

VODIČ O AKTIVNOM ZDRAVOM STARENJU

STAROST NIJE BOLEST

STAROST JE NORMALNA FIZIOLOŠKA POJAVA I SIGURNA BLDUČNOST SVAKOG ČOVJEKA ! OVISNA JE O GENOMU STARENJA
I PRIMJENI POZITIVNOG ZDRAVSTVENOG PONAŠANJA U PREVENCIJI RIZIČNIH ČIMBENIKA BOLESNOG STARENJA

1. STALNA TJELESNA AKTIVNOST

OD MLADOSTI DO DUBOKE STAROSTI
UKLJUČUJE I SVAKODNEVNE VJEŽBE
DISANJA I VJEŽBE MIŠIĆA DNA
ZDJELICE ZBOG SPRIJEČAVANJA
NEVOLJNOG MOKRENJA.

2. STALNA PSIHIČKA AKTIVNOST

DOŽIVOTNO UČENJE I STJECANJE
NOVIH VJEŠTINA I ZNANJA.

3. PRAVILNA MEDITERANSKA PREHRANA

KOJA JE RESTRIKCIJSKA PO KALORIJSKOJ
VRIJEDNOSTI ZA STARIJE OD 65 G. (TO
ZNAČI NIKAKO VEĆI UNOS OD 1500 CAL S
OBZIROM NA SMANJENJE BAZALNOG
METABOLIZMA U STARIJIM OSOBA) –
UKLJUČUJE REDOVITO UZIMANJE POVRČA I
VOĆA, RIBE, BIJELO MESO BEZ KOŽICE;
SMANJENI UNOS „5B“ U HRANI: BIJELO
BRAŠNO, BIJELI ŠEĆER, BIJELA RIŽA, SOL,
MAST; UNOS DO 2 LITRE DNEVNO
NEZASLAĐENE TEKUĆINE NAJBOLJE ČISTA
VODA. POŽELJNO JE HRANU PRIPREMATI
U PRAVILU LEŠO I BEZ ZAPRŠKE,
IZBJEGAVATI POHANU I PRŽENU HRANU TE
UZIMATI DNEVNO SAMO 1 dcl CRNOG VINA
UZ OBROK.

4. SPRIJEČAVATI DEBLJINU, ALI I POTHRANJENOST U STAROSTI.

5. NEPUŠENJE I NEOVISNOST O LJJEKOVIMA, ALKOHOLU, OPIJATIMA, CRNOJ KAVI I DRUGIM SREDSTVIMA OVISNOSTI.

6. STALNA RADNA AKTIVNOST I NAKON UMIROVLJENJA.

Akcija
Kreativnost
Tajnost
Iskrenost
Vještine
Neovisnost
Osobitost

Znanje
Druženje
Ravnoteža
Aktivnost
Volja
Odgovornost

Svjesnost
Transformacija
Autentičnost
Radost
Energичnost
Nježnost
Estetika

7. OPTIMISTIČNO ŽIVLJENJE
SMIJATI SE I BITI ŠTO VEDRIJI ;
NE KRIVITI DRUGE ZA
VLASTITE NEUSPJEHE.

8. ŠIRENJE DOBROTE I LJUBAVI
ZA OBITELJ, ZA MLADE I STARIJE
OKO SEBE TE ZA POSAO KOJI SE
OBAVLJA; SEKSUALNA AKTIVNOST
KAO SASTAVNICA LJUBAVI NE
POZNAJE DOBNU GRANICU.

9. IZBJEGAVANJE OSAMLJENOSTI
I DEPRESIJE, RAZVIJANJE
KOMUNIKACIJE, VJEŽBANJE
PRILAGODBE NA STRESNE
DOGAĐAJE.

10. OSOBNA I OKOLIŠNA HIGIJENA
HIGIJENA ZUBI I ZUBALA,
REDOVITO OBREZIVANJE NOKTIJU
NA RUKAMA I NOGAMA;
UKLANJANJE BARIJERA, KLIZNIH
I MOKRIH POVRŠINA U KUĆI I
OKOLIŠU RADI SPRIJEČAVANJA
PADOVA I OZLJEDA.

11. NEPRIHVANJE PREDRASUDA
I NEZNAJNA O STARENJU I STAROSTI
KAO BOLESTI, NEMOĆI I OVISNOSTI
O DRUGIMA (samo svaka peta starija
osoba ovisna je o tuđoj skrbi zbog
funkcionalne onesposobljenosti).

12. PRIDRŽAVANJE UPUTA
LJEČENJA I UZIMANJA LJJEKOVA
POD NADZOROM LJEČNIKA.

13. PRIJENOS UMIJEĆA, ZNANJA,
RADNOG I ŽIVOTNOG ISKUSTVA
NA MLADE I DRUGE STARIJE.

“Na mladima
svijet ostaje, a
NA STARIJIMA
SVIJET
OPSTAJE”



ČETIRI STUPNJA GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE SA SESTRINSKOM DOKUMENTACIJOM
I POSTUPNIKOM OPĆE / OBITELJSKE MEDICINE U DOMU ZA STARIJE OSOBE - II. dopunjeno izdanje

Gradski ured za zdravstvo i branitelje
Gradski ured za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom
Hrvatska komora medicinskih sestara
Katedra za opću/obiteljsku medicinu
Škola narodnog zdravlja Andrija Štampar
Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
Hrvatsko društvo za gerontologiju i gerijatriju Hrvatskog liječničkog zbora

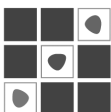
ČETIRI STUPNJA GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE SA SESTRINSKOM DOKUMENTACIJOM I POSTUPNIKOM OPĆE / OBITELJSKE MEDICINE U DOMU ZA STARIJE OSOBE

FOUR LEVELS OF GERIATRIC HEALTH CARE WITH DOCUMENTATION
FOR NURSES AND PROCEDURE GUIDE FOR GENERAL/FAMILY MEDICINE
PRACTITIONERS IN THE ELDERLY CARE HOMES

II. DOPUNJENO IZDANJE



Zagreb, 2012.godina



ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO
DR. ANDRIJA ŠTAMPAR
INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH
HR - 10000 ZAGREB, Mirogojska 16
www.stampar.hr

Centar za gerontologiju

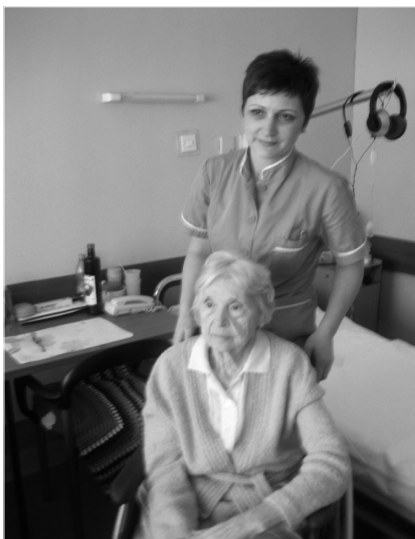
Referentni centar Ministarstva zdravlja RH
za zaštitu zdravlja starijih osoba

Gradski ured za zdravstvo i branitelje
Gradski ured za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom
Hrvatska komora medicinskih sestara
Katedra za opću/obiteljsku medicinu
Škola narodnog zdravlja Andrija Štampar
Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
Hrvatsko društvo za gerontologiju i gerijatriju Hrvatskog liječničkog zbora

ČETIRI STUPNJA GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE SA SESTRINSKOM DOKUMENTACIJOM I POSTUPNIKOM OPĆE / OBITELJSKE MEDICINE U DOMU ZA STARIJE OSOBE

FOUR LEVELS OF GERIATRIC HEALTH CARE WITH DOCUMENTATION
FOR NURSES AND PROCEDURE GUIDE FOR GENERAL/FAMILY MEDICINE
PRACTITIONERS IN THE ELDERLY CARE HOMES

II. DOPUNJENO IZDANJE



Zagreb, 2012. godina

Urednici/editors:
Prim.dr.sc.Spomenka Tomek-Roksandić, dr.med.
Dr. Zvonimir Šostar
Mr.Višnja Fortuna, dipl.soc.rad.

Autori/Authors:
Spomenka Tomek-Roksandić, Marica Lukić, Ana Deucht, Mara Županić, Mate Ljubičić, Dragica Šimunec, Slavica Garić, Stela Mravak, Mira Jelić, Slavica Šepec, Sanja Blažeković Milaković, Nada Tomasović Mrčela, Vlasta Vučevac, Sanja Predavec, Franica Pavković, Milica Katić

Odgovorni urednik/Editor in Chief:
mr. Sanja Ožić, dipl. iur.

Izdavatelj/Publisher:
**Referentni centar Ministarstva zdravlja RH
za zaštitu zdravlja starijih osoba**

Recenzenti/Reviewers:
Prof.dr.sc. Marija Strnad, doc.dr.sc. Urelija Rodin, Darko Ledinski, prof.

Grafička priprema i tisak:
„KERSCHOFFSET“

CIP zapis dostupan u računalnom katalogu Nacionalne i sveučilišne knjižnice
u Zagrebu pod brojem 802972

ISBN 978-953-6998-53-1

Dodatne obavijesti i podaci: www.stampar.hr

Molim korisnike GERONTOLOŠKOG PRIRUČNIKA navođenja izvora.

Additional information and data: www.stampar.hr

Please quote Gerontological Annual as a source for data citation!

Na slici naslovnice su:
**Gđa Matišić Božena, 92 g. i medicinska sestra Krajnović Dobrina,
Dom za starije „Sveta Ana“, Zagreb (2011.)**

Photo:

**Mrs. Matišić Božena, 92 years old and nurse Krajnović Dobrina,
Zagreb, Elderly care home: „Sveta Ana“, Zagreb (2011.)**

Autori su odgovorni za stručnu korektnost sadržaja knjige.
Authors are responsible for professional correctness of the book content.

1. PROSLOV II. DOPUNJENOM IZDANJU

Introduction to the 2nd enlarged edition

S osobitim zadovoljstvom ističemo značenje izradbe knjige “Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom i postupnikom opće/obiteljske medicine u domu za starije“, koja već ispunjava svoju svrhu u praktičnoj primjeni u domovima za starije i to s najvećim prestižnim udjelom u Gradu Zagrebu. Knjiga je izrađena u Centru za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo „Dr Andrija Štampar“ – Referentnom centru Ministarstva zdravlja Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih ljudi.

Iskazan je izraziti interes i velika potražnja za knjigom od strane medicinskih (gerijatrijskih) sestara, doktora medicine specijalista opće/ obiteljske medicine, doktora medicine različitih specijalnosti, te drugih stručnjaka, kao i zdravstvenih i socijalnih institucija koje skrbe i provode praćenje s utvrđivanjem zdravstvenih potreba za gerijatrijskom zdravstvenom njegom gerijatrijskih bolesnika/ korisnika domova za starije te domova za psihogerijatrijske bolesnike, po županijama Hrvatske i Grada Zagreba. Kako je prisutan značajan broj nepodmirenog potraživanja za knjigom, izrađeno je II. dopunjeno izdanje, ovog prestižnog priručnika, u kojem su dopunjena poglavlja sa sažetim prikazima Hrvatskih smjernica za prehranu starijih I. i II. dio, testom znanja o smjernicama prehrane za starije osobe, Značenju primjene sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije, Hrvatskom fondu za gerijatrijsku zdravstvenu njegu, testovima znanja o fiziološkom starenju,, o poremećaju mokrenja u gerijatriji, testa znanja za prepoznavanje nasilja nad starijom osobom te programom Hrvatske gerontološke i gerijatrijske škole, tečaju I. kategorije s međunarodnim sudjelovanjem iz gerontologije, gerijatrije i gerijatrijske zdravstvene njege.



Prof.dr.sc. Rajko Ostojić, ministar,

Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske



Prim.dr.sc. Spomenka Tomek-Roksandić

Voditeljica Referentnog centra MZRH

za zaštitu zdravlja starijih osoba

Centar za gerontologiju

Zavoda za javno zdravstvo

„Dr.Andrija Štampar“

Zagreb, 7. travanj 2012.g., Svjetski dan zdravlja, aktivno, zdravo starenje.



2. HRVATSKA GERONTOLOŠKA I GERIJATRIJSKA ŠKOLA

AKTIVNO ZDRAVO STARENJE, ovogodišnji Svjetski dan zdravlja upućuje na prioritetne zadaće u zaštiti zdravlja starijih osoba. To znači izradbu Smjernica programa zaštite zdravlja starijih osoba, osobito unaprijeđenja sustava gerijatrijske i gerontološke zdravstvene skrbi, gerijatrijske zdravstvene njege te socijalne gerontološke zaštite, znanosti i obrazovanja, rada i gospodarstva, mirovinskoga sustava do zdravstvenog turizma za starije, uz suodgovornost same starije osobe i lokalne zajednice za zdravlje starijih.

Slogan AKTIVNO ZDRAVO STARENJE, potvrđuje napore i stalan najdragocjeniji rad znanstvenika i stručnjaka za osiguranje mogućih **odgovora** za zdravo, aktivno i produktivno starenje, a kao doprinos tom cilju organiziramo tečaj I. kategorije iz gerontologije, gerijatrije i gerijatrijske zdravstvene njege s međunarodnim sudjelovanjem,

ZNANSTVENI SKUP

HRVATSKA GERONTOLOŠKA I GERIJATRIJSKA ŠKOLA

Zagreb, 19. i 20. travnja 2012. godine

Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ Medicinskog
fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

Dvorana A-B

Zagreb, Rockefellerova 4

Organizatori

Referentni centar Ministarstva zdravlja Republike Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih osoba - Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“

Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu

Razred za medicinske znanosti Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti Hrvatski zavod za javno zdravstvo

Hrvatsko društvo za gerontologiju i gerijatriju Hrvatskog liječničkog zbora Akademija medicinskih znanosti Hrvatske

Ured Svjetske zdravstvene organizacije u Republici Hrvatskoj

Gradski ured za zdravstvo i branitelje Grada Zagreba - Zagreb zdravi grad

Gradski ured za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom Grada Zagreba

Pokrovitelji

Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske

Ministarstvo socijalne politike i mladih Republike Hrvatske

Ministarstvo rada i mirovinskog sustava Republike Hrvatske

Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta Republike Hrvatske

Grad Zagreb

Hrvatska liječnička komora

Hrvatska komora medicinskih sestara

Hrvatska liga protiv raka

Namjena/svrha/ cilj

Trajna izobrazba iz gerontologije i gerijatrije te gerijatrijske zdravstvene njege namjenjena osobito timovima liječnika specijalista opće/obiteljske medicine i gerijatrijskim medicinskim sestrama, liječnicima drugih specijalnosti te drugim zdravstvenim djelatnicima i stručnjacima različitog profila koji se bave zaštitom zdravlja starijih osoba.

Edukacijski materijali iz gerontologije, gerijatrije i gerijatrijske zdravstvene njege za sudionike tečaja I.kategorije

- Sveučilišni udžbenik „Farmakoterapija u gerijatriji / Geriatric Pharmacotherapy“ Z.Durakovića i suradnici, 2011.
- Udžbenik „Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom i postupnikom opće/obiteljske medicine u domu za starije osobe“, Urednici: S. Tomek-Roksandić, Z. Šostar, V. Fortuna, II. dopunjeno izdanje, 2012.

- **Prijevod dokumenta SZO-a, EUR/RC61/SC(2) BD2113074/ Strategy and Action Plan for Healthy Ageing in Europe, 2012-2016**
- **Hrvatske smjernice za prehranu osoba starije dobi, dio I., D. Vranešić Bender, Ž. Krznarić, Ž. Reiner, S. Tomek-Roksandić, Z. Duraković, A. Kaić- Rak, N. Smolej Narančić, J. Bošnjir, Liječ Vjesn 2011;133:1-10**
- **Hrvatske smjernice za prehranu osoba starije dobi, dio II.- klinička prehrana, Ž. Krznarić i suradnici, Liječ Vjesn 2011; 133:299-307**
- **Testovi znanja o: osnovama starenja i starosti, inkontinenciji u starijih, smjernicama za prehranu starijih, depresijskoj gerijatrijskoj skali, prepoznavanju nasilja u starijih osoba**

Vrednovanje tečaja I.kategorije s međunarodnim sudjelovanjem iz gerontologije, gerijatrije i gerijatrijske zdravstvene njege

Hrvatska liječnička komora boduje tečaj I. kategorije s međunarodnim sudjelovanjem s 25 bodova predavače i 20 bodova sudionike tečaja. Hrvatska komora medicinskih sestara boduje s 9 bodova predavače i 6 bodova sudionike, a drugi stručnjaci će dobiti potvrđnice.

Medijski pokrovitelj Hrvatske gerontološke i gerijatrijske škole:

MEDIX- specijalizirani medicinski dvomjesečnik

PROGRAM

„ Na mladima svijet ostaje, a NA STARIJIMA SVIJET OPSTAJE“

akademik Marko Pećina

19. travnja 2012. ČETVRTAK

8,30 – 9,15 REGISTRACIJA SUDIONIKA

Moderatori: Prim.dr.sc. Spomenka Tomek-Roksandić, prof.dr.sc. Zijad Duraković, prof.dr.sc.Jadranka Božikov, prof.dr.sc.Antoniette Kaić-Rak
9,30-9,40 Akademik Zvonko Kusić, predsjednik HAZU, Gerontologija i gerijatrija prioritetne znanstvene discipline

9,40-9,55 Prof.dr.sc. Rajko Ostojčić, ministar zdravlja RH, Zaštita zdravlja starijih

9,55- 10,10 Milanka Opačić,dipl.polit., potpredsjednica Vlade RH i ministrica socijalne politike i mladih, Socijalna politika za starije

10,10- 10,25 Prof.dr.sc. Mirando Mrsić , ministar rada i mirovinskoga sustava RH, Održivost mirovinskog sustava

10,25 – 10,40 Doc. dr.sc.Željko Jovanović, ministar znanosti, obrazovanja i sporta RH ,

Trajno obrazovanje i znanost u zaštiti zdravlja starijih

10,40-10,50 Prim.dr.sc.Spomenka Tomek-Roksandić, Gerontološka i gerijatrijska zdravstvena zaštita - aktualnost i perspektive u Hrvatskoj

10,50-11,20 Prof.dr.sc.Ivan Đikić, Molekularne promjene u stanicama tijekom starenja

11,20 -11,40 Prof.dr.sc.Zijad Duraković, Gerijatrija i Farmakogerijatrija

11,40-11,55 Prof.dr.sc.Davor Miličić , Kardiovaskularna prevencija u starijih

11,55- 12,10 Stanka (kava, čaj, voda)

12,10-12,25 Dr. Zvonimir Šostar, Zagreb zdravi grad-Grad zdravog, aktivnog i produktivnog starenja

12,25- 12,40 Dr.sc.Ivanka Radman, Model gerijatrijske bolnice u Švicarskoj

12,40 – 13,00 Prof.dr.sc. Nenad Bogdanović , Demencija vodeći gerontološko- gerijatrijski problem

13,00 -13,20 Prof.dr.sc. Paolo Orlandoni, dr.sc Nikolina Jukic Peladic, Gerijatrijska bolnica INRCA , Ancona: novi organizacijski modeli za zdravstvenu zastitu gerijatrijskih bolesnika - telemedicina i umjetna prehrana

13,20-13,50 Prof.dr.sc Miroslav Radman, Biološke osnove starenja i dugovječnost

13,50-14,05 Akademik Željko Reiner, prof.dr.sc Anton Šmalcelj, Nove spoznaje u dijagnostici i liječenju kardiomiopatije i ateroskleroze u starijih

14, 05 -14,20 Akademkinja Vida Demarin, Moždani udar u neurogerijatriji, perspektive, prevencija, dijagnostika i liječenje starijih osoba

14,20-14,30 Prof.dr.sc.Antoniette Kaić-Rak, Ured SZO-a u Hrvatskoj, Svjetski dan zdravlja 2012. – Aktivno zdravo starenje

14,30- 15,15 Keglove vježbe, stanaka i objed

15,15-17,45 Moderatori : Prim.dr.sc. Spomenka Tomek-Roksandić, prof. dr.sc. Jadranka Božikov, prof.dr.sc.Mate Ljubičić

13 minuta izlaganja i 2 minute pitanja i odgovori

Dr.sc. Ivan Čipin, Starenje pučanstva Hrvatske i Europe najveće dostignuće 21. stoljeća

Prof.dr.sc.Mladen Vedriš, Aktualnost tržišta starijih osoba u Hrvatskoj

Mr.Višnja Fortuna dipl.soc.rad, Socijalna gerontologija i zagrebački model uspješne prakse Gerontoloških centara-izvaninstitucijske skrbi za starije

Dr.sc. Darija Vranešić Bender, Hrvatske smjernice za prehranu starijih osoba

Prof.dr.sc.Željko Krznarić, Enteralna prehrana pothranjenih gerijatrijskih bolesnika

Prof.dr.sc. Željko Metelko, Sekundarna prevencija dijabetesa u gerijatriji

Prof.dr.sc. Nina Smolej Narančić, Gerontoantropometrija

Prof.dr.sc. Miro Jakovljević, Psihogerijatrija uz komorbiditet i multimorbiditet

Prof.dr.sc. Mirko Šamija, Nove spoznaje o dijagnostici, prevenciji i liječenju karcinoma prostate u gerijatriji

Prof.dr.sc.Mate Ljubičić, prim.dr.sc.Željko Baklajić, prim.dr.sc.Spomenka Tomek-Roksandić , Osiguranje hrvatskog fonda za gerijatrijsku zdravstvenu njegu

Prim.dr. Borislav Aleraj, prof.dr.sc Ira Margan, Program cijepljenja u starijih

Dr.sc.Nada Tomasović Mrčela, dr. Vlasta Vučevac, dr.Zlatica Štrban Štok,dr. Goran Perko, prim.dr.sc.Spomenka Tomek-Roksandić, prof.dr.sc.Sanja Blažeković Milaković, prof.dr.sc.Milica Katić, Postupnik opće/obiteljske medicine u domu za starije osobe

Marica Lukić, dipl. med. techn, Ana Deucht, bacc.med. techn, Mara Županić, dipl.med. techn, Dragica Šimunec, bacc.med.techn, Slavica Šepec, dipl.med.techn, Slavica Garić, bacc.med.techn, Franica Pavković, bacc. med.techn, Mira Jelić, dipl.med.techn, Četiri stupnja sa sestrinskom dokumentacijom gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije

17,45-18,00 Stanka (kava, čaj, voda)

18,00-19,30

Prof.dr.sc. Filip Čulo, Gerontologija i gerijatrija na medicinskim fakultetima država Europe

Dr. Dragana Milutinović, Zdravstvena zaštita starijih osoba u Srbiji

Dr.Marijan Gjukić, Financiranje gerijatrijske skrbi u Austriji

Doc.dr.sc.Božidar Voljč, Prikaz stanja gerijatrije i gerontologije u Sloveniji

Prim. mr.sc. Goran Ivanišević, prim. dr. sc. Spomenka Tomek-Roksandić,

Zdravstveni turizam u zaštiti zdravlja starijih osoba

Prim.dr.Gordana Kalan Živčec, Gerontološkojavnozdravstvena analiza

kvalitete življenja umirovljenih liječnika u Sloveniji

„ na mladima svijet ostaje, a NA STARIJIMA SVIJET OPSTAJE“

akademik Marko Pečina

20. travnja 2012. PETAK

9,00- 13,55 Moderatori: Prof. dr.sc.Zijad Duraković, dr.sc. Ivanka Radman,

mr. Višnja Fortuna, prim.dr.sc. Spomenka Tomek-Roksandić , prof.dr.sc.

Jadranka Božikov

13 minuta izlaganja i 2 minute pitanja i odgovori

Prof.emeritus,dr.sc.Silvije Vuletić, Javnozdravstveni aspekt gerontoloških istraživanja

Dr.sc.Sandra Švaljek, Ekonomske implikacije starenja hrvatskog pučanstva

Prof.dr.sc Vlado Puljiz, Socijalni procesi i položaj starijih u suvremenom

društvu

Dr.sc.Ivanka Radman, Demencija izazov etike

Prof.dr.sc, Valentin Pozaić, Nikada eutanazija u starijih

Dr.sc.Ante Muljačić, Traumatologija u gerijatriji

Doc.dr.sc.Damir Eljuga, dr Ilona Sušac, Prevalencija raka dojke u starijoj

dobi

Prof.dr.sc Jadranka Morović-Vergles, Reumatologija u gerijatriji

Dr. Gina Sigl, Gerontološko-higijenske norme u domovima za starije u

Austriji

Prof.dr.sc.Jasna Bošnir, Prehrambene norme u domovima za starije

Dr. sc. Ignac Kulier, Značenje antioksidansa u zaštiti zdravlja starijih osoba

11,15-11,30 Stanka (kava, čaj, voda)

Prof.dr.sc Jasminka Despot-Lučanin, Psihologija starenja

Doc.dr.sc.Silvija Rusac, Kako prepoznati zlostavljaju stariju osobu?

Prim.dr.sc. Marina Kuzman, Zašto mlade učiti o zdravom starenju?

Prof.dr.sc. Marijeta Mišigoj-Duraković, Tjelesna aktivnost i vježbanje u zaštiti zdravlja osoba starije dobi

Prof.dr.sc. Adnan Čatović, Smjernice u prevenciji i liječenju bolesti

stomatognatog sustava osoba starije dobi

Dubravka Ograjšek-Škunca dr.dent.med, dr.sc. Boris Klaić, prof.dr.sc. Adnan Čatović, prof.dr.sc. Ksenija Jorgić-Srdak, prim.dr.sc. Spomenka Tomek-Roksandić, dr. Zvonimir Šostar, mr.sc.Mladen Klemenčić, Dunja Kuliš univ.mag.med.dent., Uloga mobilnih gerontostomatoloških timova u domovima za starije

Mr. Višnja Fortuna, dipl.soc.rad, Romana Galić, univ.spec.act.soc.,Ljiljana Vrbić, dipl.soc. rad., Antonija Bobić dipl.soc.rad, Andreja Ninić dipl.soc. rad., prim.dr. sc.Spomenka Tomek-Roksandić, Socijalne usluge za starije osobe kao poticaj razvoju društva te uloga i mjesto geročuvalica

Prof.dr.sc.Ljiljana Kaliterna Lipovčan, Gerotehnologija

**Mr.sc. Julijana Radnić , Djelatnost gerontodomačica u Hrvatskoj
Dr.sc.Dubravka Šimunović, Radno terapijska intervencija u starijih
13,55-14,35 Keglove vježbe, stanka i objed**

**Moderatori: Prim.dr.sc.Spomenka Tomek-Roksandić, dr.sc.Ivanka Radman, prof.dr.sc. Nenad Bogdanović, prof.dr.sc. Jadranka Božikov
Prof.dr.sc Nada Čikeš, Novi programi specijalističkog usavršavanja doktora medicine u Republici Hrvatskoj s osvrtnom na potrebe za specijalizacijom iz gerijatrije**

Prof.dr.sc. Gordana Pavleković, prof.dr.sc.Jadranka Božikov,

Poslijediplomski iz gerontologije

Prof.dr.sc. Ivica Rubelj, Telomere kao mehanizam starenja

Prof.dr. sc. Ivica Kostović, prof.dr.sc.Zdravko Petanjek, prof.dr.sc. Miloš Judaš, prof.dr.sc. Goran Šimić, Promjene sinaptičkih trnova u korteksu čovjeka starije dobi

Prof.dr.sc. Nenad Bogdanović, Značenje rane dijagnostike Alzheimerove bolesti u starijih

Prim. dr.sc. Rajka Liščić, Novi model u kliničkoj prevenciji u Alzheimerovoj demenciji starijih osoba

Dr.Veronika Laušin, mag.iur.Ljubica Đukanović, Prava starijih osiguranika iz osnovnog i dopunskog zdravstvenog osiguranja

Dr.sc. Nadežda Bilić, Sadašnjost i budućnost liječenja sive mreže u gerijatriji

Prof.dr.sc Janko Hančević, Dekubitus u gerijatriji - „pasivna eutanazija“

Doc.dr.sc.prim.Ninoslav Mimica, Alzheimerova bolest u starijih i uloga obitelji

Prof.dr.sc.Damir Gortan, Šum u uhu starijih

Prof.dr.sc. Smilja Kalenić, Prevencija MRSA u gerijatriji

17,45-18,00 Stanka (kava, čaj, voda)

Miljenko Bošković, prof, Komunikacijske vještine u gerontologiji i gerijatriji

Pater Antun Cvek, Uloga karitativne pomoći u skrbi za funkcionalno onesposobljene starije osobe

Dr. Vlasta Vučevac, doc.dr.sc.Marijana Braš, Palijativnogerijatrijska skrb u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Mirjana Lipovščak, dipl.oec., prof.dr.sc. Marija Strnad, prim.dr.sc.

Spomenka Tomek-Roksandić, dr.Branimir Tomić, Potencijalno izgubljene godine života zbog oboljelih od cirkulacijskih bolesti, prometnih nesreća i suicida

Marko Slavić, dipl.soc.rad, Gerontološki centar u Mariboru

Ivo Jurkić, dipl.ing., dr.sc. Ivanka Radman, prim.dr.sc.Spomenka Tomek-Roksandić, dr. Zvonimir Šostar, dr.Dragan Korolija, mr. Višnja Fortuna, dr.

Marijan Gjukić, Prijedlog javnoprivatne gerijatrijske bolnice u Zagrebu 19,45 - 20,00 Provjera znanja: (test znanja o: osnovama iz gerontologije, gerijatrije, gerijatrijske zdravstvene njege i Hrvatskih smjernica za prehranu starijih osoba, I. i II.dio)

Završetak znanstvenog skupa i podjela CERTIFIKATA svim polaznicima tečaja I.kategorije s međunarodnim sudjelovanjem iz gerontologije , gerijatrije i gerijatrijske zdravstvene njege.

**„ na mladima svijet ostaje,
a NA STARIJIMA SVIJET OPSTAJE“**

akademik Marko Pećina

Zahvaljujemo provoditeljima Upitnika o gerontološkim normama* u domovima za starije/psihički bolesne odrasle osobe, vanjskim suradnicima i partnerima Referentnog centra MZ za zaštitu zdravlja starijih osoba- Centra za gerontologiju ZJZ“Dr.A.Štampar“ (abecednim redoslijedom):

Svjetlana Ančić Birač, dr.med.
Reni Anić bacc.med.techn.
Fulvija Akrap
Ljubica Antolović ms.
Katica Antonić ms.
Prof.dr.sc.Sanja Blažeković Milaković, dr.med.
Simone Berger, Pdl, Heimleitung
Doc.dr.sc. Marijana Braš, dr.med.
Prim.dr.Borislav Aleraj, dr.med.
Ljubica Bagarić prof.soc.
Mr.sc.Mario Bagat, dr.med.
Katica Bakaretić bacc.med.techn.
Prim.mr.sc.Željko Baklaić, dr.med.
Zdravko Batarilo
Biserka Bokulić, bacc.med.techn.
Ruža Bandov ms.
Mirjana Banko Filipaj,
Branka Barna dipl.soc.rad.
Romana Bastalić bacc.med.techn.
Mara Bašić, bacc.med.techn.
Ruža Bedeković, dipl.med.tech
Dr.sc. Nadežda Bilić
Vladimir Belčić dipl.iur.
Irena Benko dipl.med. techn
Iva Brenški, bacc.med.techn.
Ivana Bičanić ms.
Emel Biščan –Arslanagić
Zoran Biškulić
Dragica Blažević ms.
Dubravka Matijašić-Bodalec, bacc.med.tech.
Nedeljka Bodrožić bacc.med.techn.
Gordana Bogut ms
Katja Boroe dipl.soc.rad.
Prof.dr.sc.Alan Bosnar
Ivana Borovčak bacc.med.techn.
Prof.dr.sc.Jadranka Božikov
Prof.dr.sc. Jasna Bošnjir
Prof.dr.sc.Nenad Bogdanović, dr.med.
Studenka Bošnjak
Nikolina Budić
Dr. Matko Bolanča
Tatjana Babić

*Upitnik o gerontološkim normama str. 344

Antonija Bobić,dipl.soc.rad.
Ivančica Balenović, dipl.soc.rad.
Dragan Bralić
Zinka Bratuša, dipl.med.techn.
Ljiljana Broz, bacc.med.techn,prof.
Božo Brundić dipl.iur
Dinko Budić
Ivana Bukša bacc.med.techn.
Miljenko Bošković,prof.
Mr.sc.dr.Marijan Cesarik
Nada Buza ms
Pater Antun Cvek
Ivan Cvitešić
Višnja Cvitešić
Ante Cvitković,dr.med.
Prof.dr.sc. Nada Čikeš,dr.med.
Matija Čale Mratović,dr.med.
Ružica Čanić,dr.med.
Prof.dr.sc.Josip Čulig, dr.med.
Prof.dr.sc.Filip Čulo,dr.med.
Sandra Čurić bacc.med.techn.
Pavo Čorluka
Ružica Čorluka, bacc.med.tech
Dr.sc.Ivan Čipin
Prof.dr.sc.Adnan Čatović
Vibor Delić,dr.med.
Akademkinja Vida Demarin,dr.med.
Prof.dr.sc. Jasminka Despot-Lučanin
mr.sc. Jasminka Dlesk-Božić
Elvira Dobrić ms.
Stjepan Doležal ,dipl.soc.rad
Danijela Domitrović bacc.med.techn
Elizabeta Dragičević,dipl. oec.
Velibor Drakulić,dr.med.
Marta Dretar, dipl.med.techn
Barica Drvar
Katarina Dugina, dipl.med.tech.
Anica Dujmović ms
Prof.dr.sc. Zijad Duraković,dr.med.
Prof.dr.sc.Ivan Đikić
Ljubica Đukanović, mag.iur
Dr.sc.Mensura Dražić
Danica Đimoti bacc.med.techn.
Ugrin Đulkica bacc.med.techn.
Marijana Đurnić bacc.med.techn
Virginija Ferenčina, dipl.nov.
Sanda Franković,bacc.med.techn.,prof.
Radojka Filipović bacc.med.techn
Branka Filipović ms.

Tomo Filipović sss
Aleksandra Funes dipl.novinar
Prof.dr. sc. Nikica Gabrić,dr.med.
Prof.dr.sc. Damir Gortan,dr.med.
Neven Garača dipl.oecc.
Marijan Gjukić,dr.med.
Krasanka Glamuzina, dipl.soc.rad.
Snježana Glavota ms.
Helena . Glibotić Kresina,dr.med
Romana Galić,uni.spec.act.soc.
Borna Josip Godan, dr.med.
mr.sc. Ljiljana Godan spec.soc.psihijatrije
Mirjana Gojzalić bacc.med.techn
Ante Zvonimir Golem,dr.med.
Renata Golubić bacc.med.techn.
Vicko Goluža, dipl.oecc.
Alica Gotal,dipl.soc.rad.
Branka Grčić, bacc.med.techn.
Vesna Gregurović
Kata Grgić ms.
Zdenka Grlica ms.
Vesna Grubičić Juhas, dipl.ing.soc.rada
Mirjana Grubišić, viši fiz.
Marica Gudelj bacc.med.techn.
Nataša Gulin, dipl.ing.graf.
Kornelija Gjurin,ms
Dr.Branimir Erceg
Doc.dr.sc.Damir Eljuga,dr.med.
Draženka Habdija vss
Vladimir Halauk,dr.med.
Laura Haraguna bacc.med.techn.
Katijana Harasić, bacc.med.techn.
Marijan Hauptert,dipl.soc.rad.
Prof.dr.sc. Mladen Havelka
Prim.dr.sc.Inge Heim,dr.med.
Prof.dr.sc. Janko Hančević,dr.med.
Mirjana Holi
Karolina Horvat bacc.med.techn.
Ružica Horvat, dipl.soc.rad
Dr. Biserka Hranilović
Ivan Hranj dipl.iur.
Anita Hrastić, dipl.iur
Marija Hrastinski, dr.med.
Milena Hrvatinić
Mario Harapin,dipl.novinar
Jasminka Hlupić
Aleksandra Funes,dipl.novinar

Marijeta Fištrek,dipl.med.techn.
Vedrana Iveta,dipl.med.techn.
Prim.mr.sc.Goran Ivanišević,dr.med.
Biljana Ilić m.s.
Gordana Ilić ms.
Sevdalije Islami bacc.med.techn.
Tihomira Ivanda, dr.med.
Božica Ivanković
Dubravka Jadro, dipl.iur.
Nela Jagatić, bacc.med.techn.
Prof.dr.sc. Branka Jajčinović
Ana Jakić bacc.med.techn.
Sandra Jalšovec – Stubičar ms
Tomislav Jalšovec, dipl.soc.pedag
Đurđa Jelaš,dipl.soc.rad.
Mira Jelić dipl.med.techn.
Marina Jelić ms.
Ivo Jurkić,dipl.ing.
Dr. Ana Jelančić
Ivanka Jelinčić,dipl.novinar
Andreja Jerenič ms
Iris Jerončić dr.med.
Snježana Joksić ms.
Dušanka Jovanović m.s.
Josip Jurakić sss
Mirko Jurčević
Prof.dr.sc. Ksenija Jorgić-Srđak
Danijela Jurić bacc.med.techn.
Kristijan Jurić med.techn.
Martina Jurić,dipl.soc.rad.
Snježana Jurišić prof.
Gordana Jurjević bacc.med.techn.
Dražen Jurković,dr.med.
Prof.dr.sc. Miloš Judaš,dr.med.
Zrinka Juzbašić Japranin bacc.med.techn
Akademik Zvonko Kusić
Prof.dr.sc.Antoinette Kaić Rak,dr.med.
Prof.dr.sc.Mirko Koršić,dr.med.
Dr.sc.Ivana Klinar,dr.med.
Natalija Kalajžić ms.
Romana Katalinić, dr.med.
Prof.dr.sc.Ivica Kostović
dr.sc.Sonja Kalauz
Ružica Kanisek bacc.med.techn
Slađana Kastelan sss
Prof.dr.sc.Milica Katić,dr.med.
Dr.Adela Kolumbić Lakoš

Katarina Kegelj ms.
Vesna Kelava bacc.med.techn.
Prof.dr.sc.Josipa Kern
Antonija Kezele bacc.med.techn.
Danijela Kobeščak ms.
Anka Kokalj bacc.med.techn
Snježana Kolar
Slađana Konzuklik ms.
Mr.sc. Mladen Klemenčić
Dunja Kuliš,univ.mag.med.dent.
Lenka Kopačević dipl.med.techn.
Prof.dr.sc. Ljiljana Kaliterna Lipovčan
Prof.dr.sc. Smilja Kalenić
Damir Kopic, akad.slik-gr.
Darinka Korša
Željana Kostančić vss
Mirjana Kovač bacc.med.techn.
Andrija Kovačević dipl.iur.
Irena Kovačević, dipl.med.techn
Mirela Kovačić bacc.med.techn.
Sanja Kovačić ms.
Jagoda Kovačić ms.
Prof.dr.sc. Luka Kovačić,dr.med.
Mira Kovčo
Dr.Dragan Korolija
Dr.Katarina Sekelj Kauzlarić
Borka Kožić dipl.soc.djel
Danica Kramarić,dr.med
prim.mr.sc.Ladislav Krapac, dr.med.
Dragutin Kremzir,dr.med.
Prim.dr.Gordana Kalan Živčec
Maja Kreševljak bacc.med.techn.
Kata Krešić,dr.med.
Katica Krijanović dipl.soc.rad.
Nataša Krušelj
Valentina Krikšić,dipl.med.techn.
Prof.dr.sc.Željko Krznarić,dr.med.
Anica Kuduz, bacc.med.techn.
Nikolina Kadežabek,ms.
Dinko Kučić,dr.med.
Ljiljana Kus
Prim.dr.sc. Marina Kuzman,dr.med.
Dr.sc.Ignac Kulier
Prof.dr.sc. Mate Ljubičić.dr.med.
Dr.sc. Mirjana Kostić
Boris Kursar, prof.soc.
Mira Kurtić ms.

