

# Izazovi zdravstvene skrbi u obiteljskim domovima socijalne skrbi

---

Dukarić, Nedeljka

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:806410>

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

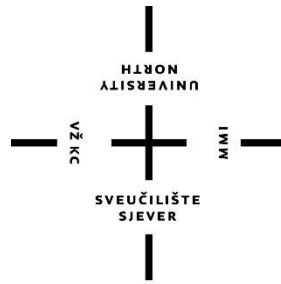
Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-04**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





# Sveučilište Sjever

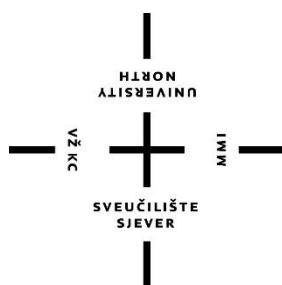
787/SS/2016

## **Izazovi zdravstvene skrbi u obiteljskim domovima socijalne skrbi**

**Nedeljka Dukarić, (5277/601)**

Varaždin, rujan 2017. godine





# Sveučilište Sjever

**Odjel za Biomedicinske znanosti**

**787/SS/2016**

## **Izazovi zdravstvene skrbi u obiteljskim domovima socijalne skrbi**

**Studentica**

Nedeljka Dukarić, (5277/601)

**Mentor**

Melita Sajko, dipl.med.techn.

Varaždin, rujan 2017. godine

# Prijava završnog rada

## Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za biomedicinske znanosti	
PRISTUPNIK	Nedeljka Dukarić	MATIČNI BROJ 5277/601
DATUM	07.09.2016.	KOLEGIJI Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika
NASLOV RADA	Izazovi zdravstvene skrbi u obiteljskim domovima socijalne skrbi	
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Challenges faced by Private social welfare institutions in health care provision	
MENTOR	Melita Sajko, dipl.med.techn.	ZVANJE predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. Vesna Sertić, dipl.med.techn., predsjednik 2. Melita Sajko, dipl.med.techn., mentor 3. Marijana Neuberg, mag.med.techn., član 4. Ivana Živoder, dipl.med.techn., zamjenski član 5.	

## Zadatak završnog rada

BROJ	787/SS/2016
OPIS	<p>Zdravstvena skrb u obiteljskim domovima je specifična i s obzirom na stručnost zdravstvenog osoblja ali i različita zdravstvena stanja korisnika koji se u njima nalaze. U radu će se na primjeru jednog obiteljskog doma za smještaj osoba sa psihičkim bolestima predstaviti kako funkcionira obiteljski dom s obzirom na zdravstvenu skrb i suradnju s korisnicima, obitelji, LOM-om te specijalistima liječnicima za pojedina područja. U radu je naglasak stavljen na polivalentnost skrbi te bi voditelj obiteljskog doma trebao biti prvostupnik sestrinstva, a u takvim domovima je, zbog manjeg broja korisnika, moguće pružati kvalitetniju skrb. U radu je potrebno: * opisati funkcioniranje obiteljskog doma na osnovi zakonske podloge * opisati specifičnosti zdravstvene njege u obiteljskom domu * opisati specifičnosti suradnje sa drugim ustanovama * opisati specifičnosti komunikacije sa korisnicima i njihovim obiteljima * opisati zdravstvenu njegu, probleme u radu i predložiti mjere za kvalitetniju skrb u ustanovama tog tipa</p>

ZADATAK URUČEN

12. 05. 2017.



*Melita Sajko*

# **Predgovor**

Zahvaljujem se mentorici dipl. med. tehn. Meliti Sajko na velikoj pomoći, strpljenju i trudu u izradi ovog završnog rada.

Također se zahvaljujem svojoj obitelji i prijateljima na pruženoj potpori i pomoći tijekom studiranja.

## Sažetak

Tema rada su izazovi zdravstvene skrbi u obiteljskim domovima socijalne skrbi. Obiteljski dom je jedan specifičan tip sustava socijalne skrbi. To je vaninstitucionalni oblik skrbi s mnogo mogućnosti ali je također suočena s mnogo izazova. Jedan od tih izazova je provođenje zdravstvene skrbi uz profesionalne kriterije za različite grupe korisnika. Osim toga, kućni ambijent djeluje umirujuće i pomaže korisnicima da se prilagode novom stilu življenja. U radu će se predstaviti izazovi zdravstvene skrbi u obiteljskom domu kojeg vodi autorica ovog rada, koji je specifičan u svom radu jer osim starih i nemoćnih zbrinjava i teško oboljele odrasle osobe. Na jednom malom prostoru i na malom broju korisnika, pokazuje se polivalentnost različitih zdravstvenih stanja korisnika koja su često izazovna i nadasve inspirirajuća.

U završnom radu izložiti će se izazovi zdravstvene skrbi u obiteljskim domovima, s obzirom na njihovu specifičnost. Naime, dok su domovi socijalne skrbi i zbog broja korisnika i veličine puno bolje ekipirani, obiteljski domovi često su osim zakonskog minimuma o jednoj zaposlenoj medicinskoj sestri stručno deficitarni. Osim korisnika koji su i različite dobi pa osim gerijatrijskih bolesnika i oblika zdravstvene skrbi sukladno toj populaciji korisnika, nerijetko se u tom obliku skrbi koji je i financijski najpovoljniji za korisnike nađu i osobe s drugim zdravstvenim poteškoćama u različitim stupnjevima samostalnosti.

Medicinska sestra mora posjedovati vještine da se može nositi sa svim tim situacijama.

**Ključne riječi:** zdravstvena skrb, obiteljski domovi, socijalna skrb, zdravstvena njega

## **SUMMARY**

Topic of this paper are challenges of medical care in family-run nursing homes. Family-run nursing home is a specific type of social care. This is noninstitutionalized form of care with many possibilities, but also with many challenges. One of these challenges is taking care of different groups of people. Besides that, home environment acts soothingly and helps clients to adapt to the new lifestyle. Here we will look at challenges of family-run nursing homes, including the nursing home run by the author of this paper. This nursing home is specific because, besides old people, it also includes adults with major health problems. In a relatively small space with a small number of people, it shows big differences in the health state of clients, which can sometimes pose a problem.

In fact, while regular nursing homes are, because of bigger number of people and overall size, better equipped, family-run nursing homes are in deficit. In this type of social care it is also often a case that people vary in age and degree of mobility.

Nurse has to be able to manage all of this challenges.

Key words: medical care, family-run nursing home, social care



## **Popis korištenih kratica**

<b>EU</b>	Europska unija
<b>cm</b>	centimetar
<b>SSS</b>	srednja stručna sprema
<b>tzv.</b>	takozvano
<b>dcl</b>	decilitar
<b>OD</b>	obiteljski dom
<b>LOM</b>	liječnik opće medicine

# Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Oblici socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj .....	3
2.1. Institucionalni oblici skrbi .....	3
2.2. Izvaninstitucionalni oblici skrbi.....	4
2.3. Gerontološki centri.....	5
2.4. Usluga dnevnog boravka.....	6
2.5. Usluga pomoći i njege u kući.....	6
2.6. Oblici neformalne skrbi za starije .....	7
2.7. Domovi za starije .....	8
3. Obiteljski domovi - izazovi socijalne skrbi i zdravstvene zaštite .....	11
4. Zdravstvena skrb u obiteljskim domovima .....	15
4.1. Zdravstvena njega i izazovi .....	15
4.2. Prevencija dekubitusa .....	18
4.2.1. Javno zdravstvene mjere za prevenciju dekubitusa.....	19
4.3. Inkontinencija .....	20
4.4. Nepokretnost .....	20
4.5. Medicinska sestra - prvostupnik u obiteljskom domu .....	21
5. Prehrana korisnika u domu.....	23
6. Suradnje obiteljskih domova .....	25
6.1. Suradnja obiteljskog doma s liječnicima obiteljske medicine .....	25
6.2. Suradnja obiteljskih domova sa specijalistima kliničke medicine.....	25
6.3. Suradnja s članovima obitelji korisnika .....	26
6.4. Suradnja s vjerskim zajednicama, udrugama i institucijama .....	26
7. Zaključak .....	28
8. Literatura .....	29

## 1. Uvod

Zdravstvena skrb u sustavu socijalne skrbi je sastavni dio sveobuhvatne brige za određenu vrstu korisnika. Starije i nemoćne osobe kao najbrže rastuća populacija, nažalost, zbog sve nepovoljnijih demografskih trendova jedna je od skupina o kojoj skrbi sustav socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj. Domovi za starije i nemoćne jedan su od vidova socijalne skrbi i taj sustav institucionalizacije je prisutan osobito u tranzicijskim zemljama dok je u zemljama EU, odnosno kolokvijalno Zapadne Europe na snazi trend izvaninstitucionalne skrbi o starijim i nemoćnim osobama, razvojem gerontoloških centara u lokalnim sredinama te omogućivanjem starijim ljudima da produže svoj boravak u svom životnom prostoru. Prema podacima Eurostata [1] u EU je 2010. živjelo oko 87,6 milijuna ljudi starijih od 65 godina. Taj broj je povećan i ulaskom Hrvatske u EU 2013. Kao i u mnogim drugim aspektima života i u pitanju adekvatne socijalne politike i skrbi za starije stanovništvo i njihovu adekvatnu skrb uključili smo se na tragu vlastitog nacionalnog programa jer EU ne nalaže zemljama članicama zajedničku socijalnu politiku. Za razliku od prije spomenutih bogatijih zemalja EU, Hrvatska je odgovorila uključivanjem mreže postojećih domova, od kojih je većina u nadležnosti županija ili grada Zagreba, te razvojem gerontoloških centara za povremenu skrb starijih osoba unutar postojećih kapaciteta domova. Razvojem tzv. mobilnih timova gerontodomaćica u pojedinim lokalnim sredinama, razvijaju se i privatne inicijative u osnivanju domova, odnosno u nekima od njih pojavljuju se kao osnivači i pojedine vjerske zajednice, a specifičnost hrvatskog sustava socijalne skrbi je omogućavanje bavljenja socijalnom djelatnošću kao profesionalnom u obiteljskim domovima. U Hrvatskoj trenutno postoji 295 obiteljskih domova.

Najčešće su to onkološki bolesnici u terminalnoj fazi bolesti koji iziskuju specifičan pristup, neurološki bolesnici u oporavku od inzulta te odrasle osobe koje po strogoj kvalifikaciji nisu gerijatrijski bolesnici, nego neurološki bolesnici čija je bolest uzrok ovisnosti, najčešće o alkoholu, ali i opojnim drogama.

Takva situacija u obiteljskim domovima iziskuje stručnost, odnosno polivalentnost medicinskog osoblja i mogućnost fleksibilnosti koja je specifična za taj oblik skrbi.

