

Izazovi dugotrajne skrbi za starije osobe

Smolković, Sara

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Law / Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:104780>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-14**



Repository / Repozitorij:

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Sara Smolković

IZAZOVI DUGOTRAJNE SKRBI ZA STARIJE OSOBE

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2023.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA
DIPLOMSKI STUDIJ SOCIJALNE POLITIKE

Sara Smolković

IZAZOVI DUGOTRAJNE SKRBI ZA STARIJE OSOBE

DIPLOMSKI RAD

Mentor: Prof. dr. sc. Ana Štambuk

Zagreb, 2023.

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Starost kao socijalni rizik u postindustrijskom društvu.....	3
2.1. Duga i nemoćna starost kao novi socijalni rizik.....	3
2.2. Dugotrajna skrb za starije osobe	4
3. Dugotrajna skrb u europskom kontekstu	5
4. Izazovi dugotrajne skrbi	7
4.1. Pristup uslugama	7
4.2. Kvaliteta usluga.....	10
4.2.1. Mjerenje kvalitete	11
4.2.2. Poboljšanje kvalitete skrbi implementacijom socijalnih inovacija	13
4.3. Pružatelji skrbi	14
4.3.1. Formalni pružatelji skrbi	14
4.3.2. Neformalni pružatelji skrbi	15
4.4. Javna potrošnja i održivo financiranje	17
4.4.1. Faktori javne potrošnje	18
4.4.2. Modeli financiranja.....	19
5. Plan razvoja dugotrajne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj	21
5.1. Plan promjena u sustavu zdravstvene zaštite	23
5.2. Plan promjena u sustavu socijalne skrbi	24
6. Dugotrajna skrb osoba s demencijom	25
7. Dugotrajna skrb za starije i socijalni rad	28
8. Zaključak.....	30
Popis slika	32
Popis tablica	32
Literatura.....	33

Izazovi dugotrajne skrbi za starije osobe

Sažetak:

Socijalne i ekonomske promjene povezane s tranzicijom u postindustrijsko društvo rezultirale su poimanjem starosti kao novog socijalnog rizika. S jedne strane, trendovi starenja populacije i produljenja životnog vijeka utječu na potražnju za uslugama dugotrajne skrbi, a s druge strane sve je manji broj potencijalnih neformalnih njegovatelja, primarno zbog destabilizacije obiteljske strukture i većeg broja žena na tržištu rada. Europska komisija prepoznala je potencijalne implikacije ovakvih trendova na održivost sustava socijalne sigurnosti te je izradom europske strategije za skrb usmjerila države članice EU-27 putem razvoja kvalitetnih i održivih sustava dugotrajne skrbi. Cilj je ovog rada dati pregled ključnih izazova dugotrajne skrbi u Europskoj Uniji. S obzirom na regionalne nejednakosti u pogledu dostupnosti, kvalitete i organizacije sustava te socioekonomskih mogućnosti, potrebno je stvoriti standarde koji će svim građanima pružiti kvalitetnu skrb. Nepovoljne demografske projekcije nameću zaključak da će potražnja za uslugama dugotrajne skrbi u budućnosti rasti, stoga je potrebno kombinirati modele financiranja i pružanja skrbi kako bi se pojačala fleksibilnost sustava, a time i njegova otpornost na utjecaj budućih promjena. Na kraju rada daje se osvrt na problem demencije kao posebnog izazova dugotrajne skrbi te na specifičnosti socijalnog rada u dugotrajnoj skrbi.

Ključne riječi: novi socijalni rizici, starije osobe, dugotrajna skrb, izazovi dugotrajne skrbi, socijalni rad

Challenges of long-term care for the elderly

Abstract: Social and economic changes connected to the transition into the post-industrial society have resulted in old age being considered a new social risk. Demographic aging and increased life expectancy are increasing the demand for long-term care, while the changes in family structure and women entering the workforce have decreased the number of potential informal carers. The European Commission has recognised the possible implications of these trends on social security sustainability and has thus created the European care strategy. The aim of this paper is to give an overview of the main challenges in long-term care in the European Union. Taking into account the regional disparities in terms of accessibility and quality of services, as well as economic abilities of each Member State, it is necessary to create common standards that would allow for appropriate care services for all citizens in need. Given the unfavourable demographic projections, it is possible to predict that the demand for long-term care services will only grow in the future, which is why combined models of financing should be developed in order to increase the flexibility of the system and make it more resilient. The paper will also briefly present the effects of dementia on long-term care, as well as the role of social work in creating a holistic approach.

Key words: new social risks, the elderly, long-term care, challenges of long-term care, social work

Izjava o izvornosti

Ja, Sara Smolković pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica diplomskog rada te da u radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova te da se prilikom izrade rada nisam koristila drugim izvorima do onih navedenih u radu.

Ime i prezime: Sara Smolković

Datum: 31.08.2023.

1. Uvod

Kraj 19. stoljeća donio nam je nove znanstvene spoznaje i nova tehnička otkrića koja su uzrokovala značajne promjene u svjetskom gospodarstvu, a što danas poznajemo kao Drugu industrijsku revoluciju. No, s gospodarskim promjenama dolaze i one društvene pa stoga u tom periodu pronalazimo korijene moderne socijalne države. Iako su već ranije postojali mehanizmi socijalne zaštite potrebitih poput svjetovnog i vjerskog dobročinstva, javne pomoći i uzajamnih radničkih blagajni; zakonsko uređenje socijalnog osiguranja omogućilo je uspostavu socijalne sigurnosti kao organiziranog sustava koji omogućuje održavanje dohotka i zaštitu egzistencijalnih potreba (Puljiz, 2001.). Ravnić (1996.) tako socijalnu državu definira kao državu u kojoj su „uređeni socijalni sustavi i koja kontrolira socijalne procese“ (Ravnić, 1996.: 239), a možemo dodati i da se temelji na načelima supsidijarnosti i solidarnosti (Puljiz, 2000.). Razvoj socijalne države nakon Drugog svjetskog rata događa se pod utjecajem sljedećih faktora: (1) postoji kontinuirani ekonomski rast temeljen na snažnom proizvodnom sektoru koji omogućuje dugoročnu i stabilnu zaposlenost velikog dijela populacije, (2) stabilne obiteljske strukture samostalno brinu o djeci te nemoćnim i starijim članovima obitelji, (3) vladajuće strukture uspijevaju održavati stabilnost nacionalnih ekonomija u kojima prevladava niska nezaposlenost te stabilan odnos između zaposlenih i korisnika socijalnih primanja (Taylor-Gooby, 2004.). Ispunjenje navedenih pretpostavki omogućilo je stvaranje sustava socijalne sigurnosti koji su građanima jamčili zaštitu uslijed pojave socijalnih rizika poput nezaposlenosti, bolesti, invalidnosti, smrti hranitelja i starosti (Puljiz, 2000.).

No, uslijed ekonomskih i socijalnih promjena u drugoj polovici 20. stoljeća, gore navedene pretpostavke prestale su vrijediti te je socijalna država dospjela u krizu (Puljiz, 2000.). Za bolje razumijevanje tih promjena važno je istaknuti sljedeće procese: (1) ekonomske i tehnološke promjene smanjile su broj nekvalificiranih radnika u industriji i povećale nezaposlenost te stvorile uzročno-posljedičnu vezu između obrazovanja i zaposlenja i tako djelovale na rizik socijalne isključenosti slabije obrazovanih, (2) privatizaciju socijalne dobrobiti, odnosno proširenje privatnih usluga kao rezultat smanjenja državnih troškova, (3) ulazak žena na tržište plaćenog rada uz

istovremeno smanjenje broja ekonomski aktivnih muškaraca (Taylor-Gooby, 2004.), (4) promjene u strukturi obitelji, posebno transformaciju proširene u nukleusnu obitelj te stvaranje atipičnih oblika obitelji značilo je raspad uspostavljenih socijalnih mreža te prebacivanje skrbi za djecu i starije na vanjske pružatelje socijalnih usluga, što je ujedno povećalo i državne troškove (Jedvaj i sur., 2014.), (5) povećanje starije populacije u kombinaciji s padom nataliteta i prethodna dva procesa zahtijeva visoke socijalne izdatke koji postaju sve teže priuštivi (Puljiz, 2000.).

Povećanje broja osoba starijih od 65 godina unutar populacije naziva se demografskim starenjem stanovništva (Štambuk i sur., 2019.), a zbog negativnih implikacija koje ima u raznim područjima života, kao i u samom funkcioniranju država, navedeni trend postao je jedan od ključnih adresiranih problema socijalne politike u Europi. Indeks ovisnosti pogoršava se zbog povećanog broja korisnika prava iz mirovinskog sustava u odnosu na radno aktivno stanovništvo što dovodi u pitanje održavanje sustava socijalne sigurnosti u budućnosti (Puljiz, 2000.). Starija životna dob donosi promjene u kognitivnom funkcioniranju te značajniju podložnost zdravstvenim problemima u usporedbi s ostalim dobnim skupinama, što stvara dodatni pritisak na zdravstveni sustav (Žganec i sur., 2008.). Nadalje, produljenje životnog vijeka znači da će skrb biti potrebno pružati dulje vremena nego što je bio slučaj u prošlosti, a smanjenje kruga potencijalnih neformalnih njegovatelja kao rezultata „gubitka“ žena, koje su većinom skrbile za obitelj, u korist tržišta plaćenog rada, zahtijevat će značajne prilagodbe sustava socijalne skrbi u pogledu proširenja smještajnih kapaciteta, kao i osiguranja dovoljnog broja stručnih radnika (Jedvaj i sur., 2014.).

Imajući na umu da je Europska Unija kolektivno zahvaćena problemom demografskog starenja, stvaranje održivog sustava dugotrajne skrbi za starije osobe nameće se kao jedan od važnih zadataka koje bi države članice trebale ispuniti. Europska komisija (u daljnjem tekstu: Komisija) već je poduzela korake u dobrom smjeru, no većinski dio zadatka ostaje na samoj organizaciji država članica, unutar kojih postoje značajne razlike po pitanju angažiranosti oko same problematike, financijskih mogućnosti te ljudskih resursa.

Slijedom navedenog, u prvom dijelu rada ćemo se osvrnuti na to zašto starost smatramo novim socijalnim rizikom te koji je odgovor Europske Unije na organizaciju

dugotrajne skrbi, u središnjem dijelu objasniti će se najvažniji izazovi dugotrajne skrbi te kakvi su planovi Republike Hrvatske u tom pogledu, dok će se na kraju rada dati osvrt na demenciju kao specifičan izazov dugotrajne skrbi te specifičnosti djelatnosti socijalnog rada u području dugotrajne skrbi.

2. Starost kao socijalni rizik u postindustrijskom društvu

2.1. Duga i nemoćna starost kao novi socijalni rizik

U stručnoj literaturi ističe se kako je starost danas novi socijalni rizik, no bitno je razaznati koja je razlika između starosti kao klasičnog, „starog“, i novog socijalnog rizika te što je to uopće socijalni rizik. Macgill i Siu (2004.) definiraju **rizik** kao vjerojatnost pojave nepovoljnog događaja ili gubitka, odnosno mogućnost nastanka nepoželjnih, negativnih posljedica za ljude i njihovo okruženje. No, skupni utjecaj individualnih rizika može imati negativne društvene posljedice; a kompleksnost modernih društava otežava suočavanje s rizicima na individualnoj razini, štoviše jer su njima obuhvaćene određene skupine ljudi te je potrebno suočiti se s rizicima na sustavnoj razini, dakle, događa se socijalizacija rizika (Esping-Andersen, 1999.). **Socijalne rizike** stoga možemo definirati kao nepovoljne društvene okolnosti koje bitno otežavaju zadovoljenje potreba članova društva i koji dovode do negativnih posljedica na osobnoj, obiteljskoj ili razini zajednice (Ajduković, 2008.). Iz navedene definicije proizlaze sljedeće dimenzije socijalnih rizika: (1) ugrožavaju temeljne ljudske potrebe, (2) predstavljaju strukturni problem i (3) imaju negativne društvene posljedice. Za vrijeme procvata socijalne države glavni socijalni rizici bili su, kao što je već navedeno u uvodu, (1) nezaposlenost, (2) bolest, (3) invalidnost, (4) smrt hranitelja te (5) starost koja se tada više nalazila u kontekstu umirovljenja pa su u tu svrhu razvijeni mehanizmi socijalne zaštite (Puljiz, 2000.).