Akademik Zvonko Kusić
Ladislav Lamza dipl.soc.rad.
Dunja Lapov
Prim.dr.sc.Rajka Liščić
Dr.Veronika Laušin
Darko Ledinski, prof.
Mirjana Lipovščak,dipl.eoc.
Dubravka Lekić, bacc.med.techn
Marija Lelas, dipl.oec.
dr.sc. Marcel Leppee dr.med.
Bruna Licul dipl.soc.rad.
Silvija Lončar ms.
Dragomir Lončarević vss
Bojan Lozica, dr.med.
Nenad Lučanin dipl.defektolog
Valentina Lukež m.s.
Ilona Mayer,Fachliteratur-Stuttgart
Prof.dr.sc.Ira Margan,dr.med.
Prof.dr.sc. Marijeta Mišigoj - Duraković
Dr.sc. Marijana Ljubić, dipl.soc.rad.
Prof.dr.sc.Morović-Vergles,dr.med.
Doc.dr.sc. Ninoslav Mimica,dr.med.
Dr.s. Ante Muljačić.dr.med.
Dominik Majdenić
Kristina Majstorović bacc.med.techn.
Luca Malkoč
Marija Maras, dipl.soc.rad.
Ivana Martinović
Cvijeta Mitić,bacc.med.techn.
Mr.sc. Ivana Marasović Šušnjara,dr.med.
Ljiljanka Marić ms.
Marijana Marić ms.
Maja Marić-Bajs, dr.med.
Dr.Dragana Milutinović
Sanja Marijan bacc.med.techn.
Tamara Marinković, dipl.nov.
Svijetlana Marinović m.s.
Damir Marinović vss
Anka Marinović vss
Marijana Marković bacc.med.techn.
Ivan Martinec, dipl. oec.
Štefica Martinez, dipl.soc.rad.
Kristina Marušić bacc.med.techn.
Zorinka Maštrapa ms.
Željka Matanov, dipl.soc.rad.
Mišo Matić, dipl.soc.psiholog
Sandro . Matić, ing

Dr.Goran Maleković
Dr. Suzana Matijević
Ana Maza ms.
Marija Mesmar bacc.med.techn.
Nahid Mesmar dipl.oecc.
Prof.dr.sc. Željko Metelko, dr.med.
Dr.sc. Sanja Milanović-Musić
Prof.dr.sc. Vladimir Mičović,dr.med.
Ivana Mihaljević bacc.med.techn.
Diana Mihok, dr.med.
Ines Mika pipl.iur.
Dragutin Mikulan,dipl.teolog
Mr.sc.Boško Milanković,dr.med.
Marica Miletić, dipl.ing.soc.rada
Prof.dr.sc.Davor Miličić, dr.med.
Helena Milović bacc.med.techn.
prim.Hrvoje Minigo, dr.med.
Vesna Mioković, bacc.med.techn.
Nevenka Mišetić, dipl.soc.rad.
Prof.dr.sc.Jadranka Mustajbegović,dr.med.
Prof.dr.sc.Marijeta Mišigoj Duraković
Cvijeta Mitić bacc.med.techn.
Nataša Mršić, dipl.iur
Dr. Snježana Maslov
Zvonko Mučnjak
Ksenija Mučnjak
Nada Murganić, dipl.soc.rad.
Vesna Musa bacc.med.techn.
Emilija Mustač
Prof.dr.sc.Jadranka Mustajbegović, dr.med
Dinka Nakić,dr.med.
Štefanija Nenadić bacc.med.techn.
Pater Mijo Nikić
Darija Nikolić dipl.ing.soc.rad.
Andreja Ninić,dipl.soc.rad.
Helena Novak ms.
Paula Novak, prof.soc. pedagog.
Đurđica Novak-Munjak
Tomislav Ninić, dipl.polit.
Lucija Novković,
Suzana Novosel dipl.med.techn.
Željko Nuić
Dr.sc.Dubravka Ograjšek Škunca
Marija Orlić Šumić,dipl.med.techn.
Ana Orlić
Mr.sc.Marija Orlić, dipl.psihol.
Prof.dr.sc.Dubravko Orlić

Akademik Marko Pečina
Mirko Pačarek dipl. oec.
Prof.dr.sc.Zdravko Petanjek
Ljiljana Pađen,dipl.soc.rad.
Milda Pancirov, dipl.iur.
Jasna Pap dipl.iur.
Snježana Papeš bacc.med.techn.
Elza Parlov dipl.soc.rad.
Dr. Mladen Pavić
Lidija Pavić, dipl.soc.rad.
Jadranka Pavić, dipl.med.techn.,prof.
Franica Pavković bacc.med.techn.
Ana Pavlek bacc.med.techn.
Prof.dr.sc.Gordana Pavleковиć, dr.med.
Marina Payerl-Pal,spec.med.mikrob
Zlatka Pejaković
Berislav Pelivan,dr.med
Goran Perko ,spec.epid, dr.med.
Jadranka Petanjek bacc.med.techn
Mr. Gordana Kartelo-Pintarić, dipl.def.
Marija Pletikosa dipl.soc.rad.
Mladen Pokrajčić prof.
Prof.dr.sc. Željko Poljak
Margareta Pongrac ms.
Štefanija Ponudić
Dr. Dunja Skoko Poljak
Gordana Popijač Cesar,dr.med
Ana Primorac, dipl.med.techn.
Prof.dr.sc. Valentin Pozaić
Mr.sc. Julijana Radnić
Ana Puljak, dr.med
Prof.dr.sc. Dinko Puntarić dr.med.
Akademik Željko Reiner
Prof.dr.sc. Ivica Rubelj
Biserka Režek, dipl.med.techn.
Dunja Račić bacc.med.techn.
Nevenka Radašević, dipl.med.techn
Hrvoje Radašević, prof.
Dr.sc.Ivanka Radman,dr.med.
Esma Radičanić,vss
Jasmina Radojčić dipl.psiholog
Danijela Rajković bacc.med.techn.
Željka Rajković, dipl.soc.rad.
Zorana Rak ms.
Luca Rakocija bacc.med.techn.
Mirela Rauher bacc.med.techn
Iva Razumović dipl.oec.

Branka Rimac bacc.med.techn.
Nataša Ritan dipl.soc.rad.
Ljubomira Rodolović,dr.med.
Marica Rogano bacc.med.techn
Marija Roginić bacc.med.techn.
Akademik Pavao Rudan
Stjepan Rudan,dr.med.
Jadranka Ruklin ms.
Zoran Ruklin vss
Doc.dr.sc.Silvija Rusac
Marijana Rupčić,prof.pedag.
Nurka Rus bacc.med.techn.
Olujević Ruža ms.
Lidija Schicht,Heimleitung
Ivana Sabljčić dipl.med.techn
Melita Sajko bacc.med.techn
Ružica Salopek – Miroslavljević
Darija Salopek ms.
Nada Sanjek ms
Dr.sc.Biserka Sedić
Drago Sertić
Luca Slišković, dipl.ing.soc.rada
Prof.dr.sc.Nina Smolej Narančić
Prof.dr.sc. Marija Strnad,dr.med.
Mr.sc. Ankica Smoljanović,dr.med.
Doc.dr.sc. Mladen Smoljanović,dr.med.
Štefica Sordar bacc.med.techn.
Anastazija Sorić Uranić
Valerija Stamenić
Ankica Stepinac bacc.med.techn.
Gordana Severović, bacc.med.techn.
Dr.Gina Sigl
Mijo Straga
Siniša Strahija, sss
Tihomir Strizrep,dr.med.
Gordana Strusa ms.
Darinka Sušec bacc.med.techn.
Prim.Berislav Skupnjak dr.med.
Dragica Sužnjević dipl.oecc.
Anica Svalina bacc.med.techn.
Rosana Svetić Čišić, dipl.med.techn.
Prof.dr.sc.Goran Šimić,dr.med.
Prof.dr.sc. Mirko Šamija,dr.med.
Orijeta Šahović bacc.med.techn.
Sonja Šare bacc.med.techn.
Martina Ščavničar-Strahija
Nikolina Šeić ms.
Prof.dr.sc.Velimir Šimunić,dr.med.

Marko Slavić,dipl.soc.rad.
Gordana Ševo bacc.med.techn.
Marica Šimunović,bacc.med.techn.
Nediljko Šimunović
Mr.Ivan Šimunović, soc.rad
Vesna Širanović, dipl.nov.
Prof.dr.sc. Tatjana Škarić Jurić
Dr.sc. Dubravka Šimunović
Alenka Škeljo bacc.med.techn.
Alenka Škeljo bacc.med.techn.
Marija Škes
Zoran Škrgatić,dr.med.
Dr.Zvonimir Šostar
Anica Šoltić
prof.dr.sc.Zvonimir Šošić,dr.med.
Dr.sc.Sandra Švaljek,dipl.oec.
Prof.dr.sc. Anton Šmalcelj,dr.med.
Štefica Šoprek ms.
Grga Šoša,dipl.iur.
Srđan Špančić,dipl.soc.rad
Dragica Špiček bacc.med.techn.
Vana Šrajer ms.
Doc.dr.sc.Danijela Štimac,dr.med.
Dr.Zlatica Štrban-Štok
Marina Štrbac ms.
Vesna Šturm Šarić
Marija Šukalo ms.
Ljiljana Todorić, dipl.iur.
Marija Tabak, prof.
Ivanka Taskov
Jozo Tolić
Mate Tolušić
Dr Branimir Tomić
Dijana Tomić Šain, dipl.soc.rad.
Vesna Trnski,dipl.soc.rad
Jadranka Trojanović dipl.soc.pedag
Prof.dr.sc.Zmago Turk
Nikola Turk ,prof.
Ivana Telebar,bacc.med.techn.
Milica Tikvić, bacc.med.techn.
Vesna Turuk, dipl.med.techn.prof.
Zorana Uzelac dipl.soc.rad.
Dr.Siniša Varga
Draženska Vadla, dr.med
Irena Vadlja dipl.soc.rad.
Silva Vale dipl.iur
Silva Vale,dipl.iur

Dr.Luka Vončina
Prof.dr.sc. Jasmina Vraneš
Danijela Varga Ljubić vss
Jagoda Vasić bacc.med.techn.
Suzi Vataavuk,dr.med.
Prof.dr.sc.Mladen Vedriš
Anka Veit
M.rsc.Miroslav Venus,dr.med.
Vasna Vidović Oreški,dipl.soc.rad.
Nada Viktorovski,dipl.ing.
Blaženka Vilić dipl.soc.rad
Marija Vitić
Tanja Vlačić,dipl.politol
mr.sc. Višnja Vlašić
Spomenka Vodopija Laketa,bacc.admin.public.
Prof.dr.sc.Ivan Janko Vodopija,dr.med.
Prof.dr.sc.Arijana Vorko -Jović,dr.med.
Dr.sc.Darija Vranešić Bender
Ljiljana Vrbić dipl.soc.rad.
Mr.Mario Vrdoljak
Doc.dr.sc. Božidar Voljč
Ivanka Vrgoč bacc.med.techn.
Jadranka Vrhovnik bacc.med.techn
Ivanka Vrkljan,dipl.soc.rad.
Ankica Vučković bacc.med.techn.
Milica Vujić
Mirjana Vujnović, bacc.med.techn.
Branka Vuković bacc.med.techn.
Prof.emeritus,dr.sc.Silvije Vulečić,dr.med.
Branka Vulin ms
Jagoda Vurušić bacc.med.techn
Adelka Zoretić,bacc.med.techn.
Dr.Beatrica Završki
Svjetlana Zatezalo ms.
Stipo Zelenika soc.rad. všs
Sanja Zoranić,dipl.med.techn.
Dragica Žaja ms.
Dubravko Žerjavić dipl.iur.
Prof..dr.sc.Eugenija Žuškin

Ispričavamo se za eventualno ispuštena imena i/ili titule provoditeljima Upitnika o gerontološkim normama u domovima za starije, vanjskim suradnicima i partnerima RCMZZZZSO-CZGZJZ "Dr Andrija Štampar".

Sadržaj

1.	PROSLOV II. DOPUNJENOM IZDANJU	3
2.	HRVATSKA GERONTOLOŠKA I GERIJATRIJSKA ŠKOLA.....	4
3.	PROSLOV	24
4.	FOREWORD	26
5.	GLOSARIJ (POJMOVNIK).....	29
6.	PROGRAM GERONTOLOŠKE NORME GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVE- NE NJEGE I OPĆE OBITELJSKE MEDICINE U STAMBENOM I STACIONARNOM DIJELU DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U GRADU ZAGREBU I PO ŽUPANIJAMA HRVATSKE (GERIJATRIJSKE MEDICINSKE SESTRE I TIM SOM-a /SPECIJALISTA OPĆE/OBITELJSKE MEDICINE) ...	37
7.	TABELARNI I SLIKOVNI PRIKAZ GERONTOLOŠKOJAVNOZDRAVSTVE- NIH POKAZATELJA (2008.-20011.)	49
8.	POSTUPNIK ZDRAVSTVENIH MJERA TIMA DOKTORA SPECIJALISTE OPĆE/OBITELJSKE MEDICINE(SOM) U DOMU ZA STARIJE	104
9.	ČETIRI STUPNJA GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE SA SESTRINSKOM DOKUMENTACIJOM U DOMU ZA STARIJE OSOBE	112
10.	KOMPETENCIJE (GERIJATRIJSKIH) MEDICINSKIH SESTARA SREDNJE STRUČNE SPREME U DOMOVIMA ZA STARIJE I NEMOĆNE OSOBE	224
11.	KOMPETENCIJE PRVOSTUPNICE SESTRINSTVA	256
12.	GERONTOLOŠKO-HIGIJENSKE NORME U DOMOVIMA ZA STARIJE U	259
13.	GEROPROFILAKSA I PRODULJENJE RADNOG VIJEKA - GOSPODARSKI RAZVOJ HRVATSKE	277
13.4.	GEROPROFILAKTIČNE MJERE - PRIMARNA SEKUNDARNA I TERCIJARNA PREVENCIJA ZA STARIJE	285
14.	ANTROPOMETRIJA U PROCJENI STANJA UHRANJENOSTI STARIJIH OSOBA	299
15.	GERONTOLOŠKOJAVNOZDRAVSTVENI POKAZATELJI MORTALITETNE STRUKTURE cirkulacijskog sustava STARIJEG PUČANSTVA HRVATSKE (2000.- 2009.)	312
16.	ZLOSTAVLJANJE I ZANEMARIVANJE STARIJIH OSOBA U OBITELJI	322
17.	REGISTRACIJSKI KALENDAR GERONTOLOŠKIH TRIBINA (1985 - 2011)	337
•	HRVATSKI FOND ZA GERIJATRIJSKU ZDRAVSTVENU NJEGU	356
•	SAŽETI PRIKAZ HRVATSKIH SMJERNICA ZA PREHRANU OSOBA STARIJE DOBI, DIO I i II	358-362
•	TESTOVI ZNANJA O PREHRANI ZA STARIJE, O POREMEĆAJU MOKRENJA, O PREPOZNAVANJU NASILJA NAD STARIJOM OSOBOM, O FIZIOLOŠKOM STARENJU, GERIJATRIJSKA DEPRESIJSKA SKALA	363-377
•	ZNAČENJE PRIMJENE SESTRINSKE DOKUMENTACIJE GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE U DOMOVIMA ZA STARIJE OSOBE	378
18.	LITERATURA	390
19.	STRATEGIJA ZDRAVOG STARENJA I AKCIJSKI PLAN PRIMJENJIV NA EUROPU U RAZDOBLJU OD 2012.-2016	403

3. PROSLOV

Zaštita zdravlja starijih osoba je glavni pokazatelj napretka ali i propusta u zaštiti zdravlja cjelokupnog pučanstva. Uvjetovana je dostupnošću, učinkovitosti, racionalnosti i primjerenosti te evaluaciji gerijatrijske i gerontološke zdravstvene skrbi.

Upravo **Gerijatrijska zdravstvena njega** ima ključnu ulogu i u gerijatrijskoj i gerontološkoj zdravstvenoj skrbi u zadovoljenju zdravstvenih potreba starijeg pučanstva. Aktualnost u alarmantnoj gerijatrijskoj potrošnji čine zdravstveni zahtjevi i potrebe za gerijatrijskom zdravstvenom njegom ciljnih najranjivijih skupina najstarijih starijih u srednjoj starosti od 75-84 godine i dubokoj od 85 i više godina. To je ujedno najbrže rastuća ciljna skupina hrvatskog starijeg pučanstva, čije zdravstvene potrebe implikacijski dovode do promijenjene strukture korištenja zdravstvene skrbi sa izrazitim povećanjem gerijatrijske zdravstvene potrošnje. Danas je nepotrebno samo isticati demografske pokazatelje o udjelu starijih ljudi od 65 i više godina u ukupnoj hrvatskoj populaciji od 17,6 % po procjeni 2011.. nego je mnogo važnije pravodobno uočiti veličinu pojave implikacija koje time zahvaćaju ne samo zdravstveni, već i gospodarstveni i mirovinski sustav, sustav socijalne, pravne i radne skrbi, obrazovanja, znanosti, ekologije, graditeljstva, prometa, poljoprivrede, turizma, te zdravstvenog turizma za starije.

Poglavito zbog toga izradba knjige: **ČETIRISTUPNJA GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE SA SESTRINSKOM DOKUMENTACIJOM I POSTUPNIKOM OPĆE / OBITELJSKE MEDICINE U DOMU ZA STARIJE OSOBE**, postaje *conditio sine qua non*. **Osobito je zadovoljstvo istaknuti značenje izradbe** ove knjige, koja već ispunjava svoju svrhu praktične primjene i evaluacije u zagrebačkim domovima za starije kao i određeni broj privatnih domova po županijama Hrvatske. Cilj je u **unaprijeđivanju zaštite zdravlja i zdravstvene zaštite hrvatskog starijeg pučanstva provedbom** Programa zdravstvenih mjera i postupaka, koji se evaluira i implementacijom **ČETIRI STUPNJA GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE SA SESTRINSKOM DOKUMENTACIJOM I POSTUPNIKOM OPĆE / OBITELJSKE MEDICINE U DOMU ZA STARIJE OSOBE**. Knjiga je izrađena u Centru za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“-Referentnom centru Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih ljudi, a nositelji/autori su eksperti za gerijatrijsku zdravstvenu njegu i specifičnu primarnu zdravstvenu zaštitu za starije u institucijskoj i izvaninstitucijskoj gerontološkoj zdravstvenoj skrbi. Osobito povijesno značenje u izradbi knjige ima **Hrvatska komora medicinskih sestara** koja je ne samo prepoznala, proučila, predložila, vrednovala a nadasve pružila punu potporu

realizaciji ČETIRI STUPNJA GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE SA SESTRINSKOM DOKUMENTACIJOM I POSTUPNIKOM OPĆE / OBITELJSKE MEDICINE U DOMU ZA STARIJE OSOBE (original dopisa HKMS u privitku).

Iskazan je već sada izraziti interes i velika potražnja za knjigom/vodičem od strane doktora opće /obiteljske medicine, ali ponajviše medicinskih sestara koje su samostalne, kompetentne a time i odgovorne u pružanju gerijatrijske zdravstvene njege, kao i drugih zdravstvenih djelatnika različitih specijalnosti, te onih stručnjaka i zdravstvenih institucija koje provode zaštitu zdravlja starijih osoba. Neizostavni su tu i provoditelji praćenja i proučavanja s utvrđivanjem te evaulacijom zdravstvenih potreba starijih osoba i gerijatrijskih bolesnika po županijama Hrvatske i Grada Zagreba te međunarodne suradne institucije Geriatriisches Krankenhaus iz Graz-a.

Zbog toga knjiga bez koje se ne mogu proučavati, utvrđivati i evaluirati bitni indikatori za primjenu Programa zdravstvenih mjera i postupaka u zaštiti zdravlja starijih osoba je **ČETIRI STUPNJA GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE SA SESTRINSKOM DOKUMENTACIJOM I POSTUPNIKOM OPĆE / OBITELJSKE MEDICINE U DOMU ZA STARIJE OSOBE**. To omogućuje poglavito svrhovitu primjenu i evaluaciju Programa gerijatrijske zdravstvene njege u okviru Programa zdravstvenih mjera i postupaka u zaštiti zdravlja starijih ljudi s evaluiranom primjenom Programa primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene prevencije za starije ljude, uz definiranu nomenklaturu, norme i algoritme zdravstvenih postupaka za gerijatrijske bolesnike s primjerenom mrežom gerijatrijske zdravstvene zaštite na razini primarne zdravstvene zaštite po županijama / regijama Hrvatske.

Prim.dr.sc. Spomenka Tomek-Roksandić, dr.med.,

Voditeljica Referentnog centra MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba,

Prof.dr.sc. Mate Ljubičić, dr.med.,

Savjetnik Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo,

Dragica Šimunec,bacc.med.techn.,

Predsjednica Hrvatske komore medicinskih sestara,

Prof.dr.sc.Milica Katić dr.med.,

Pročelnica Katedre za opću/ obiteljsku medicinu Škola narodnog zdravlja Andrija Štampar MF Sveučilišta u Zagrebu

4. FOREWORD

Elderly health care is a major indicator of progress and failures in protecting the health of the population. It is conditioned by the availability, efficiency, rationality and appropriateness of the geriatric and gerontological health care evaluation. The geriatric health nursing has a crucial role in geriatric, gerontological health care and in satisfying health needs of elderly population. Geriatric health requirements and the need for geriatric health care are relevant in the alarming consumption. Target groups are the most vulnerable groups of the oldest among the old in middle age from 75-84 years and more than 85 years. This is also the fastest-growing target group of Croatian elderly population, whose health needs implicationally lead to changes in the structure of use of health care with distinct increase of geriatric health consumption. Today, it is unnecessary to emphasize only the demographic indicators of the elderly proportion aged 65 and older in the total Croatian population which was 17.6% as assessed by 2011. but more importantly it is important to timely notice the size of the implications of this phenomenon affecting not only health but also economic and pension system, social, legal and labor welfare, education, science, ecology, construction, transport, agriculture, tourism and health tourism for the elderly.

Mainly because of these reasons the making of the book: **Four levels of geriatric health care with documentation for nurses and procedure guide for general/family medicine practitioners in the elderly care homes** becomes a *conditio sine qua non*. It is particular pleasure to point out the meaning of making of this book, which already fulfills its purpose by practical application and evaluation in **elderly care homes** in Zagreb as well as in a number of private **elderly care homes** across Croatian counties. The goal is to improve health and health care of Croatian elderly population by the implementation of Health measures and procedures Program which is being evaluated through the implementation of the **“Four levels of geriatric health care with documentation for nurses and procedure guide for general/family medicine practitioners in the elderly care homes”** book. The book was made at the Dr.Andrija Štampar Institute of Public Health - Center of Gerontology (Referral Centre of the Ministry of Health and Social Welfare, Croatia for Health of the Old People) and the authors are experts in geriatric health care and specific primary elderly health protection in the institutional and non-institutional gerontological health care. Special historical significance in the making of the book has the Croatian Chamber of Nurses who not only recognized, studied, proposed and highly valued but also offered full support to the **Four levels of geriatric**

health care with documentation for nurses and procedure guide for general/family medicine practitioners in the elderly care homes.

A great interest and high book demand has already been expressed not only by doctors / general medical practitioners, but mostly by nurses who are independent, competent and thus responsible in providing geriatric health care and as well as by other health professionals of different specialties, and by those experts and medical institutions that conduct elderly health care. It is important to mention the interpreters/translators of monitoring and studying the establishment of the evaluation of health care needs of elderly and geriatric patients in Croatian counties and the City of Zagreb and also the international collaborating institutions - Geriatrisches Krankenhaus from Graz, Austria.

Four levels of geriatric health care with documentation for nurses and procedure guide for general/family medicine practitioners in the elderly care homes is the book that cannot be studied, established and evaluated without the indicators of the Program of health measures and procedures in elderly health protection. This particularly allows purposeful application and evaluation of Geriatric health care program in the framework of the Program of health measures and procedures health protection of elderly with the usage of the Program of primary, secondary and tertiary health prevention for elderly, defined by the nomenclature, standards and algorithms of medical procedures for geriatric patients with an appropriate network of geriatric health care at the primary health care level by counties / Croatian regions.

Prim. Spomenka Tomek-Roksandić, MD, PhD, Head of Center of Gerontology (Referral Centre of the Ministry of Health, Croatia for Health of the Old People)
Dr. Andrija Štampar Institute of Public Health

Mate Ljubičić, MD, PhD, Professor, Counselor, Croatian National Institute of Public Health,

Dragica Šimunec, bacc.med.techn., President of Croatian Nursing Council

Milica Katić MD, PhD, Professor, Head of Chair of Family Medicine, Andrija Štampar School of Public Health - University of Zagreb, School of Medicine



hrvatska komora medicinskih sestara • croatian nursing council
Lašćinska 14a • HR - 10 000 Zagreb • Hrvatska / Croatia
Tel. + 385 (0)1 24 44 303 • Fax: + 385 (0)1 24 44 306
Internet: www.hkms.hr • E-mail: hkms@hkms.hr



Klasa: 001-01/09-01/62
Ur. broj: 381-1-1-09-01
Zagreb, 2. prosinca 2009.



**ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO DR. ANDRIJA ŠTAMPAR
CENTAR ZA GERONTOLOGIJU – REFERENTNI CENTAR
MINISTARSTVA ZDRAVSTVA I SOCIJALNE SKRBI RH
ZA ZAŠTITU ZDRAVLJA STARIJIH OSOBA
VODITELJICA CENTRA
prim.mr.sc. Spomenka Tomek-Roksandić, dr.med.**

**Predmet: Sestrinska dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege
- odgovor, dostavlja se**

Poštovana gospođo Tomek-Roksandić,

izvješćujemo Vas kako Hrvatska komora medicinskih sestara, prema preporuci Stručnog vijeća, prihvaća sestrinsku dokumentaciju gerijatrijske zdravstvene njege kao standard Hrvatske komore medicinskih sestara sukladno članku 27. stavak 1. t. 4. Zakona o sestrištvu („Narodne novine“ broj 121/03 i 117/08)

Također Vas izvješćujemo kako Hrvatska komora medicinskih sestara podržava primjedbu Centra za gerontologiju na Prijedlog izmjene Plana i programa mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja da se točka 1.6. izmijeni tako da glasi "Program gerontološke zdravstvene zaštite za osobe starije od 65 godina".

S poštovanjem,



Predsjednik / President: Dragica Šimunec • Tajnik / General Secretary: Lijljana Lujanac
Poslovni račun: 2484008-1101957224 • Matični broj: 1774182 • Šifra djelatnosti: 91122

5. GLOSARIJ (POJMOVNIK)

- Gerontologija** (geron grč. = starac; logos grč. = riječ, znanost)
Multidisciplinarna znanost o biološkim procesima starenja, fizičkim i psihičkim svojstvima starijeg organizma te socijalno-ekonomskim problemima starijih . Elie Metchnikoff s Pasteurovog instituta u Parizu prvi je puta upotrijebio ovaj termin 1903. u biološkoj studiji starenja. Hrvatski akademik prof.dr. Franjo Kogoj objavio je 1958. godine u Zagrebu knjigu „Simposion o gerontologiji“. Gerontologija je uža specijalnost specijalizacije javnog zdravstva.
- Gerontolog** (zdravstveni) Liječnik specijalista javnog zdravstva/epidemiologije subspecijalistički doeduciran iz gerontologije. Bavi se zaštitom zdravlja, a ne samo zdravstvenom zaštitom starijih ljudi (europski gerontološki model).
- Gerijatrija** (geron grč. = starac; iatrija grč.= liječim)
Medicinska specijalnost koja se bavi liječenjem, dijagnostikom, sprječavanjem, rehabilitacijom i gerijatrijskom zdravstvenom njegom gerijatrijskih bolesnika. Izraz je izmislio i objavio u New York Medical Journal programatskim člankom Geriatrics 1909.g. američki liječnik Ignaz L. Nascher utemeljitelj moderne gerijatrije u SAD-u. Po UEMS-u definirana je specijalizacija iz gerijatrije.
- Gerijatar** Liječnik specijalista educiran za medicinu starije dobi specijalizacijom iz gerijatrije. (hrvatski udžbenici: GERIJATRIJA-MEDICINA STARIJE DOBI ur. Z. Duraković, Zagreb, 2007., FARMAKOTERAPIJA U GERIJATRIJI ur.Z. Duraković, Zagreb, 2011.)
- Gerijatrijska / gerontološka sestra**
Medicinska sestra doeducirana iz gerijatrijske zdravstvene njege. Profesionalno i sveobuhvatno individualnim gerontološkim pristupima prati, savjetuje i pruža gerijatrijsku zdravstvenu njegu funkcionalno

onesposobljenim gerijatrijskim bolesnicima i starijim osobama u institucijskoj i izvaninstitucijskoj skrbi u zaštiti zdravlja starijih.

Gerijatrijska / gerontološka zdravstvena njega:

Obuhvaća sveobuhvatno samostalno stručno planiranje i provođenje mjera i postupaka, dokumentiranje i evaluiranje po principu aktivirajuće i rehabilitacijske njege, provođenje liječničkih uputa i pružanje gerijatrijske zdravstvene njege i u terminalnoj fazi starije osobe.

Sestrinska dokumentacija gerijatrijske / gerontološke zdravstvene njege

Sestrinska dokumentacija - integracija šest faza standarda procesa gerijatrijske zdravstvene njege po Modelu i konceptu Roper/Juchli zemalja EU. Sestrinska dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege predstavlja osnovu za evaluaciju rada. Omogućuje stručno praćenje i razumijevanje sistematizirane i stručno planirane gerijatrijske zdravstvene njege. Instrument je poboljšanja kvalitete gerijatrijske - zdravstvene njege. Služi kao dokaz pruženih usluga nadležnim financijskim i stručnim institucijama.

Sestrinsku dokumentaciju gerijatrijska sestra samostalno planira ispunjava i provodi od 1 - 19 obrasca.

1. obrazac: Matični obrazac – biografija - životni događaji
2. obrazac: Sestrinska anamneza po modelu Roper / Juchli
3. obrazac: Plan procesa gerijatrijske zdravstvene njege
4. obrazac: Zdravstvena njega prva smjena
5. obrazac: Zdravstvena njega druga smjena
6. obrazac: Zdravstvena njega noćna smjena
7. obrazac: Preventivna zdravstvena njega prva i druga smjena
8. obrazac: Specifični postupci zdravstvene njege/promatranje zdravstvenog stanja
9. obrazac: Evaluacija / sestrinsko izvješće
10. obrazac: Evidencija ordinirane i primljene terapije
11. obrazac: Braden ljestvica za procjenu rizika dekubitusa

12. obrazac: Prevencija i praćenje dekubitusa
13. obrazac: Unos i izlučivanje tekućine tijekom 24 sata
14. obrazac: Protokol prehrane
15. obrazac: Gerijatrijski obrazac za prevenciju pada (S.Huhn)
16. obrazac: Izvješće o incidentu
17. obrazac: Procjena bola
18. obrazac: Sestrinsko otpusno pismo za gerijatrijskog osiguranika
19. obrazac: Kategorijski postupnik 4 stupnja gerijatrijske zdravstvene njege i Opis čimbenika kategorizacije gerijatrijskih korisnika po kategorijama

Gerijatrijski bolesnik Bolesnik s glavnim zdravstvenim obilježjima pojave multimorbiditeta sa značajnošću utvrđivanja vodeće dijagnoze i procjene funkcionalne sposobnosti uz pojavnost gerijatrijskog domino efekta s četiri „N“u gerijatriji: nepokretnost, nesamostalnost, nestabilnost i nekontrolirano mokrenje.

Centar za gerontologiju

Nacionalni i županijski centri pri županijskim/regionalnim Zavodima za javno zdravstvo i Grada Zagreba s djelatnošću praćenja, proučavanja, evaluiranja, izvješćivanja, te planiranja zdravstvenih potreba i funkcionalne sposobnosti starijih osoba, uz predlaganje Programa mjera i postupaka u zaštiti zdravlja starijih s Program primarne, sekundarne i tercijarne prevencije za starije te Programa gerijatrijske zdravstvene njege. Gerontološki timovi Centra za gerontologiju ZZJZ imaju normativni populacijski obuhvat 30 000 starijih od 65 i više godina za svoje područje djelovanja. Gerontološkojavnozdravstveni tim čine stručnjaci: doktor spec.javnog zdravstva/epidemiologije doeduciran iz gerontologije, diplomirana medicinska sestra/dipl.med.techn. doeducirana iz gerijatrijske zdravstvene njege, gerontološkojavnozdravstveni menadžer/dipl.oecc. doeduciran iz gerontologije.

Gerontološki centar

Multifunkcijski centar neposredne i integralne multidisciplinarnе izvaninstitucijske skrbi starijih ljudi

u lokalnoj zajednici, gdje starija osoba ima aktivnu ulogu u svom prebivalištu. Osnovni je cilj zadržati starijeg čovjeka što je duže moguće u njegovom prebivalištu uz obitelj. Gerontološki centri i dnevni boravci mogu lokacijski biti povezani s domovima za starije osobe ali i ne moraju. Tako npr. u Gradu Zagrebu djeluju pri domovima za starije (Sveta Ana, Trnje, Trešnjevka, Sveti Josip, Peščenica, Medveščak, Maksimir, Dubrava, Centar), čiji model izvrsnosti rada sa starijima osigurava očuvanje funkcionalne sposobnosti starijih i sprječava te odgađa institucijsku skrb za starije (priručnik: Gerontološki centri –zagrebački model uspješne prakse za starije ljude, ur.S.Tomek-Roksandić, V.Fortuna, Zagreb,2004. Nužno je istaći djelatnost gerontodomaćica u izvaninstitucijskoj skrbi za starije, čijih 75 programa pomoći za starije se provodi u gotovo svim županijama Hrvatske.

Gerontoservis

Unapređenje djelatnosti Gerontološkog centra na razini primarne prevencije u zaštiti zdravlja starijih osoba ostvaruje se i djelatnošću Geronto-servisa, kojim se reaktivira uloga i iskustveni potencijal starije osobe. Geronto-servis kao dio djelatnosti Gerontološkog centra time postaje i promicatelj aktivnog zdravog starenja gdje starija osoba svojom produktivnom ulogom i dalje doprinosi i koristi razvoju zajednice u kojoj živi. Osobito značenje ima u prijenosu znanja, umijeća i vještina na mlađe članove zajednice u kojoj starija osoba živi. Konkretnim primjerom jedna od djelatnosti Geronto-servisa je i osiguranje zamjenske bake i djede, teta čuvalica, zbog aktualnog nedostatka baka i djedova. Zbog produljenja njihovog radnog vijeka, ali i nedostatka njegovatelja/odgajatelja u skrbi za djecu, i u skrbi za starije.