Osnovni pristup zdravstvene skrbi u takvim uvjetima je optimizacija mogućeg u uskoj suradnji s liječnikom obiteljske medicine (*LOM*), te po potrebi sa specijalistima različitih oblika medicinske skrbi za određene bolesti. Optimizacija pretpostavlja korištenje svih postojećih resursa kod bolesnika kako bi kvaliteta života bila podignuta na najbolju moguću mjeru. To također pretpostavlja i organiziranje prehrane koja zadovoljava potrebe bolesnika, što često iziskuje i otpor kod korisnika. Prehrana, izbalansirana sa svim nutritivnim vrijednostima, bez

uporabe zaštitnih sredstava, što pretpostavlja i vlastiti uzgoj voća i povrća, važan je segment cjelokupne zdravstvene skrbi za korisnike.

Uz temeljni motiv etičko-moralnog pristupa, dostojanstva svake ljudske osobe, bez obzira na njezino zdravstveno stanje, i suradnju s obiteljima korisnika, rezultati ne mogu izostati.

U cjelokupnom izazovu zdravstvene skrbi, najvažniji segment je kvalitetno osoblje medicinsko i pomoćno te voditelj tima koji u takvim okolnostima nije velik. Voditelj tima trebao bi biti prvostupnik/ca sestrinstva upravo zbog mogućnosti djelovanja na različitim segmentima skrbi.

Obiteljski domovi način su smještaja korisnika socijalne skrbi u izvaninstitucionalnom obliku, prema Zakonu o socijalnoj skrbi [2]. Predstavnicima obiteljskih domova koji su registrirani kao samostalna djelatnost u obavljanju socijalne skrbi organiziraju zdravstvenu i socijalnu skrb za korisnike.

## **2. Oblici socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj**

Prema popisu stanovništva iz 2011. godine u Hrvatskoj živi 4.284.889 stanovnika. Broj osoba starijih od 65 godina je 758.633 osoba, odnosno 17,7 % ukupne populacije. Ovim udjelom starijeg stanovništva u ukupnoj populaciji Hrvatska je iznad prosjeka zemalja Europske unije (17%). Navedeni demografski pokazatelji govore da je Hrvatska zakoračila u „demografsku starost“. Time se otvaraju izazovi pred institucije društva os socijalnoj uključenosti starijih osoba i pomoći u rješavanju osnovnih potreba starijih osoba[3].

Statistički podaci pokazuju da se povećava broj starijih osoba starijih od 85 godina i to zbog rasta zdravstvene skrbi i rasta životnog standarda[3]. Hrvatska je od 01.07.2013. članica Europske unije, a europska politika usmjerena je prema deinstitucionalizaciji socijalne skrbi, u što je uključena i skrb za starije i nemoćne osobe.

Premda Republika Hrvatska ima razvijenu mrežu socijalne skrbi za starije s kapacitetom oko 15000 mjesta u smještajnim jedinicama[4], potiče se pomoć starijim osobama u lokalnoj zajednici u kojoj žive kako bi što duže vremena proveli u vlastitoj životnoj sredini.

U ovom radu predstaviti će se oblici socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj od pomoći u kući u obavljanju svakodnevnih aktivnosti do smještaja u izvaninstitucionalne oblike skrbi/ udomiteljske obitelji i obiteljske domove/ do institucionalnog smještaja / domovi za starije/. Hrvatska u organiziranim oblicima pomoći ima oko 2% od ukupne populacije starijeg stanovništva dok je prosjek razvijenih zemalja oko 5%, tako da u tom segmentu postoje realne potrebe za smještajem, osobito za najteže oboljele i to osnivanjem centara palijativne skrbi i hospicija.

Osnovna podjela oblika skrbi za starije osobe bila bi na oblike institucionalne i izvaninstitucionalne oblike skrbi, no u današnje vrijeme dolazi do preklapanja ovih oblika skrbi [4].

### **2.1. Institucionalni oblici skrbi**

"Institucijska skrb o starijim osobama odnosi se na ulogu smještaja koja se starijim osobama pruža u domovima socijalne skrbi ili drugim pravnim osobama, a može obuhvatiti usluge: prihvata, stanovanja, prehrane, nabave odjeće i obuće, održavanja osobne higijene, brige o zdravlju i njege, radnih aktivnosti, psihosocijalne rehabilitacije te organiziranja slobodnog vremena" [4]. Usluga smještaja je usluga skrbi izvan vlastite obitelji, koja se ostvaruje kao institucijska skrb u domovima.

Prema zakonu o socijalnoj skrbi pravo na uslugu smještaja priznaje se odrasloj i starijoj osobi kojoj je zbog trajnih promjena u zdravstvenom stanju i nemoći prijeko potrebna stalna pomoć njega druge osobe, a pravo priznaje centar za socijalnu skrb. Usluga smještaja neće se priznati osobi kojoj pomoć mogu pružiti članovi obitelji ili se pomoć i njega može osigurati na drugi način [2]. Republika Hrvatska ukupno raspolaže s kapacitetima institucijskog oblika skrbi za 5,24% stanovništva starog 65 i više godina, od čega 2,38% u institucijama za starije, a 2,86% unutar institucionalnih kućanstava. Od ukupnog broja korisnika institucijskog oblika skrbi žene u institucijama za starije čine 75,55% [5]. Uslugu smještaja kao institucijskog oblika skrbi u RH pružaju 226 pružatelja od kojih su tri državna doma za stare i nemoćne, 45 županijska decentralizirana doma za starije i nemoćne, 91 dom drugih osnivača, zatim još 87 drugih pravnih osoba koje pružaju usluge smještaja bez osnivanja doma te udruge, vjerske zajednice ili druge fizičke i pravne osobe [4].

Sam pojam, odnosno shvaćanje o onom što čini instituciju ili institucionalnu skrb ovisno o zakonskom i kulturološkom okviru neke zemlje može imati i negativne konotacije. Često je institucija definirana kao bilo koji oblik smještajne skrbi u kojoj su štićenici izolirani od šire zajednice i prisiljeni na zajednički život, gdje štićenici nemaju kontrolu nad svojim životom i odlukama koje na njih utječu i u kojima zahtjevi same organizacije često imaju prednost nad pojedinačnim potrebama štićenika [6].

## **2.2. Izvaninstitucionalni oblici skrbi**

Prema "Načelu uključenosti korisnika u zajednicu" čl.12. Zakona o socijalnoj skrbi "Socijalne usluge se, ako je to moguće, korisniku pružaju u njegovom domu ili lokalnoj zajednici, kroz izvaninstitucijske oblike skrbi, radi poboljšanja kvalitete života i uključenosti u zajednicu" [2]. Pod pojmom izvaninstitucijska skrb podrazumijevamo usluge definirane Zakonom o socijalnoj skrbi te ostale usluge, aktivnosti i programe neovisnoga življenja u kojoj se starijoj osobi omogućuje da što duže ostane živjeti u vlastitom domu uz unapređenje života i aktivno sudjelovanje u zajednici [4]

Zajednička strategija skrbi za stare u većini politika unutar zemalja Europske unije podrazumijeva jačanje skrbi zajednice u vidu razvijanja izvaninstitucionalnih oblika skrbi te se sve više usmjerava prema oblicima pružanja pomoći u kući kako bi se starije osobe što duže zadržale u njihovom domu [7].

### **2.3. Gerontološki centri**

Na inicijativu Gradskog ureda za zdravstvo, rad i socijalnu skrb Grada Zagreba te uz stručnu pomoć Centra za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo Grada Zagreba 2004. godine osnivaju se tri Gerontološka centra u gradu Zagrebu locirani u domovima za starije i nemoćne osobe Trnje, Maksimir i Medveščak. Gerontološki centri predstavljaju više funkcijske centre neposredne izvan institucijske skrbi za starije unutar njihove lokalne zajednice te bitno utječu na transformaciju klasičnih oblika isključivo institucijske skrbi u "otvorene" izvan institucijske oblike skrbi. Osnovni cilj gerontoloških centara je unapređenje izvan institucijskih oblika skrbi za starije što kao posljedicu ima što duže zadržavanje starije osobe u njegovom prebivalištu lokalne zajednice u kojoj živi [8].

Gerontološki centri lokacijski su povezani s domovima za starije ili djeluju samostalno, a populacijski obuhvaćaju od oko 30 000 osoba starijih od 65 godina. Gerontološki centri koji danas djeluju u Gradu Zagrebu lokacijski su povezani s domovima za starije: Sveta Ana, Trnje, Trešnjevka, Sveti Josip, Peščenica, Medveščak, Maksimir, Dubrava, Centar [9].

Neke od osnovnih zadaća gerontoloških centara su da osiguravaju neposredne izvore izvan institucijske skrbi u zaštiti zdravlja starijih ljudi u lokalnoj zajednici. Predstavljaju centar suprovoditeljske djelatnosti odabira mjera iz programa postupaka i mjera u zaštiti zdravlja starijih te programa primarne, sekundarne i tercijarne prevencije unutar lokalne zajednice. Predstavljaju središnje okupljalište starijih u provedbi i prevenciji različitih čimbenika bolesnog starenja. Osiguravaju interdisciplinarni pristup i koordinacijsku djelatnost, učinkovitost, dostupnost u integralnom djelovanju različitih nositelja zdravstvene i socijalne skrbi. Ujedno su i centar trajne gerontološke izobrazbe o starenju i starosti te učilišta u pripremi za mirovinu i starost [8].

Program osnivanja gerontoloških centara osigurava i unapređuje trajnu naobrazbu stručnjaka iz gerontologije i gerijatrije po europskim gerontološkim standardima u svrhu unapređenja zdravlja i očuvanja funkcionalne sposobnosti starijih. Na pozitivnom primjeru zagrebačkih Gerontoloških centara počinje njihovo osnivanje i u ostalim regijama i gradovima: Pula, Šibenik, Veli Lošinj, Lipik, Beli Manastir, Rijeka, Osijek, Zadar, Split, Poreč i drugi [10].

## **2.4. Usluga dnevnog boravka**

Usluga boravka je socijalna usluga, obuhvaća cjelodnevni boravak koji može trajati od 6 do 10 sati te poludnevni boravak u trajanju od 4 do 6 sati dnevno. Uslugu boravka pružaju domovi socijalne skrbi, centri za pružanje usluga u zajednici, drugi pružatelj usluga ili fizička osoba koja pruža uslugu boravka kao profesionalnu djelatnost, pod uvjetima propisanim Zakonom o socijalnoj skrbi [11].

Usluga boravka se može koristiti jedan ili više dana tijekom tjedna u sklopu kojeg se osigurava zadovoljenje životnih potreba korisnika pružanjem usluga prehrane, održavanja osobne higijene, brige o zdravlju, njege, psihosocijalne potpore i rehabilitacije kroz organiziranje slobodnog vremena i prijevoza [4]. Ovom se uslugom prije svega starijima osiguravaju izvaninstitucionalni oblici skrbi u njegovoj lokalnoj zajednici, pri čemu korisnik ima mogućnost ostanka u vlastitom domu [11].