Novi socijalni rizici rezultat su ekonomskih i socijalnih promjena povezanih s tranzicijom u postindustrijsko društvo koja je obilježena deindustrijalizacijom, tercijarizacijom, masovnim ulaskom žena na tržište rada, destabilizacijom obiteljskih struktura i destandardizacijom oblika rada. Novi socijalni rizici, prema prethodno iznesenoj definiciji, uključuju: (1) usklađivanje rada i obiteljskog života, (2) samohrano roditeljstvo, (3) posjedovanje zastarjelih vještina i znanja, (4) ograničeni

pristup socijalnom osiguranju te (5) dugu i nemoćnu starost (Armingeon i Bonoli, 2006.).

Problem s odgovorom socijalnih država na nove socijalne rizike javlja se zbog toga što više ne vrijede socioekonomske pretpostavke na kojima su te iste socijalne države nastale. Za vrijeme „zlatnog doba“ socijalne države, nakon Drugog svjetskog rata, zaposlenost muškaraca u proizvodnom sektoru bila je visoka i ekonomski rast stabilan, a spomenuti novi socijalni rizici bili su gotovo zanemarivi (Puljiz, 2000.). Glavni zadatak socijalne države bio je osigurati dohodak muškom hranitelju obitelji, a briga o starijima i nemoćnima odvijala se u krugu obitelji i pružale su ju većinom nezaposlene žene u neformalnom i neplaćenom obliku (Jedvaj i sur., 2014.).

2.2. Dugotrajna skrb za starije osobe

Djelovanjem socijalnih promjena, u prvom redu ulaskom žena na tržište rada i transformacijom obiteljske strukture; nestaje tradicija prebivanja nekoliko generacija iste obitelji u jednom kućanstvu, već starije osobe žive u vlastitom kućanstvu, odvojenom od ostatka obitelji. Zbog povećanog rizika od udovištva, sve veći broj starijih osoba živi u samačkim kućanstvima, a model dvaju hranitelja onemogućuje pružanje primjerene brige za starije unutar obitelji, stoga se razvijaju institucionalni oblici skrbi, a opravdano je očekivati da će potreba za stručnom skrbi u budućnosti rasti. Napredak medicine unaprijedio je kvalitetu života te posljedično produžio trajanje životnog vijeka, ali i stvorio potrebu za pružanjem dugotrajne skrbi kronično bolesnim starijim osobama, što se odražava i na funkcioniranje zdravstvenog i mirovinskog sustava. Osobe starije životne dobi postaju sve dominantnija dobna skupina u društvu, procjena je Europske komisije da će do 2050. godine udio osoba starijih od 65 godina iznositi 30% od ukupne populacije, za razliku od današnjih 20% (Europska komisija, 2020.), a troškovi zdravstvene zaštite se povećavaju te se dovodi u pitanje adekvatnost trenutnog sustava financiranja socijalnog osiguranja zato što primjerice, radno vezani doprinosni sustavi u sklopu socijalnog osiguranja kakvi su na snazi i u Hrvatskoj, dugoročno neće moći podnijeti financijsko opterećenje sve većeg broja starijih osoba kojima je potrebna dugotrajna skrb (Jedvaj i sur., 2014.). U širem smislu, **dugotrajna skrb** predstavlja vrstu podrške u mnogim aspektima svakodnevnog života tijekom duljeg vremenskog perioda (Colombo i sur., 2011.). Konkretnije, dugotrajna skrb uključuje različite usluge kojima je svrha zadovoljenje

zdravstvenih i osobnih potreba u duljem vremenskom trajanju, a koje postaju nužne u trenutku kad osoba prestane biti sposobna samostalno brinuti o sebi (National Institute on Aging, 2017.). Dugotrajna skrb može se pružati u neformalnom i formalnom obliku. Neformalni oblik skrbi najčešće je pružen od strane člana obitelji i nije plaćen, dok formalni oblik možemo raščlaniti na institucionalni i izvaninstitucionalni. Institucionalna skrb pretpostavlja smještaj osobe u instituciju kao što je dom za starije osobe, a izvaninstitucionalna skrb može se pružati u domu korisnika od strane stručne osobe, poput socijalne usluge pomoći u kući (Bađun, 2015.).

3. Dugotrajna skrb u europskom kontekstu

Izvješće Europske Komisije o dugotrajnoj skrbi za starije osobe u Europi (2012.) pokazalo je da prije Svjetske financijske krize razvoj usluga skrbi za starije osobe u većini nacionalnih sustava nije bio visoko na ljestvici prioriteta, pogotovo u odnosu na skrb za djecu, no situacija se mijenja pod utjecajem nepovoljnih demografskih projekcija. Nordijske zemlje i u dugotrajnoj skrbi primjenjuju univerzalni pristup pružanja usluga, dok zemlje Srednje i Istočne Europe, u kojima se sektor skrbi razvijao usporeno za vrijeme socijalističkog režima, tek moraju pronaći pristup koji najbolje odgovara njihovim socioekonomskim prilikama. Usprkos tome što između europskih zemalja postoje znatne razlike u razvoju sektora usluga, kao zajednički trendovi ističu se:

- prednost skrbi u kući pred skrbi u institucionalnom okruženju
- privatizacija usluga
- promocija usluga koja nadopunjuju a ne zamjenjuju neformalnu skrb

U zemljama slabije razvijenih sustava skrbi, dosadašnji izazov je bio osigurati zaštitu što većeg broja korisnika s obzirom na ograničenost sredstava, stoga se nije previše planiralo o postizanju ravnoteže između institucionalne i neformalne skrbi (Europska komisija, 2012.).

S obzirom na negativne demografske projekcije te procijenjeni rast omjera ovisnosti za starije za 60% do 2050. godine (Europska komisija, 2021.), očekuje se porast potražnje za uslugama dugotrajne skrbi u budućnosti. Komisija je prepoznala koncept dugotrajne skrbi kao načelo br. 18 Europskog stupa socijalnih prava, unutar 3. poglavlja pod nazivom Socijalna zaštita i uključenost, a koje glasi: „Svatko ima pravo

na cijenom pristupačne visoko kvalitetne usluge dugotrajne skrbi, s naglaskom na usluge u domu korisnika ili njegovoj lokalnoj zajednici.“ (Bežovan i Baturina, 2019.). S tim u skladu, Komisija je 2022. godine objavila **europsku strategiju za skrb** kojom želi utjecati na države članice Europske Unije u pogledu dostupnosti i kvalitete skrbi, ali i na položaj radnika u sektoru skrbi. Zasebno je istaknuta dugotrajna skrb kao jedno od područja interesa strategije, a Komisija je utvrdila kako je za rješavanje ovog pitanja potrebno usmjereno djelovanje Europske Unije na poticanje političkih reformi. Usluge dugotrajne skrbi često su skupe, a rijetko dovoljno kvalitetne te postoji nesrazmjer između ponude i potražnje. U kontekstu sektora formalne skrbi, radni zadaci su fizički i psihički zahtjevni, dok u isto vrijeme naknade za rad ne odgovaraju prirodi posla. Strategija zagovara integrirani pristup skrbi. Ključno je razvijati pristupe usmjerene na pojedinca koji bi djelovali u smjeru ostvarivanja što veće neovisnosti, u svrhu zadržavanja dostojanstva korisnika. Razvoj takvih pristupa bit će ostvariv tek kad se razriješe problemi integracije zdravstvenog i sustava dugotrajne skrbi jer se jedino na tako može utjecati na zdravstvene ishode, a time i na kvalitetu života korisnika. Suradnja sustava zdravstvene zaštite i pružatelja neformalne i izvaninstitucionalne skrbi tamo gdje je to moguće, donosi pozitivne ishode u vidu rasterećenja zdravstvenih i ustanova socijalne skrbi te pridonosi boljoj preraspodjeli materijalnih sredstava.

Uz europsku strategiju, Komisija donosi i Prijedlog preporuke Vijeća o dugotrajnoj skrbi kojim se države članice poziva na sljedeće:

- poboljšati primjerenost, dostupnost i pristupačnost usluga dugotrajne skrbi
- utvrditi načela dobrog upravljanja politikama i održivog financiranja
- donijeti mjere poboljšanja radnih uvjeta i mogućnosti usavršavanja te prekvalifikacije u sektoru skrbi
- donijeti smjernice za osiguravanje kvalitete te načela kvalitete (Europska komisija, 2022.a).

Kako bi utjecala na smjer razvoja kvalitetnog okvira provedbe dugotrajne skrbi, Komisija je u odvojenom dokumentu iznijela sljedeća načela kvalitete dugotrajne skrbi koja počivaju na zajedničkim vrijednostima Europske Unije:

- 1) poštovanje – primatelji skrbi zaštićeni su od zlostavljanja, zanemarivanja i bilo kakvog oblika diskriminacije. Pružatelji skrbi poštuju dostojanstvo i temeljna prava i slobode osoba u potrebi
- 2) prevencija – cilj skrbi je očuvati te što je bolje moguće spriječiti propadanje kognitivnih i fizičkih funkcija kako bi se poboljšala neovisnost i socijalna uključenost korisnika
- 3) osoba u centru zanimanja – poštovanje integriteta osobe u svim fazama planiranja i provedbe plana skrbi
- 4) sveobuhvatnost i kontinuitet – dugotrajna skrb pruža se u koordinaciji s ostalim relevantnim sustavima te je organizirana kao neprekidni lanac usluga na koji se korisnik može osloniti u bilo kojem trenutku
- 5) usmjerenost na ishode – primarni fokus je na koristima za primatelja skrbi
- 6) transparentnost – razumljivost informacija i uputa o pružateljima i oblicima skrbi
- 7) radna snaga – skrb je pružena od strane obrazovanih radnika koji rade u pravednim uvjetima i za svoj rad primaju plaću primjerenu zahtjevima posla. Bitno je poštovati omjer radnika i broja korisnika
- 8) prostor primjeren zahtjevima skrbi – prilikom pružanja usluga pazi se na zdravstvena i sigurnosna pravila, pristupačnost te se poštuju načela energetske učinkovitosti i zaštite okoliša (Europska komisija, 2022.b).

Države članice Europske Unije razlikuju se prema ponudi i organizaciji usluga dugotrajne skrbi, kao i po vrstama socijalnih režima te izdašnosti financiranja socijalnih sustava. Demografsko starenje i s njim povezani utjecaji zajednički su problem svih država članica te su identificirani ključni zajednički izazovi koji djeluju na planiranje budućih pravednih sustava dugotrajne skrbi, u skladu s načelima Europske Unije (Europska komisija, 2021.).

4. Izazovi dugotrajne skrbi

4.1. Pristup uslugama

Izazov pristupa skrbi promatramo kroz ispunjenje 3 uvjeta: (1) dostupnosti, (2) cijene, odnosno priuštivosti i (3) osviještenosti o postojanju usluga. Ako pristup skrbi

promatramo kao izazov, to znači da je u društvu prepoznata potreba za njezinim pružanjem te ju je potrebno izmjeriti kako bismo utvrdili koja vrsta i koji opseg usluga su nam potrebni (Europska komisija, 2021.). Do potreba za dugotrajnom skrbi dolazi kada zbog manjka mentalnih i fizičkih sposobnosti, osoba više nije u stanju obavljati svakodnevne aktivnosti (National Institute on Aging, 2017.). No, ne postoji standardizirana definicija glavnih odrednica dugotrajne skrbi; a to onemogućava identificiranje točnog broja ljudi u potrebi. Socijalni sustavi uobičajeno provode individualne procjene potreba koje u obzir uzimaju postojanje i razine poteškoća u obavljanju svakodnevnih aktivnosti, kognitivna ograničenja, obiteljsku anamnezu i povijest bolesti kako bi se utvrdilo postojanje potrebe za skrbi te odredila primjerena razina zaštite. U prosjeku, 30,9% osoba starijih od 65 godina koje su živjele u privatnim kućanstvima u 2019. godini, imale su potrebu za uslugom dugotrajne skrbi. Također, osobe s nižim prihodima češće su trebale dugotrajnu skrb u usporedbi s osobama s višim prihodima (Europska komisija, 2021.). Postoji korelacija između visine prihoda i zdravstvenog statusa određene skupine ljudi. Osobe lošijeg socioekonomskog statusa češće su izložene rizicima vezanim uz zdravlje poput loših životnih uvjeta ili nezdravog načina života; a koji bi u konačnici mogli predstavljati rizik za pojavu potrebe za dugotrajnom skrbi. Manje novca znači i manje mogućnosti, u ovom slučaju ograničen pristup dodatnim zdravstvenim uslugama ili skupim lijekovima. Utjecaj demografskog starenja na potrebe za dugotrajnom skrbi u budućnosti ovisit će stoga i o zdravstvenom stanju populacije. Države u kojima su društva svjesna važnosti prevencije te u kojima je cjelokupnoj populaciji dostupan širok spektar zdravstvenih usluga, bit će u povoljnijem položaju od ostalih (Spasova i sur., 2018.). U skupini osoba starijih od 65 godina u 2019. godini, žene su češće trebale usluge dugotrajne skrbi; 36,9% prema 22,7% za muškarce. Taj podatak objašnjen je činjenicom da su unutar ove dobne skupine žene u prosjeku starije od muškaraca te imaju dulju očekivani životni vijek. Prevalencija funkcionalne nesposobnosti kao potencijalnog rizika za potrebu dugotrajne skrbi raste s godinama te je najviša u skupini jako starih osoba (iznad 80 godina života), a s obzirom na očekivani porast broja osoba u toj dobnoj skupini u sljedećih 30 godina, potrebno je na vrijeme izraditi modele skrbi za buduće generacije (Europska komisija, 2021.).