Mjere/usluge Gerontoloških centara:

- učenje o starosti i starenju, štetnim čimbenicima bolesnog starenja, nastavku radnih aktivnosti i nakon odlaska u mirovinu;

- radionice o zdravim životnim navikama starijih, mediteranoskoj prehrani za starije, kompjuterske radionice;
- socijalne, pravne, zdravstvene i psihološke usluge (poduka, savjetovanje, okupacijska i radna terapija, zdravstvena njega i rehabilitacija, terapijska gimnastika, sportski tečajevi primjereni starijima, pedikeraske usluge i sl.);
- primjena odabranih zdravstvenih mjera u prevenciji nastanka bolesti u starosti;
- razvijanje novih sposobnosti za očuvanje preostale funkcionalne sposobnosti;
- spriječavanje funkcionalne onesposobljenosti bolesnih starijih;
- dnevni boravak za starije;
- dostava obroka i pomoći u kući;
- tehnička pomoć (organiziranje prijevoza, čitaonica dnevnog tiska, pomoć u ispunjavanju formulara, posudionica ortopedskih pomagala i sl.);
- kulturno-zabavne i rekreativne usluge (dramske, plesne, pjevačke i glazbene grupe, mažoretkinje, radionice starijih sa starijima i mladih sa starijima i sl.);
- edukacija o osam prehrambenih pravila u svakodnevnoj prehrani starijih
- „roza“ telefon za starije
- gerontoservisi o sigurnom npr. zamjenskih baka i djeda, teta čuvalica djece i starijih.

Gerontološko javnozdravstveni menadžment

Proces planiranja, praćenja, organiziranja i evaluiranja te predlaganja zdravstvenih mjera i postupaka u zaštiti zdravlja starijih, sa ciljem unapređenja zdravlja starijih a u svrhu osiguranja gerijatrijske i gerontološke zdravstvene zaštite i utjecaja na razvoj tržišno – gospodarske pozitivne zdravstvene politike države

Gerijatrijski menadžment

Proces planiranja, praćenja, proučavanja, organiziranja i evauliranja gerijatrijske djelatnosti s materijalnim resursima, u cilju ostvarivanja

organizacijskih gerijatrijskih programa učinkovitog gerijatrijskog liječenja i gerijatrijske zdravstvene njege i rehabilitacije.

Specifičnosti opće/obiteljske medicine u domu za starije osobe :

Zdravstveni postupci i mjere opće /obiteljske medicine s specifičnostima funkcionalno onesposobljenih gerijatrijskih stacionarno smještenih bolesnika, s značajkama utvrđivanja vodeće i pratećih dijagnoza, primjerenih specifičnim obilježjima gerijatrijskog bolesnika (4 „N“ u gerijatriji: nepokretnost, nesamostalnost, nestabilnost i nekontrolirano mokrenje), uz primjenu individualnog gerontološkog pristupa i procjene funkcionalne sposobnosti.

Kronološka dob

Brojčane godine pojedinca od njegova/njezina rođenja i nije istovjetna s biološkom dobi.

Funkcionalna sposobnost

Podrazumijeva sposobnost pojedinca za obavljanje svih svakodnevnih aktivnosti koje osiguravaju primjereno kvalitetno življenje, a uključuje biološko, psihološko i socijalno funkcioniranje.

Starenje

Fiziološke promjene koje se prirodno odvijaju u svih živih bića i neprekidno traju. Neke promjene počinju pri rođenju ili začecem i nastavljaju se do smrti, druge promjene počinju pri sazrijevanju, a završavaju smrću. Odvija se neprekidno na svakom biološkom stupnju (kemijski, stanično, tkivno, u sustavu organa i organizmu) svakog čovjeka. Znači svaki čovjek drugačije stari, postoje velike individualne varijacije.

Starost

Starost je normalna fiziološka pojava. Bolest i starost nisu sinonimi. Kalendarska starost određena s dobi od 65 godina nije istovjetna s biološkom starosti.

Indeks starenja

Osnovni demografski pokazatelj odnosa udjela starijih od 60 i više godina i udjela mladih od 0 do 19 godina. Ukoliko je Indeks starenja veći od 40,0-indikator je kritičnog odnosa mladih (0-19) i starijih (60+) te u Hrvatskoj popisne 2001.g. iznosi 90,7% ,a po procjeni za 2011.g. iznosi 97,9% . .

Gerontoantropometrija

Antropometrija starijih osoba koja je prilagođena specifičnostima u morfološkoj građi njihova tijela, pokretnosti i mogućnosti suradnje pri mjerenju.

Gerontostomatologija

Dentalna medicina starije dobi, kao interdisciplinarna znanost bavi se proučavanjem zdravog, prevencijom i liječenjem bolesnog stomatognatog sustava u starijih osoba.

U stomatološkom liječenju osoba starije dobi, ovisno o potrebi terapije sudjeluju discipline: endodoncija i dentalna patologija, fiksna i mobilna stomatološka protetika, oralna medicina, parodontologija, te oralna i čeljusna kirurgija.

Stariji ljudi

Osoba se smatra starijom kada dostigne određenu dob. Prema klasifikaciji UN-a 65. godina se često uzima u socijalnoj i zakonskoj politici dok se od 1999. godine (Međunarodna godina starijih ljudi) 75 godina uzima kod psihološke procjene.

Staromrštvo

Predrasude prema ljudima zbog njihove starosti. Uključuje šire značenje od gerontofobije, neopravdanog straha i mržnje prema starim ljudima. Izraz je izmislio dr. Robert N. Butler, prvi direktor Nacionalnog instituta za starenje (National Institute for Aging).

Stogodišnjak

Osoba koja ima 100 ili više godina. Prema popisu stanovništva iz 1980. u SAD-u je bilo 2300 stogodišnjaka, a u Hrvatskoj po popisu iz 1991. godine, bilo je u dobi od 95 do 104 godine 1013 starih ljudi, po popisu iz 2001.

godine bilo je 1455 ljudi u dobi 95 i više, od toga 323 muškarca i 1132 žene.

Inkontinencija u starijih osoba

Fokusirani gerontološko-javnozdravstveni problem, a odnosi se na nemogućnost zadržavanja mokraće u starijih osoba. Primjena prevencije u inkontinentnih gerijatrijskih bolesnika ima poglavito značenje u sprječavanju njihove kateterizacije.

Alzheimerova bolest

Progresivna, ireverzibilna, degenerativna bolest mozga, karakterizirana gubitkom moždanih stanica, neurofibrilarnom degeneracijom i stvaranjem tzv. senilnih plakova, nepoznatog uzroka, s nizom biokemijskih poremećaja i posljedičnim psihičkim simptomima.

Gerontokineziologija

Tjelesna aktivnost starijih je preporučena trajna aktivnost prilagođena specifičnim zdravstvenim potrebama starijih u svrsi očuvanja njihove funkcionalne sposobnosti i unapređenja zdravlja, pod nadzorom je liječnika, a provodi je gerontokineziolog.

¹ Preuzeto iz AGE WORDS: A glossary on health and aging /1996./ (prevela prof. M. Teuber, dopunila prim.dr.sc. S. Tomek-Roksandić sa suradnicima Centra za gerontologiju ZJZ dr.A.Štampar

6. PROGRAM GERONTOLOŠKE NORME GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE I OPĆE OBITELJSKE MEDICINE U STAMBENOM I STACIONARNOM DIJELU DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U GRADU ZAGREBU I PO ŽUPANIJAMA HRVATSKE (GERIJATRISKE MEDICINSKE SESTRE I TIM SOM-a /SPECIJALISTA OPĆE/OBITELJSKE MEDICINE)

UVODNA NAPOMENA:

Kako su norme gerijatrijske zdravstvene njege u stambenom i stacionarnom dijelu domova za starije osobe **u specifičnoj primarnoj zdravstvenoj zaštiti za starije** definirane Pravilnikom o mjerilima za razvrstavanje domova za starije i nemoćne osobe (NN 121/2000) po Zakonu o socijalnoj skrbi iz 1997.g. (NN 73/97), nužna je izradba **primjerenih novih normi gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije osobe posebno u odnosu na broj zdravstvenih djelatnika po gerijatrijskom osiguraniku**. Kadrovske gerontološke norme zdravstvenih djelatnika u domovima za starije, koje su tada propisane, **nedostatne i neprimjerene** su po novonastalim utvrđenim zdravstvenim potrebama i funkcionalnoj onesposobljenosti gerijatrijskih osiguranika, u svrhu zadovoljenja aktualnih zdravstvenih potreba.

Zbog toga se, u okviru gerontološkojavnozdravstvene djelatnosti praćenja, utvrđivanja i proučavanja te evaluacije s izvješćivanjem o zdravstvenim potrebama i funkcionalnoj sposobnosti starijih osoba po županijama Hrvatske i Grada Zagreba, pristupilo provedbi proučavanja na osnovi: „Upitnika o primjeni gerontoloških normi u domovima za starije i psihički bolesne starije osobe“ 2008./2009. g. Analiza stanja uključivala je korelaciju broja funkcionalno onesposobljenih gerijatrijskih osiguranika korisnika doma za starije, u odnosu na strukturu zdravstvenih djelatnika, kako u stambenom tako i u stacionarnom dijelu doma za starije osobe.

Gerontološkojavnozdravstveni pokazatelji o zdravstvenim potrebama gerijatrijskih osiguranika u specifičnoj primarnoj zdravstvenoj zaštiti u domovima za starije osobe ukazuju na **žurnost** primjene novog prijedloga kadrovskih normi, poglavito **za broj medicinskih sestara po gerijatrijskom osiguraniku u stambenom i stacionarnom dijelu doma za starije osobe**, uz uvjet osiguranja stalnog tima SOM-a (doktora obiteljske/opće medicine i gerijatrijske medicinske sestre) po domu za starije.

RASPRAVA I PRIJEDLOG :

1. Nužan uvjet je osiguranje 1 stalnog tima SOM-a (liječnika obiteljske medicine) po 1 domu za starije osobe. Taj tim uključuje jednog stalnog liječnika specijaliste obiteljske/opće medicine i jednu gerijatrijsku medicinsku sestru po domu za starije osobe koji u svojoj primarnoj zdravstvenoj zaštiti pruža zdravstvenu gerijatrijsku zaštitu kako za stacionarno smještene gerijatrijske bolesnike, tako i na stambenom dijelu doma za starije osobe.

Glavni indikator za određivanje minimalnog kadrovskog standarda zdravstvenih djelatnika na broj gerijatrijskih osiguranika u stambenom i stacionarnom dijelu domova za starije osobe, definira se na osnovi utvrđivanja zdravstvenog stanja i procjene funkcionalne sposobnosti u odnosu na fizičku pokretljivost i psihičku samostalnost gerijatrijskog bolesnika, odnosno korisnika doma za starije osobe. Navedeni indikator je osnova za određivanje kategorije gerijatrijskog osiguranika, čime se utvrđuje i potreban stupanj gerijatrijske njege.

Utvrđivanje funkcionalne sposobnosti gerijatrijskog osiguranika (uz utvrđeno zdravstveno stanje), nužno je provoditi uz utvrđivanje i obilježja negativnog zdravstvenog ponašanja, kao glavnog kriterija odrednice prijema starije osobe u stambeni ili stacionarni dio doma za starije. Navedeni kriteriji diktiraju kategoriju starijeg korisnika/gerijatrijskog osiguranika za algoritam usluga i obuhvata zdravstvenih mjera i postupaka gerijatrijske njege, koji se pruža u specifičnoj primarnoj zdravstvenoj zaštiti u domovima za starije osobe.

2. Kadrovsku normu broja medicinskih sestara, po gerijatrijskom osiguraniku, diktira najvažniji kriterij- utvrđivanje funkcionalne sposobnosti gerijatrijskog osiguranika, osim utvrđenog zdravstvenog stanja i obilježja negativnog zdravstvenog ponašanja. Time se usmjerava kategorija gerijatrijskog bolesnika/korisnika doma za starije za primjenu postupnika gerijatrijske zdravstvene njege.

2.1. Obilježja utvrđivanja funkcionalne sposobnosti gerijatrijskog osiguranika odnosi se na utvrđivanje obilježja fizičke pokretljivosti i psihičke samostalnosti po slijedećoj jednoznačno definiranoj procjeni:

2.1.1.POKRETNOST (FIZIČKI STATUS) :

1 – SASVIM POKRETAN

2 – OGRANIČENO POKRETAN (koristi povremeno pomagalo – štap ili štake ili ortop. klupice)

- 3 – TRAJNO OGRANIČENO POKRETAN (korisati trajno invalidska kolica)
- 4 – TRAJNO NEPOKRETAN

2.1.2.SAMOSTALNOST (PSIHIČKI STATUS):

- 1 – SASVIM SAMOSTALAN
- 2 – OGRANIČENO SAMOSTALAN (povremene psihičke poteškoće)
- 3 – TRAJNO NESAMOSTALAN (trajne psihičke poteškoće)
- 4 – NE MOŽE SE ODGOVORITI.

Nije nimalo svejedno ukoliko se prigodom utvrđivanja obilježja funkcionalne sposobnosti gerijatrijskog osiguranika utvrdi npr. kako je isti istovremeno i trajno nesamostalan i trajno nepokretan, zbog obligacije diktiranja različitog stupnja gerijatrijske njege, odnosno osiguranja većeg broja medicinskih sestara po navedenoj kategoriji gerijatrijskog osiguranika.

Navedeno utvrđivanje funkcionalne sposobnosti gerijatrijskog bolesnika / korisnika doma za starije osobe sa utvrđenim zdravstvenim stanjem, ali i utvrđenim obilježjima **negativnog zdravstvenog ponašanja** koji se odnosi na: neodržavanje osobne higijene i higijene okoliša, fizičku neaktivnost, psihička neaktivnost, neprihvatanje radne terapije, debljinu/pothranjenost, alkoholizam, pušenje, **nepridržavanje uputa liječnika te nekontrolirano uzimanje medikamenata**, I dr. definirani su kriteriji za kategoriju gerijatrijskog osiguranika u domu za starije.

Navedene glavne determinante kategorije gerijatrijskog osiguranika određuju **četiri stupnja gerijatrijske njege**: od prvog (minimalan stupanj do četvrtog (maksimalan stupanj), koji su sukladni gerijatrijskim europskim normama u stacionarnom i stambenom dijelu domova za starije.

Ističemo kako će regulacija stupnjeva gerijatrijske njege određivati i **različitu financijsku konstrukciju** za provedbu gerijatrijske zdravstvene njege od prvog do četvrtog stupnja u stambenom i stacionarnom dijelu domova za starije.

Gerontološko javnozdravstvena analiza iz 2008./2009. god. ukazuje na nedostatnu strukturu zdravstvenih djelatnika, poglavito medicinskih sestara i stalnog tima liječnika obiteljske medicine u domovima za starije osobe, po županijama Hrvatske i Grada Zagreba, kao što je vidljivo iz odabira

Centar za gerontologiju ZZJZ »Dr.A.Štampar« - Referentni centar Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih osoba, izradio je analizu strukture djelatnika i korisnika u domovima za starije osobe, čiji odabir u ovom elaboriranom prijedlogu se odnosi kao primjerom za Grad Zagreb, kao osnivačem domova za starije u usporedbi s domovima, koji su u privatnom vlasništvu u Gradu Zagrebu i zagrebačkoj županiji. Po gerontološkojavnnozdravstvenim podacima dobivenim tijekom ožujka 2008. godine **prosječan broj starijih korisnika u stacionaru na 1 medicinsku sestru** u domovima za starije osobe, čiji je osnivač Grad Zagreb, iznosi **10,7** odnosno **10,39** ako se ubroji i Dom za psihički bolesne odrasle osobe-Šestinski dol. Nužno je istaći kako po pojedinom domu za starije osobe varira različiti prosječan broj starijih korisnika u **stacionarnom** dijelu doma po jednoj medicinskoj sestri, koji je najveći u Domu Sv. Josip (**N=12,69**) do najmanjeg broja u stacionarnom dijelu doma za starije Park (**N=7,83**). Upravo navedeni osnovni gerontološkojavnnozdravstveni pokazatelji nedvojbeno ukazuju na nedostatan broj medicinskih sestara u stacionarnom dijelu domova za starije.

U sljedećem odabranom konkretnom primjeru domova koji su u **privatnom** vlasništvu u Gradu Zagrebu i zagrebačkoj županiji, prosječan broj starijih korisnika u stacionaru na 1 medicinsku sestru iznosi **3,77**. Impresivni su gerontološkojavnnozdravstveni pokazatelji po pojedinom privatnom domu, koji ukazuju na veliko odstupanje odnosa prosječnog broja korisnika u stacionaru na jednu medicinsku sestru. Najmanji taj broj iznosi **0,71**, u domu Jurakić, dok u Caritasovom domu „Sv Kamilo De Lellis „ iznosi **13,0**. Taj kadrovski disparitet ukazuje o potrebi provedbe strogo nadziranog rada postupnika gerijatrijske zdravstvene njege

Razlike između pojedinih domova su vidljive, kako u udjelima starijih korisnika koji su smješteni u stacionarnom, tako i u stambenom dijelu. U domovima za starije osobe, čiji je osnivač Grad Zagreb, **54,13%** (**N=1980**) starijih korisnika boravi u stambenom dijelu, dok je broj gerijatrijskih osiguranika u stacionaru gotovo identičan (**1678**), odnosno **45,9%**, od ukupnog broja od **3658** starijih korisnika smještenih u domovima za starije. U domovima koji su u privatnom vlasništvu u Gradu Zagrebu i Zagrebačkoj županiji, veći udio gerijatrijskih osiguranika (**53,01%**, **N=502**) upravo je u **stacionaru** doma, a nešto manji udio je u stambenom dijelu **46,99%** (**N= 445**), ako analiziramo broj starijih korisnika (**N=948**) u privatnim domovima Grada Zagreba i Zagrebačke županije.

Prikazana je struktura udjela korisnika i djelatnika u stacionarnim i stambenim dijelovima domova za starije po županijama hrvatske slijedom:

Bjelovarsko-bilogorska Županija

U domu za starije i nemoćne osobe Bjelovar prosječan broj korisnika (N=297) na 1 medicinsku sestru je 26,70 dok je prosječan broj korisnika, a na stacionaru, na jednu medicinsku sestru 9,30. Tim liječnika obiteljske medicine (LOM) u povremenoj skrbi je i to izvan samog doma. U domu za starije i nemoćne osobe „Moj mir“ koji je u privatnom vlasništvu, jedna medicinska sestra skrbi za 7,5 korisnika. Tim LOM-a u stalnoj je skrbi za korisnike, izvan doma. U istom domu, u stacionaru, jedna medicinska sestra skrbi za 5 korisnika.

U prosjeku, u ovoj županiji jedna sestra skrbi za 21,21 korisnika, odnosno za 8,07 korisnika u stacionaru.

Brodsko-posavska županija

U Domu za starije i nemoćne osobe Slavonski Brod (s podružnicom Nova Kapela), prosječan broj korisnika (N=307) na jednu medicinsku sestru iznosi 21,31, dok broj korisnika na stacionaru na jednu sestru iznosi 7,54. Tim liječnika obiteljske medicine (LOM) u povremenoj je skrbi, u domu. U privatnom domu GOSTINAC-REŠETARI jedna sestra u prosjeku skrbi za 15 korisnika (N=30), a u stacionaru za 7,50 korisnika. Tim LOM-a u stalnoj je skrbi za korisnike, izvan doma.

U prosjeku, u ovoj županiji jedna sestra skrbi za 20,47 korisnika, odnosno za 7,53 korisnika u stacionaru.

Dubrovačko-neretvanska županija

U Dubrovačko-neretvanskoj županiji, u ukupno pet domova za starije i nemoćne, prosječan broj korisnika (N=370) na jednu medicinsku sestru iznosi 14,23, dok broj korisnika na stacionaru na jednu sestru iznosi 9,73. U četiri doma za starije i nemoćne, tim LOM-a u stalnoj je skrbi za korisnike, izvan doma, dok je u jednom domu (Dom za starije i nemoćne osobe Domus Christi-Dubrovnik) tim LOM-a u povremenoj skrbi, izvan doma.

Istarska županija

U Istarskoj županiji, u ukupno pet domova za starije i nemoćne, prosječan broj korisnika (N=783) na jednu medicinsku sestru iznosi 14,50, dok broj korisnika na stacionaru na jednu sestru iznosi 8,20. U četiri doma, za korisnike skrbi stalni

tim LOM-a, od kojih je u dva doma tim LOM-a izvan samog doma. Jedan dom za starije ima povremeni tim LOM-a, izvan doma.

Karlovačka županija

U Karlovačkoj županiji u Domu za starije i nemoćne osobe Sveti Antun-Karlovac prosječan broj korisnika (N=271) na jednu medicinsku sestru iznosi 31,57 dok broj korisnika na stacionaru na jednu sestru iznosi 11,57. Tim liječnika obiteljske medicine (LOM) u stalnoj je skrbi, u domu. U privatnom domu Viktorovski-Ozalj jedna sestra u prosjeku skrbi za 10 korisnika (N=30), a u stacionaru za 5 korisnika. Tim LOM-a u stalnoj je skrbi za korisnike, izvan doma.

U prosjeku, u ovoj županiji jedna sestra skrbi za 22,58 korisnika, odnosno za 8,83 korisnika u stacionaru.

Koprivničko-križevačka županija

U Koprivničko-križevačkoj županiji u Domu za starije i nemoćne osobe Koprivnica prosječan broj korisnika (N=319) na jednu medicinsku sestru iznosi 22,58 dok broj korisnika na stacionaru na jednu sestru iznosi 10,33. Tim liječnika obiteljske medicine (LOM) u stalnoj je skrbi, u domu. U privatnom domu, Domu sestre Jadranke-Kloštar Vojakovački, jedna sestra u prosjeku skrbi za 9,60 korisnika (N=30), a u stacionaru za 4 korisnika. Tim LOM-a u stalnoj je skrbi za korisnike, izvan doma.

U prosjeku, u ovoj županiji jedna sestra skrbi za 18,76 korisnika, odnosno za 8,47 korisnika u stacionaru.

Krapinsko-zagorska županija

U Krapinsko-zagorskoj županiji, u ukupno tri doma za starije i nemoćne, prosječan broj korisnika (N=291) na jednu medicinsku sestru iznosi 12,65, dok broj korisnika na stacionaru na jednu sestru iznosi 4,57. U dva doma za starije i nemoćne, tim LOM-a u stalnoj je skrbi za korisnike, izvan doma (privatni dom Rezidencija Kaštelan-Tuheljske Toplice te Dom za starije „Sveti Nikola“ u vlasništvu HVIDRE), dok je u jednom domu (Ustanova Pintar, Stubičke Toplice) tim LOM-a u povremenoj skrbi za korisnike, izvan doma.

Ličko-senjska županija

U Ličko-senjskoj županiji, u ukupno četiri doma za starije i nemoćne osobe, prosječan broj korisnika (N=328) na jednu medicinsku sestru iznosi 15,02, dok broj korisnika na stacionaru na jednu sestru iznosi 10,14. U tri doma za starije i nemoćne, tim LOM-a u stalnoj je skrbi za korisnike, izvan doma (uključujući i Dom za starije i nemoćne osobe „Biskup Srećko Badurina“ u Ogulinu u vlasništvu Caritas biskupije Gospić), dok je u jednom domu (Dom za starije i nemoćne Udbina) tim LOM-a u povremenoj skrbi za korisnike, izvan doma.

Međimurska županija

U Međimurskoj županiji u ukupno sedam domova za starije i nemoćne osobe (šest domova u privatnom vlasništvu, jedan dom u vlasništvu županije), prosječan broj korisnika (N=613) na jednu medicinsku sestru iznosi 14,26, dok broj korisnika na stacionaru na jednu sestru iznosi 6,77. U četiri doma za starije i nemoćne, koji su u privatnom vlasništvu, tim LOM-a u stalnoj je skrbi za korisnike, izvan doma. U dva doma, koji su u privatnom vlasništvu za korisnike skrbi tim LOM-a, povremeno, izvan doma. U domu za starije i nemoćne osobe Čakovec, koji je u vlasništvu županije, tim LOM-a u stalnoj je skrbi, izvan doma.

Osječko-baranjska županija

U osječko –baranjskoj županiji, u ukupno šest domova za starije i nemoćne osobe, prosječan broj korisnika (N=1035) na jednu medicinsku sestru iznosi 19,53, dok broj korisnika na stacionaru na jednu sestru iznosi 8,11. Od četiri doma za starije, koji su u vlasništvu županije, dva doma imaju stalni tim LOM-a, izvan doma, jedan dom ima stalni tim LOM-a u domu i jedan dom ima povremeni tim, izvan doma. U jednom od dva doma za starije, koji su u privatnom vlasništvu, tim LOM-a u povremenoj je skrbi za korisnike, izvan doma, dok u drugom domu svaki korisnik ima osobnog liječnika.

Požeško-slavonska županija

U Požeško-slavonskoj županiji, u ukupno pet domova za starije i nemoćne osobe prosječan broj korisnika (N=448) na jednu medicinsku sestru iznosi 14,45, dok broj korisnika na stacionaru na jednu sestru iznosi 6,55. U domu za starije i nemoćne koji je u vlasništvu županije, tim LOM-a u povremenoj je skrbi za korisnike, izvan doma. U dva doma za starije, koji su u privatnom vlasništvu, tim

LOM-a u stalnoj skrbi za korisnike, izvan doma. U domu koji je u vlasništvu Crvenog križa, tim LOM-a stalni je, izvan doma.

Primorsko-goranska županija

U Primorsko-goranskoj županiji, u ukupno osam domova za starije i nemoćne osobe prosječan broj korisnika (N=893) na jednu medicinsku sestru iznosi 13,95, dok broj korisnika na stacionaru na jednu sestru iznosi 8,28. U tri doma za starije i nemoćne od kojih je jedan u vlasništvu županije, a dva u privatnom vlasništvu, tim LOM-a u povremenoj skrbi za korisnike, izvan doma. U četiri doma za starije, od kojih su dva u privatnom vlasništvu, a dva u vlasništvu županije, tim LOM-a u stalnoj skrbi za korisnike, izvan doma. U jednom domu koji je u vlasništvu županije, tim LOM-a u stalnoj skrbi za korisnike, unutar doma.

Sisačko-moslavačka županija

U Sisačko-moslavačkoj županiji, u ukupno pet domova za starije i nemoćne osobe prosječan broj korisnika (N=510) na jednu medicinsku sestru iznosi 20,40, dok broj korisnika na stacionaru na jednu sestru iznosi 9,92. U dva doma za starije i nemoćne koji su u privatnom vlasništvu, tim LOM-a u stalnoj skrbi za korisnike, izvan doma. U jednom domu za starije i nemoćne, koji je u privatnom vlasništvu, tim LOM-a u povremenoj skrbi je za korisnike, izvan doma. U dva doma za starije koji su u vlasništvu županije, tim LOM-a u povremenoj skrbi za korisnike, unutar doma.

Splitsko-dalmatinska županija

U Splitsko-dalmatinskoj županiji, u ukupno pet domova za starije i nemoćne osobe prosječan broj korisnika (N=353) na jednu medicinsku sestru iznosi 9,29, dok broj korisnika na stacionaru na jednu sestru iznosi 6,08. U šest domova za starije i nemoćne od kojih su dva u privatnom vlasništvu, tim LOM-a u stalnoj skrbi za korisnike, izvan doma. U jednom domu za starije i nemoćne koji je u privatnom vlasništvu, tim LOM-a u povremenoj skrbi je za korisnike, izvan doma.

Šibensko-kninska županija

U Šibensko-kninskoj županiji, u ukupno tri doma za starije i nemoćne osobe, prosječan broj korisnika (N=433) na jednu medicinsku sestru iznosi 14,43, dok

broj korisnika na stacionaru na jednu sestru iznosi 9,27. U jednom domu za starije i nemoćne, tim LOM-a u stalnoj je skrbi za korisnike, unutar doma. U jednom domu za starije i nemoćne, tim LOM-a u stalnoj je skrbi za korisnike, izvan doma. U jednom domu za starije i nemoćne (u vlasništvu udruge Faust Vrančić), tim LOM-a u povremenoj skrbi je za korisnike, izvan doma.

Varaždinska županija

U Varaždinskoj županiji, u ukupno pet domova za starije i nemoćne osobe, prosječan broj korisnika (N=1002) na jednu medicinsku sestru iznosi 16,7, dok broj korisnika na stacionaru na jednu sestru iznosi 8,47. U jednom domu za starije i nemoćne, tim LOM-a u stalnoj je skrbi za korisnike, unutar doma. U tri doma za starije i nemoćne, tim LOM-a u stalnoj je skrbi za korisnike, izvan doma (od kojih je jedan u vlasništvu Karitasa Varaždinske županije i jedan u privatnom vlasništvu). U dva doma za starije i nemoćne, koji su privatnom vlasništvu, tim LOM-a u povremenoj skrbi je za korisnike, izvan doma.

Virovitička županija

U Virovitičkoj županiji, u domu za starije i nemoćne osobe „Vedrana“ u Pitomači, koji je u privatnom vlasništvu, prosječan broj korisnika (N=30) na jednu medicinsku sestru iznosi 15, dok broj korisnika na stacionaru na jednu sestru iznosi 5. Tim LOM-a u stalnoj je skrbi za korisnike, izvan doma.

Zadarska županija

U Zadarskoj županiji, u ukupno dva doma za starije i nemoćne osobe (koji su u vlasništvu županije), prosječan broj korisnika (N=393) na jednu medicinsku sestru iznosi 23,12, dok broj korisnika na stacionaru na jednu sestru iznosi 7,65. Tim LOM-a, u oba doma, u stalnoj je skrbi za korisnike, izvan doma.

Vukovarsko-srijemska

U Vukovarsko-srijemskoj županiji, u ukupno četiri doma za starije i nemoćne osobe, prosječan broj korisnika (N=576) na jednu medicinsku sestru iznosi 18,00, dok broj korisnika na stacionaru na jednu sestru iznosi 10,13. U jednom domu za starije i nemoćne, tim LOM-a u stalnoj je skrbi za korisnike, izvan doma. U tri doma za starije i nemoćne, (jedan je u vlasništvu Gradskog društva Crvenog križa), tim LOM-a u povremenoj je skrbi za korisnike, izvan doma.

Gerontološkom javnozdravstvenom analizom djelatnika po županijama, evidentna je razlika između domova za starije i nemoćne koji su u vlasništvu županija i domova za starije koji su u privatnom vlasništvu, u broju korisnika za koje skrbi jedna medicinska sestra. Naime, u privatnim domovima, jedna medicinska sestra skrbi za manji broj korisnika, što se posebice odnosi na broj medicinskih sestara u stacionaru.

Timovi liječnika obiteljske medicine (LOM), također nisu standardizirani. U domovima koji su u vlasništvu županija, timovi su u povremenoj ili stalnoj skrbi za korisnike, kako u samom domu, tako i izvan njih.

Timovi LOM-a u domovima za starije i nemoćne koji su u privatnom vlasništvu, uglavnom imaju ugovoreni stalni tim, neki izvan doma a neki unutar doma za starije.

Ako analiziramo prosječni broj korisnika domova za starije, na razini Hrvatske, možemo vidjeti kako je u ukupno 114 domova smješteno ukupan broj korisnika (N=14807,2008.g.), odnosno broj korisnika u stacionarnom dijelu domova iznosi 7386 odnosno 49,9% od ukupnog udjela. Udio dugotrajno smještenih starijih osoba na razini primarne zdravstvene zaštite u domovima za starije je ispod europskog prosjeka koji iznosi 4,5% a u Hrvatskoj je 2,0%..Prosječan broj korisnika na jednu medicinsku sestru, na razini Hrvatske iznosi 15,90, dok prosječan broj korisnika na jednu medicinsku sestru u stacionaru iznosi 7,86. Svi navedeni gerontološko javnozdravstveni pokazatelji prikazani su u slijedom u tabelarnom i slikovnom prikazu.

Iz ovih podataka jasno je kako postoji potreba za standardiziranjem broja sestara po broju korisnika u stambenom i stacionarnom dijelu doma (prema četiri stupnja gerijatrijske njege). Jednako tako, timovi LOM-a u domovima za starije i nemoćne moraju biti standardizirani jer je neprihvatljiva razlika u kvaliteti i dostupnosti te učinkovitosti gerijatrijske zdravstvene skrbi kako po pojedinom domu tako i po pojedinoj županiji (jedan stalni tim LOM-a), na razini primarne zdravstvene zaštite za starije osobe po iznjetom prijedlogu gerijatrijske kadrovske norme.

Zaključno, gerontološkojavnnozdravstvena analiza potvrđuje,osobito u odnosu na funkcionalno onesposobljene gerijatrijske osiguranike, kako je broj tih korisnika u stacionaru doma za starije na jednu medicinsku sestru definitivno prevelik, odnosno broj medicinskih sestara u stacionaru je nedostatan i neučinkovit za primjenu gerijatrijske zdravstvene njege.. Nužna je i prijeko potrebna regulacija nove gerontološke norme za zdravstvene djelatnike, koji se u ovoj prvoj fazi primjene programa odnosi : na jedan tim SOM-a (liječnik obiteljske medicine i jedna gerijatrijska medicinska sestra) te na broj medicinskih sestara za

stacionarni i stambeni dio doma za starije u svrhu provedbe programa četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije. Slijedi druga faza izradbe programa po gerontološkojavnozdravstvenoj analizi **zdravstvenih potreba funkcionalno onesposobljenih gerijatrijskih osiguranika domova za starije**, a koja će uključivati **druge zdravstvene djelatnike različitog stručnog profila od fizioterapeuta do njegovateljica**. Sastavni dio izrađenog prijedloga kadrovskih normi broja medicinskih sestara u domovima za starije, za provedbu četiri stupnja gerijatrijske njege, je i izrađeni **algoritam (postupnik) gerijatrijske zdravstvene njege** u specifičnoj primarnoj zdravstvenoj zaštiti domova za starije osobe, koji je slijedom naveden iza kadrovskih normi.

Definirane gerontološke kadrovske norme broja medicinskih sestara po gerijatrijskom osiguraniku u stambenom i stacionarnom dijelu odnose se na četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege.

**KADROVSKA NORMA ZA JEDAN TIM SOM-a I BROJA GERIJATRIJSKIH
MEDICINSKIH SESTARA
ČETIRI STUPNJA GERIJATRIJSKE NJEGE U STAMBENOM I STACIONARNOM DIJELU
DOMA ZA STARIJE OSOBE U SPECIFIČNOJ PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI**

1 TIM LOM-a : 1 doktor spec. Obiteljske/opće medicine i
1 gerijatrijska medicinska sestra

STUPANJ GERIJATRIJSKE NJEGE	BROJ MEDICINSKIH SESTARA	BROJ GERIJATRIJSKIH BOLESNKA/ KORISNIKA DOMA ZA STARIJE OSOBE
--------------------------------	-----------------------------	--

Stambeni dio doma

Prvi stupanj gerijatrijske njege
(minimalan stupanj –
Za stambeni dio doma)

1 : 12

Stacionar u domu

Drugi stupanj gerijatrijske njege
(minimalni stupanj za stacionar u domu)

1 : 6

Treći stupanj gerijatrijske njege
(optimalni za stacionar u domu)

1 : 4

Četvrti stupanj gerijatrijske njege
(maksimalni stupanj za stacionar u domu)

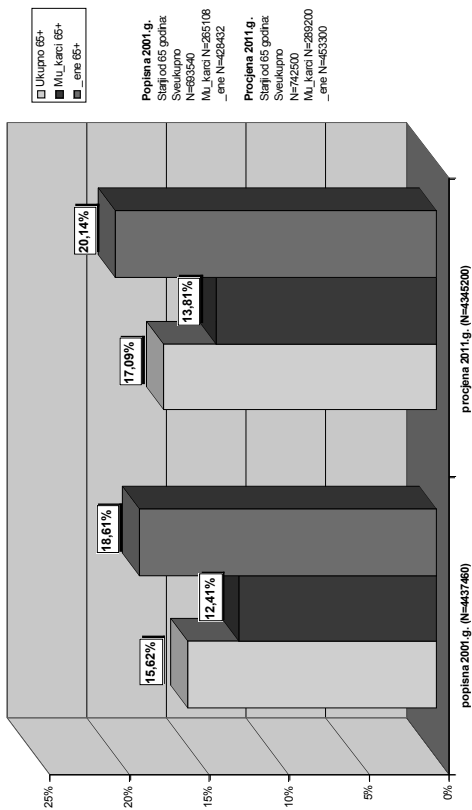
1 : 3

Izvor: CZG ZZJZAŠ

7. TABELARNI I SLIKOVNI PRIKAZ GERONTOLOŠKOJAVNOZDRAVSTVENIH POKAZATELJA (2008.-20011.)

Slika 1.

USPOREDBA KRETANJA HRVATSKOG STARJIEG PU_ ANSTVA
OD 65 GODINA (popisna 2001/ procjena 2011.g.)

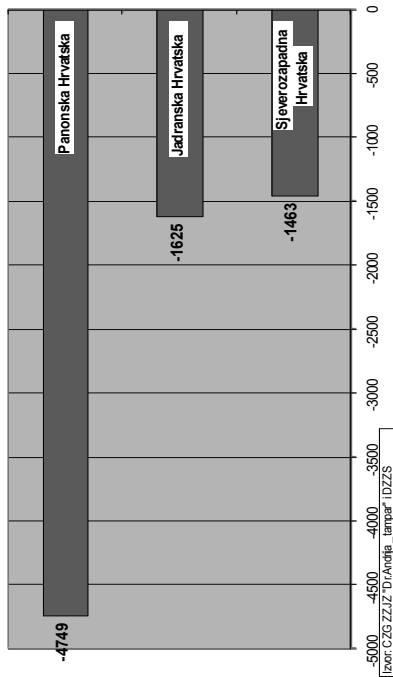


Izvor: CZG ZLJZ GZ I DZS

Prema popisnoj 2001.godini 15,62% je bilo osoba starijih od 65 godina u Hrvatskoj, od čega je 12,41% bilo muškaraca te 18,61% žena. Po procjeni iz 2011.g. udio osoba starijih od 65 godina iznosi 17,09%, od čega je 13,81% muškaraca i 20,14% žena.