## **2.5. Usluga pomoći i njege u kući**

"Pomoć u kući je socijalna usluga koja se priznaje starijoj osobi kojoj je prema procijeni centra za socijalnu skrb, zbog tjelesnog, mentalnog, intelektualnog ili osjetilnog oštećenja te privremenih ili trajnih promjena u zdravstvenom stanju potrebna pomoć druge osobe" [11]. Usluga se pruža pod uvjetom da pomoć i njegu ne mogu osigurati roditelj, bračni drug i djeca, da nije sklopljen ugovor o doživotnom ili dosmrtnom uzdržavanju te da prihod za samca ili po članu kućanstva ne prelazi iznos od 300% osnovice ili 1500 kn. Usluge pomoći i njege u kući podrazumijevaju: organiziranje prehrane (nabava i dostava gotovih obroka), obavljanje kućanskih poslova (pospremanje stana, donošenje ogrijeva, organiziranje pranja i glačanje i sl.), održavanje osobne higijene (pomoć u odijevanju, svlačenju, kupanju) te zadovoljavanje drugih svakodnevnih potreba. Uslugu pomoći i njege u kući pruža centar za pomoć i njegu, dom socijalne skrbi, udruga te druga pravna i fizička osoba koja obavlja djelatnost socijalne skrbi u skladu s uvjetima propisanim zakonom [4].

Na razini lokalne samouprave u Republici Hrvatskoj starijim osobama koje žive u samačkim kućanstvima bez pomoći djeteta ili skrbnika, osobama teže narušenog tjelesnog zdravlja te onima niskog socioekonomskog statusa pružaju se još usluge iz programa "Pomoć u kući starijim osobama" i "Dnevni boravak i pomoć u kući starijim osobama". Usluge ovih programa podudaraju se s programima "Pomoći i njege u kući" te se provode temeljem ugovora o suradnji



Ministarstva i jedinica lokalne samouprave. Ovim je programima na području Hrvatske prema podacima iz 2012. godine bilo obuhvaćeno 15 550 osoba, odnosno 2,1% od ukupnog broja starijih osoba unutar 160 jedinica lokalne samouprave, odnosno 26,8% svih jedinica lokalne samouprave, neravnomjerno raspoređenih diljem Hrvatske. Ovi su programi najviše zastupljeni u županijama koje nemaju organiziranu uslugu kroz program "Pomoći i njege u kući" te gdje nisu osnovani centri za pomoć i njegu starijih osoba[4].

## **2.6. Oblici neformalne skrbi za starije**

Neformalna skrb predstavlja oblik skrbi prema starijoj osobi koju bez novčane naknade pružaju članovi obitelji, prijatelji, susjedi ili volonteri [12]. Prema popisu stanovništva Republike Hrvatske iz 2011. godine pomoć druge osobe pri obavljanju svakodnevnih aktivnosti ukupno je trebalo 150 tisuća starijih od 65 godina. Pomoć druge osobe koristilo je 130 tisuća osoba starijih od 65 godina dok je najveći broj osoba koje primaju pomoć u dobnoj skupini od 75 do 79 godina te nakon toga broj opada zbog veće smrtnosti [5].

Starenjem stanovništva Hrvatske, sve manjim brojem djece po obitelji te odvojenim stanovanjem odrasle djece, kao i sve većim brojem ženske populacije u radnom odnosu, smanjuje se krug neformalnih pružatelja skrbi starijima. Neformalni oblici potpore starijima uz praktičnu potporu koja se sastoji od pružanja njege i materijalne potpore sastoje se i od emocionalne potpore i potpore putem davanja informacija. Najčešći pružatelji neformalne skrbi odnosno osobne njege su braćni partneri, odrasla djeca, drugi članovi obitelji te prijatelji i susjedi. Usprkos promjenama u načinu života, obitelj i dalje predstavlja osnovni izvor svih oblika neformalne skrbi, ponajviše u manje razvijenim sredinama [13]. Na području Republike Hrvatske nailazimo i na regionalne razlike vezano uz kvantitetu socijalne podrške.

U istraživanju provedenom na lokacijama Istre, Grada Zagreba, Slavonije i Dalmacije pokazalo se da stariji ljudi u Istri i Zagrebu imaju manje izvora socijalne podrške u obitelji što je posljedica manjeg broja žive djece i žive braće. Na području Zagreba i Istre manji je broj starijih osoba u braku te ovdje izostaje podrška bračnog partnera, za razliku od Dalmacije i Slavonije gdje je u braku polovica ispitanika [14].

Iako napredak modernih tehnologija danas omogućuju pružanje emocionalne, informativne i materijalne potpore na daljinu ipak je tu geografska blizina jedan od bitnih elemenata za pružanje praktične potpore između davatelja usluga i starije osobe. Geografska udaljenost između mjesta stanovanja roditelja i djece određuje brojnost kontakata i mogućnost djece da pružaju neformalnu skrb i potporu ostarjelim roditeljima. Za starije ljude u gradovima veća je

vjerojatnost da će njihovo dijete živjeti u istom kućanstvu ili u njihovoj blizini. Geografska udaljenost najčešća je prepreka djeci pružateljima skrbi starima koji žive u hrvatskim izvangradskim područjima, prometno vrlo loše povezanim sa središtima u kojima ponajprije žive mlađi članovi obitelji. Prijateljska i dobrosusjedska potpora u određenoj mjeri mogu nadomjestiti nedostatak skrbi djece. Dok je prijateljska pomoć i potpora starima jednaka u gradu i na selu, dobrosusjedska pomoć većeg je značaja u izvangradskim područjima [13].

U zemljama OECD-a jedna od 10 odraslih osoba neformalno (bez novčane naknade) skrbi o osobi s funkcionalnim ograničenjima. Udio pružatelja neformalne skrbi u ukupnom stanovništvu iznosi 8-16% od čega dvije trećine čine žene [15]. Prema izvješću Europske komisije za 2015. godinu visoki postotak skrbi u obitelji koju pretežno obavlja ženska populacija u Hrvatskoj može imati osobito negativan utjecaj na sudjelovanje žena na tržištu rada, osobito onih starijih. Udio obiteljske skrbi za starije u Hrvatskoj je iznad europskog prosjeka, a iznosi 17% osoba u dobi od 35 do 49 godina koje brinu o starijim članovima obitelji barem nekoliko puta tjedno [16]. Smanjen pristup žena tržištu rada može imati negativne konotacije za njih u starijoj dobi kroz manja primanja u mirovini što doprinosi povećanom riziku od siromaštva u starijoj dobi čineći začarani krug [17]. Zaposlenošću žena, koje su u Hrvatskoj tradicionalno najvažniji pružatelj svih oblika neformalne skrbi u obitelji, javlja se problem nedostatka skrbi o starijim članovima obitelji [13].

## **2.7. Domovi za starije**

U Hrvatskoj je samo 2% stanovništva starijeg od 65 godina smješteno u domove za starije i nemoćne osobe, dok je prosjek EU-a oko 5% [18]. Domove socijalne skrbi prema upravi dijele se na državne domove socijalne skrbi za starije osobe, decentralizirane domove socijalne skrbi za starije osobe za koje je osnivačka prava Republika Hrvatska prenijela na jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb te na nedržavne ili druge domove socijalne skrbi za starije osobe [2]. Prednost doma za starije je u tome što predstavlja garanciju profesionalne multidisciplinarnе skrbi za starije koju sačinjava tim stručnjaka u sastavu liječnika, medicinske sestre, socijalnog radnika, spec. konzilijarnih liječnika, logopeda, fizioterapeuta, radnog terapeuta, njegovatelja te pomoćnog osoblja u gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi.

Nedostaci boravka starije osobe u instituciji su prije svega ograničenje slobode, intimnosti i individualnosti osobe zbog smještaja u dvokrevetne i više krevetne sobe, ograničavanju donošenju vlastitih odluka, poteškoća u prilagodbi na nova pravila institucije i njenu organizacijsku strukturu [9]. Također, u dosadašnjem centraliziranom sustavu skrbi za starije dominantno prevladava usmjerenost na akutne socijalne i zdravstvene probleme te se takva

praksa negativno odrazila na preranu pojavu kroničnih bolesti, a time i ovisnosti o tuđoj pomoći [19].

Prema Pravilniku o mjerilima za razvrstavanje domova za starije i nemoćne osobe domovi su u Republici Hrvatskoj podijeljeni u tri kategorije. Ovim Pravilnikom propisuju se mjerila za razvrstavanje domova za starije i nemoćne osobe i njihovih podružnica prema vrsti, opsegu i kvaliteti usluga koje pružaju pojedinim korisnicima, broju i stručnosti djelatnika, broju, veličini, namjeni i kvaliteti prostorija, uređaja i opreme i slično [20].

Jedan od problema unutar ovog sustava je manjkavost normativnog okvira i nekoherentnost sustava pružanja pomoći starijim ljudima. U svrhu uspostave transparentnog sustava pružanja usluga te njihove standardizacije na nacionalnoj razini potrebno je izraditi minimalne standarde usluga za starije osobe, izraditi smjernice u pogledu uvjeta prostora, opreme i radnika za pružanje usluga te definirati mjerila za utvrđivanje usklađenosti s minimalnim standardima kvalitete socijalnih usluga za starije [4]. Uz problematiku minimalnog standarda zapošljavanja radne snage u domovima možemo navesti primjer gdje prema Pravilniku o mjerilima za razvrstavanje domova za starije i nemoćne osobe domovi treće kategorije nisu dužni zaposliti niti jednog fizioterapeuta ni radnog terapeuta. Poslove radnog terapeuta može obavljati i socijalni radnik koji nije školovan za pružanje ovih zdravstvenih usluga. Domovi prve kategorije s više od 100 korisnika dužni su zaposliti jednog radnog terapeuta i tek jednog fizioterapeuta srednje stručne spreme [20].

U strategiji socijalne skrbi za starije osobe također se navodi potreba za unapređenjem i razvojem institucijskih oblika skrbi za stare na razini jedinica lokalne i područne samouprave u područjima u kojima takvi oblici nisu razvijeni u cilju brže realizacije smještaja za korisnike. Prema podacima prikupljenima od domova za stare i nemoćne osobe kojima je osnivač županija, a koji čine 66,5% ukupnih smještajnih kapaciteta u institucionalnom smještaju, od 757 osoba kojima je pravo na smještaj priznato temeljem rješenja centra za socijalnu skrb, njih 257 čeka na smještaj do godinu dana, a 500 osoba duže od jedne godine. Podaci o broju osoba koji čekaju na smještaj u domu temeljem ugovora, njih 56 002, nisu potpuno točni budući da se ista osoba može prijaviti u više domova te je broj uvećan [4].

