje, peglanje..)

c. Zdravstvena njega i usluge u kući uz stalnu podršku članova obitelji i prijatelja

Uopće se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Ne mogu se odlučiti	Uglavnom se slažem	U potpunosti se slažem	Ne želim odgovoriti
--------------------	-----------------------	---------------------	--------------------	------------------------	---------------------

d. Zdravstvena njega i usluge u kući uz povremenu podršku članova obitelji i prijatelja

Uopće se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Ne mogu se odlučiti	Uglavnom se slažem	U potpunosti se slažem	Ne želim odgovoriti
--------------------	-----------------------	---------------------	--------------------	------------------------	---------------------

e. Zdravstvena njega i usluge u kući uz korištenje dnevnog/poludnevnog boravka

Uopće se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Ne mogu se odlučiti	Uglavnom se slažem	U potpunosti se slažem	Ne želim odgovoriti
--------------------	-----------------------	---------------------	--------------------	------------------------	---------------------

f. Zdravstvena njega formalnog njegovatelja koji živi sa mnom u kući

Uopće se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Ne mogu se odlučiti	Uglavnom se slažem	U potpunosti se slažem	Ne želim odgovoriti
--------------------	-----------------------	---------------------	--------------------	------------------------	---------------------

g. Organizirani prijevoz liječniku i druge usluge

Uopće se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Ne mogu se odlučiti	Uglavnom se slažem	U potpunosti se slažem	Ne želim odgovoriti
--------------------	-----------------------	---------------------	--------------------	------------------------	---------------------

h. Prilagođeno stanovanje

Uopće se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Ne mogu se odlučiti	Uglavnom se slažem	U potpunosti se slažem	Ne želim odgovoriti
--------------------	-----------------------	---------------------	--------------------	------------------------	---------------------

Navedite nužne prilagodbe: _____

i. Dostupnost informacijsko-komunikacijske tehnologije

Uopće se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Ne mogu se odlučiti	Uglavnom se slažem	U potpunosti se slažem	Ne želim odgovoriti
--------------------	-----------------------	---------------------	--------------------	------------------------	---------------------

j. Osigurana priprema i dostava hrane

Uopće se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Ne mogu se odlučiti	Uglavnom se slažem	U potpunosti se slažem	Ne želim odgovoriti
--------------------	-----------------------	---------------------	--------------------	------------------------	---------------------

13. Spreman sam samostalno plaćati dio usluga pomoći u kući

Uopće se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Ne mogu se odlučiti	Uglavnom se slažem	U potpunosti se slažem	Ne želim odgovoriti
--------------------	-----------------------	---------------------	--------------------	------------------------	---------------------

14. Koristite li pravo na pomoć i njegu? DA NE

15. Koristite li zajamčenu minimalnu naknadu DA NE

16. Pimate li pomoć u svakodnevnim aktivnostima (čišćenje, kuhanje, kupovina, održavanje odjeće) od drugih osoba (obitelj ili plaćanje)? Obrazložite!

17. Mislite li da ćete moći doživotno biti u vlastitom domu?

18. Planirate li odlazak u dom za stare i nemoćne osobe? Ako da, koji je razlog?

19. Opišite kakva je Vaša socijalne mreža, imate li prijatelje/susjede?

Vaš komentar ili prijedlog:

Hvala na sudjelovanju i Vašim odgovorima!

Prilog B: Suglasnost ravnatelja

Ustanova za zdravstvenu njegu LEKIĆ
Varaždin, Zinke Kunc 47
Tel: +385 (0) 42 260 444
Fax: +385 (0) 42 260 446
E-mail: ustanova.lekic@dom-lekic.com
www.ustanovalekic.hr



Varaždin, 12.1.2022.

Renata Možanić
Koretinec 64, Maruševec
renatamozanic1@gmail.com

Predmet: Suglasnost ravnatelja za provedbu istraživanja u Ustanovi
- daje se

Na osnovu upućene zamolbe Renate Možanić, apsolvantice na doktorskom studiju Socijalne gerontologije u Mariboru, Alma Mater Europaea-ECM, daje se suglasnost čelne osobe Ustanove za provedbu istraživanja.

U svrhu izrade doktorske disertacije:

MODEL REGIONALNOG RAZVOJA INTEGRIRANE DUGOTRAJNE SKRBI U ZAJEDNICI

imenovana će u Ustanovi za zdravstvenu njegu LEKIĆ provesti analizu dokumentacije o broju i intenzitetu korištenja usluga zdravstvene njege u kući razdoblja 2013.-2020. i anketno ispitivanje korisnika zdravstvene njege u kući u planiranom razdoblju od veljače do travnja 2022. godine.



Ravnatelj Ustanove:
Zrinka Lekić dipl. physio

Prilog C: Mišljenje i suglasnost Etičkog povjerenstva

Ustanova za zdravstvenu njegu LEKIĆ
Varaždin, Zinke Kunc 47
Tel: +385 (0) 42 260 444
Fax: +385 (0) 42 260 446
E-mail: ustanova.lekic@dom-lekic.com
www.ustanovalekic.hr



Varaždin, 12.01.2022.