Slika 2.

PRIRODNO KRETANJE STANOVNIŠTA PO REGIJAMA HRVATSKE (N= -7837, 2009.G.)



Slika 2. prikazuje prirodno kretanje stanovništva po regijama Hrvatske. Najveći pad stanovništva bilježi Panonska Hrvatska sa – 4749, dok Jadranska Hrvatska bilježi pad od – 1625 te Sjeverozapadna Hrvatska - 1463, što i potvrđuje drastičan porast starijeg hrvatskog pučanstva..

Tablica 1. Domovi za starije u Hrvatskoj

DOMOVI ZA STARIJE U HRVATSKOJ 2008. g. (N=114)				
ŽUPANIJE / GRAD ZAGREB	STARIJI od 65 g. (procjena 2007.)	UKUPAN BROJ DOMOVA	KORIS- NICI DOMA ZA STARIJE ukup. broj	% korisnika po županiji
GRAD ZAGREB	131033	31	4583	3.5
ZAGREBAČKA	48655	5	233	0.5
BJELOVAR.-BILOGOR.	22996	2	297	1.3
BRODSKO-POSAVSKA	28862	2	307	1.1
DUBROV.-NERETVAN.	22358	4	370	1.7
ISTARSKA	37554	5	783	2.1
KARLOVAČKA	28197	2	271	1.0
KOPRIVN.-KRIŽEVAČKA	20991	2	319	1.5
KRAPIN.-ZAGORSKA	24010	3	291	1.2
LIČKO-SENJSKA	12212	4	328	2.7
MEĐIMURSKA	17440	6	529	3.0
OSJEČKO-BARANJSKA	53126	6	1035	1.9
POŽEŠKO-SLAVONSKA	14244	5	448	3.1
PRIMORSKO-GORANSKA	55673	9	972	1.7
SISAČKO-MOSLAVAČKA	33797	5	510	1.5
SPLITSKO-DALMATIN.	76942	8	1013	1.3
ŠIBENSKO-KNINSKA	24176	3	433	1.8
VARAŽDINSKA	30021	5	1086	3.6
VIROVITIČKO-PODRAV.	14971	1	30	0.2
VUKOVAR.-SRIJEMSKA	32302	4	576	1.8
ZADARSKA	29758	2	393	1.3
HRVATSKA	759318	114	14807	2.0

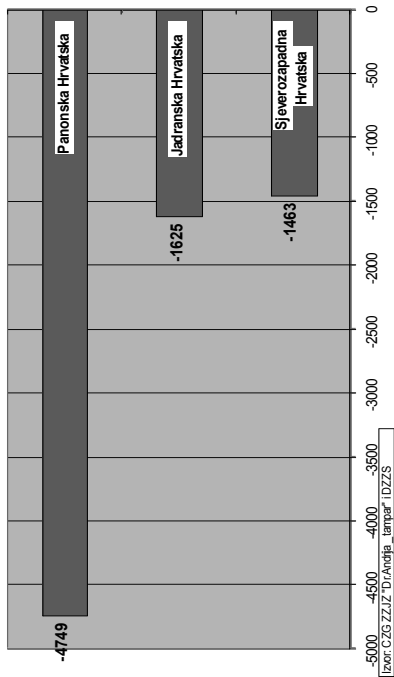
Izvor: CZG ZZJZ Dr. Andrija Štampar (rujan 2008) i DZZS

Tablica 2. Domovi (duži izvor)

DOMOVI ZA STARIJE U HRVATSKOJ 2008. g. (N=114)				
ŽUPANIJE / GRAD ZAGREB	STARIJI od 65 g. (procjena 2007.)	UKUPAN BROJ DOMOVA	KORIS- NICI DOMA ZA STARIJE ukup. br.	KORIS- NICI STACIO- NARA DOMA ukup. br. / %
GRAD ZAGREB	131033	31	4583	2165 / 47,24
ZAGREBAČKA	48655	5	233	136 / 58,37
BJELOVAR.-BILOGOR.	22996	2	297	113 / 38,05
BRODSKO-POSAVSKA	28862	2	307	113 / 36,81
DUBROV.-NERETVAN.	22358	4	370	253 / 68,38
ISTARSKA	37554	5	783	443 / 56,58
KARLOVAČKA	28197	2	271	106 / 39,11
KOPRIVN.- KRIŽEVAČKA	20991	2	319	144 / 45,14
KRAPIN.-ZAGORSKA	24010	3	291	105 / 36,08
LIČKO-SENJSKA	12212	4	328	213 / 64,94
MEDIMURSKA	17440	6	529	250 / 47,26
OSJEČKO- BARANJSKA	53126	6	1035	430 / 41,55
POŽEŠKO- SLAVONSKA	14244	5	448	203 / 45,31
PRIMORSKO- GORANSKA	55673	9	972	563 / 57,92
SISAČKO- MOSLAVAČKA	33797	5	510	248 / 48,63
SPLITSKO-DALMATIN.	76942	8	1013	610 / 60,22
ŠIBENSKO-KNINSKA	24176	3	433	278 / 64,20
VARAŽDINSKA	30021	5	1086	549 / 50,55
VIROVITIČKO- PODRAV.	14971	1	30	10 / 33,33
VUKOVAR.- SRIJEMSKA	32302	4	576	324 / 56,25
ZADARSKA	29758	2	393	130 / 33,08
HRVATSKA	759318	114	14807	7386 / 49,88

Slika 2.

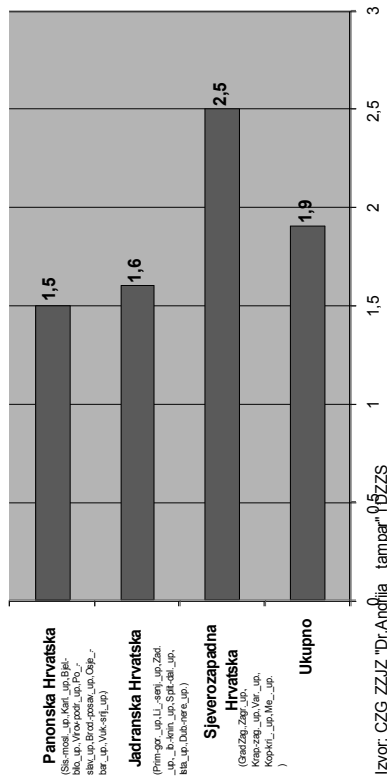
PRIRODNO KRETANJE STANOVNIŠTA PO REGIJAMA HRVATSKE (N= -7837, 2009.G.)



Slika 2. prikazuje prirodno kretanje stanovništva po regijama Hrvatske. Najveći pad stanovništva bilježi Panonska Hrvatska sa – 4749, dok Jadranska Hrvatska bilježi pad od – 1625 te Sjeverozapadna Hrvatska - 1463, što potvrđuje drastičan porast starijeg hrvatskog pučanstva..

Slika 3.

UDIO KORISNIKA U DOMOVIMA ZA STARIJE (N=14807, 2008.) U UKUPNOM BROJU OSOBA STARIJIH OD 65 GODINA PO REGIJAMA HRVATSKE (N=762907, projekcija 2008.)

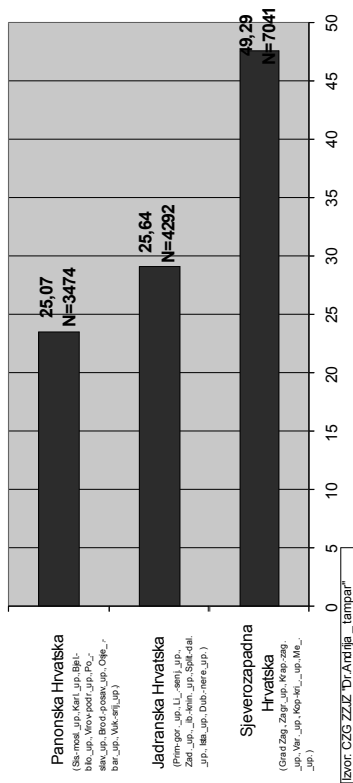


Izvor: CZG ZZJZ "Dr. Andjica _tempar" 05ZZS

Slika 3 prikazuje udio korisnika starijih od 65 godina u ukupnom broju osoba starijih od 65 godina po regijama Hrvatske. U Panoskoj Hrvatskoj je udio od 1,5% starijih od 65 godina smješteno u domovima za starije, u Jadranskoj Hrvatskoj 1,6% te u Sjeverozapadnoj Hrvatskoj 2,5%. Ukupno u cijeloj Hrvatskoj je u domovima za starije 1,9% osoba starijih od 65 godina.

Slika 4.

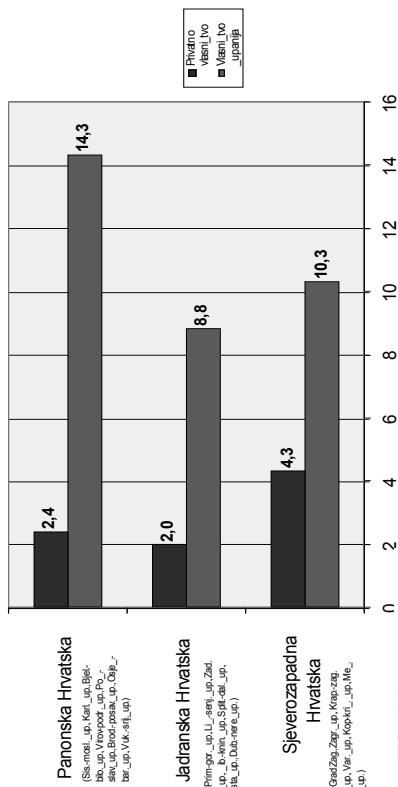
UDIO KORISNIKA U DOMOVIMA ZA STARIJE PO REGIJAMA HRVATSKE (N=14807, 2008. GOD.)



Slika 4 prikazuje udio korisnika u domovima za starije po regijama Hrvatske. U Panonskoj Hrvatskoj je iznosio 25,07 (N=3474), u Jadranskoj Hrvatskoj 25,64% (N=4292), dok je 49,29% (N=7041) u Sjeverozapadnoj Hrvatskoj.

Slika 5.

USPOREDBA PROSJE_ NOG BROJA KORISNIKA NA STACIONARU NA 1 MEDICINSKU SESTRU PO REGIJAMA HRVATSKE (2008.G.)

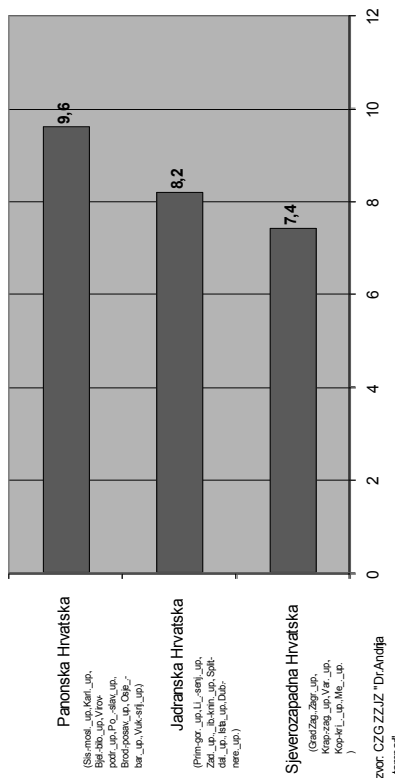


Izvor: CZGZZJZ "Dr. Andrija Štampar"

Slika 5 prikazuje usporedbu prosječnog broja korisnika na stacionaru na 1 medicinsku sestru po regijama Hrvatske. Domovi koji su u vlasništvu županija najveći broj korisnika na jednu medicinsku sestru ima u Panonskoj Hrvatskoj 14,3 dok u Sjeverozapadnoj Hrvatskoj taj broj iznosi 10,3 korisnika, a najmanje ima u Jadranskoj Hrvatskoj 8,8 korisnika. Domovi koji su u privatnom vlasništvu bilježe 4,3 korisnika stacionara na 1 medicinsku sestru u Sjeverozapadnoj Hrvatskoj, 2,4 u Panonskoj Hrvatskoj te 2,0 u Jadranskoj Hrvatskoj.

Slika 6.

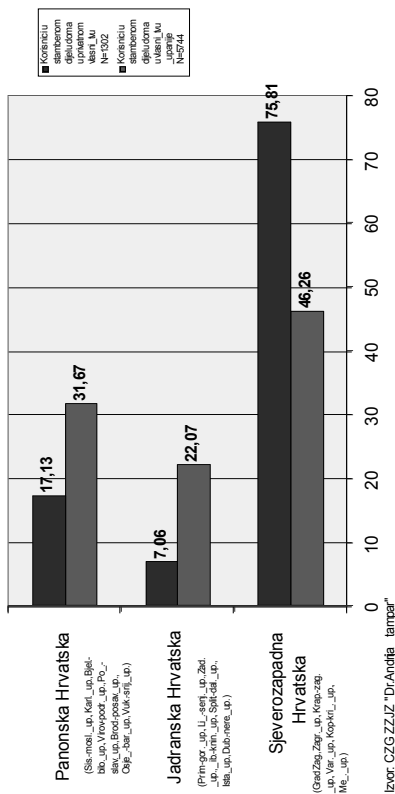
USPOREDBA PROSJEČNOG BROJA KORISNIKA NA STACIONARU NA JEDNU MJEDICINSKU SESTRU PO REGIJAMA HRVATSKE (2008.G.)



Slika 6 prikazuje usporedbu prosječnog broja korisnika na stacionaru na 1 medicinsku sestru po regijama Hrvatske u domovima koji su u privatnom vlasništvu kao i onih kojima je osnivač županija. U Panonskoj Hrvatskoj imamo 9,6 korisnika stacionara na 1 medicinsku sestru, u Jadranskoj Hrvatskoj imamo 8,2 te u Sjeverozapadnoj Hrvatskoj imamo 7,4 korisnika na 1 medicinsku sestru u 2008. godini.

Slika 7.

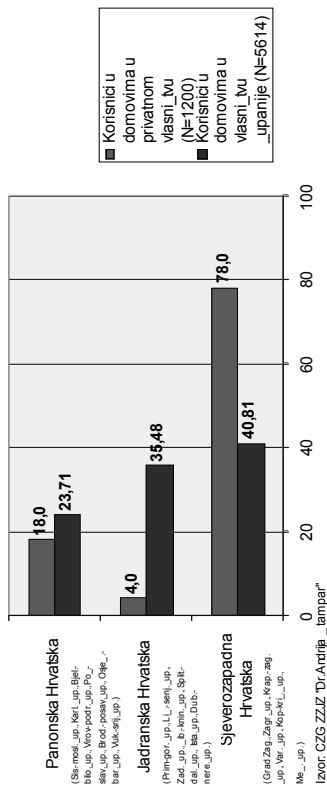
**USPOREDBA KORISNIKA SMJE_TENIH NA STAMBENI DIO
DOMOVA U VLASNI_TVU _UPANIJA U ODNOSU NA DOMOVE U
PRIVATNOM VLASNI_TVU (2008.G)**



Na slici 7 je vidljiva usporedba korisnika smještenih na stambeni dio domova u vlasništvu županija u odnosu na domove u privatnom vlasništvu. U Panonskoj Hrvatskoj udio od 17,13% korisnika je smješteno u domovima u privatnom vlasništvu u stambenom dijelu, dok 31,67% u domovima čiji je osnivač županija. U Jadranskoj Hrvatskoj udio od 7,06% korisnika je smješteno u domovima u privatnom vlasništvu u stambenom dijelu, dok 22,07% u domovima čiji je osnivač županija. U Sjeverozapadnoj Hrvatskoj ima više korisnika koji su na stacionarnom dijelu doma u privatnom vlasništvu njih čak, 75,81%, dok udio od 46,26% je u domovi kojima je osnivač županija.

Slika 8.

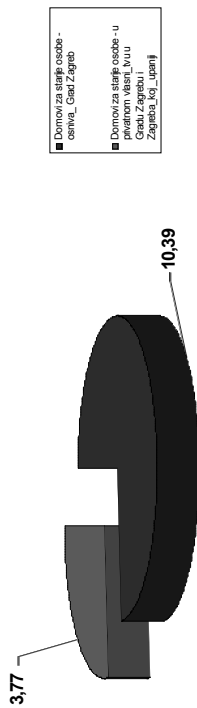
USPOREDBA KORISNIKA SMJE_TENIH NA STACIONARIMA DOMOVA ZA STARIJE U VLASNI_TU UPANJE U ODNOSU NA KORISNIKE U DOMOVIMA U PRIVATNOM VLASNI_TVU (2008.G.)



Slika 8 prikazuje usporedbu korisnika smještenih na stacionarima domova za starije u vlasništvu županija u odnosu na korisnike u privatnom vlasništvu po regijama Hrvatske u 2008.godini. U Panoskoj Hrvatskoj na stacionaru domova u privatnom vlasništvu je bilo 18,0%, dok je u 23,71% korisnika bilo na stacionarima domova u vlasništvu županije. U Jadranskoj Hrvatskoj na stacionaru domova u privatnom vlasništvu je bilo 4,0%, dok je u 35,48% korisnika bilo na stacionarima domova u vlasništvu županije. U Sjeverozapadnoj Hrvatskoj na stacionaru domova u privatnom vlasništvu je bilo 78,0%, dok je u 40,81% korisnika bilo na stacionarima domova u vlasništvu županije.

Slika 9.

**PROSJEČAN BROJ KORISNIKA U STACIONARU NA 1
MEDICINSKU SESTRU U DOMOVIMA ZA STARIJE GRADA
ZAGREBA I ZAGREBA_KE_UPANIJE (2008.)**



Izvor: CZG ZIZ "Dr. Andrija Rampar"

U domovima za starije i nemoćne osobe čiji je osnivač Grad Zagreb ima prosječnih 10,39 korisnika stacionara na 1 medicinsku sestru, dok domi za starije i nemoćne osobe koji su u privatnom vlasništvu u Gradu Zagrebu i Zagrebačkoj županiji ima na 1 medicinsku sestru 3,77 korisnika stacionara. (slika 9.)

3.

STRUKTURA UDJELA KORISNIKA DOMOVA ZA STARIJE PO ŽUPANIJAMA HRVATSKE (N=13857), 2008.g.*

ŽUPANIJE I GRAD ZAGREB	DOMOVI ZA STARIJE I NEMOĆNE OSOBE - 2008.g.						UKUPNO DOMSKIH KORISNIKA PO POJEDINJOJ ŽUPANIJI/GRAD	%	
	DRŽAVNO, GRADSKO, ŽUPANIJSKO VLASNIŠTVO		PRIVATNO VLASNIŠTVO		UDRUGE, KARITATIVNE ORGANIZACIJE I NEKOMERCIJELNE INSTITUCIJE				UKUPNO DOMOVA
	12	0	12	3	1	2			
GRAD ZAGREB	12	0	12	3	1	2	4308	31,09	
ZAGREBAČKA	0	0	3	3	2	0	297	2,14	
BJELOVARSKO-BILOGORSKA	1	1	1	1	0	0	297	2,14	
BRODSKO-POSavsKA	1	1	1	1	0	0	307	2,21	
DUBROVAČKO-NERETVANSKA	4	0	0	0	0	0	370	2,67	
ISTARSKA	5	5	0	0	0	0	783	5,65	
KARLOVAČKA	1	1	1	1	0	0	271	1,96	
KOPRIVNIČKO-KRIŽEVAČKA	1	1	1	1	0	0	319	2,30	
KRAPINSKO-ZAGORSKA	0	0	2	2	1	1	291	2,10	
LICKO-SENSKA	3	0	0	0	1	1	328	2,37	
MEDIJUMSKA	1	1	6	6	0	0	613	4,42	
OSJEČKO-BARANJSKA	4	4	2	2	0	0	1035	7,47	
POŽEŠKO-SLAVONSKA	3	3	2	2	0	0	448	3,23	
PRIMORSKO-GORANSKA	4	4	4	4	0	0	893	6,44	
SISAČKO-MOSLAVAČKA	2	2	3	3	0	0	510	3,68	
SPLITSKO-DALMATINSKA	3	3	3	3	0	0	353	2,55	
SIBENSKO-KNINSKA	2	2	0	0	1	1	433	3,12	
VARAŽDINSKA	2	2	2	2	1	1	1002	7,23	
VIROVITIČKO-PODRAVSKA	0	0	1	1	0	0	30	0,22	
VUKOVARSKO-SRIJEMSKA	4	4	0	0	0	0	576	4,16	
ZADARSKA	2	2	0	0	0	0	393	2,84	
HRVATSKA UKUPNO	55	55	44	44	7	7	13857	100,00	

G ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Upitnik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihicki bolesne odrasle osobe (2008.g.)

loski podaci prikupljeni do 10. lipnja 2008.g.

Tablica 4
PROSJEČAN BROJ KORISNIKA STAMBENOG I STACIONARNOG DIJELA DOMOVA ZA STARIJE NA 1 MED. SESTRU PO ŽUPANIJAMA HRVATSKE (N=13857), 2008.g.*

Red. br.	ŽUPANIJE I GRAD ZAGREB	DOMOVI ZA STARIJE I NEMOĆNE OSOBE (N=106) - lipanj 2008.g.						
		STARJE OSOBE OD 65 GOD. (procjena 2006. god.)	GERIJATRIJSKI OSIGURANICI (od 66 i više god.) Izvor: HZZO	UKUPAN BROJ DOMOVA	UKUPNO DOMSKIH KORISNIKA PO POJEDINJOJ ŽUPANIJ/GRAD	BROJ KORISNIKA U STACIONARNOJ DIJELU DOMA	PROSJEČAN BROJ UKUPNIH KORISNIKA NA 1 MEDICINSKU SESTRU	PROSJEČAN BROJ KORISNIKA NA 1 MEDICINSKU SESTRU
1	GRAD ZAGREB	126532	ukup. 190673	25	4308	2000	16,10	7,48
2	ZAGREBAČKA	47123		5	297	180	11,00	6,67
3	BJELOVARSKO-BILOGORSKA	23340	24029	2	297	113	21,21	8,07
4	BRODSKO-POSavsKA	28550	30477	2	307	113	20,47	7,53
5	DUBROVAČKO-NERETVANSKA	21656	24122	4	370	253	14,23	9,73
6	ISTARSKA	36017	38816	5	783	443	14,50	8,20
7	KARLOVAČKA	28824	31913	2	271	106	22,58	8,83
8	KOPRIVNIČKO-KRIZEVAČKA	20968	21648	2	319	144	18,76	8,47
9	KRAPINSKO-ZAGORSKA	24002	23882	3	291	105	12,65	4,57
10	LIČKO-SEIJSKA	12516	14858	4	328	213	15,62	10,14
11	MEDIJURSKA	17010	17011	7	613	291	14,26	6,77
12	OSJEČKO-BARANJSKA	52852	55273	6	1035	430	19,53	8,11
13	POŽEŠKO-SLAVONSKA	14251	15115	5	448	203	14,45	6,55
14	PRIMORSKO-GORANSKA	53835	59907	8	893	530	13,95	8,28
15	SISAČKO-MOSLAVAČKA	34600	40543	5	510	248	20,40	9,92
16	SPLITSKO-DALMATINSKA	73813	80030	6	353	231	9,29	6,08
17	ŠIBENSKO-KNINSKA	26647	26647	3	433	278	14,43	9,27
18	VARAŽDINSKA	23410	30438	5	1002	508	16,70	8,47
19	VIROVITIČKO-PODRAVSKA	15174	15875	1	30	10	15,00	5,00
20	VUKOVARSKO-SRIJEMSKA	31882	33446	4	576	324	18,00	10,13
21	ZADARSKA	28514	31854	2	393	130	23,12	7,65
	HRVATSKA UKUPNO	744619	806557	106	13857	6853	15,90	7,96

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Upravitelj o gerontološkim normama u domovima za starije / psihiki bolesne odrasle osobe (2008.g.)

* gerontološkojavnozdravstveni podaci prikupljeni do 10. lipnja 2008.g.

Tablica 5.

STRUKTURA DJELATNIKA (N=1092) I KORISNIKA (N=3658) DOMOVA ZA STARIJE OSOBE - OSNIVAČ GRAD ZAGREB, 2008.g.

Red. br.	NAZIV DOMA	DJELATNICI I KORISNICI DOMA U STAMBENOM I STACIONARNOM DIJELU									
		UKUPAN BROJ DJELATNIKA DOMA	%	UKUPAN BROJ KORISNIKA PO POJEDINOM DOMU (100%)		KORISNICI U STAMBENOM DIJELU POJEDINOG DOMA		KORISNICI U STACIONARNOM DIJELU POJEDINOG DOMA		DNEVNI BORAVAK ZA STARIJE (Broj korisnika dnevnog boravka)	
				Broj	%	Broj	%	Broj	%		
											Broj
1	CENTAR	107	9,8	352		137	38,92	215	61,08	0	
2	DUBRAVA	49	4,49	124		59	47,58	65	52,42	0	
3	KSAVER	80	7,33	244		124	50,82	120	49,18	0	
4	MAKSIMIR	106	9,71	420		250	59,52	170	40,48	163	
5	MEDVEŠČAK	97	8,88	358		259	72,35	99	27,65	13	
6	PEŠČENICA	85	7,78	268		180	67,16	88	32,84	10	
7	SVETA ANA	73	6,68	282		168	59,57	114	40,43	7	
8	SVETI JOSIP	98	8,97	328		163	49,7	165	50,3	0	
9	TREŠNJEVKA	178	16,3	622		308	49,52	314	50,48	0	
10	TRNJE	113	10,35	373		149	39,95	224	60,05	0	
11	PARK	53	4,85	162		115	70,99	47	29,01	0	
12	DOM ZA PSIHIČKI BOLESNE ODRASLE OSOBE, ŠESTINSKI DOL	53	4,85	125		68	54,4	57	45,6	0	
	UKUPNO	1092	100,00	3658		1980	54,13	1678	45,87	193	

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Uпитnik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihički bolesne odrasle osobe (2008.g.)

Tablica 6.

**STRUKTURA ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA DOMOVA ZA STARIJE OSOBE - OSNIVAČ GRAD ZAGREB,
2008.g.**

Red. br.	NAZIV DOMA	TIM LOM-a (liječ. obit. med. i med. sestra)	MEDICINSKA SESTRA		NJEGOVATELJICE		BOLNIČARKE	FIZIOTERAPEUTI		PROSJEČAN BROJ UKUPNIH KORISNIKA NA 1 MEDICINSKU SESTRU	PROSJEČAN BROJ KORISNIKA NA STACIONARU NA 1 MEDICINSKU SESTRU
			VŠS	SSS	VŠS	SSS		VŠS	SSS		
1	CENTAR	u domu, stalni izvan doma,	1	17		26	0	0	2	19,56	11,94
2	DUBRAVA	stalni	1	5		6	0	0	1	20,67	10,83
3	KSAVER	u domu, stalni	1	12		17	0	1	1	18,77	9,23
4	MAKSIMIR	u domu, stalni	1	15		20	0	0	2	26,25	10,63
5	MEDVEŠČAK	u domu, stalni	1	8		17	0	0	2	39,78	11,00
6	PEŠČENICA	u domu, stalni	1	9,5		9	0	1	1	25,52	8,38
7	SVETA ANA	u domu, stalni	1	13		14	0	0	2	20,14	8,14
8	SVETI JOSIP	u domu, stalni	1	12		17	0	0	2	25,23	12,69
9	TREŠNJEVKA	u domu, stalni	1	27		43	1	1	4	22,21	11,21
10	TRNJE	u domu, stalni	1	17		29	0	0	1	20,72	12,44
11	PARK	u domu, stalni	1	5		8	0	1	0	27,00	7,83
12	BOLESNE ODRASLE OSOBE, ŠESTINSKI DOL	u domu, povremeni	2	8		13	0	0	1	12,50	5,70
	UKUPNO		13	148,5		219	1	4	19	22,65	10,39

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Uptinik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihički bolesne odrasle osobe (2008.g.)

Tablica 7.

STRUKTURA DJELATNIKA (N=418) I KORISNIKA (N=947) DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U PRIVATNOM VLASNIŠTVU U GRADU ZAGREBU I ZAGREBAČKOJ ŽUPANJI, 2008.g.											
Red. br.	NAZIV/DOMA	DJELATNICI I KORISNICI DOMA U STAMBENOM I STACIONARNOM DIJELU				KORISNICI U STACIONARNOM DIJELU				DNEVNI BORAVAK ZA STARIJE (Broj korisnika dnevnog boravka)	
		UKUPAN BROJ DJELATNIKA DOMA	%	UKUPAN BROJ KORISNIKA PO POJEDINOM DOMU (100%)		KORISNICI U STAMBENOM DIJELU POJEDINOG DOMA		KORISNICI U STACIONARNOM DIJELU POJEDINOG DOMA			
				Broj	%	Broj	%	Broj	%		
1	BENE VITA	38	9,09	112	47	41,96	65	58,04	0		
2	DOM TRAG PLUS	17	4,07	34	14	41,18	20	58,82	0		
3	PEJAKOVIĆ	11	2,63	30	20	66,67	10	33,33	0		
4	DOM JURAKIĆ	12	2,87	25	20	80,00	5	20,00	0		
5	GORNJI GRAD	33	7,89	48	0	0,00	48	100,00	0		
6	SANATORIJ AV- VITALIS	12	2,87	29	14	48,28	15	51,72	6		
7	USTANOVA SESVETSKI DOM	24	5,74	66	48	72,73	18	27,27	0		
8	DOM ZAKLADE LAVOSLAVA SCHWARZA	46	11,00	82	49	59,76	33	40,24	0		
9	BRANOVEČINA	9	2,15	21	14	66,67	7	33,33	0		
10	TOLIĆ	38	9,09	68	50	73,53	18	26,47	0		
11	CARITASOV DOM "SV. KAMILO DE LELLIS"	50	11,96	105	36	34,29	69	65,71	0		
12	DOM IVANA	10	2,39	40	20	50,00	20	50,00	0		
13	SESTRE MAČE DOM	18	4,31	37	15	40,54	22	59,46	0		
14	KUĆA SVETOG FRANJE	32	7,66	95	35	36,84	60	63,16	0		
15	DOM LJUBAV	11	2,63	20	11	55,00	9	45,00	0		
16	DOM NOVAK	17	4,07	50	40	80,00	10	20,00	0		
17	GODAN	34	8,13	67	0	0,00	67	100,00	0		
18	DOM "STARA VLAŠKA"	6	1,44	18	12	66,67	6	33,33	0		
UKUPNO		418	100,00	947	445	46,99	502	53,01	6		

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Uпитnik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihički bolesne odrasle osobe (2008.g.)

Tablica 8.

STRUKTURA ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U PRIVATNOM VLASTNIŠTVU U GRADU ZAGREBU I ZAGREBAČKOJ ŽUPANIJI, 2008.g.

Red. br.	NAZIV DOMA	TIM LOM-a (liječ.obit.med. i med.sestra)	MED. SESTRE		NJEGOV. BOLNIČ.	FIZIJOTER.		PROSJEČAN BROJ UKUPNIH KORISNIKA NA 1 MEDICINSKU SESTRU	PROSJEČAN BROJ KORISNIKA NA STACIONARU NA 1 MEDICINSKU SESTRU	
			VŠS	VSS		VŠS	SSS			
1	BENE VITA	stalni, izvan doma	3	14	11	0	0	2	6,59	3,82
2	D. TRAG PLUS	stalni, izvan doma	1	3	2	2	0	1	8,50	5,00
3	PEJAKOVIĆ	stalni, izvan doma	0	5	1	0	0	0	6,00	2,00
4	DOM JURAKIĆ	povrem., izvan doma	0	7	0	0	0	1	3,57	0,71
5	GORNJI GRAD	izvan doma	1	3	8	0	0	1	12,00	12,00
6	SANATORIJ AV-VITALIS	stalni, izvan doma	1	3	1	0	0	1	7,25	3,75
7	UST. SESVETSKI DOM	stalni, izvan doma	1	7	5	0	0	1	8,25	2,25
8	DOM ZAKLADE LAVOSLAVA SCHWARZA	stalni, izvan doma	1	6	7	1	1	0	11,71	4,71
9	BRANOVEČINA	stalni, izvan doma	1	4	2	0	0	0	4,20	1,40
10	TOLIĆ	izvan doma	0	16	7	0	0	5	4,25	1,13
11	"SV. KAMILO DE LELLIS"	stalni, izvan doma	1	4	19	0	0	1	21,00	13,80
12	DOM IVANA	stalni, izvan doma	0	4	4	0	0	0	10,00	5,00
13	SESTRE IMACE DOM	stalni, izvan doma	0	7	6	0	0	0	5,29	3,14
14	KUĆA SVETOG FRANJE	stalni, izvan doma	0	5	10	0	0	1	19,00	12,00
15	DOM LJUBAV	povrem., izvan doma	0	6	1	0	0	0	3,33	1,50
16	DOM NOVAK	izvan doma	1	4	4	0	0	0	10,00	2,00
17	GODAN	u domu ?	1	20	2	2	2	0	3,19	3,19
18	DOM "STARA VLAŠKA"	povrem., izvan doma	0	3	1	0	0	0	6,00	2,00
UKUPNO			12	121	91	5	3	14	7,12	3,77

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Uptnik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihički bolesne odrasle osobe (2008.g.)

Tablica 9.

**STRUKTURA DJELATNIKA (N=76) I KORISNIKA (N=297) DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U
BJELOVARSKO-BILOGORSKOJ ŽUPANIJI, 2008.g. (Vlasništvo županije i privatne ustanove)**

Red. br.	NAZIV DOMA	DJELATNICI I KORISNICI DOMA									
		UKUPAN BROJ DJELATNIKA DOMA	%	UKUPAN BROJ KORISNIKA PO POJEDINOM DOMU (100%)	KORISNICI U STAMBENOM DIJELU POJEDINOG DOMA		KORISNICI U STACIONARNOM DIJELU POJEDINOG DOMA		DNEVNI BORAVAK ZA STARIJE (Broj korisnika dnevnog boravka)		
					Broj	%	Broj	%			
1	Dom za starije i nemoćne osobe BJELOVAR	65	85,53	267	174	65,17	93	34,83	0		
2	Dom za starije i nemoćne osobe MOJ MIR - BJELOVAR - PRIVATNO	11	14,47	30	10	33,33	20	66,67	0		
	UKUPNO	76	100,00	297	184	61,95	113	38,05	0		

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Uprnik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihički bolesne odrasle osobe (2008.g.)

Tablica 10.

STRUKTURA ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U BJELOVARSKO-BILOGORSKOJ ŽUPANIJI, ožujak 2008.g. (vlasništvo županije i privatne ustanove)

Red. br.	NAZIV DOMA	TIM LOM-a (liječ.obit.med. i med.sestra)	MEDICINSKE SESTRE		NJEGOVATELJICE		BOLNIČARKE	FIZIOTERAPEUTI		PROSJEČAN BROJ UKUPNIH KORISNIKA NA 1 MEDICINSKU SESTRU	PROSJEČAN BROJ KORISNIKA NA STACIONARU NA 1 MEDICINSKU SESTRU
			VŠS	SSS	VŠS	SSS		VŠS	SSS		
1	Dom za starije i nemoćne osobe BJELOVAR -	povremeni, izvan doma	1	9	13	0	0	1	26,70	9,30	
2	Dom za starije i nemoćne osobe MOJ MIR - BJELOVAR - PRIVATNO	stalni, izvan doma	0	4	4	0	0	0	7,50	5,00	
	UKUPNO		1	13	17	0	0	1	21,21	8,07	

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Uplatnik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihički bolesne odrasle osobe (2008.g.)

Tablica 11.

STRUKTURA DJELATNIKA (N=101) I KORISNIKA (N=307) DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U BRODSKO-POSAVSKOJ ŽUPANIJI, 2008.g. (vlasništvo županije i privatne ustanove)

Red. br.	NAZIV DOMA	DJELATNICI I KORISNICI DOMA									
		UKUPAN BROJ DJELATNIKA DOMA	%	UKUPAN BROJ KORISNIKA PO POJEDINOM DOMU (100%)		KORISNICI U STAMBENOM DIJELU POJEDINOG DOMA		KORISNICI U STACIONARNOM DIJELU POJEDINOG DOMA		DNEVNI BORAVAK ZA STARIJE (Broj korisnika dnevnog boravka)	
				Broj	%	Broj	%	Broj	%		
1	Dom za starije i nemoćne osobe SL.BROD	76	75,25	247	153	61,94	94	38,06	0		
1.1.	Dom za starije i nemoćne osobe SL.BROD - Podružnica N.Kapela	12	11,88	30	26	86,67	4	13,33	0		
2	Dom socijalne skrbi za starije i nemoćne osobe GOSTINAC - REŠETARI - PRIVATNO	13	12,87	30	15	50,00	15	50,00	0		
	UKUPNO	101	100,00	307	194	63,19	113	36,81	0		

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Uprnik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihički bolesne odrasle osobe (2008.g.)