Posljednjih godina svjedočimo velikom porastu broja ustanova za smještaj starijih i nemoćnih od strane privatnih i drugih nedržavnih osnivača te je njihov broj nadmašio broj državnih (županijskih) ustanova. Otvaranjem privatnih centara skrbi za stare polako se pokreće proces šire decentralizacije politike skrbi o starijima što će u dosadašnjem centraliziranom sustavu dovesti do pozitivnih pomaka [7].

Prema evidenciji fizičkih osoba koje samostalno obavljaju socijalnu skrb kao profesionalnu djelatnost izvan institucijski oblik smještaja za starije i nemoćne pružaju 204 obiteljska doma [4]. Obiteljski dom pruža usluge skrbi izvan vlastite obitelji za starije i nemoćne osobe, pružanje usluge može ostvariti kao stalni, tjedni i privremeni smještaj te cjelodnevni i poludnevni boravak. U okviru smještaja ili boravka dom nudi usluge prehrane, njege i brige o zdravlju, radne aktivnosti i korištenje slobodnog vremena. U obiteljskom domu mogu biti smještene od 5 pa do najviše 20 korisnika [21]. Usluge skrbi za starije u Republici Hrvatskoj pružaju još i udomiteljske obitelji. Udomiteljstvo je oblik skrbi izvan vlastite obitelji kojim se osobi u obiteljskom okruženju pruža briga primjerena njenoj dobi i potrebama [18]. Udomiteljska obitelj je obitelj koja ima stambene, socijalne i druge uvjete koji omogućuju smještenoj osobi primjereno stanovanje, pravilnu ishranu, odmor, zadovoljavanje drugih potreba i interesa [21]. U udomiteljskoj obitelji mogu biti smještene najviše četiri starije i nemoćne osobe. Prema evidenciji udomiteljskih obitelji na dan 31.12.2012. u udomiteljskim obiteljima bilo je smješteno 2.008 starijih i nemoćnih osoba [4].

Dok se u domovima s velikim brojem korisnika kao nedostatak javlja otuđivanje, smanjena mogućnost komunikacije s drugim populacijama te nemogućnost individualiziranog pristupa prehrani, raznim aktivnostima i sl. u manjim se domovima pruža veća mogućnost individualiziranog pristupa potrebama korisnika. Udomiteljstvo, kao alternativa institucionalnom zbrinjavanju, ima prednost u činjenici obiteljskog okruženja koji je prepoznat kao čovječniji, prirodni i jeftiniji [22].

### 3. Obiteljski domovi - izazovi socijalne skrbi i zdravstvene zaštite

Obiteljski domovi oblik su smještaja korisnika u manju sredinu i uz udomiteljstvo vid su vaninstitucijskog smještaja. Premda se udomiteljstvo kao i u našoj zemlji prakticira u europskim zemljama i to prvenstveno udomiteljstvo djece, obiteljski domovi kao oblik profesionalne djelatnosti fizičke osobe kako to donosi i Zakon o socijalnoj skrbi, hrvatski je specifikum. Razloga za to ima više. Sam smještaj je fleksibilniji od institucijskog smještaja i financijski povoljniji, a na tragu je i Europske prakse o pretežiranju vaninstitucijske skrbi o starijima. No za razliku od razvijene Europe gdje postoje gerontološki centri kao pomoć starijim osobama u vlastitom domu, Hrvatska tek ide tim putem, a gerontološki centri postoje u većim gradskim sredinama.

Najnoviji Zakon o socijalnoj skrbi iz 2013. u svom 175. članku kaže: "Obiteljski dom je oblik pružanja usluge smještaja ili boravka za pet do 20 korisnika, odnosno za četvero do desetero djece koji žive s obitelji pružatelja usluge,, [2]. Nadalje zakon govori kako pružatelj usluge može biti punoljetni član obitelji kao predstavnik obiteljskog doma koji može zaposliti i druge radnike ovisno o broju i vrsti korisnika u skladu s propisanim uvjetima [2].

Uvjeti za otvaranje obiteljskog doma pretpostavljaju utvrđivanje minimalnih uvjeta koje donosi Ministarstvo za demografiju, obitelj, socijalnu politiku i mlade [2]. Najnoviji pravilnik iz 2014. godine govori o osnovnim uvjetima zgrade u kojoj se obavlja socijalna djelatnost u ovom slučaju obiteljski dom." Zgrada u kojoj se nalaze prostorije u kojima se pružaju usluge treba ispunjavati sljedeće uvjete:

- osiguran pristup s javne pješačke površine, u pravilu, kroz glavni ulaz u zgradu
- udovoljavati sanitarno-tehničkim i higijenskim uvjetima,
- biti smještena na pristupačnom terenu s nesmetanim prilazom prijevoznim sredstvima, a pješački prilazni put mora biti osvijetljen i udovoljavati propisima o sigurnosti u prometu,
- imati osigurana parkirališna mjesta s dovoljnim brojem parkirališnih mjesta za osobe s invaliditetom,
- imati prostorije osvijetljene danju prirodnim izvorom svjetlosti, a noću umjetnim izvorom svjetlosti, primjerene kvalitete i jačine,
- osigurati zaštitu od izravnog prodiranja sunčevih zraka, kojom se sprječava pretjerano zagrijavanje, a u spavaonicama treba osigurati mogućnost zamračenja,
- osigurati prirodno prozračivanje, a ako ima prostora s nedovoljnim prozračivanjem, potrebno je osigurati umjetnu ventilaciju,

- osigurati ravnomjerno zagrijavanje prostorija na temperaturu od 20 do 22 °C, osim u hodnicima i pomoćnim prostorima na temperaturu od 18 °C, a u razdoblju visokih vanjskih temperatura u prostoru u kojem borave korisnici potrebno je osigurati optimalnu temperaturu, 5 °C nižu od vanjske,
- visina prostorija mora iznositi najmanje 240 cm, iznimno ako se usluga pruža u potkrovnim prostorijama, u ukupnu površinu prostora ne uračunavaju se dijelovi prostorija nižih od 190 cm,
- prostorije moraju udovoljavati svim propisanim komunalnim i sanitarnim uvjetima vodoopskrbe i odvodnje sanitarnih i drugih otpadnih voda, električnog dovoda, telefonskog i internetskog priključka te plinovodnih i drugih instalacija,
- opskrba vodom ostvaruje se instalacijom vodovodne mreže sa zdravstveno ispravnom vodom za piće,
- otpadne vode odvođe se kućnom kanalizacijom koja se priključuje na komunalnu kanalizaciju ili na drugi način, prema važećim propisima i standardima,
- električna instalacija mora biti zaštićena i osigurana,
- zaštita od požara provodi se sukladno posebnim propisima.

Osim toga u članku 7. istog Zakona propisuje se kako zgrada mora imati nesmetani pristup osobama slabije pokretljivosti [2]. Osim toga o uvjetima opremanja objekta obiteljskog doma nadležno ministarstvo propisuje“ Za pružanje usluga organiziranog stanovanja i obiteljskog doma pružatelj usluga obvezan je osigurati [2]:

- jedan toalet za najviše 6 korisnika koji može biti u sklopu kupaonice,
- prostor za održavanje čistoće rublja koji može biti organiziran u sklopu kupaonice,
- spavaonice mogu biti najviše trokrevetne, osim za djecu i mlađe punoljetne osobe s problemima u ponašanju, te ne smiju biti prolazne,
- prostorije u kojima borave korisnici moraju imati dnevno svjetlo i mogućnost prirodnog provjetravanja,
- u prostorijama u kojima borave korisnici potrebno je osigurati ravnomjerno grijanje, koje mora udovoljavati tehničkim i ekološkim standardima, a u razdoblju visokih vanjskih temperatura, potrebno je osigurati optimalnu temperaturu unutarnjeg prostora“

Glede kadrovskih uvjeta pravilnik propisuje 1 medicinsku sestru i 2 njegovateljice za 10 korisnika te 3 njegovateljice i jedna medicinska sestra SSS do 20 korisnika obiteljskog doma u kategoriji starih i teško bolesnih odraslih osoba. Osim toga u djelokrugu radnih aktivnosti potreban je angažman socijalnog radnika i to 1/5 radnog vremena tjedno[23].

Pravilnik o načinu pružanja usluga obiteljskoga doma te uvjetima opreme, prostora stručnih i drugih radnika jasno opisuje usluge obiteljskoga doma. Tako obiteljski dom daje usluge „u okviru smještaja usluge stanovanja, prehrane, odijevanja, brige o zdravlju, njege, održavanja osobne higijene i pomoć pri obavljanju svakodnevnih aktivnosti, psihosocijalne rehabilitacije, radne terapije, organiziranja slobodnog vremena, pratnje i organiziranog prijevoza“ [2].

Za uvjete stručnih i ostalih radnika angažiranih u skrbi za korisnike obiteljskog doma uz predstavnika doma, te članove obitelji kojima nije nužno da budu uposlenici doma, predstavnik doma obavezan je prema postojećem pravilniku angažirati „jednu medicinsku sestru (srednjoškolsko obrazovanje za medicinske sestre), te dva njegovatelja (osnovnoškolsko obrazovanje i završeno osposobljavanje za njegovatelje sukladno važećem propisu)“.

Osim toga predstavnik obiteljskog doma obavezan je osigurati korisnicima pružanje usluga socijalnog rada ili radne terapije najmanje 3 sata tjedno, te pružanje usluga fizikalne terapije kojima je indicirana ta potreba...“ [2].

(1) Plan skrbi prema Pravilniku nadležnog ministarstva pretpostavlja slijedeće: Predstavnik obiteljskog doma obavezan je u cilju pružanja najprimjerenijih usluga korisnicima skrbi izvan vlastite obitelji kojima je to pravo priznato temeljem rješenja centra za socijalnu skrb surađivati s nadležnim centrima za socijalnu skrb te ih najmanje jedanput godišnje izvješćivati o svim promjenama u odnosu na pojedinog korisnika.

(2) Predstavnik obiteljskog doma obavezan je najmanje svakih 6 mjeseci organizirati u obiteljskom domu stručni sastanak za svakog korisnika, na kojem će sudjelovati po mogućnosti korisnik, socijalni radnik nadležnog centra za socijalnu skrb, pojedini članovi obitelji korisnika te sve druge osobe koje su u okviru djelovanja obiteljskog doma uključene u skrb za korisnika.

(3) Cilj stručnog sastanka iz stavka 2. ovoga članka je izrada procjene uspješnosti plana skrbi za korisnika u proteklom razdoblju, izrada plana daljnjeg zbrinjavanja, te vrste usluga koje mu se trebaju pružati u sljedećem polugodišnjem razdoblju.