Dostupnost i samo korištenje usluga dugotrajne skrbi varira od države do države, a ponekad i unutar samih država. Broj ljudi u potrebi koji koriste formalne i neformalne oblike skrbi, način pružanja formalne skrbi, obiteljske strukture i osobne preference, te dostupnost i priuštivost formalnih oblika skrbi faktori su koji ovise o društvenom uređenju stoga još uvijek nije moguće izravno uspoređivati podatke o dostupnosti formalne i neformalne dugotrajne skrbi. Također, dugotrajna skrb još uvijek nije odvojena grana unutar većine sustava socijalne sigurnosti, već je financirana i organizirana na više razina pa, primjerice odgovornost može biti podijeljena između nacionalne, regionalne i lokalne vlasti, što dovodi do problema u shvaćanju odgovornosti i rezultira neadekvatnom dostupnošću usluga. Trend je u mnogim državama favoriziranje neformalne i izvaninstitucionalne skrbi nauštrb institucionalne (Jedvaj i sur., 2014.), kako bi primatelji što duže mogli ostati u obiteljskom okruženju. Provedba procesa deinstitucionalizacije može uspjeti samo ako je praćena ulaganjima u priuštive usluge u domu i zajednici (Europska komisija, 2021.). Otežan pristup uslugama formalne skrbi zbog nedostupnosti ili previsoke cijene znači da, ako nisu u mogućnosti primati neformalnu skrb, postoje osobe čije potrebe ostaju nezadovoljene.

Nedostatak materijalnih sredstava glavni je razlog zašto kućanstva ne koriste usluge pomoći u kući u rasponu u kojem su im potrebne. Način pružanja socijalne zaštite varira ovisno o uređenju sustava socijalne sigurnosti, a razina pokrivenosti pravima i uslugama dobar je indikator **priuštivosti** usluga. Socijalni sustavi mogu biti financirani iz poreza i pokrivati cijelo stanovništvo pravima i uslugama ili mogu biti utemeljeni na sustavu socijalnog osiguranja u kojem zaštitu ostvaruju oni koji uplaćuju doprinose (Puljiz, 2000.). Pristup dugotrajnoj skrbi određuje se putem procjene potreba te unaprijed određenih provjera, npr. imovine. Formalna dugotrajna skrb može uključivati naknade, usluge ili ih kombinirati. Nordijske zemlje poput Danske, Finske i Švedske najčešće pružaju usluge; u Italiji, Irskoj, Rumunjskoj i Austriji najčešće se pružaju novčane naknade, dok u Njemačkoj korisnici imaju mogućnost izbora ili kombinacije (Spasova i sur., 2018.).

Dostupnost i priuštivost nisu uvijek dovoljni preduvjeti za pristup uslugama, jer se potencijalni korisnici neće uvijek prijaviti i ostvariti pravo za koje bi inače ispunili preduvjete. U tom slučaju riskira se neučinkovitost socijalne zaštite, pogotovo jer su najčešće najranjiviji oni koji ne traže pomoć. Kao razloge možemo prepoznati i

objektivne prepreke, ali i subjektivne motive. Starije osobe mogu biti **nesvjesne** ili mogu krivo percipirati procedure prijave i ostvarivanja prava na uslugu. Strah od društvene stigme također može utjecati na njihovo neprijavlivanje. Ponekad su procedure komplicirane i vremenski dugo traju, a ne mogu se sve starije osobe s tim jednako nositi (Eurofound, 2015.). Komisija potiče digitalizaciju sustava radi efikasnijeg obavljanja posla, no nedostatak digitalnih vještina može odvratiti ljude od same prijave. Prihvatanje novčane potpore ponekad može ovisiti i o iznosu, što je pokazalo i istraživanje provedeno u Francuskoj (Arrighi i sur., 2015.). Kako bi se smanjio broj osoba koje se ne prijavljuju za ostvarivanje zajamčenih prava, potrebno je uvesti promjene u način komunikacije prema starijim osobama te modificirati načine prijave kako bismo ih učinili pristupačnijima (Eurofound, 2015.).

4.2. Kvaliteta usluga

Kvaliteta se u literaturi smatra izazovom dugotrajne skrbi, no kako ju definirati? S obzirom na interdisciplinarnost struka koju dugotrajna skrb potiče, kvalitetu iste možemo promatrati kao kombinaciju dimenzija socijalne i zdravstvene skrbi, a koje uključuju:

- zadovoljstvo primatelja skrbi percipiranom kvalitetom života kao rezultata skrbi
- promicanje i potpora neovisnosti
- poboljšanje ili sprječavanje pogoršanja zdravstvenog stanja
- zaštita ljudskih prava i dostojanstva čovjeka

Pristup usmjeren na osobu koji na prvo mjesto stavlja potrebe i preference korisnika postaje sve zastupljeniji i djeluje na principima jednakosti, sudjelovanja korisnika u planiranju i odlučivanju te transparentnosti pružanja skrbi (Guogis i sur., 2016.). Podjela koncepta kvalitete na principe može nam omogućiti razvoj boljih mjernih alata, ali i predstavljati zapreku ako dođe do sukoba načela. Ponekad dobrobit korisnika ili ostalih korisnika u smještajnoj jedinici nije u skladu s načelom sudjelovanja u odlučivanju, stoga pri definiranju standarda moramo ostaviti prostora za iznimke (Zigante i King, 2019.).

Jedan od razloga različitosti standarda kvalitete leži u činjenici da se formalna skrb nalazi pod inspekcijskom kontrolom nadležnih tijela za razliku od sektora neformalne

skrbi koji u većini slučajeva nije reguliran. Prvi korak osiguravanja sveobuhvatne kvalitete dugotrajne skrbi je uvođenje mjera za kontrolu kvalitete u oba sektora, pri čemu se možemo susresti s preprekama koje uključuju nedovoljne resurse, manjak socijalnih inspektora te netransparentnog procesa kontrole (Spasova i sur., 2018).

4.2.1. Mjerenje kvalitete

Mjerenje kvalitete otežano je zbog nepostojanja univerzalne definicije, ali i razlika u standardima između država. Jedan od načina mjerenja je putem Donabedianovog modela procjene kvalitete zdravstvene skrbi koji analizira: (1) strukturu (prostor, opremu, ljudske resurse i radne uvjete), (2) procese (dijagnoza, tretman, prevencija, komunikacija) i (3) ishode, odnosno utjecaj skrbi na pacijenta (Mesarić, 2019.). No, kako bismo na temelju ovih dimenzija mogli zaključivati o kvaliteti dugotrajne skrbi, među njima bi trebala postojati povezanost. Poboljšanja strukture i procesa ne rezultiraju nužno zadovoljavajućim ishodima, a ponekad je i teško definirati koji su ishodi skrbi relevantni za procjenu kvalitete (Europska komisija, 2021.).

Sve češće kvaliteta skrbi mjeri se iz perspektive kvalitete života pojedinca kroz ispitivanje iskustva korisnika (eng. *PREM- patient-reported experience measures*) kao u Njemačkoj i Danskoj, no indikatori nastali na vlastitim iskustvima uvijek sadrže dozu subjektivnosti što se na kraju može odraziti na stvarne rezultate. U Tablici 4.1. prikazani su primjeri pitanja u dijelu upitnika koji se odnosi na iskustva korisnika s informiranjem i sudjelovanjem u odlučivanju, koji je korišten u sklopu istraživanja onkološke skrbi u sjevernoj Njemačkoj.

Tablica 4.1.

Primjeri pitanja u upitniku o informiranju i sudjelovanju u odlučivanju za pacijente onkološke skrbi u sjevernoj Njemačkoj

PITANJA	PONUĐENI ODGOVORI
Jeste li dobili potrebne informacije u vezi s vašom bolešću?	<ul style="list-style-type: none"> a) Dobio/la sam dovoljno informacija b) Nedostajalo je malo informacija c) Nedostajalo je mnogo informacija d) Imao/la sam previše informacija e) Nije relevantno
Jeste li dobili potrebne informacije u vezi s mogućnostima liječenja?	<ul style="list-style-type: none"> a) Dobio/la sam dovoljno informacija b) Nedostajalo je malo informacija c) Nedostajalo je mnogo informacija d) Imao/la sam previše informacija

	e) Nije relevantno
Jeste li dobili potrebne informacije u vezi s mogućim postoperativnim komplikacijama?	a) Dobio/la sam dovoljno informacija b) Nedostajalo je malo informacija c) Nedostajalo je mnogo informacija d) Imao/la sam previše informacija e) Nije relevantno
Jeste li dobili potrebne informacije u vezi s mogućim nuspojavama lijekova?	a) Dobio/la sam dovoljno informacija b) Nedostajalo je malo informacija c) Nedostajalo je mnogo informacija d) Imao/la sam previše informacija e) Nije relevantno
Jeste li bili dovoljno uključeni u odlučivanje o načinu liječenja?	a) Dovoljno b) Previše c) Premalo
Jeste li ikad posumnjali u adekvatnost tretmana?	a) Ne b) U manjoj mjeri c) U nekoj mjeri d) U većoj mjeri e) Nije relevantno
Smatrate li da su vas liječnici promatrali kao cijelu osobu?	a) Da, svi b) Da, većina c) Neki d) Nitko e) Ne znam
Smatrate li da su liječnici uzeli dovoljno vremena kako bi shvatili što vam je važno?	a) Da, svi b) Da, većina c) Neki d) Nitko e) Ne znam

Izvor: Rudolph i sur., 2019.

Osiguravanje kvalitete postiže se usmjerenim financiranjem, primjerenom organizacijom, brigom o radnoj snazi i privlačnosti sektora skrbi te tehnologijom. Financiranjem poboljšavamo razinu ljudskih i fizičkih resursa, no njihova organizacija i preraspodjela jednako je bitna za djelotvornost skrbi. Kvaliteta formalne dugotrajne skrbi ovisi i o stručnim radnicima, zbog snažne veze koja se u procesu razvija između njih i korisnika. Uz sve benefite tehnologije, potrebno je paziti da štetnosti ne utječu na percepciju iste. Smanjenje socijalnog kontakta može rezultirati usamljenošću, dok tehnički kvarovi mogu utjecati na povjerenje korisnika u pouzdanost uređaja (Zigante, 2021.).

4.2.2. Poboljšanje kvalitete skrbi implementacijom socijalnih inovacija

U vremenima koja nam predstoje kvalitetu dugotrajne skrbi možemo promicati kroz implementaciju socijalnih inovacija koje označavaju nove ideje (modeli, usluge) kojima se rješavaju postojeći socijalni problemi. Osim za sustav skrbi, inovacije su dobre i za pojedince unutar sustava jer šire prostor i mogućnosti djelovanja. Cilj socijalnih inovacija nije samo pružiti novu uslugu ili izgraditi novi centar, već putem tih akcija kolektivno osnažiti sve unutar tog sustava i poboljšati kvalitetu života i rada (Bežovan i sur., 2016.).