STRUKTURA ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U BRODSKO-POSAVSKOJ ŽUPANIJU, ožujak 2008.g.
(Masništvo županije i privatne ustanove)

Red. br.	NAZIV DOMA	TIM LOM-a (liječ.obit.med. i med.sestra	MEDICINSKE SESTRE		NJEGOVATELJICE		BOLNIČARKE	FIZIOTERAPEUTI		PROSJEČAN BROJ UKUPNIH KORISNIKA NA 1 MEDICINSKU SESTRU	PROSJEČAN BROJ KORISNIKA NA STACIONARU NA 1 MEDICINSKU SESTRU
			VŠS	SSS	VŠS	SSS		VŠS	SSS		
1	Dom za starije i nemoćne osobe SL.BROD s Podružnicom N.Kapela	povremeni, u domu	0	13	21	0	0	0	0	21,31	7,54
2	Dom socijalne skrbi za starije i nemoćne osobe GOSTINAC - REŠETARJ - PRIVATNO	stalni, izvan doma	0	2	8	0	0	0	0	15,00	7,50
	UKUPNO		0	15	29	0	0	0	0	20,47	7,53

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Uprnik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihički bolesne odrasle osobe (2008. g.)

Tablica 13.

STRUKTURA DJELATNIKA (N=145) I KORISNIKA (N=370) DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U DUBROVAČKO-NERETVANSKOJ ŽUPANIJI, 2008. g. (Vlasništvo županije i privatne ustanove)

Red. br.	NAZIV DOMA	UKUPAN BROJ DJELATNIKA DOMA	%	UKUPAN BROJ KORISNIKA PO POJEDINOM DOMU (100%)	DJELOVNI I KORISNICI DOMA U STAMBENOM I STACIONARNOM DIJELU				DNEVNI BORAVAK ZA STARIJE (Broj korisnika dnevnog boravka)
					KORISNICI U STAMBENOM DIJELU POJEDINOG DOMA		KORISNICI U STACIONARNOM DIJELU POJEDINOG DOMA		
					Broj	%	Broj	%	
1	Dom za starije i nemoćne osobe DOMUS CHRISTI - DUBROVNIK	30	20,69	92	33	35,87	59	64,13	0
2	Dom za starije i nemoćne osobe DUBROVNIK -	44	30,35	113	35	30,97	78	69,03	0
2.2.	Dom za starije i nemoćne osobe DUBROVNIK - Podružnica THERMOTHERAPIJA	25	17,24	57	10	17,54	47	82,46	0
3	Dom za starije i nemoćne KORČULA - VELA LUKA	29	20,00	66	15	22,73	51	77,27	0
4	Dom za starije i nemoćne osobe KORČULA	17	11,72	42	24	57,14	18	42,86	0
	UKUPNO	145	100,00	370	117	31,62	253	68,38	0

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Upitnik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihički bolesne odrasle osobe (2008.g.)

STRUKTURA ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U DUBROVAČKO-NERETVANSKOJ ŽUPANIJU, ožujak 2008.g. (vlasništvo županije i privatne ustanove)

Red. br.	NAZIV DOMA	TIM LOM-a (lječ.obit.med. i med.sestra	MEDICINSKE SESTRE		NJEGOVATELJICE		BOLNIČARKE	FIZIOTERAPEUTI		PROSJEČAN BROJ UKUPNIH KORISNIKA NA 1 MEDICINSKU SESTRU	PROSJEČAN BROJ KORISNIKA NA STACIONARU NA 1 MEDICINSKU SESTRU
			VŠŠ	SSS	SSS	SSS		VŠŠ	SSS		
1	Dom za starije i nemoćne osobe DOMUS CHRISTI - DUBROVNIK	povremeni, izvan doma	0	6	6	0	0	0	0	15,33	9,83
2	Dom za starije i nemoćne osobe DUBROVNIK -	stalni, izvan doma	0	7	7	0	0	0	0	16,14	11,14
2.2.	Dom za starije i nemoćne osobe DUBROVNIK - Podružnica THERMOTERAPIJA	stalni, izvan doma	0	5	6	0	0	0	1	11,40	9,40
3	Dom za starije i nemoćne KORČULA - VELA LUKA	stalni, izvan doma	1	3	9	0	0	0	0	16,50	12,75
4	Dom za starije i nemoćne osobe KORČULA	stalni, izvan doma	1	3	4	0	0	0	0	10,50	4,50
UKUPNO			2	24	32	0	0	0	1	14,23	9,73

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Uptinik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihiki bolesne odrasle osobe (2008.g.)

Tablica 15.

**STRUKTURA DJELATNIKA (N=293) I KORISNIKA (N=783) DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U ISTARSKOJ
ŽUPANIJI, ožujak 2008.g. (Vlasništvo županije i privatne ustanove)**

Red. br.	NAZIV DOMA	DJELATNICI I KORISNICI DOMA									
		UKUPAN BROJ DJELATNIKA DOMA	%	UKUPAN BROJ KORISNIKA PO POJEDINOM DOMU (100%)	KORISNICI U STAMBENOM DIJELU POJEDINOG DOMA		KORISNICI U STACIONARNOM DIJELU POJEDINOG DOMA		DNEVNI BORAVAK ZA STARIJE (Broj korisnika dnevnog boravka)		
					Broj	%	Broj	%			
		62	21,16	171	27	15,79	144	84,21	0		
1	Dom za starije i nemoćne osobe DOMENICO PERGOLIS - ROVINJ s PODRUŽ.	62	21,16	171	27	15,79	144	84,21	0		
2	Dom za starije i nemoćne osobe NOVIGRAD	62	21,16	187	105	56,15	82	43,85	0		
3	Dom za starije i nemoćne osobe RASA - LABIN	23	7,85	61	34	55,74	27	44,26	12		
4	Dom za starije i nemoćne osobe ALFREDO ŠTIGLIĆ - PULA	72	24,57	192	92	47,92	100	52,08	25		
5	Dom za psihčki bolesne odrasle osobe VILA MARIA - PULA s PODRUŽN.	74	25,26	172	82	47,67	90	52,33	0		
	UKUPNO	293	100,00	783	340	43,42	443	56,58	37		

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Uprnik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihčki bolesne odrasle osobe (2008.g.)

STRUKTURA ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U ISTARSKOJ ŽUPANIJI, ožujak 2008. g.
(vlasništvo županije i privatne ustanove)

Red. br.	NAZIV DOMA	TIM LOM-a (liječ.obit.med. i med.sestra)	MEDICINSKE SESTRE		NJEGOVATELJICE		BOLNIČARKE	FIZIOTERAPEUTI		PROSJEČAN BROJ UKUPNIH KORISNIKA NA 1 MEDICINSKU SESTRU	PROSJEČAN BROJ KORISNIKA NA 1 STACIONARU NA 1 MEDICINSKU SESTRU
			VŠS	SSS	VŠS	SSS		VŠS	SSS		
1	nemoćne osobe DOMENICO PERGOLIS - ROVINJ s PODRUŽ.	povremeni, izvan doma	1	11	16	0	0	1	14,25	12,00	
2	Dom za starije i nemoćne osobe NOVIGRAD	stalni, izvan doma	0	9	13	0	0	1	20,78	9,11	
3	Dom za starije i nemoćne osobe RAŠA - LABIN	stalni, izvan doma	1	4	5	0	0	0	12,20	5,40	
4	Dom za starije i nemoćne osobe ALFREDO ŠTIGLIĆ - PULA	stalni, u domu	1	9	10	0	0	1	19,20	10,00	
5	Dom za psihčki bolesne odrasle osobe VILA MARIA - PULA s PODRUŽN.	stalni, u domu	1	17	22	0	0	1	9,56	5,00	
UKUPNO			4	50	66	0	0	4	14,50	8,20	

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Uptinik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihčki bolesne odrasle osobe (2008.g)

Tablica 17.

**STRUKTURA DJELATNIKA (N=82) I KORISNIKA (N=271) DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U KARLOVAČKOJ
ŽUPANIJI, ožujak 2008. g. (vlasništvo županije i privatne ustanove)**

Red. br.	NAZIV DOMA	DJELATNICI I KORISNICI DOMA									
		UKUPAN BROJ DJELATNIKA DOMA	%	UKUPAN BROJ KORISNIKA PO POJEDINOM DOMU (100%)	KORISNICI U STAMBENOM DIJELU POJEDINOG DOMA		KORISNICI U STACIONARNOM DIJELU POJEDINOG DOMA		DNEVNI BORAVAK ZA STARIJE (Broj korisnika dnevnog boravka)		
					Broj	%	Broj	%			
1	Dom za starije i nemoćne osobe - SVETI ANTUN - KARLOVAC	69	84,15	221	140	63,35	81	36,65	0		
2	Dom za starije i nemoćne osobe - VIKTOROVSKI - OZALJ - PRIVATNO	13	15,85	50	25	50,00	25	50,00	45		
	UKUPNO	82	100,00	271	165	60,89	106	39,11	45		

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Uprilnik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihčki bolesne odrasle osobe (2008.g.)

STRUKTURA ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U KARLOVAČKOJ ŽUPANIJI, ožujak 2008. g.
(vlasništvo županije i privatne ustanove)

Red. br.	NAZIV DOMA	TIM LOM-a (lječ.obit.med. i med.sesira	MEDICINSKE SESTRE		NJEGOVATELJICE		BOLNIČARKE	FIZIOTERAPEUTI		PROSJEČAN BROJ UKUPNIH KORISNIKA NA 1 MEDICINSKU SESTRU	PROSJEČAN BROJ KORISNIKA NA STACIONARU NA 1 MEDICINSKU SESTRU
			VŠS	SSS	VŠS	SSS		VŠS	SSS		
1	Dom za starije i nemoćne osobe - SVETI ANTON - KARLOVAC	stalni, u domu	1	6	13		0	1		31,57	11,57
2	nemoćne osobe VIKTOROVSKI - OZALJ - PRIVATNO	stalni, izvan doma	0	5	4		0	0		10,00	5,00
	UKUPNO		1	11	17		0	1		22,58	8,83

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Uprnik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihički bolesne odrasle osobe (2008.g.)

Tablica 19.

STRUKTURA DJELATNIKA (N=90) I KORISNIKA (N=319) DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U KOPRIVNIČKO-KRIŽEVAČKOJ ŽUPANIJI, ožujak 2008. g. (vlasništvo županije i privatne ustanove)

Red. br.	NAZIV DOMA	DJELATNICI I KORISNICI DOMA									
		UKUPAN BROJ DJELATNIKA DOMA	%	UKUPAN BROJ KORISNIKA PO POJEDINOM DOMU (100%)		KORISNICI U STAMBENOM DIJELU POJEDINOG DOMA		KORISNICI U STACIONARNOM DIJELU POJEDINOG DOMA		DNEVNI BORAVAK ZA STARIJE (Broj korisnika dnevnog boravka)	
				Broj	%	Broj	%	Broj	%	Broj	%
1	Dom za starije i nemoćne osobe KOPRIVNICA	75	83,33	271		147	54,24	124	45,76		0
2	Dom za starije i nemoćne osobe DOM SESTRE JADRANKE - KLOŠTAR VOJAKOVAČKI - PRIVATNO	15	16,67	48		28	58,33	20	41,67		0
	UKUPNO	90	100,00	319		175	54,86	144	45,14		0

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Uprnik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihički bolesne odrasle osobe (2008. g.)

STRUKTURA ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U KOPRIVNIČKO-KRIŽEVAČKOJ ŽUPANIJI, ožujak 2008.g. (vlasništvo županije i privatne ustanove)

Red. br.	NAZIV DOMA	TIM LOM-a (liječ.obit.med. i med.sestra	MEDICINSKE SESTRE		NJEGOVATELJICE		BOLNIČARKE	FIZIOTERAPEUTI		PROSJEČAN BROJ UKUPNIH KORISNIKA NA 1 MEDICINSKU SESTRU	PROSJEČAN BROJ KORISNIKA NA 1 STACIONARU NA 1 MEDICINSKU SESTRU
			VŠS	SSS	VŠS	SSS		VŠS	SSS		
1	Dom za starije i nemoćne osobe KOPRIVNICA	stalni, u domu	1	11	17	0	1	1	22,58	10,33	
2	nemoćne osobe DOM SESTRE JADRANKE - KLOŠTAR VOJAKOVAČKI - PRIVATNO	stalni, izvan doma	0	5	5	0	0	0	9,60	4,00	
	UKUPNO		1	16	22	0	1	1	18,76	8,47	

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Ujupnik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihički bolesne odrasle osobe (2008.g.)

Tablica 21

STRUKTURA DJELATNIKA (N=98) I KORISNIKA (N=291) DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U KRAPINSKO-ZAGORSKOJ ŽUPANIJI, ožujak 2008.g. (vlasništvo županije i privatne ustanove)

Red. br.	NAZIV DOMA	DJELATNICI I KORISNICI DOMA									
		UKUPAN BROJ DJELATNIKA DOMA	%	UKUPAN BROJ KORISNIKA PO POJEDINOM DOMU (100%)	KORISNICI U STAMBENOM DIJELU POJEDINOG DOMA		KORISNICI U STACIONARNOM DIJELU POJEDINOG DOMA		DNEVNI BORAVAK ZA STARIJE (Broj korisnika dnevnog boravka)		
					Broj	%	Broj	%			
					Broj	%	Broj	%			
1	„Sv. Nikola“ KRAPINA - VL. HVIDRA	42	42,86	125	60	48,00	65	52,00	0		
2	Ustanova Pintar, STUBIČKE TOPLICE - PRIVATNO	20	20,41	22	12	54,55	10	45,45	0		
3	Dom za starije i nemoćne osobe REZIDENCIJA KAŠTELAN - TUHELJSKE TOPLICE s podružnicama - PRIVATNO	36	36,73	144	114	79,17	30	20,83	1		
	UKUPNO	98	100,00	291	186	63,92	105	36,08	1		

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Uprnik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihički i bolesne odrasle osobe (2008. g.)

STRUKTURA ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U KRAPINSKO-ZAGORSKOJ ŽUPANIJU, ožujak 2008. g. (Masništvo županije i privatne ustanove)

Red. br.	NAZIV DOMA	TIM LOM-a (liječ.obit.med. i med.sestra	MEDICINSKE SESTRE		NJEGOVATELJICE		BOLNIČARKE	FIZIOTERAPEUTI		PROSJEČAN BROJ UKUPNIH KORISNIKA NA 1 MEDICINSKU SESTRU	PROSJEČAN BROJ KORISNIKA NA STACIONARU NA 1 MEDICINSKU SESTRU
			VŠS	SSS	VŠS	SSS		VŠS	SSS		
1	KRAPINA - VL. HVIDRA	stalni, izvan doma	0	7	10	0	0	2	17,86	9,29	
2	STUBIČKE TOPLICE - PRIVATNO	povremeni, izvan doma	0	5	3	0	0	1	4,40	2,00	
3	nemoćne osobe REZIDENCIJA KAŠTELAN - TUHELJSKE TOPLICE s podružnicama - PRIVATNO	stalni, izvan doma	0	11	6	0	0	5	13,09	2,73	
	UKUPNO		0	23	19	0	0	8	12,65	4,57	

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Upriznik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihčki bolesne odrasle osobe (2008. g.)

Tablica 23.

STRUKTURA DJELATNIKA (N=107) I KORISNIKA (N=328) DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U LIČKO-SENJSKOJ ŽUPANIJI, ožujak 2008.g. (vlasništvo županije i privatne ustanove)

Red. br.	NAZIV DOMA	DJELATNICI I KORISNICI DOMA									
		UKUPAN BROJ DJELATNIKA DOMA	%	UKUPAN BROJ KORISNIKA PO POJEDINOM DOMU (100%)	KORISNICI U STAMBENOM DIJELU POJEDINOG DOMA		KORISNICI U STACIONARNOM DIJELU POJEDINOG DOMA		DNEVNI BORAVAK ZA STARIJE (Broj korisnika dnevnog boravka)		
					Broj	%	Broj	%			
1	Dom za starije i nemoćne osobe UDBINA	28	26,17	71	36	50,70	35	49,30	0		
2	Dom za starije i nemoćne osobe GOSPIĆ	55	51,40	182	53	29,12	129	70,88	0		
3	Dom za starije i nemoćne osobe OTOCAC	13	12,15	37	26	70,27	11	29,73	0		
4	Dom za starije i nemoćne osobe Biskup Srećko Badurina - OGULIN - VL. CARITAS BISKUPIJE GOSPIĆ	11	10,28	38	-	-	38	100,00	0		
	UKUPNO	107	100,00	328	115	35,06	213	64,94	0		

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Upitnik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihički bolesne odrasle osobe (2008.g.)

STRUKTURA ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U LIČKO-SENJSKOJ ŽUPANIJI, ožujak 2008. g.
(vlasništvo županije i privatne ustanove)

Red. br.	NAZIV DOMA	TIM LOM-a (liječobit.med. i med.sestra	MEDIČINSKE SESTRE		NJEGOVATELJICE		BOLNIČARKE	FIZIOTERAPEUTI		PROSJEČAN BROJ UKUPNIH KORISNIKA NA 1 MEDICINSKU SESTRU	PROSJEČAN BROJ KORISNIKA NA STACIONARU NA 1 MEDICINSKU SESTRU
			VŠS	SSS	VŠS	SSS		VŠS	SSS		
1	Dom za starije i nemoćne osobe UDBINA	povremeni, izvan doma	1	4	7		0	0	14,20	7,00	
2	Dom za starije i nemoćne osobe GOSPIC	stalni, izvan doma	0	10	15		0	0	18,20	12,90	
3	Dom za starije i nemoćne osobe OTOČAC	stalni, izvan doma	0	2	5		0	0	18,50	5,50	
4	Biskup Srećko Badurina - OGULIN - VL. CARITAS BISKUPIJE	stalni, izvan doma	0	4	4		0	0	9,50	9,50	
UKUPNO			1	20	31		0	0	15,62	10,14	

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Upitnik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihički bolesne odrasle osobe (2008. g.)

Tablica 25.

**STRUKTURA DJELATNIKA (N=200) I KORISNIKA (N=613) DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U MEĐIMURSKOJ
ŽUPANIJI, ožujak 2008.g. (vlasništvo županije i privatne ustanove)**

Red. br.	NAZIV DOMA	DJELATNICI I KORISNICI DOMA									
		UKUPAN BROJ DJELATNIKA DOMA	%	UKUPAN BROJ KORISNIKA PO POJEDINOM DOMU (100%)		KORISNICI U STAMBENOM DIJELU POJEDINOG DOMA		KORISNICI U STACIONARNOM DIJELU POJEDINOG DOMA		DNEVNI BORAVAK ZA STARIJE (Broj korisnika dnevnog boravka)	
				Broj	%	Broj	%	Broj	%		
1	Dom za starije i nemoćne osobe ČAKOVEC	76	38,00	282		150	53,19	132	46,81	7	
2	Dom za psihički bolesne odrasle osobe KOTORIBA - PRIVATNO	25	12,50	84		43	51,19	41	48,81	30	
3	Dom za starije i nemoćne osobe MESMAR - PRELOG - PRIVATNO	12	6,00	37		17	45,95	20	54,05	0	
4	Dom za starije i nemoćne osobe ŠČAVNIČAR - SELNICA - PRIVATNO	21	10,50	50		24	48,00	26	52,00	0	
5	Dom za starije i nemoćne osobe SLAKOVEC - PRIVATNO	20	10,00	50		27	54,00	23	46,00	0	
6	Dom za starije i nemoćne osobe STUBIČAR - MURSKO SREDIŠĆE - PRIVATNO	19	9,50	50		41	82,00	9	18,00	0	
7	Dom za starije i nemoćne osobe HODOSAN - DONJI KRALJEVEC - PRIVATNO	27	13,50	60		20	33,33	40	66,67	0	
	UKUPNO	200	100,00	613		322	52,53	291	47,47	37	

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Uptinik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihički bolesne odrasle osobe (2008.g.)

STRUKTURA ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U MEĐIMURSKOJ ŽUPANIJ, ožujak 2008.g. (vlasništvo županije i privatne ustanove)

Red. br.	NAZIV DOMA	TIM LOM-a (liječ. obit. med. i med. sestra)	MEDICINSKE SESTRE		NJEGOVA-TELJICE		BOLNICARKE	FIZIOTERAPEUTI		PROSJEČAN BROJ UKUPNIH KORISNIKA NA 1 MEDICINSKU SESTRU	PROSJEČAN BROJ KORISNIKA NA STACIONARU NA 1 MEDICINSKU SESTRU
			VŠS	SSS	VŠS	SSS		VŠS	SSS		
1	Dom za starije i nemoćne osobe ČAKOVEC	stalni, izvan doma	1	10	19	0	0	1	25,64	12,00	
2	Dom za psihički bolesne odrasle osobe KOTORIBA - PRIVATNO	stalni, izvan doma	0	7	6	0	0	1	12,00	5,86	
3	Dom za starije i nemoćne osobe MESMAR - PRELOG - PRIVATNO	stalni, izvan doma	1	2	5	0	0	0	12,33	6,67	
4	Dom za starije i nemoćne osobe ŠČAVNIČAR - SELNICA - PRIVATNO	povremeni, izvan doma	0	7	6	1	0	0	7,14	3,71	
5	Dom za starije i nemoćne osobe SLAKOVEC - PRIVATNO	stalni, izvan doma	0	4	7	0	0	1	12,50	5,75	
6	osobe STUBIČAR - MURSKO SREDIŠĆE - PRIVATNO	povremeni, izvan doma	0	6	5	2	0	1	8,33	1,50	
7	Dom za starije i nemoćne osobe HODOŠAN - DONJI KRALJEVEC - PRIVATNO	stalni, izvan doma	0	5	10	2	0	1	12,00	8,00	
UKUPNO			2	41	58	5	0	5	14,26	6,77	

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Uptinik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihički bolesne odrasle osobe (2008.g.)

Tablica 27.

STRUKTURA DJELATNIKA (N =297) I KORISNIKA (N =1035) DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U OSJEČKO-BARANJSKOJ ŽUPANIJI, ožujak 2008.g. (vlasništvo županije i privatne ustanove)

Red. br.	NAZIV DOMA	UKUPAN BROJ DJELATNIKA DOMA	%	UKUPAN BROJ KORISNIKA PO POJEDINOM DOMU (100%)	DJEJLATNICI I KORISNICI DOMA				DNEVNI BORAVAK ZA STARIJE (Broj korisnika dnevnog boravka)
					KORISNICI U STAMBENOM DIJELU POJEDINOG DOMA		KORISNICI U STACIONARNOM DIJELU POJEDINOG DOMA		
					Broj	%	Broj	%	
1	Dom za starije i nemoćne ĐAKOVO	53	17,85	190	137	72,11	53	27,89	0
2	Dom za starije i nemoćne osobe OSIJEK	81	27,27	349	175	50,14	174	49,86	0
3	Dom za starije i nemoćne BELI MANASTIR	47	15,82	180	89	49,44	91	50,56	0
4	Dom za psihički bolesne odrasle osobe OSIJEK	86	28,96	227	172	75,77	55	24,23	0
5	Dom za starije i nemoćne osobe JULIJE- OSIJEK - PRIVATNO	12	4,04	25	7	28,00	18	72,00	0
6	Dom za starije i nemoćne MOJ DOM MAJDENIĆ - PRIVATNO	18	6,06	64	25	39,06	39	60,94	0
	UKUPNO	297	100,00	1035	605	58,45	430	41,55	0

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Uptnik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihički bolesne odrasle osobe (2008.g.)

STRUKTURA ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U OSJEČKO-BARANJSKOJ ŽUPANIJ, ožujak 2008.g. (vlasništvo županije i privatne ustanove)

Red. br.	NAZIV DOMA	TIM LOM-a (liječ.obit.med. i među.sestra)	MEDICINSKE SESTRE		NJEGOVATELJICE		BOLNIČARKE	FIZIOTERAPEUTI		PROSJEČAN BROJ UKUPNIH KORISNIKA NA 1 MEDICINSKU SESTRU	PROSJEČAN BROJ KORISNIKA NA STACIONARU NA 1 MEDICINSKU SESTRU
			VŠS	SSS	VŠS	SSS		VŠS	SSS		
1	Dom za starije i nemoćne ĐAKOVO	stalni, u domu	1	7	10	0	0	0	0	23,75	6,63
2	Dom za starije i nemoćne osobe OSIJEK	stalni, izvan doma	1	12	21	0	0	1	1	26,85	13,38
3	Dom za starije i nemoćne BELI MANASTIR	povrem., izvan doma	1	8	8	0	0	1	1	20,00	10,11
4	Dom za psihički bolesne odrasle osobe OSIJEK	stalni, izvan doma	1	11	21	0	0	1	1	18,92	4,58
5	Dom za starije i nemoćne osobe JULIJE OSIJEK - PRIVATNO	svaki korisnik ima osobnog liječnika	0	7	2	0	0	0	0	3,57	2,57
6	Dom za starije i nemoćne MOJ DOM MAJĐENIĆ - PRIVATNO	povrem., izvan doma	0	4	5	0	0	0	0	16,00	9,75
UKUPNO			4	49	67	0	0	3	3	19,53	8,11

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Uпитnik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihički bolesne odrasle osobe (2008.g.)

Tablica 29.

STRUKTURA DJELATNIKA (N=157) I KORISNIKA (N=448) DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U POŽEŠKO-SLAVONSKOJ ŽUPANIJI, ožujak 2008.g. (vlasništvo županije i privatne ustanove)

Red. br.	NAZIV DOMA	DJELATNICI I KORISNICI DOMA									
		UKUPAN BROJ DJELATNIKA DOMA	%	UKUPAN BROJ KORISNIKA PO POJEDINOM DOMU (100%)	KORISNICI U STAMBENOM DIJELU POJEDINOG DOMA		KORISNICI U STACIONARNOM DIJELU POJEDINOG DOMA		DNEVNI BORAVAK ZA STARIJE (Broj korisnika dnevnog boravka)		
					Broj	%	Broj	%			
1	Dom za starije i nemoćne osobe VELIKA	47	29,94	143	73	51,05	70	48,95	0		
2	Dom za starije i nemoćne osobe POŽEGA	50	31,85	129	65	50,39	64	49,61	15		
3	Dom za starije i nemoćne osobe BAKETARIĆ - PLETERNICA - PRIVATNO	15	9,55	62	38	61,29	24	38,71	0		
4	Grad.Društvo Crv.Križa MARINO SELO PAKRAC - VL. CRVENI KRŽ	15	9,55	54	34	62,96	20	37,04	0		
5	Dom za starije i nemoćne osobe MIMI - LIPK S podružnicom Anđelak - PRIVATNO	30	19,11	60	35	58,33	25	41,67	18		
	UKUPNO	157	100,00	448	245	54,69	203	45,31	33		

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Uptnik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihički bolesne odrasle osobe (2008.g.)

STRUKTURA ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U POŽEŠKO-SLAVONSKOJ ŽUPANIJI,
ožujak 2008.g. (vlasništvo županije i privatne ustanove)

Red. br.	NAZIV DOMA	TIM LOM-a (lječ.obit.med. i med.sestra)	MEDICINSKE SESTRE		NJEGOVATELJICE		BOLničARKE	FIZIOTERAPEUTI		PROSJEČAN BROJ UKUPNIH KORISNIKA NA 1 MEDICINSKU SESTRU	PROSJEČAN BROJ KORISNIKA NA STACIONARU NA 1 MEDICINSKU SESTRU
			VŠS	SSS	VŠS	SSS		VŠS	SSS		
1	Dom za starije i nemoćne osobe VELIKA	povremeni, izvan doma	1	6	12	0	0	0	0	20,43	10,00
2	Dom za starije i nemoćne osobe POŽEGA	stalni, izvan doma	1	6	7	0	0	0	1	18,43	9,14
3	Dom za starije i nemoćne osobe BAKETARIC - PLETERNICA - PRIVATNO	stalni, izvan doma	1	5	1	0	0	0	1	10,33	4,00
4	Grad Društvo Crv.Križa MARINO SELO PAKRAC - VL. CRVENI KRIŽ	stalni, izvan doma	0	4	4	0	0	0	0	13,50	5,00
5	nemoćne osobe MIMI - LIPIK s podružnicom Anđelak -	stalni, izvan doma	0	7	9	0	0	0	0	8,57	3,57
UKUPNO			3	28	33	0	0	0	2	14,45	6,55

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Uprnik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihčki bolesne odrasle osobe (2008.g.)

Tablica 31.

STRUKTURA DJELATNIKA (N=343) I KORISNIKA (N=893) DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U PRIMORSKO-GORANSKOJ ŽUPANIJI, ožujak 2008.g. (Vlasništvo županije i privatne ustanove)

Red. br.	NAZIV DOMA	DJELATNICI I KORISNICI DOMA									
		UKUPAN BROJ DJELATNIKA DOMA	%	UKUPAN BROJ KORISNIKA PO POJEDINOM DOMU (100%)	KORISNICI U STAMBENOM DIJELU POJEDINOG DOMA		KORISNICI U STACIONARNOM DIJELU POJEDINOG DOMA		DNEVNI BORAVAK ZA STARIJE (Broj korisnika dnevnog boravka)		
					Broj	%	Broj	%			
1	Dom za starije i nemoćne osobe MALI KARTEC - KRK	48	13,99	146	68	46,58	78	53,42	1		
2	Dom za starije i nemoćne osobe VOLOSKO-OPATIJA	59	17,20	143	51	35,66	92	64,34	0		
3	Dom za starije i nemoćne osobe V. LOSINJ	45	13,12	81	38	46,91	43	53,09	0		
4	Dom za starije i nemoćne osobe KANTRIDA - RIJEKA	161	46,94	449	165	36,75	284	63,25	0		
5	Ustanova za zdr. Njegu u kući - NJURKA RUS - ŠILO - PRIVATNO	4	1,17	10	0	0,00	10	100,00	0		
6	Dom za starije i nemoćne VEDRIDANI - LOKVE - PRIVATNO	11	3,21	22	21	95,45	1	4,55	0		
7	Dom za starije i nemoćne osobe KUĆA SUNCA - KORNIC - PRIVATNO	7	2,04	20	10	50,00	10	50,00	0		
8	Dom za starije i nemoćne osobe B. KOLAREK - MALINSKA - PRIVATNO	8	2,33	22	10	45,45	12	54,55	0		
UKUPNO		343	100,00	893	363	40,65	530	59,35	1		

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Uprnik on gerontološkim normama u domovima za starije / psihiki bolesne odrasle osobe (2008.g.)

STRUKTURA ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U PRIMORSKO-GORANSKOJ ŽUPANIJU, ožujak 2008.g. (Vlasništvo županije i privatne ustanove)

Red. br.	NAZIV DOMA	TIM LOM-a (liječ.obit.med. i med.sestra)	MEDICINSKE SESTRE		NJEGOVA-TELJICE		BOLNIČARSKA	FIZIOTERAPEUTI		PROSJEČAN BROJ UKUPNIH KORISNIKA NA 1 MEDICINSKU SESTRU	PROSJEČAN BROJ KORISNIKA NA 1 STACIONARNU I 1 MEDICINSKU SESTRU
			VŠS	SSS	SSS	SSS		VŠS	SSS		
1	Dom za starije i nemoćne osobe MALI KARTEC - KRK	povremeni, izvan doma	1	6	10	0	0	0,5	0	20,86	11,14
2	Dom za starije i nemoćne osobe VOLOSKO-OPATIJA	stalni, izvan doma	1	14	8	0	0	0	2	9,53	6,13
3	Dom za starije i nemoćne osobe V. LOŠINJ	stalni, izvan doma	1	7	14	0	0	0	0	10,13	5,38
4	Dom za starije i nemoćne osobe KANTRIDA - RJEKA	stalni, u doma	3	21	32	2	2	1	2	18,71	11,83
5	Ustanova za zdr. Njegu u kući - NJURKA RIUS - ŠILO - PRIVATNO	stalni, izvan doma	0	3	1	0	0	0	0	3,33	3,33
6	Dom za starije i nemoćne VEDRI DANI - LOKVE - PRIVATNO	povremeni, izvan doma	0	2	3	4	4	1	0	11,00	0,50
7	Dom za starije i nemoćne osobe KUČA SUNCA - KORNIC - PRIVATNO	povremeni, izvan doma	0	3	4	0	0	0	1	6,67	3,33
8	Dom za starije i nemoćne osobe B.KOLAREK - MALINSKA - PRIVATNO	stalni, izvan doma	0	2	4	0	0	0	0	11,00	6,00
	UKUPNO		6	58	76	6	6	2,5	5	13,95	8,28

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Stampar" - Uptnik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihički bolesne odrasle osobe (2008.g.)

Tablica 33.

STRUKTURA DJELATNIKA (N=154) I KORISNIKA (N=510) DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U SISAČKO-MOSLAVAČKOJ ŽUPANIJI, ožujak 2008. g. (Vlasništvo županije i privatne ustanove)

Red. br.	NAZIV DOMA	DJELATNICI I KORISNICI DOMA										DNEVNI BORAVAK ZA STARIJE (Broj korisnika dnevnog boravka)	
		UKUPAN BROJ DJELATNIKA DOMA	%	UKUPAN BROJ KORISNIKA PO POJEDINOM DOMU (100%)	KORISNICI U STAMBENOM DIJELU POJEDINOG DOMA		KORISNICI U STACIONARNOM DIJELU POJEDINOG DOMA		Broj	%	Broj		%
					Broj	%	Broj	%					
1	Dom za starije i nemoćne osobe SISAK	68	44,16	230	126	54,78	104	45,22				50	
2	Dom za starije i nemoćne osobe PETRINJA	55	35,71	192	88	45,83	104	54,17				0	
3	Dom za starije i nemoćne osobe ZELENI BRJEG - SISAK - PRIVATNO	8	5,19	15	7	46,67	8	53,33				0	
4	Dom za starije i nemoćne osobe - LEPESIĆ - SISAK - PRIVATNO	6	3,90	23	16	69,57	7	30,43				0	
5	Dom za starije i nemoćne osobe ZLATNE GODINE - KUTINA - PRIVATNO	17	11,04	50	25	50,00	25	50,00				0	
	UKUPNO	154	100,00	510	262	51,37	248	48,63				50	

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Ujupitnik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihički bolesne odrasle osobe (2008.g.)

STRUKTURA ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U SISAČKO-MOSLAVAČKOJ ŽUPANIJI,
ožujak 2008.g. (Mlasništvo županije i privatne ustanove)

Red. br.	NAZIV DOMA	TIM LOM-a (liječ.obit.med. i među.sestra	MEDICINSKE SESTRE		NJEGOVA-TELJICE		BOLNICARKE		FIZIOTERAPEUTI		PROSJEČAN BROJ UKUPNIH KORISNIKA 1 MEDICINSKU SESTRU	PROSJEČAN BROJ KORISNIKA NA STACIONARIMA 1 MEDICINSKU SESTRU
			VŠŠ	SSS	SSS	SSS	VŠŠ	SSS	VŠŠ	SSS		
1	Dom za starije i nemoćne osobe SISAK	povremeni, u domu	1	8	15	0	0	0	0	1	25,56	11,56
2	Dom za starije i nemoćne osobe PETRINJA	povremeni, u domu/izvan doma	1	7	12	0	0	0	0	0	24,00	13,00
3	Dom za starije i nemoćne osobe ZELENI BRIJEG - SISAK - PRIVATNO	stalni, izvan doma	0	3	5	0	0	0	0	0	5,00	2,67
4	Dom za starije i nemoćne osobe - LEPESIĆ - SISAK - PRIVATNO	povremeni, izvan doma	0	0	5	0	0	0	0	0	0,00	0,00
5	Dom za starije i nemoćne osobe ZLATNE GODINE - KUTINA - PRIVATNO	stalni, izvan doma	0	5	4	0	0	0	0	0	10,00	5,00
UKUPNO			2	23	41	0	0	0	0	1	20,40	9,92

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Uptinik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihčki bolesne odrasle osobe (2008.g.)

Tablica 35.

STRUKTURA DJELATNIKA (N=168) I KORISNIKA (N=353) DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U SPLITSKO-DALMATINSKOJ ŽUPANIJI, ožujak 2008. g. (vlasništvo županije i privatne ustanove)

Red. br.	NAZIV DOMA	UKUPAN BROJ DJELATNIKA DOMA	%	UKUPAN BROJ KORISNIKA PO POJEDINOM DOMU (100%)	DJELOVNICI I KORISNICI DOMA				DNEVNI BORAVAK ZA STARIJE (Broj korisnika dnevnog boravka)
					KORISNICI U STAMBENOM DIJELU POJEDINOG DOMA		KORISNICI U STACIONARNOM DIJELU POJEDINOG DOMA		
					Broj	%	Broj	%	
1	Dom za starije i nemoćne osobe VIS	27	16,07	79	49	62,03	30	37,97	0
2	Dom za starije i nemoćne osobe LOVRET SPLIT	67	39,88	106	0	0,00	106	100,00	0
3	Dom za starije i nemoćne osobe MAKARSKA	29	17,26	64	22	34,37	42	65,63	0
3.3.	Dom za starije i nemoćne osobe MAKARSKA - Podružnica Runović	14	8,33	38	0	0,00	38	100,00	0
4	Ustanova DOM VITA - PODSTRANA - PRIVATNO	15	8,93	30	26	86,67	4	13,33	0
5	Ustanova TIHI DOM - TROGIR - PRIVATNO	8	4,76	19	8	42,11	11	57,89	2
6	Dom za starije i nemoćne osobe COR BONUM - PODSTRANA - PRIVATNO	8	4,76	17	17	100,00	0	0,00	0
	UKUPNO	168	100,00	353	122	34,56	231	65,44	2

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Upitnik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihički bolesne odrasle osobe (2008.g.)