(4) Predstavnik obiteljskog doma obavezan je sastaviti zapisnik sa stručnog sastanka iz stavka 2. ovoga članka u knjigu zapisnika, koji treba sadržavati podatke o sudionicima sastanka, kratak tijek sastanka i zaključke u svezi daljnjeg plana skrbi o korisniku.“

U nastavku ovog rada biti će prikazani problemi i izazovi s kojima se suočava predstavnik obiteljskog doma u provedbi plana skrbi, a kasnije i u evaluaciji postignutih rezultata.

Na kraju predstavljanja pravilnika o pružanju usluga socijalne skrbi u obiteljskim domovima treba spomenuti i obaveznu dokumentaciju koju je dužan voditi predstavnik doma za sve svoje korisnike. Ona pretpostavlja vođenje matične knjige s kronološkim upisom svih korisnika, vođenje evidencije osobnih kartona korisnika te uz to i priložena rješenja centra o smještaju. U toj dokumentaciji ima puno više socijalne anamneze i područja rada socijalne skrbi bez pretjeranog uvida u zdravstveno stanje korisnika [2].

Svi ovi podaci pokazuju da se viđenje skrbi za starije i nemoćne osobe te teško bolesne odrasle osobe razlikuje od teorijskog viđenja i stvarne prakse. Sam sustav skrbi u obiteljskim domovima nije razrađen i nije precizirano tko može biti predstavnik obiteljskog doma, osim da mora imati najmanje SSS obrazovanje. Je li to osoba koja ima samo adekvatan prostor za skrb određene skupine korisnika ili osoba koja ima viđenje i hrabrost da se suočava s dnevnim izazovima različitih oblika skrbi za korisnike koji su često ili od obitelji ili centara socijalne skrbi smješteni u obiteljski dom. Stručna literatura o tom aspektu skrbi koja je de jure i de facto djelatnost profesionalne skrbi fizičke osobe dakle pojedinca koji prema zakonskoj osnovi mora biti u obitelji a ne pojedinac samac još uvijek nije dovoljno razrađena. Brojni stručnjaci i iz područja socijalne skrb i kod donošenja zakonskih rješenja o obiteljskim domovima izražavali su svoju skepsu glede kvalitete skrbi, no osim djelatnosti u mreži mnogi obiteljski domovi su van mreže te su prisiljeni dizati razinu kvalitete smještaja kako bi se održali. Osnovna zamisao i nadležnih institucija u osnivanju obiteljskih domova bila je decentralizacija socijalne skrbi i prisutnost i u manjim sredinama te obiteljska atmosfera u domu koji ipak mora zadovoljavati sve profesionalne standarde kvalitete i što se tiče prostora, opreme ali prije svega skrbi o korisnicima, koja mora biti pravovremena i stručna.



## **4. Zdravstvena skrb u obiteljskim domovima**

U ovom dijelu rada biti će govora o zdravstvenoj njezi bolesnika, gerijatrijskih ili teško bolesnih odraslih osoba, i to u specifičnim uvjetima obiteljskog doma.

Premda se sestринство odnosno proces zdravstvene njege kao dio sestринства sve više nadopunjuje i razvija u svoj svojoj specifičnosti, zdravstvena njega pretpostavlja prije svega pomoć konkretnoj osobi u obavljanju osnovnih životnih potreba i to će se pokušati predstaviti u uvjetima obiteljskog doma socijalne skrbi koji je razvidno prethodnom dijelu rada obujmom znatno manji te zbog toga i sam proces zdravstvene njege u takvim okolnostima ima svoja ograničenja, ali s druge strane i svoje prednosti. Pokušat će se pojasniti i jedno i drugo.

### **4.1. Zdravstvena njega i izazovi**

Za početak potrebno je istaknuti kako je gerijatrijska njega i njega teško oboljelih odraslih osoba samostalni dio medicine koja služi za utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom starijih osoba, za planiranje i izvođenje gerijatrijske zdravstvene njege na osnovi posebne edukacije. Ovdje je važno istaknuti da je edukacija vrlo važna u svim segmentima zdravstvene njege koju provodi educirano zdravstveno osoblje, no kod gerijatrijskih bolesnika ili bolesnika koji zbog svog zdravstvenog stanja nisu u mogućnosti u potpunosti sudjelovati u procesu njege, ta edukacija dolazi do posebnog izražaja. Specifičnost obiteljskih domova, premda je možda i intencija zakonodavca bila da se smještavaju ljudi s lakšim dijagnozama gdje i sam proces zdravstvene njege nije toliko izazovan, je da su dijagnoze korisnika tih domova polivalentne, a kreću se od različitih oblika internističkih tegoba osobito kardiovaskularnih do neuroloških te osobito promjene psihoorganskog stanja korisnika. Za ispravan odnos prema bolesnicima odnosno korisnicima potrebno je najprije odrediti ciljeve zdravstvene skrbi i to prema osnovnim koracima procesa zdravstvene njege. To prije svega pretpostavlja prikupljanje podataka o novom korisniku. Za to se najčešće koristi prethodna zdravstvena dokumentacija ili liječnika obiteljske medicine (LOM-a) ili bolničkog odjela gdje se pacijent liječio do sada.

Osim anamneze i zaključka iz pojedinih otpusnih pisama u posljednje vrijeme upućuje se i sestrińska dijagnoza koja prema standardu zdravstvene njege za određenog bolesnika upućuje i na njegovo stanje u obliku različitih oblika samostalnosti, od samostalnosti u kretanju do komunikacije te samostalnosti u obavljanju osnovnih fizioloških potreba. Kada to nije slučaj, ta sestrińska dijagnoza vrši se kod prijema te upisuje u knjigu primopredaje koja je u obiteljskom domu možemo reći najosnovniji vid dokumentacije zdravstvene njege jer obuhvaća dokumentiranje praćenja svih osnovnih parametara u zdravstvenoj njezi korisnika.

Osim zdravstvene dokumentacije i općih podataka o korisniku te njegovu zdravstvenom stanju drugi korak u procesu zdravstvene njege je otkrivanje problema i postojećih resursa gerijatrijskog odnosno u čestim slučajevima i palijativnog bolesnika [24].

Dakle, cilj gerijatrijske njege je otkriti probleme funkcioniranja bolesnika ali i resurse s kojima može doći do poboljšanja funkcioniranja. Često to nisu veliki koraci no u planiranju zdravstvene skrbi vrlo ih je važno otkriti. Primjerice ako bolesnik može sjediti u kolicima potrebno je i za njegovo psihofizičko stanje poticati izlazak u prostor zajedničkog života u domu, a ne ostaviti ga u krevetu cijelo vrijeme. Kod procesa hranjenja također je potrebno uvidjeti sve mogućnosti napretka. Tu dolazimo do trećeg koraka u tom procesu a to je planiranje i izrada individualnog plana za svakog korisnika, da bi se iskoristile sve mogućnosti napretka. Za one koji su primjerice još pokretni, a onkološki su bolesnici, treba odrediti plan šetnje i odmaranja, kako bi se organizam očuvao u mogućoj kondiciji za eventualni nastavak liječenja ili zbog poboljšanja psihičkog stanja korisnika.

Nakon postavljanja ciljeva i izrade plana zdravstvene njege u kojem je potrebno i definirati čime se njega pruža odnosno materijalni i prije svega stručni resursi pružanja zdravstvene njege. U konkretnom slučaju obiteljskog doma o kojem se govori u ovom radu, plan zdravstvene njege koncipiran je na individualnom planu i prema materijalnim mogućnostima opreme s kojom se raspolaže. Najčešći oblici provođenja skrbi za očuvanjem preostalog zdravlja korisnika su i svakodnevne vježbe, najčešće nakon doručka, i u popodnevnom satima nakon dnevnog odmora. Te vježbe obuhvaćaju vježbanje ekstremiteta ruku i nogu te vježbe disanja koje su vrlo važne za gerijatrijske pacijente. Taj korak u zdravstvenoj njezi, kao i niz ostalih, od individualnih razgovora do ostalih radno okupacionih aktivnosti naziva se provedba zacrtanih ciljeva u planu zdravstvene njege. Na kraju dolazi i evaluacija ili kontrola postignutog odnosno možemo reći usporedba između zacrtanih ciljeva za pojedinog korisnika i postignutih rezultata unutar određenog vremenskog razdoblja.

Ovdje je također potrebno istaknuti i plan zdravstvene njege u odnosu na četiri stupnja njege koji se određuje prema pokretnosti i suradljivosti pacijenta, a što je u posljednje vrijeme postao standard u procjeni pružanja zdravstvene njege [24].

I.stupanj- osoba je potpuno samostalna i nije joj potrebna pomoć u obavljanju osnovnih životnih potreba. Takvih korisnika odmah treba napomenuti u obiteljskim domovima, koji podrazumijevaju samo posluživanje hrane i podjelu terapije ima najmanje jer se u obiteljske domove najčešće smještavaju osobe teže pokretnosti ili težeg razvoja psihoorganizma.

II.stupanj- podrazumijeva pomoć kod oblačenja i obavljanja higijene, no osoba je dovoljno pokretna za obavljanje drugih važnih životnih potreba.

III.stupanj- osoba teške pokretnosti najčešće uz uporabu ortopedskih pomagala kolica koja nije samostalna u obavljanju životnih potreba.

IV.stupanj- nepokretna osoba vezana uz krevet koja je u potpunosti vezana za pomoć pri obavljanju svih životnih potreba[24].

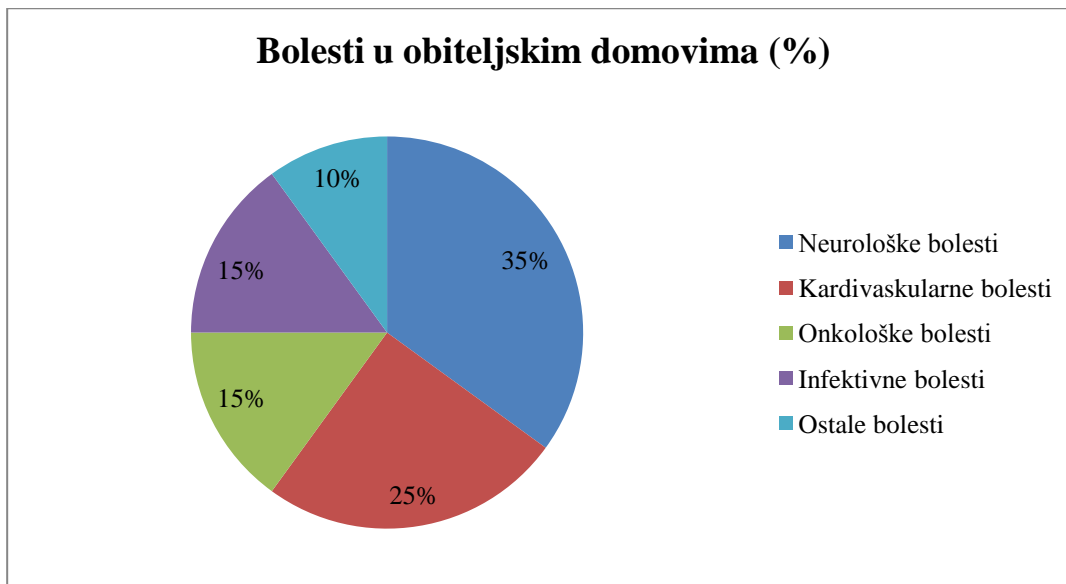
Najčešće su u obiteljskim domovima osobe od II. – IV. stupnja, s time da se uz pokretnost određuje i stupanj kontaktibilnosti odnosno psihoorganiteta. U zdravstvenoj njezi moguće je da je osoba II. stupnja i pokretna premda razvoj demencije pa čak i njezinih težih oblika poput Alzheimerove bolesti te takvu osobu svrstava u IV. stupanj zdravstvene njege.