Mali (2019.) je analizirala više vrsta inovacija provedenih u domovima za starije u Republici Sloveniji, koje omogućuju prilagodbu metoda skrbi u novim situacijama te uključuju veće sudjelovanje korisnika u svim fazama dugotrajne skrbi. Neke od inovacija prikazane su u Tablici 4.2.

Tablica 4.2.

Primjeri nekih inovacija provedenih u domovima za starije u Republici Sloveniji.

INOVACIJE		
SOCIJALNE INOVACIJE	INOVACIJE U SOCIJALNOJ ZAŠTITI	INOVACIJE U DOMOVIMA ZA STARIJE
- edukativni programi - centri za treniranje pamćenja, centri za aktivnost - 24-satni sustav alarma - dostupnost interneta u sobama korisnika - međuljudski odnosi - inovativna okolina (prikupljanje ideja)	- nove metode pristupa skrbi(individualizacija) - dnevni vikend centri - metode timskog rada s korisnicima - metode socijalnog rada - zagovaranje	- privremena skrb - dnevni boravak - dostava hrane - posudba ortopedskih pomagala - uključivanje korisnika u planiranje i provedbu skrbi

Izvor: Mali, 2019.

Uvođenjem promjena i novim načinima planiranja korisnici prestaju biti samo pasivni primatelji skrbi, već se promiče suradnja i sudjelovanje. Fokus skrbi je na osobi i stručnjaci se prilagođavaju korisnicima i uče živjeti s njima i podupirati ih, a ne raditi umjesto njih. Ovim putem dom za starije razvija se kao ustanova sveobuhvatne skrbi za korisnike, što daje novu dimenziju pojmu kvalitete (Mali, 2019.).

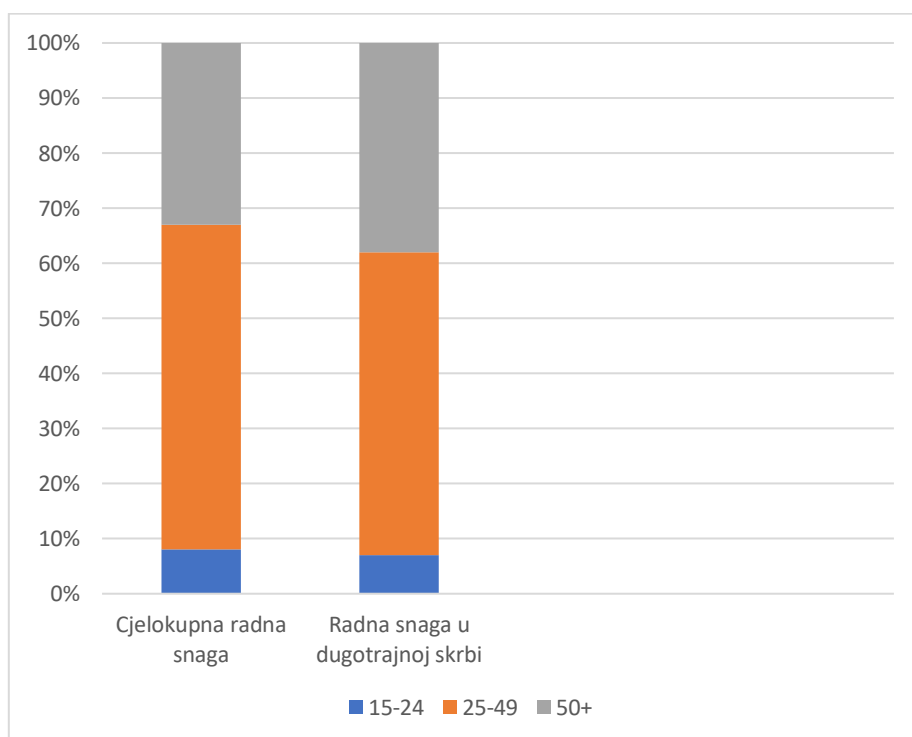
4.3. Pružatelji skrbi

4.3.1. Formalni pružatelji skrbi

Većinu radne snage u sektoru formalne skrbi čine žene, preko 80%. Također, radna snaga u sektoru formalne skrbi stari. Medijan dobi 2016. godine iznosio je 45 godina u državama članicama Europske Unije. Udio radnika starijih od 50 godina bio je gotovo 38%, u usporedbi s 33,2% u ukupnoj radnoj populaciji u 2019. godini, a zabrinjavajuće je da se u desetogodišnjem mjernom razdoblju od 2009. do 2019. godine, udio radnika starijih od 50 godina u dugotrajnoj skrbi povećao za 10 postotnih bodova (Europska komisija, 2021.). Usporedba starosti radne snage u dugotrajnoj skrbi u odnosu na cjelokupnu radnu populaciju prikazana je u Tablici 4.3.

Tablica 4.3.

Prikaz starosti radne snage u dugotrajnoj skrbi u odnosu na cjelokupnu radnu populaciju u 2019. godini.



Izvor: Eurofound, 2020.

Ako se ovi trendovi nastave, u narednim godinama bit ćemo suočeni s nedostatkom radne snage, a već sada 7.9% radne snage u dugotrajnoj skrbi čine strani radnici, uključujući radnike iz i izvan EU. Postotak stranih radnika u dugotrajnoj skrbi prilično varira među državama, tako da u Hrvatskoj, Slovačkoj, Poljskoj i Rumunjskoj iznosi manje od 1%, za razliku od Malte i Luksemburga gdje je iznosio 45%, odnosno 21%

(Eurofound, 2020.). Nekoliko država članica Srednje i Istočne Europe poput Bugarske, Hrvatske, Mađarske i Rumunjske već je suočeno s odljevom radnika iz sektora skrbi (eng. *care drain*), koji odlaze raditi isti posao u druge države članice EU zbog boljih uvjeta i plaća (Europska komisija, 2021.). Mobilnost radnika jedan je od stupova EU, ali mobilnost radnika u dugotrajnoj skrbi može stvoriti probleme u njihovim matičnim državama, prvo u pojačanoj percepciji posljedica demografskog starenja i gubitka od ulaganja u obrazovanje, a onda u nedostatku radnika, što će se nadomjestiti uvozom radnika iz drugih država članica ili iz država izvan EU (Eurofound, 2020.).

Nedostatak osoblja i profesionalne podrške, smjenski rad, posjedovanje posebnih vještina, fizička i emocionalna zahtjevnost posla te izloženost neprikladnom ponašanju (bilo od korisnika ili kolega) stavke su koje utječu na privlačnost sektora skrbi kao izglednog mjesta zaposlenja, stoga je važno ulagati u poboljšanje radnih uvjeta i međuljudskih odnosa.

4.3.2. Neformalni pružatelji skrbi

Neformalna skrb, u literaturi poznata i kao obiteljska ili neplaćena skrb, pruža se u obiteljskom ili bliskom socijalnom okruženju. Neformalni skrbnici ili njegovatelji su pojedinci koji bez naknade pružaju pomoć bliskim osobama koje zbog postojanja dugotrajne bolesti ili invaliditeta ne mogu zadovoljiti osnovne životne potrebe (Suffolk Family Carers, 2022.). Jedna od najvažnijih karakteristika neformalne skrbi je bliska emocionalna veza koja se stvara između njegovatelja i starije osobe. Ona učvršćuje njihov odnos te može pozitivno utjecati na skrbnika u pogledu emocionalnog ispunjenja i osobnog rasta (Štambuk i Levak, 2018.). Istovremeno poznajemo i negativne posljedice skrbi na njegovatelja, koje uključuju:

- 1) posljedice na fizičko zdravlje – iscrpljenost, problemi sa spavanjem, slabost
- 2) posljedice na psihičko zdravlje – stres, kronični umor, osjećaj krivnje zbog donesenih odluka
- 3) posljedice na sudjelovanje na tržištu rada i socijalnu uključenost - niski prihod, rizik od siromaštva, socijalna izolacija (Colombo i sur., 2011.).

Dvije trećine (Hoffman i Rodrigues, 2010.: prema Atieno Ambugo i sur., 2021), odnosno 59% (Europska komisija, 2021.) neformalne skrbi pružaju žene. One na tjednoj bazi provode intenzivniju skrb kroz više sati od muškaraca (Schulz i sur.,

2020.). Kao i u formalnoj skrbi, prosjek godina neformalnih negovatelja raste. Prema istraživanju Štambuk i suradnica (2019.), prosječna dob neformalnih skrbnika u Zagrebu iznosila je 55 godina. Dob samih negovatelja, uz dugotrajni fizički i psihički napor, vjerojatno će utjecati na zdravstveno stanje negovatelja pa čak i na potrebu za vlastitim negovateljem.

Intenzitet skrbi može utjecati i na profesionalnu karijeru neformalnog negovatelja (Colombo i sur., 2011.). Teško je pomiriti zahtjeve posla u punom radnom vremenu ako je istovremeno potrebno pružati skrb kroz više od 20 sati tjedno, stoga dio neformalnih negovatelja iskorištava fleksibilnije oblike rada poput rada na pola radnog vremena. Neformalni negovatelji koji pružaju intenzivnu skrb imaju ograničen pristup tržištu rada te zbog toga i manje zarađuju (Europska komisija, 2021). Ako nemaju podršku obitelji ili zajednice dolaze u rizik od siromaštva.

S obzirom na demografske projekcije i s njima povezan trend deinstitucionalizacije, neformalna skrb jedan je od načina kontrole rastućih troškova dugotrajne skrbi za starije osobe (Atieno Ambugo i sur., 2021.). No, sama činjenica produženja životnog vijeka značit će duže trajanje skrbi i prouzročit će dodatno opterećenje za skrbnike, materijalno, fizičko i psihičko. Primati skrb u vlastitom domu želja je koja može biti ispunjena, no zbog intenziteta skrbi te pretpostavki na strani negovatelja, većina će u nekom trenutku trebati pomoć u pružanju skrbi (End of Life Care Strategy, 2008.).

Financijski oblici podrške mogu biti usmjereni na pružanje naknade neformalnim skrbnicima ili korisnicima koji onda sami mogu platiti preferirani oblik skrbi. Financijska pomoć u državama članicama EU nije podjednako razvijena, stoga još uvijek postoje negovatelji koji ne dobivaju nikakvu naknadu od strane države ili lokalne zajednice te ovise o neformalnim oblicima materijalne podrške. U zemljama s razvijenim sustavima novčanih naknada, uvjeti za ostvarivanje istih se razlikuju. U Slovačkoj pravo na naknadu ostvarit će negovatelji koji pružaju skrb visokog intenziteta, dok se u Luksemburgu provodi evaluacija sposobnosti negovatelja za pružanje skrbi (Europska komisija, 2021.).

Novčane naknade omogućit će održavanje životnog standarda, no socijalne usluge potrebne su za oslobađanje negovatelja od tereta skrbi. Mjere poput jedinica za predah (eng. *respite care unit*) omogućuju negovateljima fizički i psihički odmak od zahtjeva

skrbi (Bađun, 2015.), što bi u konačnici moglo utjecati na njihovu percepciju tereta skrbi. Istraživanje Bee i suradnice (2008.) utvrdilo je nedostatak informacija i praktične podrške kao izvore stresa kod njegovatelja. S obzirom na to da, za razliku od formalnih pružatelja skrbi, neformalni njegovatelji najčešće nisu educirani o pružanju skrbi, nedostatak podrške mogao bi dovesti do značajnog pada u kvaliteti skrbi. Na tom tragu su i nalazi istraživanja Proota i suradnika (2003.), u kojem je stručna podrška identificirana kao ključ za jačanje osobne otpornosti njegovatelja. Sukladno tome možemo prepoznati 3 razine intervencija kao načina pomoći neformalnim njegovateljima. **Društvene** intervencije djeluju na zakonodavnoj razini i potiču stvaranje održive socijalne politike. **Organizacijska** razina intervencija djeluje unutar formalnih javnih sektora poput socijalnog, zdravstvenog ili radnog. Mjere, odnosno intervencije na ovoj razini podrazumijevaju olakšice za njegovatelja i usluge poput plaćenog dopusta ili zamjenskog njegovatelja ili usluge privremenog smještaja za stariju osobu. Intervencije na **individualnoj** razini vezane su uz dobrobit samog njegovatelja te uključuju razvoj vještina i usvajanje strategija nošenja sa stresom (Schulz i Eden, 2016.).