STRUKTURA ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U SPLITSKO-DALMATINSKOJ ŽUPANJI, ožujak 2008. g. (Vlasništvo županije i privatne ustanove)

Red. br.	NAZIV DOMA	TIM LOM-a (liječ.obit.med. i med.seštra)	MEDICINSKE SESTRE		NJEGOVATELJICE		BOLNICI I Z K E	FIZIOTERAPEUTI		PROSJEČAN BROJ UKUPNIH KORISNIKA NA 1 MEDICINSKU SESTRU	PROSJEČAN BROJ KORISNIKA NA STACIONARU NA 1 MEDICINSKU SESTRU
			VŠŠ	SSS	SSS	SSS		VŠŠ	SSS		
1	Dom za starije i nemoćne osobe VIS	stalni, izvan doma	1	4	7	0	0	0	0	15,80	6,00
2	Dom za starije i nemoćne osobe LOVRET SPLIT	stalni, izvan doma	1	8	13	0	0	0	0	11,78	11,78
3	Dom za starije i nemoćne osobe MAKARSKA	stalni, izvan doma	1	5	9	0	0	0	0	10,67	7,00
3.3.	Dom za starije i nemoćne osobe MAKARSKA - Podružnica Runović	stalni, izvan doma	0	4	4	0	0	0	0	9,50	9,50
4	Ustanova DOM VITA - PODSTRANA - PRIVATNO	povremeni, izvan doma	1	7	2	0	0	1	0	3,75	0,50
5	Ustanova TIHI DOM - TROGIR - PRIVATNO	stalni, izvan doma	0	3	3	0	0	0	0	6,33	3,67
6	Dom za starije i nemoćne osobe COR BONUM - PODSTRANA - PRIVATNO	stalni, izvan doma	0	3	2	0	0	0	0	5,67	0,00
UKUPNO			4	34	40	0	0	1	0	9,29	6,08

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Upratnik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihički bolesne odrasle osobe (2008.g.)

Tablica 37.

STRUKTURA DJELATNIKA (N=146) I KORISNIKA (N=433) DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U ŠIBENSKO-KNINSKOJ ŽUPANIJI, ožujak 2008.g. (vlasništvo županije i privatne ustanove)

Red. br.	NAZIV DOMA	DJELATNICI I KORISNICI DOMA									
		UKUPAN BROJ DJELATNIKA DOMA	%	UKUPAN BROJ KORISNIKA PO POJEDINOM DOMU (100%)	KORISNICI U STAMBENOM DIJELU POJEDINOG DOMA		KORISNICI U STACIONARNOM DIJELU POJEDINOG DOMA		DNEVNI BORAVAK ZA STARIJE (Broj korisnika dnevnog boravka)		
					Broj	%	Broj	%			
1	Dom za starije i nemoćne osobe KNJIN	27	18,49	74	24	32,43	50	67,57	0		
2	Dom za starije i nemoćne osobe CVJETNI DOM - ŠIBENIK	106	72,60	320	112	35,00	208	65,00	0		
3	Dom za smještaj starijih osoba VODICE - VL. UDRUGA FAUST VRANČIĆ	13	8,91	39	19	48,72	20	51,28	0		
UKUPNO		146	100,00	433	155	35,80	278	64,20	0		

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Uprnik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihički bolesne odrasle osobe (2008.g.)

STRUKTURA ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U ŠIBENSKO-KNINSKOJ ŽUPANIJU, ožujak 2008. g. (vlasništvo županije i privatne ustanove)

Red. br.	NAZIV DOMA	TIM LOM-a (liječ.obit.med. i med.sestra	MEDICINSKE SESTRE		NJEGOVATELJICE		BOLNICARSKI	FIZIOTERAPEUTI		PROSJEČAN BROJ UKUPNIH KORISNIKA NA 1 MEDICINSKU SESTRU	PROSJEČAN BROJ KORISNIKA NA STACIONARU NA 1 MEDICINSKU SESTRU
			VŠS	SSS	SSS	SSS		VŠS	SSS		
1	Dom za starije i nemoćne osobe KNIN	stalni, izvan doma	1	4	7	0	0	0	0	14,80	10,00
2	Dom za starije i nemoćne osobe CVJETNI DOM - ŠIBENIK	stalni, u domu	1	20	27	0	0	0	1	15,24	9,90
3	Dom za smještaj starijih osoba VODICE - VL. UDRUGA FAUST VRANČIĆ	povremeni, izvan doma	0	4	4	0	0	0	0	9,75	5,00
	UKUPNO		2	28	38	0	0	0	1	14,43	9,27

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Uptnik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihički bolesne odrasle osobe (2008.g.)

Tablica 39.

STRUKTURA DJELATNIKA (N=320) I KORISNIKA (N=1002) DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U VARAŽDINSKOJ ŽUPANIJ, ožujak 2008. g. (vlasništvo županije i privatne ustanove)

Red. br.	NAZIV DOMA	DJELATNICI I KORISNICI DOMA									
		UKUPAN BROJ DJELATNIKA DOMA	%	UKUPAN BROJ KORISNIKA PO POJEDINOMI DOMU (100%)		KORISNICI U STAMBENOM DIJELU POJEDINOG DOMA		KORISNICI U STACIONARNOM DIJELU POJEDINOG DOMA		DNEVNI BORAVAK ZA STARIJE (Broj korisnika dnevnog boravka)	
				Broj	%	Broj	%	Broj	%		
1	Dom za starije i nemoćne osobe - VARAŽDIN	92	28,75	360		209	58,06	151	41,94	9	
2	Dom za psihički bolesne odrasle osobe JALŽABET	52	16,25	160		80	50,00	80	50,00	0	
3	Karitasov Dom, Sv. Ivan Kristitelj-IVANEC - VL. KARITAS VARAŽDINSKE BISKUPIJE	35	10,94	92		31	33,70	61	66,30	0	
4	Dom za psihički bolesne odrasle osobe BISTRICAČAK - JALŽABET - PRIVATNO	42	13,12	145		89	61,38	56	38,62	0	
4.4.	Dom za psihički bolesne odrasle osobe BISTRICAČAK - Podružnica Otočac - PRIVATNO	36	11,25	126		85	67,46	41	32,54	0	
5	Ustanova za Zdr. Njegu i Rehab. u kući-VARAŽDIN - s podružnicama - PRIVATNO	63	19,69	119		0	0,00	119	100,00	0	
	UKUPNO	320	100,00	1002		494	49,30	508	50,70	9	

zvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Uprnik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihički bolesne odrasle osobe (2008.g.)

STRUKTURA ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U VARAŽDINSKOJ ŽUPANIJI, ožujak 2008.g. (Mlasništvo županije i privatne ustanove)

Red. br.	NAZIV DOMA	TIM LOM-a (lječ.obit.med. i med.sestra)	MEDICINSKE SESTRE		NJEGOVA-TELJICE		FIZIOTERAPEUTI		PROSJEČAN BROJ UKUPNIH KORISNIKA NA 1 MEDICINSKU SESTRU	PROSJEČAN BROJ KORISNIKA NA STACIONARU NA 1 MEDICINSKU SESTRU
			VŠS	SSS	SSS	SSS	VŠS	SSS		
1	Dom za starije i nemoćne osobe - VARAŽDIN	stalni, u domu	1	15	22	0	2	0	22,50	9,44
2	Dom za psihički bolesne odrasle osobe JALŽABET	stalni, izvan doma	0	9	12	0	1	0	17,78	8,89
3	Karitasov Dom, Sv. Ivan Krstitelj-IVANEC - VL. KARITAS VARAŽDINSKE BISKUPIJE	stalni, izvan doma	1	5	7	0	1	0	15,33	10,17
4	Dom za psihički bolesne odrasle osobe BISTRČAK - JALŽABET - PRIVATNO	povremeni tim, izvan doma	0	9	9	0	1	0	16,11	6,22
4.4.	Dom za psihički bolesne odrasle osobe BISTRČAK - Podružnica Otočac - PRIVATNO	povremeni tim, izvan doma	0	9	8	0	1	0	14,00	4,56
5	Ustanova za Zdr. Njegu i Rehab.u kući-VARAŽDIN - s podružnicama - PRIVATNO	stalni, izvan doma	1	10	24	0	2	1	10,82	10,82
UKUPNO			3	57	82	0	8	1	16,70	8,47

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Uptinik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihički bolesne odrasle osobe (2008.g.)

Tablica 41.

**STRUKTURA DJELATNIKA (N=10) I KORISNIKA (N=30) DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U VIROVITIČKO-
PODRAVSKOJ ŽUPANIJI, ožujak 2008.g. (Vlasništvo županije i privatne ustanove)**

Red. br.	NAZIV DOMA	DJELATNICI I KORISNICI DOMA									
		UKUPAN BROJ DJELATNIKA DOMA	%	UKUPAN BROJ KORISNIKA PO POJEDINOM DOMU (100%)	KORISNICI U STAMBENOM DIJELU POJEDINOG DOMA		KORISNICI U STACIONARNOM DIJELU POJEDINOG DOMA		DNEVNI BORAVAK ZA STARIJE (Broj korisnika dnevnog boravka)		
					Broj	%	Broj	%			
1	Dom za starije i nemoćne osobe "VEDRANA" PITOMACA - PRIVATNO	10	100,00	30	20	66,67	10	33,33	0		
	UKUPNO	10	100,00	30	20	66,67	10	33,33	0		

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Uptinik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihički bolesne odrasle osobe (2008.g.)

STRUKTURA DJELATNIKA (N=170) I KORISNIKA (N=576) DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U VUKOVARSKO-SRIJEMSKOJ ŽUPANIJI, ožujak 2008.g.

Red. br.	NAZIV DOMA	DJELATNICI I KORISNICI DOMA									
		UKUPAN BROJ DJELATNIKA DOMA	%	UKUPAN BROJ KORISNIKA PO POJEDINOM DOMU (100%)	KORISNICI U STAMBENOM DIJELU POJEDINOG DOMA		KORISNICI U STACIONARNOM DIJELU POJEDINOG DOMA		DNEVNI BORAVAK ZA STARIJE (Broj korisnika dnevnog boravka)		
					Broj	%	Broj	%			
1	Dom za starije i nemoćne osobe - ILOK - VL. GRAD. DRUŠTVO CRVENOG KRIŽA	41	24,12	147	52	35,37	95	64,63	0		
2	Dom za starije i nemoćne osobe VUKOVAR	34	20,00	107	20	18,69	87	81,31	0		
3	Dom za psihički bolesne odrasle osobe INUŠTAR	65	38,24	187	84	44,92	103	55,08	0		
4	Dom za starije i nemoćne osobe VINKOVCI	30	17,65	135	96	71,11	39	28,89	0		
	UKUPNO	170	100,00	576	252	43,75	324	56,25	0		

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Upitnik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihički bolesne odrasle osobe (2008.g.)

Tablica 43.

STRUKTURA ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U VUKOVARSKO-SRIJEMSKOJ ŽUPANIJ, ožujak 2008.g.

Red. br.	NAZIV DOMA	TIM LOM-a (liječ. opil. med. i med. sestra)	MEDICINSKE SESTRE		NJEGOVA TELJICE		BOLNIČARKE	FIZIOTERAPEUTI		PROSJEČAN BROJ UKUPNIH KORISNIKA NA 1 MEDICINSKU SESTRU	PROSJEČAN BROJ KORISNIKA NA STACIONARU NA 1 MEDICINSKU SESTRU
			VŠS	SSS	VŠS	SSS		VŠS	SSS		
1	Dom za starije i nemoćne osobe - ILOK - VL. GRAD. DRUŠTVO CRVENOG KRIŽA	povrem., izvan doma	0	11	10	0	0	0	1	13,36	8,64
2	Dom za starije i nemoćne osobe VUKOVAR	stalni tim, izvan doma	0	6	9	0	0	0	0	17,83	14,50
3	Dom za psihički bolesne odrasle osobe NUSTAR	povrem., izvan doma	2	8	16	0	0	0	0	18,70	10,30
4	Dom za starije i nemoćne osobe VINKOVCI	povrem., izvan doma	0	5	6	6	6	0	0	27,00	7,80
UKUPNO			2	30	41	6	6	0	1	18,00	10,13

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" - Uputnik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihički bolesne odrasle osobe (2008.g.)

**STRUKTURA DJELATNIKA (N=114) I KORISNIKA (N=393) DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U ZADARSKOJ
ŽUPANIJI, ožujak 2008.g. (vlasništvo županije i privatne ustanove)**

Red. br.	NAZIV DOMA	DJELATNICI I KORISNICI DOMA									
		UKUPAN BROJ DJELATNIKA DOMA	%	UKUPAN BROJ KORISNIKA PO POJEDINOM DOMU (100%)	KORISNICI U STAMBENOM DIJELU POJEDINOG DOMA		KORISNICI U STACIONARNOM DIJELU POJEDINOG DOMA		DNEVNI BORAVAK ZA STARIJE (Broj korisnika dnevnog boravka)		
					Broj	%	Broj	%			
1	Dom za starije i nemoćne osobe ZADAR	84	73,68	330	236	71,52	94	28,48	0		
2	Dom za odrasle osobe SVETI FRANE ZADAR	30	26,32	63	27	42,86	36	57,14	5		
UKUPNO		114	100,00	393	263	66,92	130	33,08	5		

Izvor: CZG ZZJZ "Dr. A. Štampar" – Upitnik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihički bolesne odrasle osobe (2008.g.)

Tablica 45.

STRUKTURA ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA DOMOVA ZA STARIJE OSOBE U ZADARSKOJ ŽUPANIJU, ožujak 2008. g.
(vlasništvo županije i privatne ustanove)

Red. br.	NAZIV DOMA	TIM LOM-a (liječ.obil.med. i med.sestra)	MEDICINSKE SESTRE		NJEGOVA-TELJICE		FIZIOTERAPEUTI		PROSJEČAN BROJ UKUPNIH KORISNIKA NA 1 MEDICINSKU SESTRU	PROSJEČAN BROJ KORISNIKA NA STACIONARU NA 1 MEDICINSKU SESTRU
			VŠS	SSS	VŠS	SSS	VŠS	SSS		
1	Dom za starije i nemoćne osobe ZADAR	stalni, izvan doma	0	12	17	0	0	1	27,50	7,83
2	Dom za odrasle osobe SVETI FRANE ZADAR	stalni, izvan doma	1	4	6	0	0	1	12,60	7,20
	UKUPNO		1	16	23	0	0	2	23,12	7,65

Izvor: CZG ZZ-JZ "Dr. A. Štampar" - Uprnik o gerontološkim normama u domovima za starije / psihički bolesne odrasle osobe (2008.g.)

8. POSTUPNIK ZDRAVSTVENIH MJERA TIMA DOKTORA SPECIJALISTE OPĆE/OBITELJSKE MEDICINE(SOM) U DOMU ZA STARIJE

Prim.dr.sc. Spomenka Tomek Roksandić, dr.med.

Prof.dr.sc. Sanja Blažeković Milaković

dr.sc. Nada Tomasović Mrčela, dr.med.

Vlasta Vučevac, dr.med.

Goran Perko, dr.med.

Zlatica Štrban-Štok, dr.med.

SPECIFIČNA PRIMARNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA ZA STARIJE

*** Tim liječnika specijaliste opće/obiteljske medicine**

Zdravstvena zaštita starijih osoba u Hrvatskoj, u institucijskoj i izvaninstitucijskoj zdravstvenoj skrbi djeluje unutar jedinstvenog zdravstvenog sustava. Na razini primarne zdravstvene zaštite provode se zdravstvene mjere i postupci tima specijaliste opće/ obiteljske medicine u zajednici gdje starija osoba prebiva. Za razliku od ordinacije specijaliste opće/obiteljske medicine u izvaninstitucijskoj gerontološkoj skrbi na razini primarne zdravstvene zaštite, u domu za starije pružaju se specifične zdravstvene mjere i postupci tima SOM-a.

Trajnu zdravstvenu skrb korisnicima specifične primarne zdravstvene zaštite u domu za starije pruža multidisciplinarni zdravstveni gerontološki tim u sastavu: SOM i VSS medicinska sestra doeducirana iz gerijatrijske zdravstvene njege, VŠS/SSS medicinske sestre, fizioterapeuti VSS/VŠS/SSS i pomoćni zdravstveni djelatnici-njegovateljice. Nositelj tima SOM-a, liječnik specijalista opće/obiteljske medicine, po utvrđenoj zdravstvenoj potrebi uključuje i stručnjake drugih specijalnosti npr. gerijatra, neurogerijatra, kardiologa, psihogerijatrija i dr.

Tim SOM-a s punim radnim vremenom uključuje specijalistu opće/obiteljske medicine i jednu VSS medicinsku sestru doeduciranu iz gerijatrijske zdravstvene njege. Uvjet za ugovaranje tima s punim radnim vremenom u Domu za starije je postojanje stacionara s gerijatrijskim bolesnicima (NN 43/2010, čl.22).

Obrazloženje:

Zdravstvena zaštita gerijatrijskog bolesnika-korisnika u Domu za starije primjerena je specifičnim značajkama rada obiteljskog liječnika za gerijatrijskog bolesnika. **Obilježja gerijatrijskog bolesnika su pojavnost gerijatrijskog domino efekta, individualni gerontološki pristup, geroprofilaksa za 4 „N“ u gerijatriji (nepokretnost, nesamostalnost, nestabilnost, nekontrolirano mokrenje), primarna, sekundarna i tercijarna prevencija za starije osobe uz kontinuirano praćenje i evaluaciju multimorbiditeta (vodeće i prateće dijagnoze) i funkcionalne onesposobljenosti te negativnog zdravstvenog ponašanja u gerijatrijskih bolesnika.**

Osnovno načelo sveobuhvatne gerijatrijske procjene je bio-psiho-socijalni pristup osobama starije životne dobi.

Metodologija sveobuhvatne gerijatrijske procjene usmjerena je holističkom, komprehenzivnom zdravstvenom pristupu fokusiranom na primarnu, sekundarnu i tercijarnu prevenciju za starije, dijagnostičkom i terapijskom postupku i gerontološkoj rehabilitaciji koji utvrđuju i unapređuju zdravstveno stanje i funkcionalnu sposobnost bolesne starije osobe. Osobita pažnja se posvećuje zdravstvenim poteškoćama čija je pojavnost povezana s multimorbidnošću (vodeće i prateće dijagnoze) i polipragmazijom u gerijatrijskih bolesnika.

Primjena sveobuhvatne gerijatrijske procjene doprinosi ranoj i primjerenoj zdravstvenoj gerijatrijskoj intervenciji u cilju prevencije, liječenja i rehabilitacije bolesnih starijih osoba.

Uvjet za osiguranje stalnog tima doktora specijalista opće/obiteljske medicine*, koji uključuje jednu VSS* medicinsku sestru, je postojanje ordinacije opće medicine i stacionara u Domu za starije i nemoćne osobe sukladno pozitivnoj zdravstvenoj legislativi (O D L U K A o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja NN 43/2010. čl 22, koji eksplicitno utvrđuje za domove za starije: *Iznimno, doktori privatne prakse i zdravstvene ustanove za svoje doktore radnike, koji provode primarnu zdravstvenu zaštitu u ordinacijama koje se nalaze u domovima umirovljenika, odnosno u socijalnim ustanovama, imaju pravo sklopiti ugovor za provođenje zdravstvene zaštite sa Zavodom i za manji broj osiguranih osoba od minimalnog broja osiguranih osoba propisanog stavkom 2. ovog članka.*

Postupnik zdravstvenih mjera i postupaka specijalista opće/obiteljske medicine u Domu za starije osobe određen je isključivo po legislativnom sustavu zdravstva:

1. Prvi pregled i sveobuhvatna gerijatrijska procjena (*uz individualni gerontološki bio-psiho-socijalni pristup*) kod prijema u **stambeni dio** Doma za starije i osobe. U okviru prvog pregleda utvrdit će se procjena zdravstvenog statusa gerijatrijskog bolesnika (*vodeća dijagnoza, prateće dijagnoze, multimorbiditet*) i funkcionalne sposobnosti (*u odnosu na psihičku samostalnost i fizičku pokretljivost*) te uvid u postojeću medicinsku dokumentaciju.

Vrijeme izvršenja po individualnom gerijatrijskom bolesniku:

Min 30 min Max 90 min

2. Prvi pregled i sveobuhvatna gerijatrijska procjena (*uz individualni gerontološki bio-psiho-socijalni pristup*) kod prijema na **stacionar** Doma za starije i nemoćne. U okviru prvog pregleda utvrdit će se procjena zdravstvenog statusa gerijatrijskog bolesnika (*vodeća dijagnoza, prateće dijagnoze, multimorbiditet*) i funkcionalne sposobnosti (*u odnosu na psihičku samostalnost i fizičku pokretljivost*) te uvid u postojeću medicinsku dokumentaciju.

Vrijeme izvršenja po individualnom gerijatrijskom bolesniku:

Min 45 min Max 120 min

3. Timska suradnja i koordinacija s glavnom medicinskom sestrom VSS/VŠS Doma za starije, za procjenu četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege.

Vrijeme izvršenja po individualnom gerijatrijskom bolesniku:

Min 5 min Max 20min

4. Dnevni pregled – vizita u stacionaru Doma za starije (*obilazak gerijatrijskih bolesnika*).

Vrijeme izvršenja po individualnom gerijatrijskom bolesniku, po zdravstvenoj potrebi, a nakon jutarnjeg sastanka s glavnom medicinskom sestrom Doma za starije:

Min 8 min Max 15 min

5. Prvi pregled gerijatrijskog bolesnika u slučaju pogoršanja zdravstvenog stanja ili pojave bilo kojeg novog simptoma ili bolesti po planu zdravstvenih potreba iskazanih u stambenom dijelu Doma za starije.

Vrijeme izvršenja po individualnom gerijatrijskom bolesniku:

Min 10 min Max 20min

6. Prvi pregled gerijatrijskog bolesnika u slučaju pogoršanja zdravstvenog stanja ili pojave bilo kojeg novog simptoma ili bolesti po planu zdravstvenih potreba iskazanih od glavne medicinske sestre u stacionarnom dijelu Doma za starije.

Vrijeme izvršenja po individualnom gerijatrijskom bolesniku:

Min 15 min Max 25min

7. Obavezno je na stacionaru najmanje 2x mjesečno obići sve gerijatrijske bolesnike u timskoj suradnji s glavnom medicinskom sestrom, fizioterapeutom i socijalnim djelatnikom Doma.

Vrijeme izvršenja po individualnom gerijatrijskom bolesniku:

Min 8 min Max 20min

8. Kontrolni pregled gerijatrijskih bolesnika i timska suradnja u slučajevima zdravstvene potrebe za konzilijarnim pregledom (*gerontologa, gerijatara, psihogerijatara, neurogerijatara, gerontokineziologa, doktora medicine drugih specijalnosti*).

Vrijeme izvršenja po individualnom gerijatrijskom bolesniku:

Min 10 min Max 15min

9. Medicinske intervencije i zdravstveni postupci propisani nomenklaturom zdravstvenih usluga obiteljske medicine.

Vrijeme izvršenja po individualnom gerijatrijskom bolesniku:

Min 10 min Max 30 min

10. Zdravstveni postupci SOM-a po individualnom gerijatrijskom bolesniku u Domu za starije:

- a) aspiriranje sadržaja usne šupljine gerijatrijskog bolesnika (sukcijskim kateterom)
- b) davanje klizme gerijatrijskom bolesniku
- c) primjena enteralne prehrane za gerijatrijskog bolesnika (nazogastrična sonda)

d) uzimanje uzoraka za laboratorijske pretrage uz pripremu gerijatrijskog bolesnika

Vrijeme izvršenja po individualnom gerijatrijskom bolesniku:

Min 10 min Max 30min

11. Primjena subkutanih, muskularnih i intravenoznih injekcija u specifičnoj primarnoj zdravstvenoj zaštiti, uz pripremu gerijatrijskog bolesnika.

Vrijeme izvršenja po individualnom gerijatrijskom bolesniku:

Min 5 min Max 20min

12. Kateterizacija i / ili ispiranje mokraćnog mjehura uz pripremu gerijatrijskog bolesnika, a po potrebi uz korištenje konzilijarne usluge specijalista urologa osobito u muških gerijatrijskih bolesnika.

Vrijeme izvršenja po individualnom gerijatrijskom bolesniku:

Min 15 min Max 30 min

13. Primjena intravenozne infuzije uz specifičnu individualnu pripremu gerijatrijskog bolesnika.

Vrijeme izvršenja po individualnom gerijatrijskom bolesniku:

Min 15 min Max 240 min

14. Primjena malih kirurških zahvata uz specifičnu pripremu i savjetovanje gerijatrijskog bolesnika.

Vrijeme izvršenja po individualnom gerijatrijskom bolesniku:

Min 15 min Max 30min

15. Primjena oksigenoterapije u stambenom i stacionarnom dijelu Doma za starije, a prema prihvaćenim algoritmima za oksigenoterapiju.

Vrijeme izvršenja po individualnom gerijatrijskom bolesniku i jednom postupku:

Min 10 min Max 20min

16. Organizacija timskog rada na odjelu palijativnogerijatrijske skrbi na stacionaru Doma za starije.

Vrijeme izvršenja po individualnom gerijatrijskom bolesniku:

Min 30 min Max 90min

**Prilagodba sadašnje situacije i zatečenog stanja ne isključuje izvršenje navedenih poslova.*

17. Terminalna skrb na stacionaru, odjelu palijativnogerijatrijske skrbi a u iznimnim slučajevima i na stambenom dijelu Domova za starije.
Vrijeme izvršenja po individualnom gerijatrijskom bolesniku:
Min15 min Max 45min
18. Suportivna psihogerijatrijska terapija s gerijatrijskim bolesnikom. u skrbi i suport njihovim obiteljima.
Vrijeme izvršenja po individualnom gerijatrijskom bolesniku:
Min15 min Max 30min
19. Savjetovanje i rad s obitelji gerijatrijskog bolesnika.
Vrijeme izvršenja po individualnom gerijatrijskom bolesniku:
Min15 min Max 30min
20. Preporuke i supervizija SOM-a u provedbi gerijatrijske zdravstvene njege.
Vrijeme izvršenja po individualnom gerijatrijskom bolesniku:
Min 10 min Max 15min
21. Supervizija nad provođenjem fizikalne terapije i gerontološke rehabilitacije (*prema nomenklaturi fizikalne medicine i rehabilitacije uz individualni gerontološki pristup*).
Vrijeme izvršenja po individualnom gerijatrijskom bolesniku:
Min 10 min Max 15min
22. Ciljani pregled (*prema posebnom programu zdravstvenih mjera za starije osobe, uključuje primjenu obvezatnog preventivnog minimuma za starije osobe poglavito mjere sekundarne i tercijarne prevencije za starije*)
Vrijeme izvršenja po individualnom gerijatrijskom bolesniku:
Min 20 min Max 40 min
23. Primjena mjera primarne prevencije za starije osobe, poglavito cijepljenja protiv gripe, tetanusa i pneumokokne pneumonije.
Vrijeme izvršenja po individualnom gerijatrijskom bolesniku:
Min10 min Max 20min
24. Grupni rad s gerijatrijskim bolesnicima (*dijabetes mell.,hypert. art.,novotvorine, demencije, Alzaimerova bolest, M. Parkinson, CVI,KOPB...*) u Domu za starije.

Vrijeme izvršenja s radom u grupi :

Min 30 min Max 60min

25. Sudjelovanje u doedukaciji i edukaciji zdravstvenih djelatnika Doma za starije i Gerontoloških centara- izvaninstitucijske skrbi za starije, dnevnih boravaka za starije, dnevnih boravaka za Alzhaimerove bolesnike i u drugim radionicama za starije bolesnike i njihove obitelji.

Vrijeme izvršenja po radu u grupi:

Min 20 min Max 45min

26. Konzultacije s obitelji gerijatrijskog bolesnika (*telefonski, elektroničkim putem i kod posjete stacioniranom gerijatrijskom bolesniku*).

Vrijeme izvršenja po individualnom gerijatrijskom bolesniku:

Min 10 min Max 30min

27. Zdravstvena poduka (*savjet*) uz demonstraciju, individualno za gerijatrijskog osiguranika u Domu za starije, te za obitelj gerijatrijskog bolesnika.

Vrijeme izvršenja po individualnom gerijatrijskom bolesniku:

Min 10 min Max 30min

28. Vođenje Evidencijske liste br.1. PZP-a za gerijatrijske osiguranike i aktualne medicinske gerijatrijske dokumentacije u Domovima za starije.

Vrijeme izvršenja po individualnom gerijatrijskom bolesniku:

Min 10 min Max 30min

29. Sudjelovanje i izvješćivanje na redovitim mjesečnim stručnim ekspertizama i edukacijskim sastancima, Gerontološkim tribinama Centra za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo Dr. Andrija Štampar-Referentnog centra MZISS Hrvatske u koordinaciji s svim županijskim (regionalnim) gerontološkojavnnozdravstvenim timovima Zavoda za javno zdravstvo.

Vrijeme izvršenja po individualnom aktualnom gerijatrijskom problemu :

Min 30 min Max 60min

30. Koordinacija aktivnosti i planiranje rada unutar užeg (*glavna medicinska sestra*) i šireg tima zdravstvenih djelatnika (epidemiolog, mikrobiolog) u cilju pružanja i unapređivanja specifične primarne zdravstvene zaštite za starije osobe.

Vrijeme izvršenja po individualnom gerijatrijskom bolesniku:

Min 10 min Max 20min

31. Interdisciplinarna koordinacija u rješavanju socijalno-medicinskih problema starijih osoba, upućivanje na socijalnog djelatnika po potrebi gerijatrijskog osiguranika.
Vrijeme izvršenja po individualnom gerijatrijskom bolesniku:
Min 10 min Max 20min
32. Trajna izobrazba iz gerontologije i gerijatrije.
Vrijeme izvršenja ovisno o stupnju i vrsti edukacije.
33. Koordinacija s glavnom med. sestrom u provedbi preventivnih mjera nastanka infekcija i zaraznih bolesti u suradnji s nadležnim epidemiološkim i mikrobiološkim timom Zavoda za javno zdravstvo.
Vrijeme izvršenja ovisno o čimbenicima rizika.
Min 20 min. Max 40 min
34. Izvješćivanje, prijava i evidencija zdravstvenih podataka o zaraznim bolestima.
Vrijeme izvršenja ovisno o epidemiloškoj pojavnosti.
Min 15 min. Max 25min
35. U slučaju pojave masovnih nepogoda (*potres, poplava, požar, epidemija, masovno ranjavanje..*) preuzima ulogu koordinatora u gerijatrijskom zdravstvenom zbrinjavanju starijih bolesnika
Vrijeme izvršenja ovisno o pojavnosti.
36. Vođenje medicinske gerijatrijske dokumentacije sukladno zdravstvenim propisima, praćenje zdravstvenih potreba gerijatrijskih bolesnika u Domu za starije, i izradba plana i evaluacija svakodnevne gerontološke djelatnosti.
Vrijeme izvršenja po individualnom gerijatrijskom osiguraniku:
Min. 20 Max. 40min

9. ČETIRI STUPNJA GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE SA SESTRINSKOM DOKUMENTACIJOM U DOMU ZA STARIJE OSOBE

SPOMENKA TOMEK-ROKSANDIĆ, MARICA LUKIĆ, ANA DEUCHT, MARA ŽUPANIĆ, DRAGICA ŠIMUNEC, SLAVICA ŠEPEC, SANJA BLAŽEKOVIĆ MILAKOVIĆ, NADA TOMASOVIĆ MRČELA, VLASTA VUČEVAC, SLAVICA GARIĆ, FRANICA PAVKOVIĆ, VESNA MIOKOVIĆ

Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo „Dr.Andrija Štampar“ - Referentni centar MZISS za zaštitu zdravlja starijih osoba

1. UVOD

Primjena Programa četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije, na razini primarne zdravstvene zaštite za starije, s nositeljima timovima spec. opće/obiteljske medicine s primjerenim brojem medicinskih sestara uz ostale zdravstvene djelatnike, učinkovita je u odnosu na zadovoljenje zdravstvenih potreba i funkcionalne sposobnosti gerijatrijskih osiguranika. Nužan uvjet je osiguranje 1 stalnog tima SOM-a (liječnika obiteljske medicine) po 1 domu za starije osobe. Taj tim uključuje jednog stalnog liječnika specijaliste obiteljske medicine i jednu medicinsku sestru po domu za starije osobe koji u svojoj primarnoj zdravstvenoj zaštiti pruža zdravstvenu gerijatrijsku zaštitu kako za stacionarno smještene gerijatrijske bolesnike, tako i na stambenom dijelu doma za starije osobe.

Glavni indikator za određivanje **minimalnog kadrovskog standarda zdravstvenih djelatnika** na broj gerijatrijskih osiguranika u stambenom i stacionarnom dijelu domova za starije osobe, definira se **na osnovi utvrđivanja funkcionalne sposobnosti u odnosu na fizičku pokretljivost i psihičku samostalnost gerijatrijskog bolesnika, odnosno korisnika doma za starije osobe.** Navedeni indikator je osnova za određivanje kategorije gerijatrijskog osiguranika, čime se utvrđuje i potreban stupanj gerijatrijske zdravstvene

njege. Utvrđivanje *funkcionalne sposobnosti gerijatrijskog osiguranika (uz utvrđeno zdravstveno stanje)*, nužno je provoditi uz utvrđivanje i obilježja *negativnog zdravstvenog ponašanja*, kao glavnog kriterija odrednice prijema starije osobe u stambeni ili stacionarni dio doma za starije. Navedeni kriteriji diktiraju kategoriju starijeg korisnika/gerijatrijskog osiguranika za algoritam usluga i obuhvata zdravstvenih mjera i postupaka opće/obiteljske medicine s gerijatrijskom zdravstvenom njegom, koji se pruža u specifičnoj primarnoj zdravstvenoj zaštiti u domovima za starije osobe. Kadrovsku normu broja *m e d i c i n s k i h sestara*, po gerijatrijskom osiguraniku, diktira najvažniji kriterij - utvrđivanje funkcionalne sposobnosti gerijatrijskog osiguranika, osim utvrđenog zdravstvenog stanja i obilježja negativnog zdravstvenog ponašanja. Time se usmjerava kategorija gerijatrijskog bolesnika/korisnika doma za starije za primjenu postupnika gerijatrijske zdravstvene njege.

Obilježja utvrđivanja funkcionalne sposobnosti gerijatrijskog osiguranika odnosi se na utvrđivanje obilježja **fizičke pokretljivosti i psihičke samostalnosti** po slijedećoj jednoznačno definiranoj procjeni:

1.1. POKRETNOST (FIZIČKI STATUS)

- 1 – SASVIM POKRETAN
- 2 – OGRANIČENO POKRETAN (koristi povremeno pomagalo – štap ili štake ili ortop. klupice)
- 3 – TRAJNO OGRANIČENO POKRETAN (korisati trajno invalidska kolica)
- 4 – TRAJNO NEPOKRETAN

1.2. SAMOSTALNOST (PSIHIČKI STATUS)

- 1 – SASVIM SAMOSTALAN
- 2 – OGRANIČENO SAMOSTALAN (povremene psihičke poteškoće)
- 3 – TRAJNO NESAMOSTALAN (trajne psihičke poteškoće)
- 4 – NE MOŽE SE ODGOVORITI.

Nije nimalo svejedno ukoliko se prigodom utvrđivanja obilježja funkcionalne sposobnosti gerijatrijskog osiguranika utvrdi npr. kako je

gerijatrijski bolesnik istovremeno i trajno nesamostalan i trajno nepokretan. To je glavno obilježje kategorije gerijatrijskog osiguranika, zbog oblagacije diktiranja različitog stupnja gerijatrijske njege, odnosno osiguranja većeg broja medicinskih sestara po navedenoj kategoriji gerijatrijskog osiguranika. Glavne determinante kategorije gerijatrijskog osiguranika određuju četiri stupnja gerijatrijske njege: od prvog (minimalan stupanj do četvrtog maksimalan stupanj), koji su sukladni gerijatrijskim europskim normama u stacionarnom i stambenom dijelu domova za starije.