U planiranju zdravstvene njege jedan od osnovnih postulata koji važi za sve oblike zdravstvene njege u socijalnoj skrbi je prevencija tzv. „4N“:

- Nepokretnost,
- Nesamostalnost,
- Nekontrolirano mokrenje,
- Nestabilnost[24].

Premda je cijeli javno-gerontološki diskurs upućen na prevenciju tih osnovnih četiri pokazatelja, činjenica je da su korisnici obiteljskih domova u većoj mjeri upravo nepokretni i nesamostalni, a inkontinencija je prisutna također kod većine korisnika kao i nesamostalnost, kako u kretanju tako i u obavljanju osnovnih životnih potreba. No za sve one koji imaju očuvane funkcije koje su obuhvaćene ovim načelom provodi se očuvanje tih funkcija u skladu s planom i provedbom zdravstvene njege. U provedbi zdravstvene njege u obiteljski domovima osobita se pažnja posvećuje i osnovnim parametrima koje mogu biti i indikator razvoja bolesti. Tako se provodi mjerenje krvnog tlaka (RR) za sve korisnike nekoliko puta tjedno a za one koji su u rizičnim skupinama, odnosno dijagnosticirana im je hipertenzija te koriste lijekove za njezinu prevenciju, kontrola krvnog tlaka obavlja se dnevno.

Osim toga, mjeri se i tjelesna temperatura korisnika u prevenciji odnosno pravodobnoj detekciji infekciji, prije svega urinarnog trakta koje su inače sklone inkontinentni pacijenti, bez obzira imaju li trajni kateter ili su na pelenama. Osim toga, za sve koji imaju dijagnosticiran dijabetes provodi se kontrola GUK-a te se prema tome određuje i prehrana korisnika.



*Grafikon 4.1.1 Prikaz udjela bolesti u obiteljskom domu*

*Izvor: dokumentacija OD Dukarić- Stubičar*

## 4.2 Prevencija dekubitusa

Dekubitus-dekubitalni ili trofički ulkus značajan je gerontološko javnozdrastveni problem, a posljedica je ulceracije kože i ishemičke nekroze, koja može nastati i u dubljim tkivnim strukturama na područjima koja su najviše izložena pritisku na podlogu [25].

Dekubitus je javnozdravstveni problem s jasnim implikacijama prije svega za bolesnika s prepoznatim socijalnim, ekonomskim i socijalnim poteškoćama, ali i poteškoćama za okolinu i ustanovu u kojoj se nalazi [25]. Pojavnost dekubitusa je prisutna na svim razinama zdravstvene skrbi, poglavito u bolničkim i stacionarnim jedinicama produženog liječenja. Značajan ekstrinzični čimbenik za nastanak dekubitusa je izostanak redovitog mijenjanja položaja nepokretnog i teško bolesnog gerijatrijskog bolesnika. Dekubitus je podložan razvoju infekcije te može dovesti do sepse, osteomijelitisa te porasta mortaliteta [25].

Dekubitus, odnosno njegovo sprječavanje, problem je i domova socijalne skrbi u kojima borave korisnici na stacionarnim odjelima. I u obiteljskim domovima gdje brojčanost zaposlenika nije prevelik, prema Pravilniku o zadovoljavanju minimalnih uvjeta: 1 medicinska sestra i 3 njegovatelja na 20 korisnika, a pretpostavljajući da je oko 20% svih korisnika IV. stupnja zdravstvene njege rizik od dekubitusa je velik. No pravovremenim zalaganjem te požrtvovnošću svih uključenih u njegu kao i osiguranjem materijalnih uvjeta prije svega antidekubitalnih madraca za korisnike kod kojih postoji rizik od dekubitusa taj se problem može

držati pod kontrolom. U obiteljskom domu koji je referentni primjer ovog rada u 6 godina djelovanja nije se dogodio teži oblik dekubitusa. Za razliku od toga bilo je, nažalost puno primjera dekubitusa i to čak III. i IV. stupnja koji su nastali kao rezultat dugotrajnog liječenja na bolničkim odjelima. Može se utvrditi da je jedan od osnovnih pokazatelja kvalitete zdravstvene skrbi za bolesnike u domovima socijalne skrbi, pa tako i u obiteljskim domovima, upravo prevencija dekubitusa.

#### **4.2.1. Javno zdravstvene mjere za prevenciju dekubitusa**

U cilju sprječavanja dekubitusa potrebno je u cijelom sustavu zdravstvene i socijalne skrbi uvesti dodatne mjere prije svega kontrole i sprječavanja neželjenih posljedica nepokretnosti. Zbog toga je potrebno [25]:

- Unaprijediti cjelokupni sustav evidencije, praćenja evaluacije pojavnosti dekubitusa te učinkovitosti intervencije za prevenciju i liječenje dekubitusa u bolnicama, u domovima za starije i nemoćne te u kućnoj njezi bolesnika zajedno u suradnji s LOM-om i patronažnom službom,
- Uspostava timskog rada u sprječavanju dekubitusa,
- Redefiniranje gerijatrijskih i zdravstvenih normi u cilju osiguranja dovoljnog broja medicinskih sestara i zdravstvenog osoblja u cilju sprječavanja dekubitusa i ostalih neželjenih posljedica,
- Kontinuirana reedukacija medicinskog osoblja o novim smjernicama za prevenciju i liječenje dekubitusa,
- Primjena sestrinskog otpusnog pisma,
- Primjena kompletne ,sveobuhvatne jedinstvene sestrinske dokumentacije s individualnim gerontološkim pristupom za starije bolesnike na svim razinama zdravstvene zaštite,
- Primjena Programa primarne, sekundarne i tercijarne prevencije za starije koja treba uključivati smjernice za aktivno starenje, tjelesne aktivnosti, prevenciju pušenja te ostalih oblika rizičnog ponašanja kao i smjernice za pravilnu prehranu starijih i bolesnih.

Sve ove smjernice jasno upućuju na ulogu sestrinstva u prevenciji dekubitusa te potrebi doedukacije za ovaj ali i ostale izazove zdravstvenih problema suvremenog društva .

### 4.3. Inkontinencija

Inkontinencija, osobito urinarna ili nekontrolirano istjecanje mokraće je simptom različitih bolesti ili stanja koja se javlja najčešće u starijoj dobi ili podmakloj fazi bolesti. Istjecanje mokraće s nedostatkom voljne kontrole može biti privremeno ili trajno [25]. Suvremena istraživanja pokazuju da gotovo tri četvrtine, odnosno 75% korisnika domova za starije i nemoćne je inkontinentno. Zbog toga je inkontinencija ozbiljan javnozdravstveni problem i jedan od tzv. „4N“. Takva stanja treba pravovremeno prepoznati odnosno spriječiti i liječiti jer utječe na zdravstveno stanje bolesnika i njegovu funkcionalnost.

Inkontinencija, osobito urinarna, prema Internacional Continence Society (ICS) ima nekoliko uzroka. Tako razlikujemo stresnu inkontinenciju, žurnu inkontinenciju, neurogenu inkontinenciju zbog prelijevanja te inkontinenciju zbog fistula ili malformacija[24].

U nekim se oblicima inkontinencije poboljšanje i izlječenje može postići pomoću fizioterapije i pravovremenog dijagnosticiranja. U svrhu liječenja inkontinencije koriste se Kegelove vježbe za jačanje mišića oko zdjelice, koji kada se osnaže podržavaju uretru [25].

Inkontinencija može biti i ozbiljan medicinski problem iz kojeg se zbog zadržavanja mokraće mogu razviti infekcije urinarnog trakta i retencija mokraće koje mogu rezultirati i sepsom.

### 4.4. Nepokretnost

Nemogućnost kretanja starijih osoba jedan je od ozbiljnih izazova u sustavu socijalne skrbi. Zbog različitih bolesti ili stanja organizma dugotrajno ležanje uzrokuje i nepokretnost koja može biti privremena ili trajna. Zbog toga je potrebno dijagnosticirati mogućnost pokretnosti te uključiti fizioterapeuta u provođenje vježbi za očuvanje pokretnosti.

Vježbe koje provodi fizioterapeut po preporuci LOM-a te specijaliste fizijatra, mogu se provoditi i nakon završetka terapije, osobito kada se vidi napredak.

Također je pri procjeni pokretnosti, kao uostalom kod svih bolesnika starije dobi ili u uznapredovaloj fazi bolesti spriječiti pad. Prema nekim istraživanjima godišnje zbog različitih stanja oko 1/3 ljudi starije životne dobi doživi pad.

Prema istraživanju Zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ iz 2003. godine, od ukupne hospitalizacije osoba starijih od 65 godina (N=5599) broj osoba koje su hospitalizirane zbog prijeloma bedrene kosti iznosio je visokih 67,99%. Taj podatak jasno pokazuje kolika je važnost očuvati starije osobe u prevenciji pada jer prijelomom zbog različitih stanja nastupaju i druge komplikacije [25].

U skrbi za starije ali i teško bolesne odrasle osobe u ovom slučaju u obiteljskom domu gdje je pokretnost otežana važno je imati na umu sve te parametre te usklađenim djelovanjem očuvati pokretnost osoba jer to nužno vodi i produljenju i kvaliteti života, ali i ukloniti rizike pada kako bi se izbjegle neželjene komplikacije. Zbog toga rukohvati u obiteljskom domu koji su postavljeni za lakše kretanje osoba, moraju biti funkcionalni, ali i kao oblik vježbe teško pokretnih osoba.