Renata Možanić
Koretinec 64, Maruševec
renatamozanic1@gmail.com

Predmet: Mišljenje i suglasnost Etičkog povjerenstva

- daje se

Na osnovu upućene zamolbe Renate Možanić, apsolvantice na doktorskom studiju Socijalne gerontologije u Mariboru, Alma Mater Europaea-ECM, o ocjeni etičnosti istraživanja daje se pozitivno mišljenje i suglasnost Etičkog povjerenstva.

U svrhu izrade doktorske disertacije:

MODEL REGIONALNOG RAZVOJA INTEGRIRANE DUGOTRAJNE SKRBI U ZAJEDNICI

imenovana je na visokoškolskoj instituciji Alma Mater Europaea-ECM obranila dispoziciju doktorske disertacije. Za ostvarivanje ciljeva doktorske disertacije kandidat će provesti analizu dokumentacije o broju i intenzitetu korištenja usluga zdravstvene njege u kući za razdoblje 2013.-2020. i anketno ispitivanje korisnika. Navedena analiza služit će za izračun vjerojatnosti i projekcija korištenja zdravstvene njege u kući u Varaždinskoj županiji, a anketnim ispitivanjem prikupit će se podaci o preferiranim oblicima dugotrajne skrbi korisnika zdravstvene njege u kući. Kandidat će poštivati načela etičnosti istraživanja s ljudima, osigurati anonimnost ispitanika, dragovoljnost sudjelovanja i čuvati tajnost eventualno otkrivenih osobnih podataka koji nisu važni za istraživanje ili na bilo koji način mogu naštetiti ispitanicima.

Za Etičko povjerenstvo
predsjednik Ivana Kovačić, dipl. iur.



IZJAVA O AVTORSTVU



ALMA MATER
EUROPAEA
ECM

07

IZJAVA O AVTORSKEM DELU IN ISTOVETNOSTI TISKANE IN ELEKTRONSKE VERZIJE ZAKLJUČNEGA DELA

Priimek in ime študenta	Možanič Renata
Vpisna številka	3118308
Študijski program	Socijalna gerontologija
Naslov zaključnega dela:	Model regionalnog razvoja integrirane dugotrajne skrbi u zajednici
Naslov v angleščini:	The regional development model for community-based integrated care
Mentor:	prof. ddr. David Bogataj
Somentor:	
Mentor iz podjetja:	

S podpisom izjavljam da:

- Je predloženo zaključno delo z naslovom Model regionalnog razvoja integrirane dugotrajne skrbi u zajednici

izključno rezultat mojega lastnega raziskovalnega dela,

- Sem poskrbel/a da so dela in mnenja drugih avtorjev, ki jih uporabljam v predloženem delu navedena oz. citirana v skladu s fakultetnimi navodili,
- Se zavedam, da je plagiatstvo – predstavljanje tujih del, bodisi v obliki citata, bodisi v obliki dobesednega parafraziranja, bodisi v grafični obliki, s katerim so tuje misli oziroma ideje predstavljene kot moje lastne, kaznivo po zakonu (Zakon o avtorskih in sorodnih pravicah, UrL RS št. 139/2006 s spremembami),
- V primeru kršitve zgoraj navedenega zakona prevzemam vso moralno, kazensko in odškodninsko odgovornost,

Podpisani-a Renata Možanič izjavljam, da sem za potrebe arhiviranja oddal/a elektronsko verzijo zaključnega dela v Digitalno knjižnico. Zaključno delo sem izdelal-a sam-a ob pomoči mentorja. V skladu s 1. odstavkom 21. člena Zakona o avtorskih in sorodnih pravicah (Uradni list RS, št. 16/2007) dovoljujem, da se zgoraj navedeno zaključno delo objavi na portalu Digitalne knjižnice. Prav tako dovoljujem objavo osebnih podatkov vezanih na zaključek študija (ime, priimek, leto in kraj rojstva, datum diplomiranja, naslov diplomskega dela) na spletnih straneh in v publikacijah Alma Mater.

Tiskana verzija zaključnega dela je istovetna elektronski verziji, ki sem jo oddal/a za objavo v Digitalno knjižnico.

Datum in kraj:

19.08.2023., Marševce

Podpis študent/ke:

Možanič

IZJAVA LEKTORA



ALMA MATER
EUROPAEA
ECM

06

POTRDILO O LEKTORIRANJU

Podpisani(a)

SUZANA ĐURASEK DIVJAK

po izobrazbi (strokovni oz. znanstveni naslov)

_____ Magistra Hrvatskoga jezika i Prim. educ.

potrjujem, da sem lektoriral(a) zaključno delo študenta(ke)
RENATE MOŽANIĆ

z naslovom:

MODEL REGIONALNOG RAZVOJA INTEGRIRANE DUGOTRAJNE SKRBI U ZAJEDNICI

Kraj: Varaždin

Datum: 14.8.2023.

Podpis:

Suzana Đurasek Divjak