U prvoj fazi izradbe Programa opće/obiteljske medicine s gerijatrijskom zdravstvenom njegom, od multidisciplinarnog izvršiteljskog zdravstvenog tima predložena je kadrovska norma za tim LOM-a i medicinske sestre, uz isticanje nužnosti uključivanja i fizioterapeuta i njegovatelja za starije. Kadrovska norma za opću/obiteljsku medicinu i četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege je slijedeća:

- 1 TIM SOM-a : 1 doktor spec. obiteljske medicine i 1 medicinska sestra (VŠS) i **ČETIRI STUPNJA GERIJATRIJSKE zdravstvene njege:**

BROJ MEDICINSKIH SESTARA

**BROJ GERIJATRIJSKIH
BOLESNIKA/
KORISNIKA DOMA ZA
STARIJE**

Prvi stupanj gerijatrijske zdravstvene njege (minimalan stupanj – za stambeni dio doma)	1 : 12
<u>Stacionar u domu</u>	
Drugi stupanj gerijatrijske zdravstvene njege (minimalni stupanj za stacionar u domu)	1 : 6
Treći stupanj gerijatrijske zdravstvene njege (optimalni za stacionar u domu)	1 : 4
Četvrti stupanj gerijatrijske zdravstvene njege (maksimalni stupanj za stacionar u domu)	1 : 3

- **Cilj i svrha provedbe specifične primarne zdravstvene zaštite u domovima za starije osobe su sljedeće osnove:**
- utvrđivanje kategorije gerijatrijskog bolesnika / korisnika doma za starije u odnosu na zdravstveno stanje i po procjeni funkcionalne sposobnosti u odnosu na fizičku pokretnost i psihičku samostalnost,
- algoritam opće/obiteljske medicine u domovima za starije,
- određivanje stupnja gerijatrijske zdravstvene njege po individualnom gerontološkom pristupu,
- **redovita provedba setrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege,**
- kvaliteta zdravstvenih gerontoloških usluga; stručna djelatnost i odgovornost te suodgovornost,
- razvoj gerijatrijske zdravstvene struke u skladu sa europskim gerijatrijskim i gerontološkim normama,
- identitet i prepoznatljivost profesije u gerontologiji i gerijatriji,
- jednakost i međusobna ovisnost pojedinih profesionalnih grana unutar struke,
- definiranje standarda gerijatrijske zdravstvene njege i njihova primjena u struci,
- primjena standarda usluga (postupaka) u gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi
- evaluacija.

Tako je po prvi puta u Hrvatskoj, donesena **povijesna potvrda u prosincu 2009. godine Hrvatske komore medicinskih sestara o prihvaćanju sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije osobe.** Sestrinska dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege je modificirana prema izabranom modelu Roper-Juchli, koja podrazumijeva prikupljanje ,slaganje ,pohranjivanje i vrednovanje dokumenata.Sestrinska dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege pruža dokaz o potrebnom radu, planirane mjere za postizanje utvrđenih ciljeva. Izrađena dokumentacija čini osnovu za evaluaciju rada i obavezna je za sve zdravstvene djelatnike uključene u standard procesa gerijatrijske zdravstvene njege.

Provedba primarne zdravstvene zaštite za starije u domovima za starije, gdje je najvažnija učinkovita **gerijatrijska zdravstvena njega**, je u cilju **geroprofilakse nastanka“ 4 N“u gerijatriji. To se odnosi na prevencija nepokretnosti, nesamostalnosti, nestabilnosti i nekontroliranog mokrenja. Gerijatrijski “domino-efekt” je obilježje koje se javlja samo u pravilu kod gerijatrijskog**

bolesnika. Nastanak bolesti u starije osobe prati istovremena pojavnost i njezine funkcionalne onesposobljenosti. Nastupaju komplikacije u obliku nastanka tzv. „4 N u gerijatriji“ nepokretnost, nesamostalnost, nestabilnost i nekontrolirano mokrenje. Gerijatrijska zdravstvena njega i opća medicina u domovima za starije učinkovito, primjereno i dostupno rješava gerontološke zdravstvene probleme na razini primarne zdravstvene zaštite za starije.

Na temelju članka 88. Ustava Republike Hrvatske, Hrvatski Sabor je na sjednici 17.srpnja 2003. godine donio odluku o Zakonu o sestrinstvu. Stavak V, Članak 16. Zakona o sestrinstvu kaže:

„Dužnost medicinske sestre je vođenje sestriinske dokumentacije kojom se evidentiraju svi provedeni postupci tijekom 24 sata”

Zakon također nalaže:

„Postupanje po utvrđenim pravilima i protokolima za provođenje postupaka u zdravstvenoj njezi i provedbu zdravstvene njege po utvrđenom planu njege”

Članak 17 istog zakona kaže:

„Medicinska sestra obavezna je evidentirati sve provedene postupke u sestriinskoj listi za svakog pojedinog pacijenta na svim razinama zdravstvene zaštite. **Sestriinska dokumentacija je skup podataka koji služe kontroli kvalitete planirane i provedene gerijatrijske zdravstvene njege.**

Prva sestriinska dokumentacija za medicinske sestre u socijalnim ustanovama izrađena je 2007. godine sukladno zakonskim ovlastima. Sestriinska dokumentacija unaprijeđena je 2008. godine sa Centrom za gerontologiju ZJZ „Dr.Andrija Štampar” - Referentni centar MZSS RH za zaštitu zdravlja starijih osoba.

Sukladno zakonskim ovlastima, predsjednica Hrvatske komore medicinskih sestara Dragica Šimunec vms. i Stručno vijeće Hrvatske komore medicinskih sestara 02. prosinca 2009. godine usvojilo je Sestriinsku dokumentaciju gerijatrijske zdravstvene njege kao standard Hrvatske komore medicinskih sestara sukladno članku 27.stavak 1. t.4. Zakona o sestrinstvu („Narodne Novine“broj 121/03 i 117/08).

Centar za gerontologiju ZJZ “ Dr.Andrija Štampar“ Referentni centar MZISS RH za zaštitu zdravlja starijih osoba u suradnji s HKMS te Medicinskim fakultetom Sveučilišta u Zagrebu, Katedrom za obiteljsku medicinu, HD ZGIG HLZ-a, izradio je Program primjene 4 stupnja gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije osobe, primjenom specifične primarne zdravstvene zaštite za gerijatrijske bolesnike.

Stručnu skupinu CZG ZJZ Dr A. Štampar, zaduženu za izradbu Programa 4. stupnja gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije, sačinjavali su stručnjaci iz zdravstvene gerontologije s voditeljicom prim.dr.sc.Spomenka Tomek-Roksandić dr.med., Marica Lukić dipl.med.techn., Ana Deucht bacc. med. techn., prof.dr.sc. Sanja Blažeković-Milaković dr.med.,mr.sc. Nada Tomasović - Mrčela dr.med., Mara Županić dipl.med.techn., dr. Vlasta Vučevac., Franica Pavković bacc.med.techn., i Vesna Mioković bacc.med.techn.

Izradba tog programa omogućuje osiguranje djelatnosti tima liječnika obiteljske medicine i ravnomjernu zastupljenost većeg broja medicinskih sestara ovisno o zdravstvenoj potrebi po individualnom gerijatrijskom bolesniku stacionarno smještenom u domu za starije osobe. Time se osigurava kategorija gerijatrijskog osiguranika za primjenu 4 stupnja gerijatrijske zdravstvene njege indiciranu njegovim zdravstvenim stanjem i funkcionalnom onesposobljenošću.

Kako bi se mogla evaluirati provedba četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije osobe, bilo je nužno izraditi sestrinsku dokumentaciju sa ciljem kontinuiranog razvoja i unapređenja kvalitete gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije osobe.

Tako je po prvi puta u Hrvatskoj u prosincu 2009. godine donesena **povijesna potvrda Hrvatske komore medicinskih sestara o prihvaćanju sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije osobe kao standard Hrvatske komore medicinskih sestara sukladno Zakonu o sestrinstvu („Narodne Novine“ broj 121/03 i 117/08).**

1.1. NORMATIVI I STANDARDI

Normativ i standard pisani su dokumenti koji ovisno o prihvaćanju, mogu imati nacionalni, regionalni ili svjetski (međunarodni) zakonski status.

Najčešće se pod normom podrazumijeva niz precizno i sažeto danih definicija, tehničkih specifikacija, kriterija, mjerenja, pravila i karakteristika koje opisuju materijale, proizvode, procese i sustave.

ISO (International Organization for Standardization) – međunarodna je organizacija nastala kao savez nacionalnih organizacija za norme i normizaciju, a njen je zadatak priprema, prihvaćanje, objavljivanje i briga o međunarodnim normama.

ISO je nevladina organizacija utemeljena 1947. godine. Glavna je svjetska federacija nacionalnih tijela za standardizaciju. Uloga joj je promovirati razvoj

standardizacije i svih radnji vezanih za nju u svijetu s usmjerenjem na lakšu izmjenu dobara i usluga, kao i na razvijanje kooperativnosti u sferi intelektualnih, znanstvenih, tehnoloških i ekonomskih aktivnosti.

NORME ISO 9000ff

Odnosi se na niz uputa za uspostavu (implementaciju) i upravljanje (menadžment) sustavom kvalitete organizacije.

Certifikacija je pismeno jamstvo treće strane (certifikacijske kuće) da nečiji sustav kvaliteta zadovoljava sve norme ISO 9000.

Načela ISO 9000ff:

- organizacija orijentirana na kupce
- jasno i odlučno vođenje organizacije
- uključivanje zaposlenih
- procesni pristup
- sustavni princip upravljanja
- neprekidno poboljšanje
- donošenje odluka na temelju činjenica
- partnerski odnosi s dobavljačima

2. Važnost prikupljanja podataka u sestrinskoj GERIJATRIJSKOJ praksi

Proces gerijatrijske zdravstvene njege kao okvir za sestrinsku praksu podrazumijeva dokumentiranje u svim fazama. Sestrinska dokumentacija je veza između utvrđivanja potreba za zdravstvenom njegom, planiranja, pružanja i evaluacije pružene zdravstvene njege.

2.1. Razlozi dokumentiranja gerijatrijske zdravstvene njege:

- *Unapređuje komunikaciju* medicinskih sestara sa drugim zdravstvenim i nezdravstvenim djelatnicima a koja se odnosi na stanje bolesnika, provedene intervencije te o ishodima provedene zdravstvene njege. Također, unapređuje komunikaciju sa članovima obitelji koji mogu biti izvor bitnih podataka za dokumentaciju.
- *Profesionalna odgovornost* kod prikupljanja podataka i procjene zdravstvenog stanja pacijenta, izrade plana zdravstvene njege usmjerenog ostvarivanju ciljeva, evaluaciji učinkovitosti zdravstvene njege kroz

procjenu postignuća ciljeva kao i pri ponovnoj procjeni stanja pacijenta i reviziji planova zdravstvene njege.

- **Zakonska obveza** - Zakon o sestrinstvu u članku 16. navodi da je dužnost medicinske sestre da vodi sestrijsku dokumentaciju kojom se evidentiraju svi provedeni postupci tijekom 24. sata.
- **Pravna zaštita** je važan razlog vođenja sestrijske dokumentacije jer ona može osigurati vrijedne dokaze / podatke o pacijentovom stanju i liječenju. Jednako tako sestrijska dokumentacija često je najbolji dokaz što se stvarno dogodilo, jer precizno, točno i kompletno dokumentiranje u svrhu pravne zaštite tada posebno dolazi do izražaja.
- **Standard sestrijske prakse** osigurava dokaze da je medicinska sestra primijenila svoje znanje, vještine i procjene sukladno profesionalnim standardima.
- **Unapređuje kvalitetu gerijatrijske zdravstvene njege** kroz poticanje medicinskih sestara u praćenju promjena stanja kod pacijenta; omogućuje utvrđivanje učinkovitih intervencija te je dokumentacija osnova za istraživanja u sestrinstvu.
- **Kontrola troškova u zdravstvu** se može postići vođenjem dokumentacije zbog toga što govori kako pružiti najučinkovitiju skrb, te koje intervencije su pružene i na koji način.
- **Sestrijskom dokumentacijom se utječe na društvene promjene** činjenicom da su pacijenti bolje upućeni u bolest, metode liječenja te potrebne intervencije. Pacijenti / korisnici gerijatrijske zdravstvene njege očekuju da medicinska sestra posjeduje znanje, da je kompetentna, te da pruža visokokvalitetnu gerijatrijsku zdravstvenu njegu na najučinkovitiji mogući način.

2.2. Nastajanje sestrijske dokumentacije

Rukovodeći se postupkom da je osnovna djelatnost medicinske sestre zdravstvena njega i da je medicinska sestra jedini profil zdravstvenih djelatnika osposobljena za obavljanje te djelatnosti, te činjenicom da je proces zdravstvene njege sustavan i na znanju utemeljen način rada medicinskih sestara, postavljeni su ciljevi i svrha **sestrijske dokumentacije**. Ciljevi su određeni zdravstvenom politikom, razinom edukacije medicinskih sestara te civilizacijskim i ekonomskim razvojem.

2.3. Ciljevi sestrinske dokumentacije:

- Medicinskim sestrama u Republici Hrvatskoj omogućiti novi pristup zdravstvenoj njezi
- Potaknuti procjenjivanje i kontinuirano praćenje stanja pacijenta na temelju prikupljenih podataka
- Omogućiti dijagnosticiranje problema u zdravstvenoj njezi
- Potaknuti medicinske sestre da novim pristupom bolje osmisle i unaprijede kvalitetu sestrinske skrbi
- Omogućiti bolju evaluaciju zdravstvene njege
- Omogućiti bolju kontrolu kvalitete zdravstvene njege
- Potaknuti medicinske sestre da usvajanjem nove tehnologije govore i pišu jedinstvenim jezikom

U cilju ostvarivanja ciljeva pri izradi sestrinske dokumentacije nužno je bilo rukovoditi se sustavom obrazovanja medicinskih sestara u okvirima teorija, modela i koncepta Roper - Juchli gerijatrijske zdravstvene njege, standard proces modela V.Fiechter - M.Meier, prema obrazcima zdravstvenog i socijalnog funkcioniranja, teorija V. Henderson i D. Orem, te djelomično ICNP – International Classification for Nursing Practice.

NANDA – klasifikacija sestrinskih dijagnoza kao i dosadašnja iskustva i iskustva stečena uvidom u različite sestrinske dokumentacije u nas i drugih europskih zemalja, su bila bitna sastavnica za izradu dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege.

2.4. Svrha sestrinske dokumentacije:

- Stvaranje osnove za izradu baze podataka za razvoj sestrinskog dijela zdravstvene informatike.
- Omogućiti istraživanja u sestrinstvu
- Unaprjeđivati kvalitetu gerijatrijske zdravstvene njege
- Omogućiti određivanje zastupljenosti i kontrolu potrebnih kadrova
- Omogućiti poštivanje Zakona o sestrinstvu

Sestrinska dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege namijenjena je za upotrebu u svakodnevnoj praksi na razini medicinska sestra – gerijatrijski osiguranik u Domovima za starije i nemoćne osobe.

Dobiveni podaci se mogu koristiti u istraživačke i edukacijske svrhe, a gerijatrijski osiguranik, na osobni zahtjev, može dobiti uvid u dokumentaciju.

Sestrinska dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege je sastavljena na način da medicinske sestre mogu procijeniti pacijentovo stanje, na osnovi toga donijeti određene zaključke, dijagnosticirati problem i odrediti količinu sestrinske skrbi, i sa time poboljšati kvalitetu gerijatrijske zdravstvene njege.

Sestrinska dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege se sastoji od vanjskog dijela i umetnutih sastavnica u A4 formatu .

Gerijatrijski osiguranik i članovi obitelji na vlastiti zahtjev mogu dobiti uvid u sestrinsku dokumentaciju gerijatrijske zdravstvene njege u kojoj su pohranjeni svi dobiveni podaci.

3. VODIČ / UPUTA SESTRINSKE DOKUMENTACIJE GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE

Upute o vođenju sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege su kratak vodič kroz Sestrinsku dokumentaciju i njezine smjernice sa ciljem kvalitetnog vođenja, boljeg upoznavanja i implementacije sestrinske dokumentacije u svakodnevnu praksu.

WHO je priznala nekoliko modela stručne organizacije standarda gerijatrijske zdravstvene njege koje imaju znanstvenu osnovu. Teorije i modeli gerijatrijske zdravstvene znanstvene su osnove za djelovanje i razvoj na području zdravstvene njege starijih osoba u praksi. Gerijatrijska zdravstvena njega u ovom području ima visoku vrijednost profesionalnog djelovanja i temelje se na zakonskim osnovama.

Klasifikacijski podaci korišteni u sastavljanju sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege prilagođeni su potrebama za gerijatrijskom zdravstvenom njegom u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u RH, te su usklađeni s edukacijskim programom sestrinstva u RH.

Sestrinska dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege rađena je po teoriji modela Roper - Juchli zemalja EU.

Liliane Juchli, švicarska znanstvenica zdravstvene njege, rođena je 1933. godine u Badenu /Švicarska, školovala se za medicinske sestre, završila studij za zdravstvenu njegu i radila kao predavač zdravstvene njege u školi Kaderschule u u Zürichu, bavila se znanstvenim usavršavanjem i znanstvenim istraživanjem.

U modelu je primijenila i teoriju Virginije Henderson. Svoj model organizacije zdravstvene njege prvi put je prenijela i primijenila u SR Njemačkoj po poznatom modelu “Juchli – ATL (Aktivitäten des täglichen Lebens)”.

U knjizi, u svom modelu zdravstvene njege, uvela je i opisala smrt kao dvanaestu aktivnost u svakodnevnom životu čovjeka i taj je koncept 2000. godine uveden u socijalni zakon, skrbi za starije i nemoćne osobe. (Altenpflege).S.R.Njemačke.

„Pomažem i negujem kao ona koja jesam, moja vlastita ljudskost /čovječnost/ teče mojim djelovanjem i ponašanjem i utječe na njegov učinak. Unutarnja spremnost puno je bitnija od vanjske aktivnosti”, /Liliane Juchli/.

Nancy Roper (1918. – 2004.), engleska znanstvenica zdravstvene njege svoj je model razvijala na holističkom pristupu organizacije zdravstvene njege u bolničkoj zdravstvenoj njezi prema životnim aktivnostima čovjeka (AL).

U svom modelu holističkog pristupa opisuje i govori o samostalnosti i individualnosti kao najvećim kriterijima u teoriji zdravstvene njege. Primjenjuje holistički pristup u zdravstvenoj njezi čovjeka, što znači da čovjeka treba promatrati u njegovoj cjelokupnosti, jedinstvenoj cjelini tijela, psihe i duha sa socijalnim, kulturnim, okolinskim, društvenim, političkim i ekonomskim faktorima koji na njega utječu.

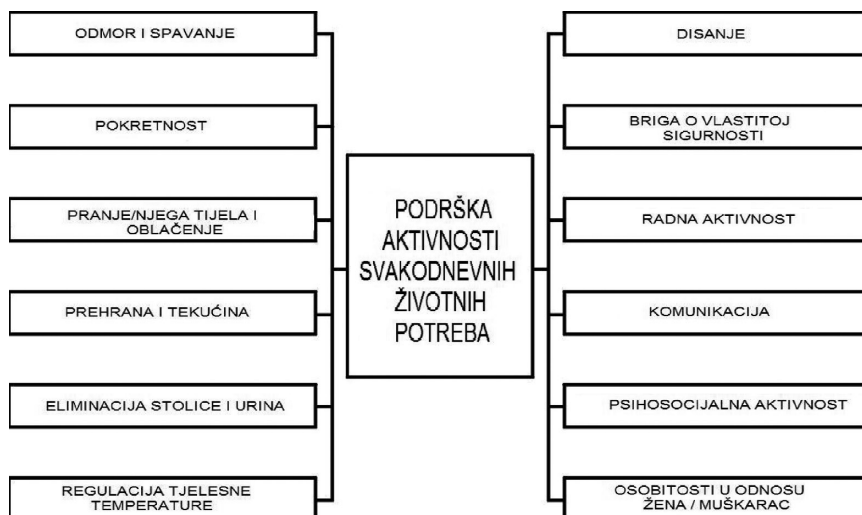
Holistički pristup gerijatrijske zdravstvene njege orijentiran je na biografiju – životne događaje, život i životno iskustvo starije osobe, a ne samo na poznavanje bolesti. Rad na biografiji korisnika se temelji na analizi životnih događanja koji su ostavili traga na njegovo tjelesno, psihičko i duševno zdravlje a u cilju individualnog pristupa u njezi.

Pristup zaštiti zdravlja starijih ljudi je cjelovit /holistički pristup i osigurava unapređivanje svih oblika zdravstvene skrbi: od prevencije (sprečavanja), dijagnostike (otkrivanja), liječenja do rehabilitacije i evaluacije (fizičke, psihičke, socijalne).

Sestrinska dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege po teoriji modela Roper - Juchli obuhvaća 12 aktivnosti svakodnevnih životnih potreba. Holističkim pristupom u promatranju, praćenju i unapređenju fizioloških, psiholoških, socijalnih i duhovnih sposobnosti gerijatrijskog osiguranika potičemo i razvijamo samostalnost i neovisnost starijih osoba u aktivnostima svakodnevnih životnih potreba, u svrhu očuvanja funkcionalne sposobnosti, unapređenje zdravlja i kvalitete njihovog življenja.

Sestrinska dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege podazumjeva prikupljanje, slaganje, pohranjivanje i vrednovanje dokumenata. Pisana sestrinska dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege služi kao dokaz kada je riječ o kategorizaciji starije osobe koju provodi nadležna stručna i financijska institucija.

12 AKTIVNOSTI SVAKODNEVNIH ŽIVOTNIH POTREBA STARIJE OSOBE



Slika: Teorija i model Roper / Juchli 12 aktivnosti svakodnevnih životnih potreba

Izvor: L. Juchli

Aktivnosti svakodnevnih životnih potreba su osnovne ljudske potrebe i karakteristike su rada zdravog čovjeka i zahtijevaju ulaganje u njihov rast i razvoj u njihove pozitivne vrijednosti. Aktivnosti su međusobno povezane i uzajamno imaju cjelovit utjecaj na život i zdravlje starijeg čovjeka.

Osnovne potrebe starije osobe temelje se na teoriji motivacije A.G.Maslowa u pet hijerarhijskih razina potreba čovjeka i zadovoljavanja potreba :

- fizioloških potreba,
- potrebe za sigurnošću,
- afilijativne potrebe,
- potrebe za samopoštovanjem i
- potrebe za samoaktualizacijom

Izabrani model prilagođen je gerijatrijskom korisniku a na osnovu modela zdravstvene njege po V. Henderson. Uloga gerijatrijske medicinske sestre je pomoć pojedincu bolesnom ili zdravom u obavljanju aktivnosti koje doprinose zdravlju ili oporavku ili mirnoj smrti, a koje bi obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje. Pomoć treba pružiti na način koji će pridonijeti što

bržem postizanju samostalnosti pojedinca. Aktivnosti pri kojima medicinska sestra pomaže bolesnima, usmjerene su zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba.

V. Henderson izdvojila je četrnaest osnovnih ljudskih potreba:

- disanje,
- unos hrane i tekućine,
- odstranjivanje otpadnih tvari,
- kretanje i zauzimanje odgovarajućih položaja tijela,
- odmor i spavanje,
- odijevanje,
- održavanje normalne temperature tijela,
- održavanje osobne i okolišne higijene,
- izbjegavanje štetnih utjecaja okoline,
- komunikacija,
- vjerske i druge duhovne potrebe,
- obavljanje svrsishodnog rada i zanimacije
- rekreacija,
- učenje i istraživanje i zadovoljavanje potreba

4. SESTRINSKA DOKUMENTACIJA GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE TEORIJA I MODEL ROPER / JUCHLI

4.1. KONCEPT GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE

Podrazumijeva razvoj plana znanstvenih teorija Roper/Juchli na temelju plana standarda procesa gerijatrijske zdravstvene njege za kontinuirani razvoj i poboljšanje kvalitete gerijatrijske zdravstvene njege.

Koncept gerijatrijske zdravstvene njege temelji se na znanstvenim teorijama i predstavlja diferencirani plan i organizaciju provedbe teorija modela Roper / Juchli u svakodnevnu praksu.

Koncept gerijatrijske zdravstvene njege postavlja i predstavlja stručni pravilnik i teorije modela Roper/Juchli u svakodnevni rad stručnih zdravstvenih djelatnika u domovima za starije osobe i poveznica je između teorije i prakse.

Koncept gerijatrijske zdravstvene njege opisuje sa kojim sredstvom i na koji način ostvariti zadani cilj, a time daje stručnim djelatnicima jasne upute koje poslove trebaju ispuniti.

Za praktično implementaciju koncepta potrebna je stalna aktivna suradnja višeg managementa sa stručnim djelatnicima - hijerarhijska struktura odgovornosti.

Potrebna je uska povezanost odnosno identifikacija stručnih djelatnika sa važećim konceptom gerijatrijske zdravstvene njege.

Koncept gerijatrijske zdravstvene njege i Stručni pravilnik modela Roper / Juchli međusobno su povezani i udruženi. Sa njima moraju biti upoznati svi stručni djelatnici Doma za starije osobe kao i svi koji su izravno i neizravno uključeni u standard procesa gerijatrijske zdravstvene njege i dužni su provoditi njegove zadaće, budući da je on temelj funkcioniranja sveobuhvatne gerijatrijske zdravstvene njege i važi za duži vremenski period. Kako bi mogli provoditi koncept gerijatrijske zdravstvene njege stručni djelatnici izravno i neizravno uključeni u standard procesa gerijatrijske zdravstvene njege po modelu teorije Roper / Juchli dužni su se školovati prema istima.

Domovi za starije osobe kao pružatelji usluga gerijatrijske zdravstvene njege predstavljaju u pismenoj formi jasno vidljiv koncept koji obuhvaća područje rada i djelovanja stručnih djelatnika sa zadaćama i uslugama gerijatrijske /gerontološke zdravstvene njege.

Koncept gerijatrijske zdravstvene njege sadržava sljedeće sadržajne elemente:

- Primjena znanstvenih Teorija - Modela Roper / Juchli
- Primjena standarda kvalitete gerijatrijske zdravstvene njege
- Stručni pravilnik teorija modela Roper / Juchli
- Standard procesa gerijatrijske zdravstvene njege - stručna organizacija i provedba u praksu.
- Pismena sestrinska dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege
- Stručno razumijevanje gerijatrijske zdravstvene njege
- Stalno osobno i stručno usavršavanje stručnih djelatnika (edukacija, reedukacija, tečajevi, radionice, gerontološke stvaraoalice, tribine, seminari, kongresi)
- uvjeti rada za pružanje usluga gerijatrijske zdravstvene njege
- razina stručnosti - stručne kompetencije
- suvremeno stručno upravljanje gerijatrijskom zdravstvenom njegom
- ekonomsko i ekološko i upravljanje gerijatrijskom zdravstvenom njegom

- racionalno korištenje dostupnih financijskih sredstava
- razvoj svijesti stručnih djelatnika za učinkovit rad
- zdravstveno socijalno pružanje usluga i njihov razvoj
- stalna kontrola i unapređenje procesa rada
- odgovornost djelokruga rada sa svrhom pomaganja i usmjeravanja pozitivnog stava o starijim osobama
- razvoj timskog rada i interdisciplinarnе suradnje sa ciljem zadovoljstva u radu i povećanja učinkovitosti stručnih djelatnika

4.2. STRUČNI PRAVILNIK TEORIJA - MODEL "ROPER / JUCHLI"

Stručni pravilnik propisuje i predstavlja dugoročne ciljeve organizacije standarda gerijatrijske zdravstvene njege.

Stručni pravilnik teorija modela Roper / Juchli je znanstvena osnova za djelovanje i razvoj na području gerijatrijske zdravstvene njege i u ovom području ima visoku vrijednost profesionalnog djelovanja i temelji se na zakonskim osnovama.

Stručni pravilnik pruža smjernice rada stručnim djelatnicima u svakodnevnom radu sa gerijatrijskim osiguranicima.

Osnovni cilj stručnog pravilnika je kontinuirani razvoj i unapređenje kvalitete gerijatrijske / gerontološke zdravstvene njege.

Dom za starije i nemoćne osobe kao pružatelj usluga gerijatrijske zdravstvene njege dužan je transparentno u pismenoj formi predstaviti stručni pravilnik sa kojim moraju biti upoznati i moraju ga provoditi svi stručni djelatnici direktno i indirektno uključeni u pružanje usluga gerijatrijske zdravstvene njege.

Stručni pravilnik standarda gerijatrijske zdravstvene njege važi za duži vremenski period.

Stručni Pravilnik Teorija – Model Roper / Juchli sadržava sljedeće sadržajne elemente:

- **STARIJI ČOVJEK** u središtu profesionalnog djelovanja
- kompetentna gerijatrijska/gerontološka zdravstvena njega i razumijevanje u središtu pozornosti
- zbrinjavanje i zadovoljavanje fizioloških, psiholoških, socijalnih i duhovnih potreba
- kvaliteta gerijatrijske/gerontološke zdravstvene njege s razumijevanjem i empatijom

- zadovoljenje individualnih potreba gerijatrijskog osiguranika
- usluge usmjerene individualnim potrebama gerijatrijskog osiguranika
- sigurnost, zaštićenost i zadovoljstvo gerijatrijskog osiguranika
- starijeg čovjeka prihvatiti kao cjelinu tijela i duha - holistički pristup
- upoznavanje o religijskim i nacionalnim običajima i sposobnostima starije osobe u cilju unapređenja zdravlja i funkcionalne sposobnosti
- aktivna gerijatrijska/gerontološka zdravstvena njega
- individualna, sistematizirana i dokumentirana gerijatrijska / gerontološka zdravstvena njega prema Teoriji modela Roper / Juchli ATL /aktivnostima svakodnevnog života/
- standard procesa gerijatrijske / gerontološke zdravstvene njege čini gerijatrijski osiguranik, interdisciplinarni i stručni tim djelatnika s članovima obitelji radi rješavanja multidisciplinarnih gerontoloških zdravstvenih problema
- izgubljene sposobnosti treba ponovo uspostaviti, postojeće održati i unaprijediti
- izvršavati zadaće u zdravstvenom timu na način koji je planiran i usmjeren na ostvarivanje cilja uz visoku razinu kvalitete
- dnevno provjeravanje zadaća i poslova gerijatrijske zdravstvene njege
- aktivno sudjelovanje gerijatrijskog osiguranika u planu i provođenju gerijatrijske /gerontološke zdravstvene njege
- stalno osiguravanje i poboljšavanje kvalitete gerijatrijske / gerontološke zdravstvene njege
- kompetentni i fleksibilni stručni djelatnici igraju ključnu ulogu za provođenje i osiguranje kvalitete usluga zdravstvene njege za starije osobe
- stalna edukacija i obrazovanje stručnih zdravstvenih djelatnika
- stalno stručno usavršavanje s novim znanjima i spoznajama iz znanstvenih publikacija gerijatrijske / gerontološke zdravstvene njege
- zadovoljstvo gerijatrijskog osiguranika i njihovih članova obitelji
“Profesionalnost, ljubaznost i povjerenje za skrb i zadovoljstvo gerijatrijskih osiguranika”.

4.3. STANDARDI GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE

Definicija:

Standardi gerijatrijske zdravstvene njege su prihvaćene i važeće norme koji definiraju područje zadaće i kvalitete gerijatrijske zdravstvene njege.

Standardi gerijatrijske zdravstvene njege utvrđuju usluge koje bi, s obzirom na područje djelatnosti, stručni djelatnici trebali općenito pružati u konkretnoj situaciji, te propisuju i opisuju mjere i postupke.

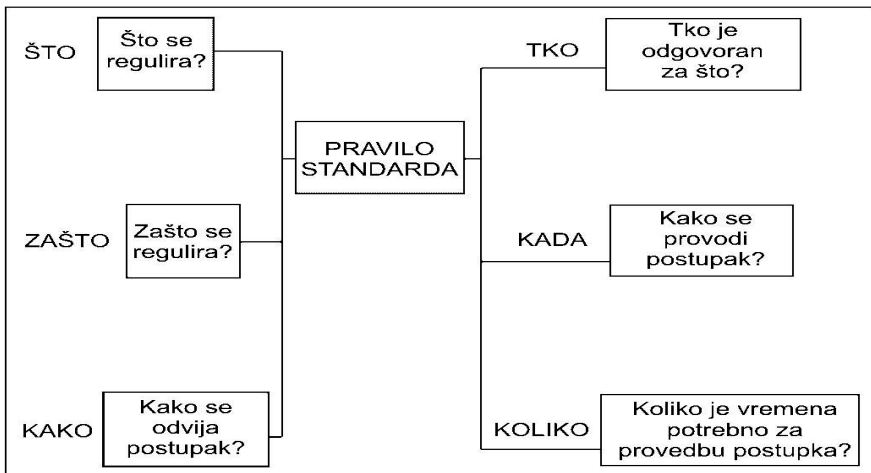
Standardi gerijatrijske zdravstvene njege:

- Utvrđivanje kategorije gerijatrijskog bolesnika / korisnika u odnosu na zdravstveno stanje i procjeni stupnja funkcionalne sposobnosti u odnosu na fizičku pokretnost i psihičku samostalnost
- Određivanje stupnja gerijatrijske zdravstvene njege - individualni gerontološki pristup
- Standardi trebaju služiti postizanju utvrđenog cilja
- Svrha standarda je utvrdi kvaliteta usluge
- Kvaliteta usluga: stručna djelatnost, odgovornost, suodgovornost
- Razvoj struke u skladu sa europskim gerontološkim i gerijatrijskim normama.
- Razvoj identiteta i prepoznatljivost važnosti profesije gerijatrijske zdravstvene njege u gerijatriji i gerontologiji
- Jednakost i međusobna ovisnost pojedinih profesionalnih grana unutar struke
- Definiranje standarda gerijatrijske zdravstvene njege i njihova primjena u praksi
- Primjena standarda usluga / postupaka u praksi gerijatrijske zdravstvene njege
- Evaluacija

4.4. CILJEVI STANDARDA GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE:

- Stručno pružanje usluga gerijatrijske zdravstvene njege
- Ocjena kvalitete pružene gerijatrijske zdravstvene njege
- Provediva sestrinska dokumentacija
- Transparentno prikazivanje usluga gerijatrijske zdravstvene njege nadležnim stručnim i financijskim institucijama
- Osiguranje individualnih usluga gerijatrijske zdravstvene njege za gerijatrijskog osiguranika
- Ekonomičnost / racionalizacija potrošnje u gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi

4.5. NAČELA STANDARDA GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE



*Slika: načela standarda gerijatrijske zdravstvene njege
Izvor: Nationalen Experten Pflegestandard, Njemačka*

4.6. RAZVOJ I UNAPREĐENJE STANDARDA

Standardi gerijatrijske zdravstvene njege propisuju i opisuju planiran način rada i obavezan je za sve stručne zdravstvene djelatnike (prikaz pružanja usluga).

4.6.1. Standardi strukture

Standardi strukture propisuju i određuju materijalne, prostorne i personalne uvjete Domova za starije i nemoćne osobe za pružanje sistematizirane i sveobuhvatne gerijatrijske zdravstvene njege.

Elementi standarda strukture su:

- Koncept gerijatrijske zdravstvene njege
- Stručni Pravilnik prema Teoriji i Modelu Roper / Juchli
- Standard procesa gerijatrijske zdravstvene njege
- Pisana sestrinska dokumentacija po standard procesa gerijatrijske zdravstvene njege
- Prostorni uvjeti za smještaj korisnika /jednokrevetne,dvokrevetne/.

- Stručne kvalifikacije medicinskih sestara
- Tehnički uvjeti: odgovarajuća njegovateljska oprema i sredstva za rad , ortopedska pomagala.
- Financijski uvjeti
- Kadrovski normativ (broj) stručnih djelatnika
- hijerarhijska i stručna odgovornost
- opis radnih mjesta stručnih djelatnika
- Stručno osposobljavanje i usavršavanje stručnih djelatnika
- Stalno stručno usavršavanje kroz stručne i znanstvene publikacije i stručne časopise
- Plan rada
- Izbor i zapošljavanje
- Razgraničenje odgovornosti
- Higijenski standard – dezinfekcijski plan održavanja njegovateljske opreme, sredstava za rad i ortopedska pomagala
- Higijenski plan za održavanje i čišćenje prostorija
- Higijenski standard –HACCP koncept za kuhinju
- Suradnja sa drugim Profesijama koje pružaju usluge starijim osobama

4.6.2. Standardi procesa

Obuhvaća holistički pristup u kojem se vrsta i opseg aktivnosti gerijatrijske zdravstvene njege tijekom 24 sata promatra, mjeri i evaluira po standardu procesa gerijatrijske zdravstvene njege kroz:

1. Prikupljanje podataka – rad na biografiji gerijatrijskog osiguranika, sestrinska anamneza i otkrivanje postojećih resursa kod gerijatrijskog osiguranika
2. Otkrivanje problema i resursa – sestrinska dijagnoza
3. Postavljanje ciljeva - mjerljivih, vidljivih i ostvarljivih
4. Izrada plana mjera / intervencija gerijatrijske zdravstvene njege
5. Provedba planiranih mjera / intervencija gerijatrijske zdravstvene njege
6. Evaluacija i ocjena provedenih mjera / intervencija, stupanj ostvarenih ciljeva

Elementi standarda procesa gerijatrijske zdravstvene njege:

- Koordinacija i upravljanje radnim procesima

- Primjena i provođenje koncepata gerijatrijske zdravstvene njege prema stručno-znanstvenim teorijama model Roper / Juchli
- Ponuda spektra usluga gerijatrijske zdravstvene njege
- Razvoj mjera i intervencija sa ocjenjivanjem stupnja ostvarenih ciljeva
- Plan standarda procesa gerijatrijske zdravstvene njege – individualni pristup gerijatrijskom osiguraniku
- Primjena i provođenje sistematiziranog i strukturiranog standarda procesa gerijatrijske zdravstvene njege
- Redoviti stručni sastanci medicinskih sestara s timom za upravljanje kvalitetom
- Stručno, sveobuhvatno i kontinuirano vođenje sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege
- Redovito provođenje sestrinske vizite – aktivno i stručno praćenje provedbe standarda procesa gerijatrijske zdravstvene njege
- Stalna timska suradnja stručnog osoblja s drugim profesijama, centrom za gerontologiju, bolnicama, rehabilitacijskim centrima, gerontološkim centrima koji skrbe za starije osobe i drugim institucijama
- Redovita stručna suradnja medicinskih sestara, gerijatrijskog osiguranika i članova obitelji u cilju održavanja i unapređenja zadovoljstva kvalitetom pružene usluge
- Informiranost i znanje stručnih djelatnika o pravilnoj primjeni njegovateljske opreme, sredstava za rad i ortopedskih pomagala
- Kvalitativno i kvantitativno planiranje rada osoblja po smjenama prema potrebama gerijatrijskog osiguranika sa ciljem pružanja kontinuirane kvalitete usluga gerijatrijske zdravstvene njege
- Planiranje jelovnika i uzimanja tekućina
- Uspostavljanje komunikacije na razini stručni djelatnik – kuhinja za izradu plana dnevnog jelovnika (prijava / odjava jelovnika)
- Koordinacija između stručnih djelatnika, kuhinje i poslužitelja jelovnika
- Knjiga žalbe – povratna informacija o kvaliteti pruženih usluga

4.6.3. Standardi ishoda / rezultata:

Kvaliteta ishoda / rezultata - predstavlja stupanj ostvarenog planiranog cilja.