#### **4.5. Medicinska sestra - prvostupnik u obiteljskom domu**

Sagledavajući sve aspekte prije svega zdravstvene skrbi u obiteljskim domovima važno je istaknuti da za sveobuhvatan rad u tom obliku socijalne skrbi koji je prvenstveno samostalna djelatnost fizičke osobe potreban je angažman medicinske sestre prvostupnika koja ima višu razinu edukacije u specifičnim potrebama. Nažalost, većina obiteljskih domova ima osnovnu razinu koju traži pravilnik o osnovnim uvjetima za pružanje socijalne skrbi. Čak u strukturi domova velika većina vlasnika ili predstavnika domova nema ni adekvatno medicinsko obrazovanje. Zbog toga je važno istaknuti neke od kompetencija medicinske sestre prvostupnika u zdravstvenoj njezi starijih osoba i teško bolesnih odraslih osoba. Jedna od tih kompetencija prvostupnice sestrinstva je “provođenje zdravstvene njege u kontekstu profesionalnog i etičkog kodeksa, sukladno aktima regulacijskih tijela i zakonskim aktima“ [24]. Osim toga sestra prvostupnik trebala bi imati kompetencije provođenja zdravstvene njege na holistički, tolerantan, neosuđujuć, brižan i osjetljiv način osiguravajući da prava vjerovanja i želje različitih korisnika/bolesnika i grupa nisu ugrožena [24].

Osim toga sestra prvostupnik ima i sposobnost donošenja sveobuhvatnih i sustavnih procjena koristeći okvire koji odgovaraju bolesniku i uzimajući u obzir relevantne fizičke, socijalne, kulturne, psihološke i duhovne činitelje. Osim toga morala bi imati i sposobnost prepoznavanja i tumačenja znakova normalnog i promijenjenog zdravlja ili bolesti kod korisnika, kao i sposobnost uporabe raspona sestrinskih vještina ili intervencija u dobrobiti zdravlja korisnika, kao i sposobnost davanja lijekova i drugih terapija u cilju sveobuhvatne dobrobiti pacijenta. Medicinska sestra prvostupnik trebala bi stalno usavršavati svoje znanje u primjeni teorije sestrinstva i sestrinske prakse te primjenu znanja prirodnih znanosti i znanosti o životu za dobrobit bolesnika.

Jedno od važnih sposobnosti koju donosi rad citiranih autora je i sposobnost koordiniranjem pomoćnim osobljem, određivanje prioriteta i upravljanje vremenom te sposobnost koordiniranja timom za provođenjem gerijatrijske i zdravstvene njege. Medicinska sestra prvostupnik u

obiteljskom domu je “conditio sine qua non“, odnosno preduvjet bez kojeg se ne bi moglo ali ni smjelo razmišljati o derogiranju socijalne skrbi s institucijskih u deinstitutionijske oblike. U institucijama naime postoji veći broj stručnjaka, koji u suradnji mogu pokrivati određene kompetencije, dok u obiteljskom domu, od kojeg se u posljednje vrijeme uistinu dosta traži, adekvatna skrb pretpostavlja i adekvatno znanje i sposobnosti.



## 5. Prehrana korisnika u domu

Prehrana je jedan od vrlo važnih čimbenika ukupne socijalne skrbi korisnika, bilo starijih i nemoćnih, bilo teško bolesnih odraslih osoba. Tim Ministarstva zdravstva 2011. izradio je na temelju javne rasprave i stručne literature: „Smjernice za prehranu osoba starije životne dobi“ u kojima su sudjelovali stručnjaci s različitih područja medicine.

Osnovne smjernice tog dokumenta koji je namijenjen kako prehrani gerijatrijskih bolesnika u ustanovama, obiteljskim domovima tako i starijim osobama koji borave u svom životnom prostoru. Prilikom slaganja dnevnog obroka za starije osobe potrebno je [26]:

1. Procijeniti zdravstveno stanje osobe te njezinu tjelesnu aktivnost, temeljem koje će se odrediti izbor hrane i način prehrane te osobe.
2. Osigurati dovoljan unos tekućine (7-8 dcl) u obliku vode, čaja, negaziranih napitak na bazi voća.
3. Izraditi jelovnike primjerene populaciji starijoj od 65 godina.
4. Osigurati dovoljan unos energije putem obroka pravilno raspoređenih tijekom dana.
5. Uravnotežiti dnevne obroke tako da je omjer unosa bjelančevina, masti i ugljikohidrata i vlakna u preporučenim omjerima.
6. Zbog nemogućnosti starijih osoba da unesu dovoljne količine energije osnovnim obrocima, uvesti najmanje tri međuobroka.
7. Međuobroke temeljiti na lako probavljivoj kašastoj i tekućoj hrani, uključujući svježe voće i proizvode na bazi voća, a eventualno i vitaminskim pripravcima te drugim dodacima prehrani, ovisno o potrebama starije osobe.
8. Provoditi trajni nadzor nad cjelokupnom prehranom i kvalitetom obroka osoba starije životne dobi.

Osim ovih osnovnih parametara potrebno je istaknuti da je za planiranje prehrane osoba starije životne dobi, a onda i teško bolesnih odraslih osoba nužno rasporediti obroke u postocima kako donose smjernice. Tako je za doručak potrebno osigurati 25% dnevnih potreba za energijom, prijepodnevnim međuobrokom 15%, za ručak je potrebno osigurati 30% dnevnih potreba, a lagani popodnevni međuobrok trebao bi zadovoljavati 10% dnevnih potreba korisnika. Večera pretpostavlja završetak tog omjera i to u 20% [26].

Prema Smjernicama za prehranu za bolesnike koji ne boluju od bolesti za koje je potrebno osigurati drugačiju prehranu u dnevnom unosu važno je osigurati 10-35% energije iz bjelančevina, 20-35% iz masti te od 45-65% iz ugljikohidrata. Kod omjera koji zahtijevaju promjenu makronutrijenata treba promijeniti omjere.

Prehrana starijih osoba vrlo je važna zbog mogućnosti pojave malnutracije ili pothranjenosti, zbog čega je potrebno provoditi i mjerenja težine korisnika te prema tome utvrđivati i prehranu. Premda je ovdje riječ o nizu mjera koje je potrebno osigurati u obiteljskom domu, hrani se posvećuje velika važnost. Izbalansiranost prehrane te prije svega izbor namirnica koje su kontroliranog porijekla (iz vlastitog vrta).

## **6. Suradnje obiteljskih domova**

U ovom dijelu rada ukratko predstavljamo neke od vidova suradnje i to s medicinskim stručnjacima ili liječnicima obiteljske medicine ili specijalistima bolničkih odjela, kao i s članovima obitelji te udrugama ili institucijama koje djeluju unutar određene zajednice u kojoj djeluje dom. Sve to važno je i za holistički pristup oporavku korisnika i kvalitetnijem životu u domu.

### **6.1. Suradnja obiteljskog doma s liječnicima obiteljske medicine**

U domovima socijalne skrbi koji imaju veći opseg djelovanja postoje i liječnici obiteljske medicine koji vode medicinsku skrb o korisnicima. U obiteljskim domovima takav vid skrbi nije moguć, ali je potrebna suradnja s izabranim liječnicima, bilo s liječnikom koji vodi medicinsku skrb u domu ili izabranim liječnikom korisnika, u planiranju medicinskih zahvata i očuvanju zdravlja. Osim kućnih posjeta i određivanja farmakoterapije LOM ima uvid u cjelokupno stanje korisnika te prema potrebi određuje dijagnostičke pretrage u liječenju ili poboljšanju zdravstvenog stanja pacijenta. Brojne studije preporučuju zbog toga tip kućnog liječenja u kojem, osim LOM-a, mogu sudjelovati i stručnjaci ostalih profila, a povoljnije je i s socijalno-psihološkog aspekta te također umanjuje rizike od mogućih hospitalnih infekcija, dok sa stručno medicinskog aspekta mora biti jednako kvalitetno kao liječenje u bolnici [24]. Treba razlikovati i dva pojma kućne posjete i kućnog liječenja. Dok kućna posjeta pretpostavlja aspekt kao i pregled u ordinaciji kućno liječenje u osnovnim parametrima slično je bolničkom liječenju. To je važno i s aspekta razvoja bolesti koje se razvijaju u starijoj dobi ili u slučaju težih bolesti kada se bolničko liječenje produženog tipa može zamijeniti kućnim liječenjem. Upravo obiteljski domovi s jasnim holističkim pristupom mogu pomoći u oporavku pacijenata kod kojih su se razvile određene degenerativne promjene, a kod bolesnika s težim dijagnozama boravak u domu i dobro isplanirana i provedena zdravstvena njega s dobrim farmakoterapijskim pristupom i kliničkih stručnjaka i LOM-a, važan je segment oporavka i kvalitetnog produljenja životnog vijeka.

### **6.2. Suradnja obiteljskih domova sa specijalistima kliničke medicine**

Osim s liječnicima obiteljske medicine koji skrbe o medicinskom aspektu liječenja pacijenata u domu, važan je aspekt i suradnja sa specijalistima određenih profila kod kojih su pacijenti ili ležali u bolnici, ili su upućeni na pregled od strane liječnika obiteljske medicine.

Osnovna pretpostavka kod uzimanja terapije je otpusno pismo i preporuka specijaliste određenog odjela te redovita kontrola određene bolesti. Zbog sustava zdravstva koji je opterećen velikim listama čekanja za određene dijagnostičke preglede, ta se suradnja nažalost neki puta svodi na minimum jer ne postoje prioritetna naručivanja teških bolesnika kojima je pravovremena dijagnostika i terapija od životne važnosti. Drugi aspekt je da liječnici specijalisti kao voditelji odjela u pojedinim bolničkim odjelima s previše preuzetnosti računaju na kapacitete obiteljskih domova koji unatoč naporima ne mogu pružiti svu onu medicinsku skrb kao i bolnički odjeli.

### **6.3. Suradnja s članovima obitelji korisnika**

Jedna od temeljnih pretpostavki kvalitetne socijalne skrbi korisnika je upravo suradnja s obitelji. Obitelj se od početka smještaja u dom uključuje u sve aspekte i medicinske i zdravstvene skrbi za korisnika, uzima se i socijalna anamneza kako bi se mogao izraditi kvalitetniji program oporavka. Posjete korisnicima od strane članova obitelji izuzetno doprinose njihovom oporavku, a članovi obitelji i osobe bliske korisnicima mogu pomoći i oko socijalizacije korisnika u domu. Pošto se govori o aspektu obiteljskih domova, takva suradnja često prerasta i u prijateljstvo s članovima obitelji korisnika svjesni da svi zajedno radimo na pomoći korisniku odnosno članu obitelji, da prihvaćanjem određenog drugačijeg načina života čini dobro i za svoje sveukupno zdravlje, ali i dobro članovima svoje obitelji. Promjenom strukture obitelji i ubrzanim načinom života te promjenom socioekonomskih aspekata obitelj je primorana tražiti adekvatan smještaj za člana svoje obitelji, ne zbog toga jer ga ne prihvaća, nego jer se ne može uz svakodnevni posao adekvatno skrbiti o njemu. Važno je to da korisnik posvijesti i svoje zdravstveno stanje i stanje raspoloživosti svoje obitelji, jer samo na taj način i međusobni odnosi ostaju dobri, a psihofizičko zdravlje korisnika u tom slučaju se poboljšava. Često se kaže da su „stari ljudi kao i mala djeca“, odnosno da stvari doživljavaju previše jednostrano bez sagledavanja svih aspekata života, često to nisu u prilici i zbog razvoja bolesti, no zajedničkom suradnjom osoblja u domu i članova obitelji može se puno učiniti za njihovu dobrobit.