Neformalna skrb je specifična zbog bliske emocionalne veze između njegovatelja i starije osobe. No sama priroda neformalne dugotrajne skrbi kod njegovatelja razvija svijest o nadolazećoj smrti za koju se počinje pripremati unaprijed. Reakcije na smrt bit će specifične, stoga je potrebno i nakon smrti nastaviti sa stručnom potporom kako bi se njegovatelje pripremilo na drugačiji način života (Worden, 2005.).

Ciljana ulaganja u formalnu izvaninstitucionalnu skrb održavala bi visoku razinu kvalitete neformalne skrbi zbog podrške njegovateljima te u isto vrijeme djelovala u smjeru daljnje deinstitucionalizacije, stoga je zadatak kreatora politika stvoriti odgovarajući zakonodavni okvir dugotrajne skrbi.

4.4. Javna potrošnja i održivo financiranje

Države članice EU dugotrajnu skrb korisnicima omogućuju putem usluga ili novčanih naknada. Država direktno plaća usluge za korisnike ili im sama pruža skrb u institucijama, dok naknade služe kao: a) sredstvo plaćanja željenog oblika skrbi i b) naknada neformalnim njegovateljima. Fragmentacija izvora financiranja uzrokuje smetnje prilikom prikupljanja relevantnih podataka, a neke zemlje podatke o potrošnji

za dugotrajnu skrb prikazuju samo kroz zdravstvenu dimenziju, što dodatno onemogućuje mapiranje stvarnog stanja. Također, osoba može biti korisnik i prava i usluga, no zbog podjele nadležnosti o prikupljanju podataka i nepovezanosti sustava, može se dogoditi da jedna osoba u statistici bude prikazana kao dvije. Takva preklapanja otežavaju analizu javne potrošnje za dugotrajnu skrb i procjenu konkretnog broja osoba u potrebi (Europska komisija, 2018.).

4.4.1. Faktori javne potrošnje

Za izradu modela održivog financiranja prvo moramo analizirati faktore koji utječu na javnu potrošnju. Promjene unutar pojedine dimenzije u budućnosti mogle bi utjecati na ponudu i potražnju za uslugama i potaknuti daljnje promjene u modelima financiranja (Europska komisija, 2021.). U nastavku teksta kratko će biti prikazani faktori koji utječu na javnu potrošnju za dugotrajnu skrb.

Demografska struktura i omjer ovisnosti. Starenje populacije, ako ne bude praćeno poboljšanjem zdravstvenog stanja stanovništva uslijed podizanja kvalitete života, dovest će do rasta broja starijih osoba u potrebi za dugotrajnom skrbi. Takav razvoj događaja značio bi potrebu za povećanim izdvajanjem sredstava za financiranje. Vezano za ovaj faktor bitno je razlučiti da starenje populacije samo po sebi ne uzrokuje povećanje potrebe, već udio osoba unutar starije populacije koje su ovisne o tuđoj pomoći. Iz tog razloga promiče se važnost prevencije u zdravlju, kako bi se u budućnosti utjecalo na omjer ovisnosti (Europska komisija, 2018.).

Oblici pružanja skrbi. Formalna dugotrajna skrb uključuje pružanje naknada i usluga. Sve države članice uključene su u pružanje ili financiranje neke vrste formalne skrbi, no u različitim stupnjevima. Neformalna skrb obično je neplaćena pa je gledano iz te perspektive jeftinija za državu, no iz nje proizlaze tzv. oportunitetni troškovi. Na makroekonomskoj razini, rad neformalnih njegovatelja u smanjenom opsegu ili napuštanje posla smanjuje prihode što direktno utječe na iznos mirovine u budućnosti, koji u radno vezanim sustavima ovisi o uplaćenim doprinosima. Manje izvršenih radnih sati znači niže iznose uplaćenih doprinosa i poreza; pružanje intenzivne dugotrajne skrbi smanjuje ponudu radne snage, značajno utječe na prihode i time donosi rizik od siromaštva (Colombo i sur., 2011.).

Pružanje dugotrajne skrbi, pogotovo intenzivne, ostavlja snažne posljedice na zdravlje pojedinca i nerijetko zahtijeva medicinski tretman, a dugotrajnim izbjivanjem s tržišta rada gube se određene vještine te je ponovni ulazak na tržište rada otežan. Posljedice vezane uz zdravlje i radne vještine nije lako kvantificirati zbog previše mogućnosti unutar svake dimenzije, no ušteda zbog povećanja neformalne skrbi mogla bi rezultirati povećanom potrošnjom u drugim sektorima (Europska komisija, 2021.).

Ljudski resursi. Radna snaga u formalnom sektoru podcijenjena je i rijetko primjereno plaćena, što dovodi do stalne cirkulacije radnika i nedostatka radne snage. Manji broj radno aktivne populacije u kombinaciji s povećanom potražnjom u budućnosti rezultirao bi povećanjem plaća u sektoru, što bi pak utjecalo na cijenu skrbi. Mobilnost radnika samo je kratkoročno rješenje jer, kako je već rečeno, dovodi do nedostatka radne snage u državama emigracije što znači da se vrtimo u krug. Dostupnost neformalnih njegovatelja ovisit će o broju starijih osoba čija će djeca živjeti dovoljno blizu da im fizički mogu pružiti skrb (Europska komisija, 2018.). Njihova tendencija pružanju skrbi ovisit će o sudjelovanju na tržištu rada te eventualnim posljedicama ako bi ga napustili; o samoj volji za pružanjem skrbi te naposljetku o zdravstvenom stanju (The Princess Royal Trust for Carers, 2011.). Nepovoljni rezultati stavili bi pritisak na povećanje formalnih oblika skrbi što bi ponovno dovelo do izazova u financiranju.

Političke reforme. Rezultati promjena poput povećanja plaća ili ograničenja proračuna bili bi vidljivi u kratkom vremenskom roku, no za dugoročni učinak na kretanje javne potrošnje vjerojatno će biti potrebno provesti izmjene smjernica o pružanju skrbi ili čak samih kriterija za ostvarivanje prava na skrb (Europska komisija, 2021.).

4.4.2. Modeli financiranja

Financiranje dugotrajne skrbi najčešće je podijeljeno je između zdravstvenog i socijalnog sektora. Osim javnog financiranja, često je financiranje od strane korisnika ili obitelji, pogotovo u zemljama bez razvijene podrške neformalnoj skrbi. Modeli financiranja dugotrajne skrbi u EU uglavnom odražavaju tipologiju socijalnih režima u Europi, a prikazani su u Tablici 4.4.

Tablica 4. 4.

Tipovi socijalnih režima u Europi i pripadajući načini financiranja

Socijalni režim	Način financiranja i obuhvat populacije
Nordijski socijaldemokratski	- velika odgovornost države za skrb - modeli visokog oporezivanja i univerzalna pokrivenost svih kategorija stanovništva - visoki standardi kvalitete
Kontinentalni korporativistički	- prevladava model socijalnog osiguranja - država određuje zakonodavni okvir, a provedba se prebacuje na druga tijela
Liberalni	- modeli oporezivanja - odgovornost je na pojedincu, država pomaže samo u iznimnim situacijama s relativno niskim iznosom naknada, čime potiče potražnju za poslom
Mediterranski	- dominacija obitelji u pružanju pomoći, država ima manju ulogu - modeli oporezivanja uz provjeru dohotka ili socijalnog osiguranja - relativno niski iznosi naknada

Izvori: Esping-Andersen, 1999., Taylor-Gooby, 2004., Europska komisija, 2021.

Održivo financiranje mora se temeljiti na principu podjele rizika između dobnih skupina, stoga prepoznajemo tri glavna modela:

- a) financiranje putem poreza
- b) socijalno osiguranje
- c) privatno osiguranje (obvezno ili dobrovoljno).

Financiranje putem **poreza** glavni je model javnog financiranja dugotrajne skrbi u Austriji, Danskoj, Švedskoj, Finskoj, Italiji i provodi se na nacionalnoj, regionalnoj i lokalnoj osnovi. Široka baza prikupljanja poreza ne uključuje samo financiranje iz dohodaka od rada, već i od dohodaka od kapitala te implicira manji trošak iz rada od sustava socijalnog osiguranja i potiče rast i zapošljavanje. Modeli oporezivanja fleksibilni su u alokaciji prihoda, no nedostatak transparentnosti utječe na spremnost stanovništva na plaćanje viših poreza (Comas-Herrera, 2020.).

Sustavi **socijalnog osiguranja** dugotrajne skrbi koji postoje u Njemačkoj, Luksemburgu i Nizozemskoj, djeluju na osnovi uplaćivanja doprinosa koji nam omogućuju pravo na skrb kad za njom nastane potreba. Iznosi doprinosa računaju se po načelu solidarnosti, stoga svaka osigurana osoba uplaćuje isti postotak dohotka.

Oslonac na dohodak od rada negativno se odražava na konkurentnost radno intenzivnih sektora te može rezultirati lošom pokrivenošću zaposlenih u atipičnim oblicima rada (u smanjenom radnom vremenu, platformski rad). Prednost ovog modela je transparentnost; prava na ostvarivanje ne mogu se regulirati brzo kao u sustavima oporezivanja, a plaćanje doprinosa unaprijed osigurava jednakost (Europska komisija, 2021.).

Obvezno privatno osiguranje prati iste principe kao i socijalno, uz razliku što se premije mogu vezati i za profile rizika kod svakog pojedinog obveznika. Obveznici privatnog zdravstvenog osiguranja u Njemačkoj najčešće biraju i privatno osiguranje za dugotrajnu skrb.

Dobrovoljno privatno osiguranje prisutno je u Austriji, Njemačkoj i Francuskoj. Cijene premija su visoke upravo zbog visoke cijene skrbi, pogotovo ako se s uplaćivanjem krene kasnije u životu. Premije se temelje na dobi i procjeni rizika te na prihodima, što ograničava redistribuciju. Zbog poteškoća u izračunu razumne premije s obzirom na buduće projekcije, privatna osiguranja često isplaćuju mjesečnu naknadu umjesto plaćanja punog troška dugotrajne skrbi. Postojanje minimalnih prava putem javnog financiranja smanjuje poticaj na kupnju privatnog osiguranja, no ta dva modela mogu se međusobno nadopunjavati (Comas-Herrera, 2020.).

Utjecaj svakog pojedinog izazova razlikuje se od države do države uzevši u obzir dosadašnje napore u regulaciji dugotrajne skrbi, no EU kao kolektiv očekuje zahtjevan posao stvaranja univerzalnih standarda dugotrajne skrbi i njezine kvalitete.

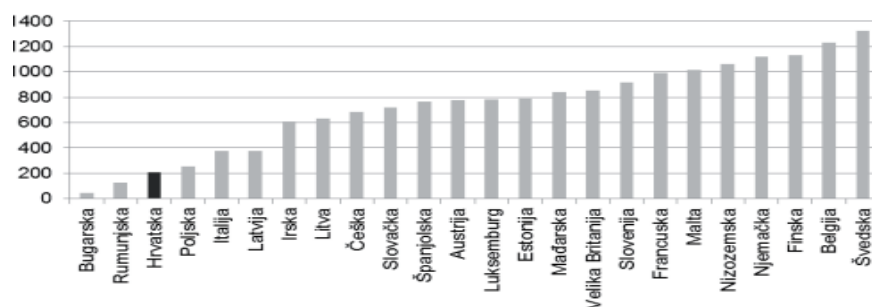
5. Plan razvoja dugotrajne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj

Sustav dugotrajne skrbi u Republici Hrvatskoj zasad zaostaje po pitanju koordinacije različitih sustava i razvijenosti infrastrukture (Dobrotić, 2016.) te je obilježen nejednakom regionalnom dostupnošću i nedostatkom radne snage kao posljedicom migracija u druge države EU-27. Udio stanovništva starijeg od 65 godina 2019. godine iznosio je 20,6% s tendencijom rasta na 30,2% do 2050. godine. U isto vrijeme prosjek Europske Unije iznosio je 20,3% s tendencijom rasta na 29,5% (MROSP, 2021.). Prema Popisu stanovništva (DZS, 2022.) Republika Hrvatska ima 3 871 833 stanovnika te udio stanovništva starijeg od 65 godina iznosi 22,45%. Smještajnih kapaciteta za osobe starije od 65 godina Republika Hrvatska ima za 3,68% osoba

(MROSP, 2021.), a 2013. godine bila je pri dnu ljestvice država članica EU-27 po broju kreveta u ustanovama koje pružaju dugotrajnu skrb, s 208 kreveta na 100 000 stanovnika u usporedbi s 1 325 kreveta na 100 000 stanovnika u Švedskoj koja je bila na vrhu ljestvice (Bađun, 2017.), što je vidljivo u Slici 5.1.