### **6.4. Suradnja s vjerskim zajednicama, udrugama i institucijama**

Osim suradnje s članovima obitelji te medicinskim osobljem, za život korisnika u obiteljskom domu vrlo je važno sagledavanje i u holističkom pristupu korisniku ili pacijentu i zadovoljavanje svih njegovih socijalnih aspekata. Jedan od temeljnih je prakticiranje vjere.

Ako je netko čitav život bio vjernik i na tome gradio svoj vlastiti identitet zanemarivanje tog aspekta bitno narušava sliku njegove osobnosti i poštivanje dostojanstva ljudske osobe. Zbog toga se u obiteljskom domu organiziraju i zajedničke molitve za korisnike koji to žele, čitanje na glas od strane ili nekog od korisnika ili članova osoblja pobožne literature, zajedničko praćenje nedjeljne mise na televiziji ili radiju, ali i zajednička priprema za blagdane u kojem korisnici sudjeluju izrađivanjem prigodnih čestitaka te izrađivanjem ukrasa. U vjerničkoj pripremi za blagdane dom obilazi i župnik te korisnici mogu pristupiti sakramentu pomirenja i nakon toga pričesti. Nekoliko puta svećenik je služio i zajedničku misu s korisnicima, što je izazvalo radost kod ljudi koji su čitav život prakticirali vjeru, a sada ne mogu biti dio vjerničke zajednice u svojoj crkvi.

Osim toga dom treba biti otvoren i za prakticiranje vjere pripadnika drugih vjerskih zajednica, ali i mogućnosti da oni žive u skladu sa svojim vjerničkim postulatima što pretpostavlja i poštivanje osobito prehrambenih specifičnosti pojedinih vjera. Isto tako ne treba se vjera nametati nikome pa tako osim nekih osnovnih simbola prostor doma ne bi trebao biti pretjerano ukrašen nekim pobožnim slikama.

Potrebno je svoju vjeru graditi u predanju ljudima koji su u teškim životnim situacijama, potrebni pomoći koja se ne može samo materijalno honorirati. S druge strane takav odnos ne smije biti nametljiv kako se ne bi povrijedilo osjećaje ljudi koji drugačije vjeruju ili možda ne vjeruju. Najvažnije je u tome poštivati privatnost korisnika.

U skrbi za korisnike organizira se i suradnja s drugim udrugama, poput kulturno-umjetničkog društva, udruga žena, te ostalim institucijama. Potrebno bi bilo u procesu odgoja i obrazovanja upoznati djecu s potrebama starijih ljudi kako bi u obitelji i društvu bili senzibilniji za potrebe tih ljudi.

## 7. Zaključak

Obiteljski domovi su jedan od oblika socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj i to deinstitutionalan oblik skrbi. Premda je u radu istaknuto kako je taj oblik skrbi specifičan i u svjetskim razmjerima, u našoj zemlji on je uveden prije svega zbog nemogućnosti adekvatne skrbi u obiteljskom kućnom domu za sve veći broj potrebnih korisnika. Godine 2015. u Republici Hrvatskoj je djelovalo 295 obiteljskih domova a taj broj svake godine raste. Od svih oblika socijalne skrbi traži se sve više standardizacija kvalitete koja u pružanju adekvatne zdravstvene skrbi nije moguća bez određenih kompetencija. U radu je predstavljen obiteljski dom kojeg vodi autorica rada zajedno sa svojom obitelji i zaposlenicima, jednom medicinskom sestrom s višegodišnjim međunarodnim iskustvom u bolničkom radu kao i vrijednim njegovateljima. Međutim, za sav taj rad, koji se nosi s uistinu teškim dijagnozama korisnika potrebna je koordinacija, potrebne su vještine i potpuna posvećenost. Premda Pravilnik ne traži veliki broj evidentiranja i dokumentacije te ne specificira stupnjevitost zdravstvene skrbi sve je veći broj korisnika koji dolaze s naglašenim morbiditetom, s razvojem različitih oblika psihoorganskih promjena gdje je potrebna predanost korisnicima, da se u okolnostima kućne i obiteljske atmosfere učini sve što je moguće prema svim stručnim kriterijima. Zdravstvena skrb u obiteljskim domovima koja pretpostavlja različite faktore i čimbenike u ostvarenju cilja, a to je dobrobit pacijenta ili korisnika je temelj rada svakog obiteljskog doma. Zbog toga je potrebno uložiti trud da se obiteljski domovi sačuvaju kao mjesto kućne atmosfere i vrhunske profesionalnosti. Medicinska sestra prvostupnik u obiteljskom domu trebala bi imati sposobnost da te dvije funkcije spoji.

## 8. Literatura

- [1] A. Stavljenić Rukavina, R. Mittermayer, S. Tomek Roksandić: Kvaliteta dugotrajne skrbi starijih osoba. Zagreb: Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi; Centar za promicanje EU standarda u zdravstvu ; Centar za gerontologiju, Referentni centar Ministarstva zdravlja RH za zaštitu zdravlja starijih osoba, 2012.
- [2] Zakon o socijalnoj skrbi, NN 157/13, 152/14, 99/15, Zagreb, Narodne novine
- [3] Željko Jovanović: Gerontološki simpozij Zdravstveni prioriteti u brizi za osobe starije životne dobi, pregled i sažetak radova, u radu Javne politike i prava osoba starije životne dobi , Opatija, 2015.
- [4] Ministarstvo socijalne politike i mladih. Strategija socijalne skrbi za starije osobe u Republici hrvatskoj za razdoblje 2014.-2016. Zagreb: Republika Hrvatska, 2014.
- [5] Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske. Popis stanovništva, kućanstva i stanova 2011. Zagreb: Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske, 2013.
- [6] Europska stručna skupina za prijelaz s institucionalne skrbi na usluge podrške za život u zajednici. Zajedničke europske smjernice za prijelaz s institucionalne skrbi na usluge podrške za život u zajednici. Belgija, 2012. 170.
- [7] N. Žganec, S. Rusac, M. Laklija: Trendovi u skrbi za osobe starije životne dobi u Republici Hrvatskoj, pregledni znanstveni rad, Zagreb, 2008.
- [8] S. Tomek-Roksandić, V. Fortuna: Gerontološki centri 2004. zagrebački model uspješne prakse za starije ljude, Zavod za javno zdravstvo Grada Zagreb-Centar za gerontologiju, Zagreb, 2004.
- [9] S. Tomek-Roksandić, Z. Šostar, V. Fortuna: Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom i postupkom opće obiteljske medicina u domu za starije osobe.drugo dopunjeno izdanje. Zagreb: Referentni centar Ministarstva zdravlja RH za zaštitu zdravlja starijih osoba; 2012.
- [10] S. Tomek-Roksandić, G. Perko, D. Mihok, A. Puljak, H. Radašević, J. Čulig: Značenje centara za gerontologiju županijskih zavoda za javno zdravstvo i gerontoloških centara u Hrvatskoj. *Medicus*. 2005;14:177-193.
- [11] <http://www.czss-zagreb.hr/>, dostupno 11.09.2017.
- [12] World Health Organization. World report on ageing and health. World health organization; 2015. 246.
- [13] S. Podgorelec, S. Klempić: Starenje i neformalna skrb o starim osobama u Hrvatskoj. *Migracijske i etničke teme*. 2007; 23(1-2), III-134.

- [14] O. Petrak, J. Despot Lučanin, D. Lučanin: Kvaliteta starenja - neka obilježja starijeg stanovništva Istre i usporedba s drugim područjima Hrvatske. *Revija za socijalnu politiku*. 2006;13:1.37 – 51.
- [15] [www.oecd.org/els/health-systems/47884520.pdf](http://www.oecd.org/els/health-systems/47884520.pdf), dostupno 11.09.2017.
- [16] Europska komisija, radni dokument službi komisije. Izvješće za hrvatsku 2015. s detaljnim preispitivanjem o sprječavanju i ispravljanju makroekonomskih neravnoteža, Bruxelles, Europska komisija, 2015.
- [17] M. Bađun: Neformalna dugotrajna skrb za starije i nemoćne osobe. Newsletter povremeno glasilo instituta za javne financije. 2015; 101.
- [18] <http://www.mspm.hr/>, dostupno 11.09.2017.
- [19] D. Lučanin, J. Despot Lučanin, M. Havelka: Potrebe starijih osoba za cjelovitim uslugama skrbi u lokalnoj zajednici, *Revija za socijalnu politiku*, 2000;7:1.19-27.
- [20] Pravilnik o mjerilima za razvrstavanje domova za starije i nemoćne osobe, NN 121/00, Zagreb, Narodne novine.
- [21] <http://www.domovi-za-starije.com/hr/o-domovima.html>, dostupno 11.09.2017.
- [22] O. Družić Ljubotina, M. Kletečki Radović: Socio-demografska obilježja i iskustva udomiteljskih obitelji. *Ljetopis socijalnog rada*. 2005;12:89–106.
- [23] [http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2014\\_03\\_40\\_712.html](http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2014_03_40_712.html) dostupno 18.09.2017.
- [24] D. Šimunec, S. Šepec, M. Lukić i dr.: Četiri stupnja gerijatrijske njege, *Kompetencije prvostupnice sestринства*, Zagreb, 2012.
- [25] Seniors care: Start education now to increase overall responsibility for seniors care u EU IPA IV. - Razvoj ljudskih potencijala
- [26] D. Vranešić Bender i sur: Hrvatske smjernice za prehranu osoba starije dobi dio I, *Liječnički vjesnik*, 2011.





Sveučilište  
Sjever



## IZJAVA O AUTORSTVU I SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

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

Ja, **NEDELJKA DUKARIĆ** pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autorica završnog rada pod naslovom

**IZAZOVI ZDRAVSTVENE SKRBI U OBITELJSKIM DOMOVIMA SOCIJALNE SKRBI**

te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Studentica:  
**NEDELJKA DUKARIĆ**

*Dukarić N.*

(vlastoručni potpis)

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

Ja, **NEDELJKA DUKARIĆ** neopozivo izjavljujem da sam suglasna s javnom objavom završnog rada pod naslovom **IZAZOVI ZDRAVSTVENE SKRBI U OBITELJSKIM DOMOVIMA SOCIJALNE SKRBI** čija sam autorica.

Studentica:  
**NEDELJKA DUKARIĆ**

*Dukarić N.*

(vlastoručni potpis)