Slika 5.1.

Broj kreveta u ustanovama koje pružaju dugotrajnu skrb na 100 000 stanovnika (2013.)



Napomena: Podaci za Belgiju, Italiju, Luksemburg, Nizozemsku i Španjolsku odnose se na 2012., a podaci za Cipar, Dansku, Grčku i Portugal nisu raspoloživi. Podaci ne uključuju zdravstvene ustanove. Izvor: WHO, 2015., prema Bađun, 2017.

Vlada Republike Hrvatske (2021.) donijela je Nacionalnu razvojnu strategiju Republike Hrvatske do 2030. godine (u daljnjem tekstu: Nacionalna strategija) kao krovni dokument i sveobuhvatni akt strateškog planiranja kojim se dugoročno usmjerava razvoj društva i gospodarstva u svim važnim pitanjima za Hrvatsku. Strateški cilj 5. tog dokumenta pod nazivom 'Zdrav, aktivan i kvalitetan život' određuje kvalitetu života starijih sugrađana, solidarnost s ranjivim skupinama, zdravlje i zdravstvenu zaštitu kao neke od sastavnica solidarnog i prosperitetnog društva. Dostojanstveno starenje jedno je od prioritarnih područja javnih politika, a želi se postići postizanjem primjerenih razina mirovina i dugoročnom održivošću mirovinskog sustava. No, osim prilagodbe mirovinskog sustava, demografske projekcije zahtijevaju i prilagodbu infrastrukture za pružanje skrbi i razvoj usluga za starije građane. Zdravlje i zdravstvena zaštita okosnica su 5. cilja te se razvojem preventivnih programa, modernizacijom sustava bolničkog i izvanbolničkog liječenja te koordinacijom zdravstvenih i socijalnih usluga želi djelovati na povećanje očekivanog broja godina zdravog života, kao i na smanjenje broja osoba u riziku od socijalne isključenosti, što bi zauzvrat moglo smanjiti broj osoba u potrebi za

dugotrajnom skrbi ili barem odgoditi vrijeme početka pružanja što bi utjecalo na ukupno vrijeme pružanja dugotrajne skrbi (Vlada Republike Hrvatske, 2021.).

5.1. Plan promjena u sustavu zdravstvene zaštite

Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. godine (u daljnjem tekstu: Nacionalni plan) srednjoročni je akt strateškog planiranja koji izravno podupire provedbu Nacionalne Strategije u okviru strateškog cilja 5. Na temelju procjene potrebe i definiranjem prioriteta razvoja zdravstvene politike, Nacionalnim planom utvrđeno je 5 posebnih ciljeva:

- 1) Bolje zdrave životne navike i učinkovitija prevencija bolesti
- 2) Unaprjeđenje sustava zdravstvene zaštite
- 3) Unaprjeđenje modela skrbi za ključne zdravstvene izazove
- 4) Učiniti zdravstveni sustav poželjnim mjestom za rad
- 5) Unaprjeđenje financijske održivosti zdravstvenog sustava

U okviru 2. cilja predviđa se koordinacija i integracija sustava zdravstvene zaštite i sustava socijalne skrbi s naglaskom na skrb na razini kuće i zajednice. Isto tako, potreban je razvoj modela dugotrajne skrbi koji će se ovisno o zahtjevima skrbi provoditi u kući, ustanovi zdravstvene i socijalne skrbi, u kontinuitetu i sveobuhvatno, po modelu 24/7/365 (Ministarstvo zdravstva RH, 2021.).

Prioriteti razvoja dugotrajne skrbi pobliže su objašnjeni u Prilogu 3. Nacionalnog plana pod nazivom Nacionalni portfelj ulaganja u zdravstvo i dugotrajnu skrb 2021.-2027. Mapiranjem potreba uočeni su nedostaci u svim županijama, stoga je potrebno proširiti infrastrukturu za pružanje skrbi i dodatno educirati stručno osoblje. Naglasak je i na organizaciji mjera koordinacije kako bi se stvorio sustav za pružanje većeg broja usluga u kući, sa svrhom rasterećenja smještajnih kapaciteta zdravstvenih ustanova. Kvalitetna izvaninstitucionalna skrb iziskuje dobru organizaciju izvanbolničkih timova što će biti postignuto jačanjem: a) djelatnosti zdravstvene njege i fizikalne terapije u kući bolesnika, b) patronažne zdravstvene zaštite i c) djelatnosti palijativne skrbi (Ministarstvo zdravstva RH, 2021.).

5.2. Plan promjena u sustavu socijalne skrbi

Nacionalni plan razvoja socijalnih usluga za razdoblje od 2021. do 2027. godine (u daljnjem tekstu: Nacionalni plan) podupire provedbu Strategije te utvrđuje da je djelatnost socijalne skrbi za starije u Republici Hrvatskoj opterećena sličnim problemima kao i djelatnost zdravstvene, regionalna raspoređenost ne zadovoljava potrebe i vrsta usluga ne zadovoljava potrebe starijih osoba, a u pogledu dugotrajne skrbi primjetan je nedostatak i fizičkih i ljudskih resursa. Socijalna skrb većinom je institucionalizirana, a postojeći kapaciteti svejedno ne zadovoljavaju potrebe starijih osoba, dok istovremeno ne mogu zadovoljiti potrebe za skrbi ni u vlastitom domu. Podaci o najpotrebnijim organiziranim socijalnim uslugama prema rezultatima istraživanja o potrebama starijih osoba provedenog u centrima za socijalnu skrb 2020. godine prikazani su u Tablici 5.1.

Tablica 5.1.

Postotni prikaz najpotrebnijih organiziranih socijalnih usluga, N= 3001.

Pomoć u kući	50,9 %
Smještaj u domu	13,5 %
Dnevni boravak	1,4 %
Organizirane dnevne aktivnosti	3,7 %
Nema potrebu za organiziranom skrbi	30,6 %

Izvor: MROSP (2021.).

U navedenom razdoblju prioritet Nacionalnog plana u pogledu razvoja skrbi za starije osobe bit će planiranje cjelovite skrbi. Usluga smještaja planira se realizirati izgradnjom centara za starije osobe koji bi pružali usluge u skladu s potrebama korisnika. Centri bi osim izvaninstitucionalnih usluga pružali i uslugu smještaja za djelomično i potpuno funkcionalno ovisne starije osobe kao i osobe oboljele od Alzheimerove ili drugih tipova demencija, a kojima skrb više ne može biti pružana u vlastitom kućanstvu. Koordinacijom i integracijom sustava zdravstvene i socijalne skrbi u centrima bi starije osobe mogle realizirati pravo na primarnu zdravstvenu

zaštitu. Na temelju mapiranja potreba predviđena je izgradnja 8 centara za 800 korisnika dugotrajne skrbi koju zbog zahtjevnosti nije moguće organizirati na razini zajednice. Izgradnjom centara trebali bi se riješiti problemi; a) potrebe za smještajem potpuno funkcionalno ovisnih starijih osoba čije potrebe ne mogu biti zadovoljene pružanjem izvaninstitucionalnim uslugama i b) nedostupnosti socijalnih usluga za starije te opterećenosti ukućana i članova obitelji. U svrhu unaprjeđenja skrbi za starije planira se i uvođenje dvije nove socijalne usluge:

- 1) jedinice za predah (eng. *respite care unit*) za obitelji koje skrbe o funkcionalno ovisnoj osobi. Podršku bi pružao asistent vođen znanjima tima kojeg čine socijalni radnik, zdravstveni radnik, rehabilitator, radni terapeut i psiholog. Pruža se sukladno procijenjenim potrebama te služi prevenciji institucionalizacije i postizanju ravnoteže obiteljskog života
- 2) njegovatelja za starije koji služi poboljšanju kvalitete života starije osobe. Podrška se pruža u pogledu osobne higijene, pravilne prehrane, stambenog zbrinjavanja te održavanja odnosa s okolinom. Podrška je višesatna i sveobuhvatna s ciljem prevencije institucionalizacije.

Zbog nedostatka stručnog kadra, potrebno je zapošljavanje dodatnih stručnih radnika, ali i uvođenje novih profila radnika za pružanje novih usluga. Radit će se na unaprjeđenju kompetencija radnika provođenjem kontinuiranih i usmjerenih edukacija. Standardizacijom postupanja utjecat će se na kvalitetu skrbi i smanjiti regionalne nejednakosti (MROSP, 2021.).

6. Dugotrajna skrb osoba s demencijom

Trenutno na svijetu živi više od 55 milijuna bolesnika s demencijom, a svake godine dijagnosticira se 10 milijuna novih slučajeva. Demencija je 7. vodeći uzrok smrti na svijetu i jedan od najvažnijih uzroka funkcionalne ovisnosti starijih osoba (World Health Organization, 2023.). U 2010. godini, 15% Amerikanaca starijih od 70 godina imalo je dijagnosticiranu demenciju, a procjenjuje se da će se broj novih slučajeva među osobama starijim od 65 godina do 2050. godine dvostruko povećati (Shih i sur., 2014.). Broj osoba s demencijom u EU-27 u 2019. godini bio je procijenjen na 7,853,705 te se do 2050 očekuje gotovo pa dvostruko povećanje (Alzheimer Europe,

2019.). Prevalencija u Europi po spolu i dobi u 2018. godini prikazana je u Tablici 6.1.

Tablica 6.1.

Prevalencija demencije po spolu i dobi u Europi u 2018. godini

Dobna skupina	Sveukupna prevalencija	Žene	Muškarci
60-64	0.6%	0.9%	0.2%
65-69	1.3%	1.5%	1.1%
70-74	3.3%	3.4%	3.1%
75-79	8%	8.9%	7%
80-84	12.1%	13.1%	10.7%
85-89	21.9%	24.9%	16.3%
90+	40.8%	44.8%	29.7%

Izvor: Alzheimer Europe, 2019.

Demencija je sindrom čiji su uzroci Alzheimerova bolest, ujedno i najčešći u više od 60% slučajeva te razni neurodegenerativni i cerebrovaskularni poremećaji koji s vremenom uništavaju živčane stanice i oštećuju mozak što posljedično dovodi do deterioracije kognitivnih funkcija u većem stupnju nego kod normalnog procesa starenja. Trenutno za nju nema lijeka niti načina značajnijeg usporavanja napredovanja (Shih i sur., 2014.), što kod bolesnika dovodi do potrebe za dugotrajnom skrbi. Demencija zbog svojih specifičnih obrazaca propadanja funkcija te samog trajanja bolesti ima psihičke, fizičke, ekonomske i socijalne utjecaje ne samo na bolesnika, već i na njegove njegovatelje, obitelj, ali i društvo (World Health Organization, 2023.).

Propadanje funkcija trajno je i ireverzibilno, ali događa se različitom brzinom ovisno o fazi bolesti, stoga napredovanje možemo promatrati kroz 3 faze. U **ranog** fazi dolazi do oštećenja kratkotrajnog pamćenja, a učenje i pamćenje novih informacija postaje sve zahtjevnije. Razvijaju se jezične poteškoće, uglavnom povezano s pronalaskom prikladnih riječi; promjene raspoloženja i ličnosti. Moguću su poteškoće kod obavljanja svakodnevnih aktivnosti, apstraktnog razmišljanja i procjene što može uzrokovati razdražljivost. U **srednjog** fazi pamćenje još nije izgubljeno, ali je učenje novih informacija značajno otežano, gotovo nemoguće. Bolesnicima je potrebna

pomoć oko obavljanja osnovnih aktivnosti poput kupanja, hranjenja ili oblačenja. Može doći do napretka u promjeni osobnosti te bolesnici lakše postaju anksiozni, razdražljivi i nefleksibilni. Promjene u ponašanju kao što je agresivnost nisu rijetke. Ritam spavanja je poremećen te se gubi osjećaj za vrijeme i prostor jer zbog propadanja kognitivnih funkcija nema povratnih informacija iz okoline. Povećan je i rizik od ozljede zbog problema s ravnotežom koje uzrokuju padove. U **kasnoj** fazi ispoljavaju se iznimno teški simptomi te bolesnici ne mogu samostalno hodati, oblačiti se, teško se hrane i gutaju, a zbog nemogućnosti kontrole fizioloških funkcija dolazi do pojave inkontinencije. Pamćenje je izgubljeno, a poteškoće govora mogu biti tolike da je bolesnik nije u stanju izgovoriti više od nekoliko riječi. Dolazi do potpune ovisnosti o drugim osobama, a zahtjevi skrbi mogu biti takvi da ih više nije moguće ispuniti kod kuće čak i uz profesionalnu pomoć te u ovoj fazi bolesnici često budu smješteni u posebnu ustanovu za njegu (Dementia UK, 2023.).

Troškovi skrbi rastu proporcionalno napretku bolesti, a troškovi dugotrajne skrbi rastu općenito zbog fluktuacija na tržištu rada. Trajanje skrbi za osobu s demencijom u prosjeku je duže od 8 godina (Chang i sur., 2020.). U kombinaciji sa sve većom prevalencijom uzrokovanom starenjem stanovništva i produljenjem životnog vijeka te nedostatku radne snage, dovodi se u pitanje održivost financiranja u budućnosti. Utjecaj skrbi na njegovatelje iznimno je visok, pogotovo u kasnijim fazama te je za što duže ostajanje u obiteljskom okruženju potrebna intenzivna i dobro organizirana stručna pomoć i potpora. Ipak, treba razvijati i institucionalne oblike smještaja radi rasterećenja obitelji u slučaju prevelikih zahtjeva skrbi (Shih i sur., 2014.).

Demencija se zbog svojih specifičnih karakteristika izdvojila kao zaseban izazov dugotrajne skrbi. Nepovoljne projekcije za budućnost, visoka prevalencija, visoki troškovi, progresija simptoma, pojava komorbiditeta, visok stupanj ovisnosti i tome pripadajući utjecaj tereta skrbi na njegovatelja odrednice su koje se moraju uzeti u obzir prilikom planiranja modela skrbi. Važno je razvijati i formalne oblike skrbi kako ne bi došlo do sagorijevanja ili razvoja teških bolesti kod njegovatelja što bi samo povećalo opseg problema.

7. Dugotrajna skrb za starije i socijalni rad

Kompetencije su ukupnost znanja, vještina i vrijednosti koje mogu biti određene u širem smislu ili se mogu definirati sukladno pojedinim područjima profesije (Buljevac i sur., 2020.). Profesionalne kompetencije za rad sa starijim osobama uključuju pristupačnost, prepoznavanje ageizma, procjenu, autonomnost, komunikaciju, vođenje slučaja, emocionalnu podršku, svijest o sebi i znanje o potrebama (Naito-Chan i sur., 2005., prema Buljevac i sur., 2020.). Singh Dhooper (2011.) navodi da je povijesna uloga socijalnog radnika u dugotrajnoj skrbi ovisila o obliku u kojem se pružala skrb. Tako su zadaci socijalnog radnika u domu za starije bili koordinacija usluga, organizacija aktivnosti za korisnike te rješavanje poslova prijema i otpusta. U domovima koji su obraćali više pažnje na zadovoljavanje psihosocijalnih potreba korisnika, socijalni radnici pružali su usluge korisnicima, obiteljima, ostalom osoblju te na kraju i zajednici. Što se tiče skrbi za starije u kući većinom su radili kao voditelji slučaja; planirali i nadzirali provedbu programa skrbi te vršili nadzor nad volonterima.

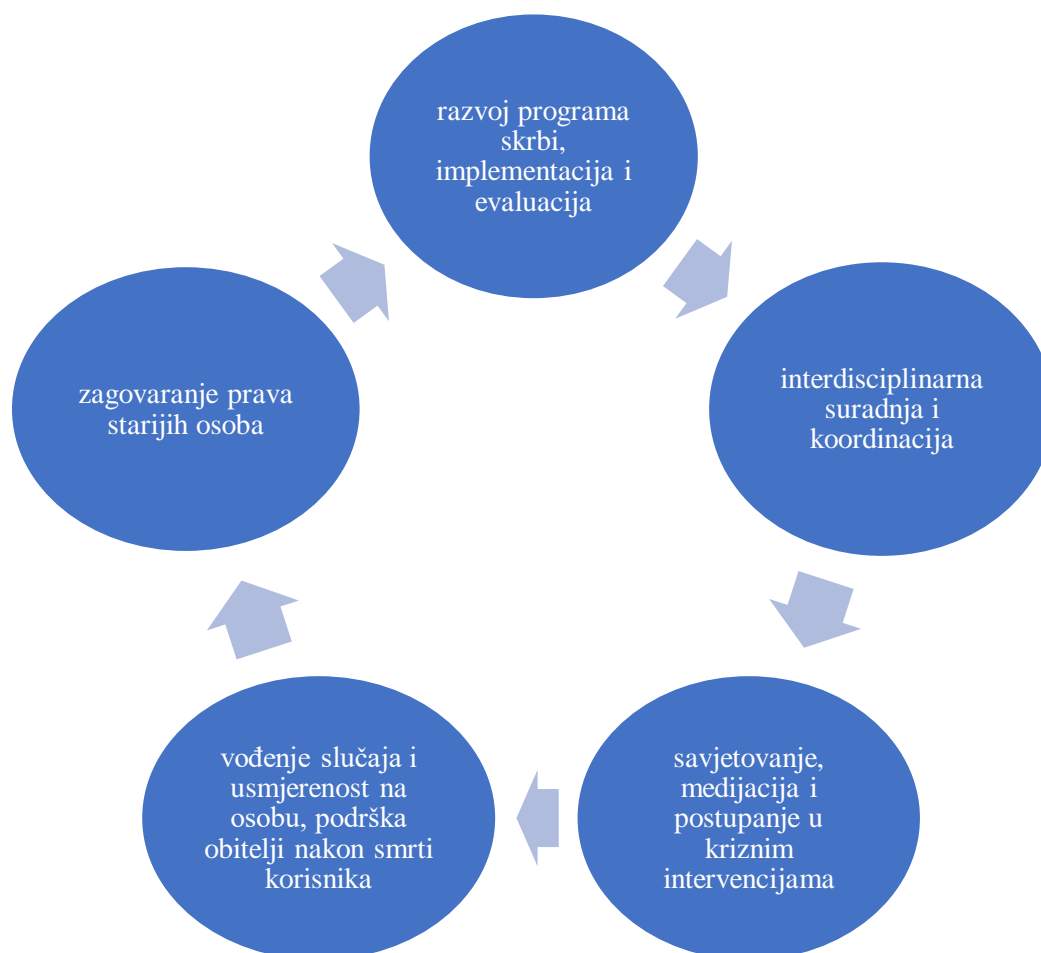
U dugotrajnoj skrbi za korisnika koji boluje od demencije, uloga socijalnog radnika ovisit će o fazi bolesti. U ranoj fazi fokus će biti na izradi plana skrbi kojim će se riješiti bitna pitanja dok je korisnik još uvijek sposoban, kako bi se osiguralo ispunjenje njegovih želja onda kada više ne bude u stanju sam odlučivati i kako bi se održao mir u obitelji (Fried i sur., 2009., prema Rusac 2016.). U srednjoj fazi procjena i planiranje odnose se i na samog korisnika i na njegovatelja. Pruža se pomoć obitelji s ciljem razvoja strategija suočavanja sa simptomima koji postaju sve teži. Zadatak je socijalnih radnika prepoznati kada skrbnik više ne može samostalno brinuti o korisniku te shodno tome organizirati formalnu pomoć. Zbog napredovanja simptoma pokrenut će se i postupak za lišenje osobe poslovne sposobnosti i imenovanja skrbnika, svrha čega je u prvom redu zaštita oboljelog. U kasnoj fazi zbog velikog nepovratnog gubitka sposobnosti palijativna skrb za bolesnika postaje ključna i potrebno je izvršiti procjenu hoće li se i koliko dugo moći pružati u kući uz profesionalnu pomoć. Ukoliko se utvrdi da ostanak u kući nije prikladan, donijet će se odluka o smještaju u hospicij (Rusac, 2016). Izazov u tom pogledu može predstavljati nedostatak smještajnih kapaciteta, kao što je slučaj u Hrvatskoj. Nedostatak specijaliziranih ustanova vidljiv je na cijelom teritoriju te je Nacionalnim planom razvoja za razdoblje od 2021. do 2027. godine (2021.). predviđeno povećanje smještajnih kapaciteta. U ovom stadiju pruža se

cjelovita skrb za bolesnika i obitelj ovisno o njihovim potrebama. S obzirom da će obitelji biti potrebna podrška i nakon smrti bolesnika, prvenstveno u procesu tugovanja, socijalni radnik izradit će daljnji plan potpore (Rusac, 2016.).

Socijalni radnici u dugotrajnoj skrbi djeluju sukladno etičkim načelima struke, služeći se pritom stečenim znanjima i vještinama pri ispunjavanju široke palete zadataka. Pružaju usluge na razini pojedinca, obitelji i zajednice u raznim okruženjima, formalnim i neformalnim. Zbog različitosti usluga koje pružaju, od administrativnih, preko procjene i planiranja do pružanja psihosocijalne podrške, socijalni radnici s pravom su punopravni članovi tima dugotrajne skrbi koji integriraju sve potrebne aspekte, podržavajući holistički pristup skrbi.

Slika 7.1.

Zadaci socijalnog radnika u dugotrajnoj skrbi za starije osobe



Izvor: National Association of Social Workers, 2008.

8. Zaključak

Sredinom prošlog stoljeća dogodile su se socijalne i ekonomske promjene povezane s tranzicijom iz industrijskog u postindustrijsko društvo i stvorile nove socijalne rizike koji su danas najveći izazovi socijalne politike u EU (Armingeon i Bonoli, 2006.). Demografsko starenje i produljenje trajanja životnog vijeka povećavaju udio starijih osoba u društvu, a kombinacija promjena na tržištu rada i destabilizacije obiteljskih struktura, dovele su do toga da je starost u današnjem društvu postala socijalni rizik. Kućanstva u kojima zajedno živi više generacija iste obitelji danas su rijetkost, a veći broj žena u radnom odnosu smanjuje mogućnost skrbi za starije kod kuće (Jedvaj i sur., 2014.).

Ovaj problem zahvaća EU kao cjelinu te iako su neke zemlje već pristupile njegovom ublažavanju, najveći dio posla tek slijedi. S tim u skladu Europska komisija donijela je europsku strategiju za skrb u kojima su definirani najveći izazovi. Izazov pristupa uslugama ovisi o svijesti o postojanju usluga, njihovom dostupnošću te naposljetku cjenovnom prihvatljivošću. Predlažu se modeli promoviranja usluga koji bi također olakšali i načine prijave za njihovo ostvarivanje. Razvijaju se oblici formalne potpore skrbi kako bi se zadovoljile različite potrebe te se izrađuju modeli financiranja koji bi svima omogućili prihvatljivu cijenu usluga. Kvalitetu skrbi promatramo kao kombinaciju zdravstvene i socijalne dimenzije, a ulaganje napora u standardizaciju indikatora kvalitete omogućit će bolje mjerenje i smanjivanje regionalnih nejednakosti. Skrbnici mogu biti formalni i neformalni. Formalni sektor karakteriziran je fizičkom i psihičkom zahtjevnošću posla, nedostatkom osoblja i otežanim radnim uvjetima što se odražavana na privlačnost sektora za rad. Neformalni skrbnici po definiciji su osobe bliske korisniku koje mu bez naplate pružaju skrb u obiteljskom okruženju. Zbog iznimnog tereta skrbi koji može ozbiljno ugroziti njihovu dobrobit, u budućnosti treba razvijati oblike formalne zamjenske pomoći. Načine financiranja možda će biti potrebno kombinirati kako bi se sustav dugotrajne skrbi mogao održati kroz dulje vrijeme (Long-term care report, 2021.).

Sustav dugotrajne skrbi u Republici Hrvatskoj obilježen je regionalnim nejednakostima, nedostatku radne snage te nedostatku infrastrukturnih kapaciteta uopće. Nacionalni planovi vezani za unaprjeđenje dugotrajne skrbi doneseni su u sustavima zdravstvene zaštite i socijalne skrbi, a smjernice bi trebale služiti uspostavi

integracije ta dva sustava za pružanje sveobuhvatne skrbi u pravom smislu te riječi. Dodatnu pažnju treba obratiti na demenciju koja se pokazala jednim od važnijih javnozdravstvenih problema u svijetu. Zbog specifičnog tijeka i razvoja simptoma te dugog trajanja bolesti, oboljelima je potrebna dugotrajna skrb, a njihovim obiteljima intenzivna podrška (World Health Organization, 2023.). U razvoju sustava dugotrajne skrbi prepoznata je i uloga socijalnog radnika, koji pružanjem različitih vrsta socijalnih usluga integriraju različite pristupe skrbi i stvaraju ugodnije okruženje za oboljele i njihove obitelji (Rusac, 2016.).

Popis slika

Slika 5.1. *Broj kreveta u ustanovama koje pružaju dugotrajnu skrb na 100 000 stanovnika, 2013.*, str. 22.

Slika 7.1. *Zadaci socijalnog radnika u dugotrajnoj skrbi za starije osobe*, str. 29.

Popis tablica

Tablica 4.1. *Primjeri pitanja u upitnik o informiranju i sudjelovanju u odlučivanju za pacijente onkološke skrbi u sjevernoj Njemačkoj*, str. 11.

Tablica 4.2. *Primjeri nekih inovacija provedenih u domovima za starije u Republici Sloveniji*, str. 13.

Tablica 4.3. *Prikaz starosti radne snage u dugotrajnoj skrbi u odnosu na cjelokupnu radnu populaciju u 2019. godini*, str. 14.

Tablica 4.4. *Tipovi socijalnih režima u Europi i pripadajući načini financiranja*, str. 20.

Tablica 5.1. *Postotni prikaz najpotrebnijih organiziranih socijalnih usluga, N= 3001.*, str. 24.

Tablica 6.1. *Prevalencija demencije po spolu i dobi u Europi u 2018. godini*, str. 26.

Literatura

Ajduković, M. (2008). Socijalni problemi, socijalni rizici i suvremeni socijalni rad. *Revija za socijalnu politiku*, 15(3), 395-414.

Alzheimer Europe (2023). *Prevalence of dementia in Europe*. Posjećeno 05.08. 2023. na mrežnoj stranici: <https://www.alzheimer-europe.org/dementia/prevalence-dementia-europe>

Armingeon, K., & Bonoli, G., (ur.), (2006). *The Politics of Post-Industrial Welfare States: Adapting post-war social policies to new social risks*. London/New York: Routledge.

Arrighi, Y., Davin, B., Trannoy, A. & Ventelou, B. (2015). The non-take up of long-term care benefit in France: a pecuniary motive? *Health Policy*, 119(10), 1338-1348.

Ambugo, E.A., de Bruin, S.R., Masana, L., MacInnes, J., Mateu, N.C., Hagen, T.P., & Arrue, B. (2021). A Cross-European Study of Informal Carers' Needs in the Context of Caring for Older People, and their Experiences with Professionals Working in Integrated Care Settings. *International Journal of Integrated Care*, 21(3).

Bađun, M. (2015). Neformalna i dugotrajna skrb za starije i nemoćne osobe. *Newsletter : povremeno glasilo Instituta za javne financije*, 17(100), 1-9.

Bađun, M. (2017). Financiranje domova za starije i nemoćne osobe u Hrvatskoj. *Revija za socijalnu politiku*, 24(1), 19-42.

Bee, P., Barnes, P., Luker, K. (2009). A systematic review of informal caregivers' needs in providing home-based end-of-life care to people with cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 18(10), 1379-93.

Bežovan, G., Matančević, J., & Baturina, D. (2016). Socijalne inovacije kao doprinos jačanju socijalne kohezije i ublažavanju socijalne krize u europskim urbanim socijalnim programima. *Revija za socijalnu politiku*, 23(1), 61-80.

Bežovan, G. & Baturina, D. (2019). Europski stup socijalnih prava. *Revija za socijalnu politiku*, 26(1), 115-122.

Buljevac, M., Opačić, A. i Podobnik, M. (2020). Profesionalne kompetencije socijalnih radnika: temelj identiteta jedne pomažuće profesije. *Ljetopis socijalnog rada*, 27(1), 31-56.

Chang, C.H., Ming, Y., Chang, T.H., Yen, Y.Y., & Lan, S.J. (2020). The Needs and Utilization of Long-Term Care Service Resources by Dementia Family Caregivers and the Affecting Factors. *Int J Environ Res Public Health*. 17(16).

Colombo, F., Llana-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011). *Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care*. Paris: OECD Publishing.

Comas-Herrera, A. (2020). *Peer Review on 'Financing Long-term Care', Thematic Discussion Paper, European Commission*. Dostupno na: [file:///C:/Users/saras/Downloads/Thematic%20Discussion%20Paper%20-%20MLS%20SPSI%20PR%20EE,%2022-23%20September%202020%20\(9\).pdf](file:///C:/Users/saras/Downloads/Thematic%20Discussion%20Paper%20-%20MLS%20SPSI%20PR%20EE,%2022-23%20September%202020%20(9).pdf)

Dementia UK (2023). *Stages of dementia*. Posjećeno 10.08. na mrežnoj stranici: <https://www.dementiauk.org/information-and-support/about-dementia/stages-of-dementia/>

Dobrotić, I. (2016). Razvoj i poteškoće sustava skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj. *Društvena istraživanja*, 25(1), 21-42.

Državni zavod za statistiku (2022). *Popis stanovništva 2021*. Dostupno na: <https://dzs.gov.hr/vijesti/objavljeni-konacni-rezultati-popisa-2021/1270>

End of Life Care Strategy – promoting high quality care for all adults at the end of life. (2008). London: Department of Health.

Esping-Andersen, G. (1999). *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford University Press.

Eurofound (2015). *Access to social benefits: Reducing non-take-up*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Eurofound (2020). *Long-term care workforce: Employment and working conditions*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Europska komisija (2012). *Long-term care for the elderly : provisions and providers in 33 European countries*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Europska Komisija (2018). *The 2018 Ageing Report*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Europska komisija (2020). *Report on the Impact of Demographic Change*. Luxembourg: Publications Office of the European Union..

Europska komisija (2021). *Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Europska komisija (2022.a). *Komunikacija komisije europskom parlamentu, europskom gospodarskom i socijalnom odboru i odboru regija o europskoj strategiji za skrb*.

Europska komisija (2022.b). *ANNEX to the Proposal for a Council Recommendation on access to affordable high-quality long-term care*.

Guogis, A., Reinholde, I. & Orlova, U.L. (2016). Demokracija i vladavina u javnim službama: slučaj rezidencijalne skrbi u Litvi. *Revija za socijalnu politiku*, 23(2), 181-195.

Jedvaj, S., Štambuk, A., & Rusac, S. (2014). Demografsko starenje stanovništva i skrb za starije osobe u Hrvatskoj. *Socijalne teme*, 1(1), 135-154.

Macgill, S. M., & Siu, Y. L. (2004). The nature of risk. *Journal of Risk Research*, 7(3), 315-352.

Mali, J. (2019). Inovacije u dugoročnoj skrbi: slučaj domova za starije osobe u Sloveniji. *Revija za socijalnu politiku*. 26(2), 225-225.

Mesarić, J. (2019). Audit kao metoda procjene kvalitete – prvo iskustvo u hrvatskom zdravstvu. *Zbornik sveučilišta Libertas*, 4(4), 253-263.

Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike (2021). *Nacionalni plan razvoja socijalnih usluga za razdoblje od 2021. do 2027*.

Ministarstvo zdravstva (2021). *Nacionalni plan razvoja zdravstva 2021.-2027*.

National Association of Social Workers (2008). *Social work in long-term care and aging: decreased health care costs, increased quality of life*. Posjećeno 05.08.2023. na mrežnoj stranici:

<https://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=WLe4RjXa8KA%3D&portalid=0>

National Institute on Aging (2017). *What is Long-Term Care*. Posjećeno 05.08.2023. na mrežnoj stranici: <https://www.nia.nih.gov/health/what-long-term-care>

Princess Royal Trust for Carers (2011). *Always on call, always concerned : a survey of the experiences of older carers*. Preuzeto s: Always-on-Call-Always-Concerned.pdf

Proot, I. M., Abu-Saad, H. H., Crebolder, H. F. J. M., Goldsteen, M., Luker, K. A., & Widdershoven, G. A. M. (2003). Vulnerability of family caregivers in terminal palliative care at home; balancing between burden and capacity. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(2), 113–121.

Puljiz, V. (2000). Socijalna država, decentralizacija, socijalna pomoć. *Hrvatska i komparativna javna uprava*, 2(2), 189-221.

Puljiz, V. (2001). Socijalna sigurnost između gospodarstva i politike u Hrvatskoj. U Baloban, S. (ur.), *Gospodarstvo i socijalni izazovi u tranzicijskim zemljama (157-173)*. Zagreb: Institut društvenih znanosti Ivo Pilar.

Ravnić, A. (1996). Socijalna država i državna blagostanja. *Revija za socijalnu politiku*, 3(3), 239-250.

Rudolph, C., Petersen, GS., Pritzkeleit, R., Storm, H., & Katalinic A. (2019). The acceptance and applicability of a patient-reported experience measurement tool in oncological care: a descriptive feasibility study in northern Germany. *BMC Health Services Research*. 19(1).

Rusac, S. (2016). Alzheimerova bolest: izazovi socijalnog rada. *Ljetopis socijalnog rada*, 23(3), 439-461.

Schulz, R., & Eden, R. (ur.), (2016). *Families Caring for an Aging America*. Washington, DC: The National Academies Press.

- Schulz R., Beach S.R., Czaja S.J., Martire L.M., & Monin J.K. (2020). Family caregiving for older adults. *Annual Review of Psychology*, 71(1), 635–659.
- Shih, R.A, Concannon, T.R., Liu J.L., & Friedman, E.M. (2014.). Improving Dementia Long-Term Care. *RAND Health Quarterly*, 4(2), 2.
- Singh Dhooper, S. (2011). *Social Work in Health Care. Its Past and Future*. SAGE Publications.
- Spasova, S., Baeten, R., & Vanhercke B. (2018). Challenges in long-term care in Europe. *Eurohealth*, 24(4), 7-12.
- Suffolk Family Carers (2022). *Are you a family carer?* Preuzeto s: <https://suffolkfamilycarers.org/>
- Štambuk, A., Levak, K. (2018). Poteškoće i dobrobiti rada s osobama oboljelim od demencije iz perspektive formalnih njegovatelja. *Revija za socijalnu politiku*, 25(2), 191–210.
- Štambuk, A., Rusac, S., & Skokandić, L. (2019). Profil neformalnih njegovatelja starijih osoba u gradu Zagrebu. *Revija za socijalnu politiku*, 26(2), 189-206.
- Taylor-Gooby, P. (2004). *New Risks, New Welfare: The Transformation of the European Welfare State*. Oxford: Oxford University Press.
- Vlada Republike Hrvatske (2021). *Nacionalna razvojna strategija Hrvatske do 2030. godine*.
- Worden, J.W. (2005). *Savjetovanje i terapija u tugovanju*. Zagreb: Naklada Slap.
- World Health Organization (2023). *Dementia*. Posjećeno 10.08.2023. na mrežnoj stranici: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Zigante, V., & King, D. (2019). *Quality assurance practices in long-term care in Europe : emerging evidence on care market management*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Dostupno na: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/bd0899c2-3293-11ea-ba6e-01aa75ed71a1>

Zigante, V. (2021). *Social situation monitor: the role of new technologies in modernising long-term care systems :a scoping review*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Dostupno na: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b2a95cef-61e9-11eb-aeb5-01aa75ed71a1>

Žganec, N., Rusac, S., & Laklija, M. (2007). Trendovi u skrbi za osobe starije životne dobi u Republici Hrvatskoj i u zemljama Europske unije. *Revija za socijalnu politiku*, 15(2), 171-188.