Potrebna je stalna usporedba i ispitivanje stupnja ostvarenog planiranog cilja sa provedenim standardiziranim individualnim mjerama / intervencijama stručnih djelatnika.

Standard ishoda / rezultata ovisi o standardu strukture i standardu procesa i zato ih je potrebno kontinuirano razvijati za unapređenje kvalitete gerijatrijske zdravstvene njege.

Kako bi odredili uspjeh planiranih sestrinskih ciljeva moramo spoznati, da li je korisnik sestrinske mjere / intervencije doživio kao istinsku pomoć ili su njegovom zadovoljstvu doprinjeli drugi čimbenici. U slučaju neprovedenih planova i ciljeva za bilo koji kriterij standarda, bilo od strane pojedinca, obitelji ili institucije potrebno je ponovo ustvrditi strategiju osiguranja uvjeta za standarde sestrinske prakse.

Elementi standarda ishoda / rezultata:

- Ispitivanje implementacije planiranog cilja posebno kod:
 - promatranje individualnih potreba gerijatrijskog osiguranika
 - orijentacija na ostvarivanje planiranog cilja
- Zadovoljstvo / nezadovoljstvo gerijatrijskog osiguranika i članova obitelji u ostvarivanju zajedničkog planiranog cilja
- Aktivna suradnja gerijatrijskog osiguranika i stručnih djelatnika
- Kontrolni instrumenti standarda rezultata mogu biti:
 - sestrinska vizita : viša medicinska sestra ispituje i kontrolira planirane i provedene usluge i utvrđuje stupanj zadovoljstva gerijatrijskog osiguranika provedenim mjerama/intervencijama stručnih djelatnika
 - provođenje anketa o stupnju zadovoljstva gerijatrijskog osiguranika pruženim uslugama gerijatrijske njege
 - kontrola i ispitivanje pruženih usluga od strane stručnih i financijskih institucija
 - interni podaci o broju: dekubitusa, mortalitetu, prosječna vrijednost BMI, padova, (indeks kontinencije)
- očuvanje funkcionalne sposobnosti
- samostalnost, pokretnost
- unapređenje zdravlja
- uspostava zdravstveno gerontološke rehabilitacije i reintegracije s okolinom
- zadovoljstvo / nezadovoljstvo u komunikaciji – interakciji, medicinskih sestara i interdisciplinarnih stručnjaka u procesu gerijatrijske zdravstvene njege
- zadovoljavanje zdravstveno - socijalnih potreba u gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi
- neovisnost o tuđoj pomoći gerijatrijskog osiguranika

- uključivanje u djelatnost gerontološkog centra – aktivni gerontološki pristup
- racionalizacija potrošnje u gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi

4.7. PREDNOST I VAŽNOST SESTRINSKE DOKUMENTACIJE U GERIJATRIJSKOJ ZDRAVSTVENOJ NJEZI

- dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege čini integraciju zdravstvenog procesa u kojem su pohranjeni svi podaci o gerijatrijskom osiguraniku.
- dokumentacija gerijatrijske zdravstvene ima pravnu, informativnu, dokumentacijsku funkciju i funkciju osiguranja kvalitete
- dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege potiče timski rad u kojemu sudjeluju svi stručni djelatnici i informirani su o aktualnom stanju gerijatrijskog osiguranika
- dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege osigurava kontinuiranu gerijatrijsku / gerontološku zdravstvenu njegu i rad pomoćnog osoblja na pola radnog vremena. Svakom djelatniku na raspolaganju su svi podaci za svakog gerijatrijskog osiguranika
- dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege smanjuje nesigurnost i greške stručnih djelatnika do koje može doći uslijed nedostataka podataka
- dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege zakonski je propisana. Pravni dokument daje sigurnost stručnim djelatnicima u pružanju sigurne i kvalitetne gerijatrijske zdravstvene skrbi
- dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege može napraviti rekonstrukciju pruženih usluga – stručni dokaz o radu, mjere / intervencije njege, provedba i tijek gerijatrijske zdravstvene njege
- dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege pruža transparentnost i jača stručnu svijest djelatnika gerijatrijske zdravstvene njege
- dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege potiče i motivira stručne djelatnike da ne reagiraju samo na upute, već da mogu djelovati na vlastitu odgovornost na temelju raspoloživih podataka
- dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege odražava proces gerijatrijske zdravstvene njege
- dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege opisuje pacijentovo stanje iz smjene u smjenu
- dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege sadrži sve provedene intervencije
- dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege pruža uvid u intelektualno razmatranje individualne situacije korisnika u smislu sistematizirane,

sveobuhvatne, preventivne, individualne i profesionalne gerijatrijske zdravstvene njege

- dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege služi među ostalim i praksi, obrazovanju, upravljanju i istraživanju.

5. STANDARDI GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE

- KLASIFIKACIJA

STANDARDI GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE – KLASIFIKACIJA
Preventivna gerijatrijska zdravstvena njega
Terapijska gerijatrijska zdravstvena njega
Hitne situacije
Indirektna gerijatrijska zdravstvena njega

STANDARDI GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE – KLASIFIKACIJA
PREVENTIVNA GERIJATRIJSKA ZDRAVSTVENA NJEGA
Geroprofilaksa dekubitusa
Geroprofilaksa tromboze
Geroprofilaksa kontraktura
Geroprofilaksa hipostatske pneumonije

Geroprofilaksa soora/naslaga na jeziku
Geroprofilaksa ojedine / intertriga
Geroprofilaksa padova

STANDARDI GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE – KLASIFIKACIJA
AKTIVNOSTI SVAKODNEVNIH ŽIVOTNIH POTREBA
Osobna higijena
Pokretnost
Prehrana i tekućina
Obavljanje fizioloških potreba/ eliminacija stolice i urina
Mjerenje vitalnih funkcija

STANDARDI GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE – KLASIFIKACIJA
TERAPIJSKA GERIJATRIJSKA ZDRAVSTVENA NJEGA
Enteralna i lokalna primjena lijeka
Parenteralna primjena lijeka
Skrb rane
Njega stome
Trahealna njega
Kateterizacija
Aspiracija
Inhalacija i Oksigenacija

STANDARDI GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE – KLASIFIKACIJA
HITNE SITUACIJE
Tjelesne povrede
Poremećaji svijesti
Smetnje srca i krvotoka
Smetnje disanja

STANDARDI GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE – KLASIFIKACIJA
INDIREKTNA GERIJATRIJSKA ZDRAVSTVENA NJEGA
Prijem gerijatrijskog korisnika
Otpust / premještanje gerijatrijskog korisnika
Gerijatrijska zdravstvena njega u terminalnoj fazi

STANDARDI GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE – KLASIFIKACIJA
AKTIVNOSTI SVAKODNEVNIH ŽIVOTNIH POTREBA POKRETNOST
Promjena položaja bolesnika
Mobilizacija i premještanje korisnika uz pomoć osoblja ili pomagala
Kretanje
Stajanje
Sjedenje na krevetu ili sjedenje u invalidskim kolicima
Kretanje uz pomoć pomagala
Hodanje stubištem
Ležanje

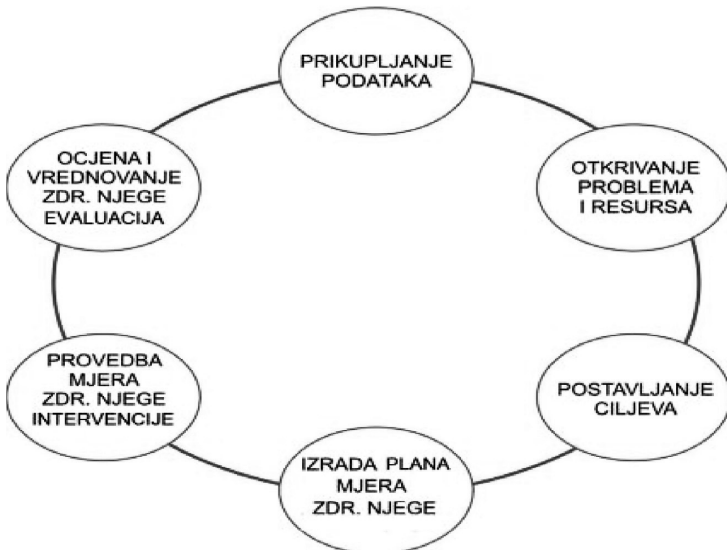
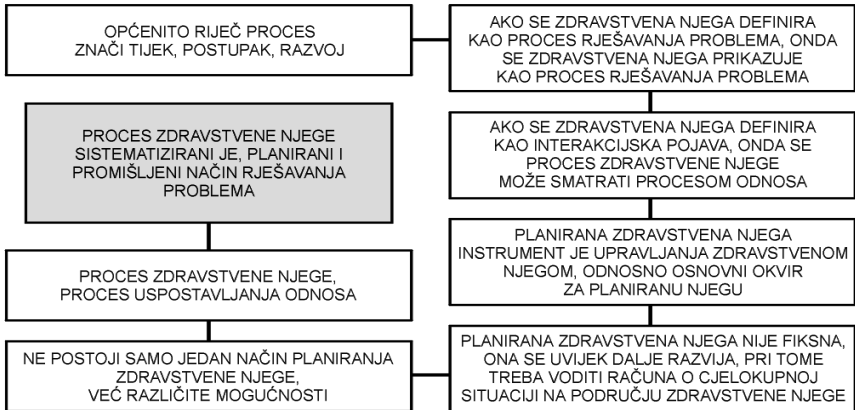
STANDARDI GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE – KLASIFIKACIJA
AKTIVNOSTI SVAKODNEVNIH ŽIVOTNIH POTREBA OSOBNNA HIGIJENA
Pranje cijelog tijela
Djelomično pranje
Tuširanje
Higijena nogu – higijena ruku
Brijanje
Njega usta i zubala
Njega nosa i uha
Njega kose
Intimna njega
Njega noktiju
Odijevanje
Jutarnja intimna njega
Večernja intimna njega

STANDARDI GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE – KLASIFIKACIJA
AKTIVNOSTI SVAKODNEVNIH ŽIVOTNIH POTREBA PREHRANA I TEKUĆINA
Prehrana
Pomoć pri hranjenju
Hranjenje nazogastričnom sondom
Prehrana pomoću gastrostoma /želučana pumpa/

STANDARDI GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE – KLASIFIKACIJA
AKTIVNOSTI SVAKODNEVNIH ŽIVOTNIH POTREBA ELMINACIJA STOLICE I URINA
Kontrolira sfinktere
Inkontinentan-a :
urin
stolica

STANDARDI GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE – KLASIFIKACIJA
AKTIVNOSTI SVAKODNEVNIH ŽIVOTNIH POTREBA SIGURNOST – MJERENJE VITALNIH FUNKCIJA
Mjerenje arterijskog/krvnog tlaka
Mjerenje pulsa
Mjerenje tjelesne temperature
Promatranje disanja
Mjerenje glukoze u krvi
Mjerenje tjelesne težine / mase
Mjerenje unesene i izlučene tekućine
Promatranje kože
Promatranje emocionalnog stanja

PROCES MODEL GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE - INSTRUMENT PROFESIONALNOG I STRUKTURIRANOG DJELOVANJA



*Slika: proces gerijatrijske zdravstvene njege po fazama
Standard proces model V.Fiechter-M. Meier
Izvor: CZG ZJZ „Dr.Andrija Štampar“*

6. MODEL PROCESA GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE

Proces gerijatrijske zdravstvene njege kao model zasnovan na znanstvenim principima i principima same zdravstvene njege, znači maksimalno prilagođavanje individualnim potrebama kod gerijatrijskog korisnika u rješavanju zdravstvenih problema samog pojedinca.

Proces gerijatrijske zdravstvene njege izvodi se u 6 koraka:

I. KORAK – prikupljanje podataka

Prikupljanje podataka je osnova za otkrivanje problema i utvrđivanje cilja.

Ciljevi prikupljanja podataka :

- upoznati gerijatrijskog osiguranika
- upoznati i razumjeti njegova ograničenja i stupanj potrebne gerijatrijske zdravstvene njege
- upoznati i otkriti mogućnosti i sposobnosti gerijatrijskog osiguranika

II. KORAK – otkrivanje problema i resursa gerijatrijskog osiguranika

Objasniti rezultat prikupljenih podataka na temelju 2 pitanja:

- koji su problemi gerijatrijskog osiguranika - aktualni, potencijalni ili skriveni u aktivnostima svakodnevnog života
- koji su to resursi - preostale raspoložive sposobnosti, važni za gerijatrijsku zdravstvenu njegu gerijatrijskog osiguranika.

U planu gerijatrijske zdravstvene njege evidentiraju se relevantni problemi za gerijatrijsku zdravstvenu njegu.

Oblikovanje problema i resursa:

- kratko / precizno / točno / specifično.

Sljedeći elementi moraju biti sadržani:

- način i vrsta ograničenja i resursa - preostale sposobnosti gerijatrijskog osiguranika
- eventualne posljedice za gerijatrijskog osiguranika

Razlikovanje problema:

- postojeći, otvoreni problemi
- potencijalni problemi

III. KORAK – postavljanje ciljeva

Cilj procesa gerijatrijske zdravstvene njege definira stanje stacionarnog korisnika koje treba ostvariti. Cilj treba biti realan, mjerljiv, vidljiv, provediv i ostvariv.

Postavljanje cilja:

- što konkretnije
- što preciznije
- postavljanje cilja sa gerijatrijskim bolesnikom na osnovu zdravstvenog stanja gerijatrijskog osiguranika,
- cilj može biti kratkoročni i dugoročni
- po mogućnosti vremenski određen
- ne opisuje se mjera / intervencija procesa gerijatrijske zdravstvene njege

Cilj gerijatrijske zdravstvene njege služi kao kriterij za ocjenu i vrednovanje djelovanja, to jest učinkovitosti gerijatrijske zdravstvene njege.

IV. KORAK – izrada plana mjera/intervencija gerijatrijske zdravstvene njege

Izrada plana procesa gerijatrijske zdravstvene njege obavlja se vodeći računa o resursima gerijatrijskog bolesnika

Postavljanje plana mjera / intervencija treba biti opisano sljedećim točkama:

- što se planira
- kako se planira
- čime se planira
- pružanje mjere / intervencija kada, koliko često, koliko dugo
- tko ih pruža - stručnost djelatnika
- konkretno naznačiti mjere / intervencije
- opisati učestalost provedbe mjera
- opisati provedbu i pomoćna sredstva gerijatrijske zdravstvene njege
- definirati kratko i precizno.

V. KORAK – provedba mjera/intervencija gerijatrijske zdravstvene njege

Provedba specifičnih aktivnosti usmjerenih na ublažavanje ili rješavanje problema i odgovor na pitanje što treba učiniti da se cilj postigne.

- provedba stručnih mjera / intervencija potrebnih i primjerenih koje se mogu dokazati za ostvarivanje ciljeva plana procesa gerijatrijske zdravstvene njege
- provedba mjera / intervencija gerijatrijske zdravstvene njege obavlja se pomoću plana procesa gerijatrijske zdravstvene njege
- Standard proces model V.Fiechter - M.Meier gerijatrijske zdravstvene njege obvezujući je za sve stručne djelatnike
- Individualnu, sveobuhvatnu, sistematiziranu, preventivnu i profesionalnu sestrinsku dokumentaciju gerijatrijske zdravstvene njege pismeno provode stručni djelatnici zaduženi za samostalno planiranje i provedbu procesa gerijatrijske zdravstvene njege
- stručne mjere / intervencije potrebne i primjerene za ostvarivanje ciljeva.

VI. KORAK – Evaluacija ocjena i vrednovanje djelovanja / učinkovitosti gerijatrijske zdravstvene njege, stupanj ostvarenih ciljeva

Evaluacija - izvješće o gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi ispunjavaja dvije zadaće :

- sestrinska sistematizirana, sveobuhvatna, individualna, preventivna i profesionalna dokumentacija temelj je za evaluaciju vrednovanja djelovanja gerijatrijske zdravstvene njege
- izvješće rezultata dio je novih prikupljenih podataka / informacija.

Evaluacija / izvješće o gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi sadrži:

- definiranje provedenih mjera / intervencija
- potrebu i kvalitetu mjera / intervencija

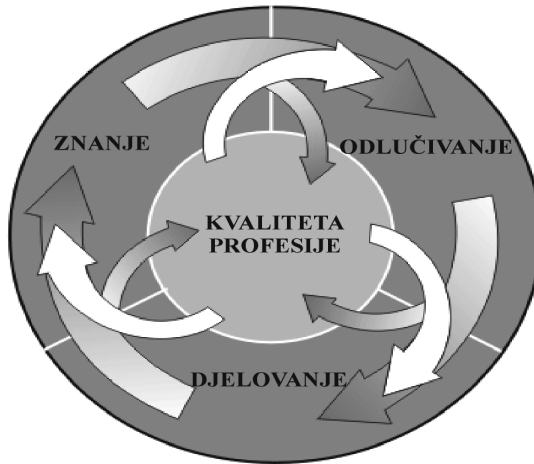
- rezultat - ishod opisuje stupanj ostvarenog cilja: cilj postignut, cilj nije postignut, cilj djelimično postignut
- zadovoljstvo stručnih djelatnika
- reakciju korisnika na provedene mjere / intervencije
- promjenu stanja gerijatrijskog osiguranika
- zadovoljstvo / nezadovoljstvo gerijatrijskog osiguranika i članova obitelji.
- zapažanje događaja, promjenu ponašanja, stupanj samostalnosti, izlječenje, pozitivne rezultate i ostale podatke relevantne za gerijatrijsku zdravstvenu njegu
- učinkovitost i ekonomičnost kvalitetnih provedenih mjera / intervencija
- suvremeno upravljanje menadžmentom gerijatrijske zdravstvene njege
- ekonomičnost i ekologija suvremenog upravljanja gerijatrijskom zdravstvenom njegom.
- ostali važni događaji na području gerijatrijske zdravstvene njege.

6.1. SVRHA I CILJ ZNAČENJA PLANA PROCESA GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE

- **Plan gerijatrijske zdravstvene njege dokazuje da područje gerijatrijske zdravstvene njege predstavlja neovisno i samostalno područje**
- Plan gerijatrijske zdravstvene njege odgovora integriranoj zdravstvenoj njezi
- Planirana gerijatrijska zdravstvena njega postaje transparenta za sve unutarnje i vanjske suradnike
- Planirana gerijatrijska zdravstvena njega sprječava rizične faktore gerijatrijske zdravstvene njege i pomaže u izbjegavanju pogrešaka u gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi
- Planom gerijatrijske zdravstvene njege mogu se intenzivno oblikovati odnosi između stručnih djelatnika i gerijatrijskog osiguranika
- Plan gerijatrijske zdravstvene njege je stručno planiran, sustavan i utemeljen na znanju i umijeću gerijatrijske zdravstvena njege
- Gerijatrijska zdravstvena njega postaje sveobuhvatna
- Planirana gerijatrijska zdravstvena njega obilježena je preventivnim razmišljanjem i djelovanjem, pružajući sigurnu i kvalitetnu zdravstvenu i socijalnu skrb
- Transparentnost gerijatrijske zdravstvene njege prikazana je za sve sudionike u standardu procesa gerijatrijske zdravstvene njege
- Planirana gerijatrijska zdravstvena njega olakšava samostalno preuzimanje gerijatrijske zdravstvene njege

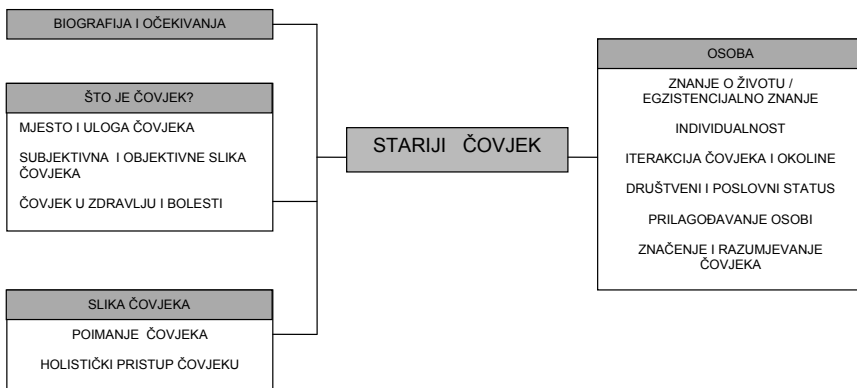
- Planirana gerijatrijska zdravstvena njega olakšava uvođenje, uhodavanje novih djelatnika studenata i učenika
- Planirana gerijatrijska zdravstvena njega potiče i promiče ostvarivanje aktivne gerijatrijske zdravstvene njege
- Plan gerijatrijske zdravstvene njege služi standardizaciji mjera gerijatrijske zdravstvene njege za gerijatrijskog osiguranika
- Plan gerijatrijske zdravstvene njege je nastavak jedinstvenih metoda gerijatrijske zdravstvene njege u cjelini svih mjera gerijatrijske zdravstvene njege
- Plan gerijatrijske zdravstvene njege pruža mogućnost profesionalnog prikazivanja gerijatrijske zdravstvene njege
- Plan gerijatrijske zdravstvene njege je izraz profesionalnosti
- Planirana gerijatrijska zdravstvena njega znači da su svi stručni suradnici usmjereni na rješavanje problema, potreba i samostalnosti / sposobnosti starije osobe
- Plan gerijatrijske zdravstvene njege omogućuje aktivnu gerijatrijsku zdravstvenu njegu u svim pojedinačnim fazama zdravstvenog procesa koje su vezane jedna za drugu i međusobno ovisne te čine integraciju standarda gerijatrijske zdravstvene njege
- Plan gerijatrijske zdravstvene njege unapređuje kvalitetu gerijatrijske zdravstvene njege redovitim kontrolama i ispravljanjem mjera/ intervencija zdravstvene zaštite na način primjeren okolnostima
- Planirana gerijatrijska zdravstvena njega pomaže dnevnom strukturiranju
- Planirana zdravstvena njega potiče kreativnost stručni djelatnika gerijatrijske zdravstvene njege
- Planirana gerijatrijska zdravstvena njega pruža najučinkovitiju skrb i vodi do uspješnih rezultata
- Planirana gerijatrijska zdravstvena njega pokazuje koje intervencije su pružene i na koji način
- Planirana gerijatrijska zdravstvena njega dovodi do racionalizacije i smanjenja troškova u zdravstvu

Zdravstvena njega nije nikakav čvrsto utvrđen statički postupak, već se odvija kao živ dinamičan proces, u kojem sudjeluje starija osoba s jedne strane i stručno osoblje s druge strane.



Slika: Liliane Juchli - smjernice profesije
Izvor: L. Juchli

7. GERONTOLOŠKA I GERIJATRIJSKA ZDRAVSTVENA NJEGA



7.1. Specifičnosti profesionalne Gerijatrijske zdravstvene njege

Pod ovim pojmovima se podrazumijevaju specijalna obilježja koja razlikuju gerijatrijsku zdravstvenu njegu od ostalih zdravstvenih njega.

7.1.1. Gerijatrijska/gerontološka njega je važna u životu čovjeka i za društvo neophodno profesionalno zanimanje a bavi se zdravim i bolesnim čovjekom u bilo kojem stupnju starije dobi.

Životna pomoć: Starija osoba je cjelina tijela-psihe i duše ugrađena u jednu socijalnu okolinu, te kao takvom potrebna mu je gerijatrijska skrb u svojoj cjelini.

Društvena pomoć: Potrebno je priznanje gerijatrijskoj njezi u društvu kao jednoj profesiji u svim oblicima.

Zdravom i bolesnom bez obzira u kojoj je grupi starosne dobi, znači pomoć i vođenje kroz dnevne aktivnosti u rješavanju dnevnih životnih potreba.

7.1.2. Gerijatrijska njega učinkovita je u održavanju, prilagodbi ili ponovnom uspostavljanju fizičke, psihičke i socijalne funkcije u životnim aktivnostima.

Ovdje se ogledava cjelovita pomoć starijoj osobi, kao i naglasak važnosti te cjelovite brige za starije osobe kao individualnog pristupa koji je jezgra Gerijatrijske zdravstvene njege.

7.1.3. Gerijatrijska njega je jedna ograničena disciplina sa jednim posebnim oblikom znanosti i prakse koja se od drugih zdravstvenih njega po tome i razlikuje.

Nužno je uvesti Gerijatrijsku njegu kao posebnu disciplinu u sustavu obrazovanja medicinskih sestara upravo da bi ta njega dobila značenje i priznanje u društvu koje joj pripada, zbog svoje sveobuhvatnosti, profesionalnosti i kompetentnosti u skrbi za starije osobe.

7.1.4. Gerijatrijska njega je samostalni dio medicine koja služi za utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom starijih osoba, za planiranje i izvođenje gerijatrijske zdravstvene njege na osnovi posebne edukacije za gerijatrijsku njegu u svim vidovima daljnjeg obrazovanja.

Ovdje se posebno naglašava status ove profesionalne njege. Samostalnost znači kompetenciju određivanja i izvođenja, postavljanje problema i planiranje njege, te potvrđivanje samog osoblja kroz profesionalni rad. Ovdje medicinska sestra utvrđuje samostalno sestrinske mjere/intervencije.

Zdravstveno-socijalna, profilaktička i organizacijska kompetencija su pri tome naglašene. Tu se ne podrazumijeva potpuno ograničavanje u radu sestre na ispunjavanje samih liječničkih odredbi (davanje terapije i sl.), nego vlastita kompetencija jednog profesionalca u njezi za starije, u kojoj sama procjenjuje vrstu pomoći, terapije i dijagnostike u okviru svojih kompetencija. To potvrđuje potrebu posebnog obrazovanja za medicinske sestre u cilju profesionalizacije Gerijatrijske zdravstvene njege.

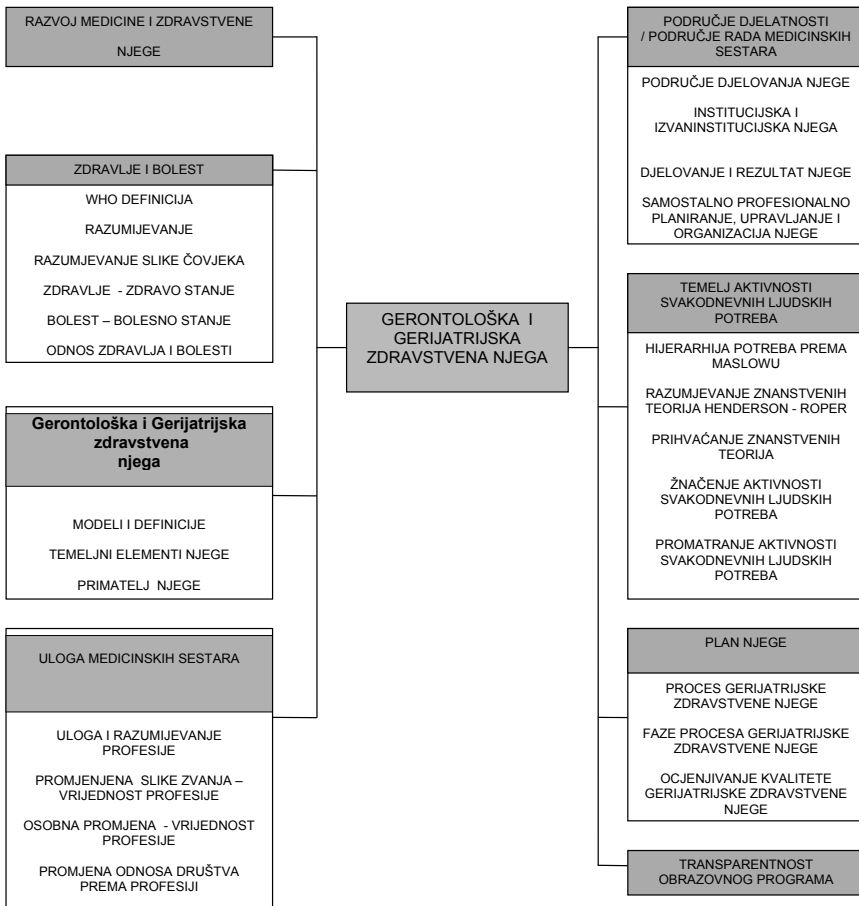
7.1.5. Gerijatrijska njega podupire u praksi istraživački rad u sklopu provođenja profesionalne njege i služi kao baza za primjenu znanja i metoda u medicinskim, psihološkim i socijalnim znanostima.

7.2. Ciljevi Gerijatrijske zdravstvene njege

Glavni cilj Gerijatrijske zdravstvene njege je održati samostalnost gerijatrijskog korisnika u svakodnevnim aktivnostima i poticati vlastitu odgovornost za svoje zdravlje, što je duže moguće. Cilj gerijatrijske njege je i skrbiti za dostojanstvo, pravo i zadovoljstvo gerontološkog korisnika zajedno sa njegovom obitelji, pružiti potporu i poticati njegove kompetencije s orijentacijom na individualne životne priče i osigurati im priznato mjesto u društvu.

7.3. Kompetencije i zadaci gerijatrijske medicinske sestre u gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi.

- Profesionalni pristup sa specijalnom edukacijom iz Gerijatrijske zdravstvene njege.
- Holistički pristup u radu (promatranje tijela, psihe, životnih događanja i socijalne okoline gerontološkog korisnika).
- Individualni pristup i planiranje njege usmjereno na individualne potrebe.
- Ispunjavanje liječničkih odredbi.
- Vođenje sestrijske dokumentacije.
- Održavanje i uspostavljanje individualne tjelesne i psihičke sposobnosti u okviru gerijatrijske zdravstvene njege i gerontofizijatrijske rehabilitacije.
- Zdravstveno zbrinjavanje gerontološkog korisnika, savjetovanje i provođenje zdrave prehrane.
- Odgovarajuća zdravstvena skrb u zadnjoj fazi života i dostojanstvena pratnja umirućih na osnovu individualnih potreba.
- Savjetovanje i usmjeravanje na stjecanja prava starijih osoba u zdravstvenoj i socijalnoj zaštiti.



- Pomoć u održavanju svakodnevnih aktivnosti u vođenju samostalnog života i svakodnevnih aktivnosti.
- Psihosocijalna rehabilitacija i strukturiranje svakodnevnih životnih potreba gerijatrijskog korisnika.
- Edikacija i potpora starijih osoba i njihove obitelji u cilju dužeg ostanka u vlastitom domu i obitelji.
- Potpora u izgradnji i uspostavi odnosa sa članovima obitelji.
- Rad sa osobama oboljelih od demencija i psihogerijatrijska njega.
- Utvrđivanje sestrinske gerijatrijsko zdravstvene dijagnoze i provođenje njega po procesu gerijatrijske zdravstvene njega.

- Promocija zdravlja kod starijih osoba.
- Nadgledavanje rada i edukacija pomoćnog osoblja u njezi.
- Poštivanja etičkih načela u gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi.
- Trajna edukacija gerijatrijske sestre.
- Provođenje zakona sestrinske prakse.
- Kontrola i organizacija održavanje higijene životnog prostora korisnika i radnog prostora osoblja.
- Sudjelovanje u znanstvenoistraživačkom radu u sestrinstvu.
- Briga o vlastitom zdravlju, edukacija i provođenje mjera zaštite na radu.

Gerijatrijska zdravstvena njega mora biti kompetenta , kontinuirana a gerijatrijski korisnik u središtu njenog profesionalnog djelovanja.

7.4. Radna mjesta za Gerijatrijsku medicinsku sestru

- Domovi za starije osobe.
- Socijalne ustanove.
- Dnevni centri za starije osobe.
- Zdravstveno rehabilitacijski centri.
- Bolnice.
- Klubovi za starije osobe.
- Dnevne klinike za starije osobe.
- Gerijatrijske bolnice.
- Odjeli za gerijatriju na klinikama.
- Gerontopsihijatrijski odjeli.
- Centri za socijalnu skrb.
- Ustanove za pružanje zdravstvene njege u kući.
- Gerontološki centri.
- Javnozdravstveni zavodi za zdravstvo.
- Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi itd

Gerijatrijska zdravstvena njega se treba permanentno razvijati i unapređivati na svim poljima koja obuhvaćaju stariju populaciju a navedena mjesta rada gerijatrijske medicinske sestre nisu njena ograničenja u smislu provođenja sestrinske prakse.

8. INSTITUCIJSKO PRUŽANJE GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE

„Zadovoljan gerijatrijski osiguranik sa članovima obitelji - zadovoljni stručni djelatnici“

U središtu ponude usluga i organizacijske strukture institucijske skrbi za starije nalazi se gerijatrijski osiguranik sa članovima obitelji. Ponuditi Dom s visokom kvalitetom života najviši je cilj multiprofesionalnog tima stručnih djelatnika institucijskog oblika skrbi gerijatrijskog osiguranika. Mjere gerijatrijske zdravstvene njege temelje se na konceptu integrirane, aktivne gerijatrijske zdravstvene njege i usmjerena je na ponovno stjecanje izgubljenih sposobnosti, na jačanje i daljnji razvoj postojećih sposobnosti. Poželjno je i potrebno da gerijatrijski osiguranik aktivno sudjeluje u oblikovanju načina života u korištenju svojih psihičkih fizičkih socijalnih i duhovnih sposobnosti, prihvatiti poticati njegovu samoodgovornost vodeći računa o individualnim potrebama za gerijatrijskom zdravstvenom njegom.

Razumijevanje empatija, i stručne kompetencije smatraju se jednako važnim uvjetima za visoku kvalitetu usmjerene gerijatrijskom osiguraniku i članovima njihove obitelji. Osoblje u instituciji obavlja stručne aktivnosti na učinkovit način, pazeći na resurse i vodeći računa o suvremenim znanstvenim spoznajama na području gerijatrijske zdravstvene njege, kako bi se osigurala trajna optimalna gerijatrijska zdravstvena njega, uz kontinuirano provjeravanje i usavršavanje standarda gerijatrijske zdravstvene njege .

Često se spominju prednosti i nedostaci domova kao institucija za skrb starijih osoba, mada je prednost domova upravo što su garancija profesionalne multidisciplinarnе skrbi za stare i nemoćne osobe sa različitim zdravstveno-socijalnim problemima. Nedostaci boravka gerontološkog osiguranika u instituciji su u najvećem dijelu ograničenje slobode, intimnosti i individualnosti gerijatrijskog korisnika zbog smještaja u dvokrevetne i višekrevetne sobe, ograničavanje u donošenju vlastitih odluka, poteškoća u prilagodbi na nova pravila institucije i njenu organizacijsku strukturu. Dom kao mjesto življenja u startu po stereotipnom mišljenju u društvu predstavlja korisniku napuštenost od svih, gubitak vlastite vrijednosti i osjećaj odbačenosti, što može dodatno pogoršati psihofizičko i socijalno zdravlje korisnika.

U interesu gerijatrijskih osiguranika pravodobno se reagira na promijenjive potrebe pružajući primjerene ponude dijagnostičko terapijskih usluga gerijatrijske zdravstvene njege.

8.1. OSTALE OBVEZATNE DJELATNOSTI KAO POTPORA GERIJATRIJSKOJ ZDRAVSTVENOJ NJEZI U INSTITUCIJI

Kvalitetno provođenje gerijatrijske zdravstvene njege kao najsveobuhvatnije skrbi i pružene usluge u instituciji ovisi i od kvalitete pružanja usluga ostalih djelatnosti a koje se mogu kvalificirati kao:

- Usluga stanovanja i prehrane
- Usluge tima spec. obiteljskog liječnika sa stalnim radom u instituciji.
- Usluge socijalnog rada i psihosocijalne rehabilitacije.
- Usluge tehničke podrške : pranje i distribucija rublja, dostava obroka, dostava lijekova, higijensko održavanje prostora za stanovanje, uređenje okoliša.
- Usluge održavanja- domarske usluge.
- Usluge pravne službe.
- Usluge duhovne skrbi i zadovoljavanja religijski potreba
- Usluge Referentnog Centra za zaštitu zdravlja starijih osoba MZSS RH s regionalnim Centrima za gerontologiju županijskih i grada Zagreba ZZJZ
- Usluge Hrvatskog zdravstvenog i mirovinskog osiguranja.
- Usluge Hitne službe i hitnog prijevoza.
- Usluge kliničkih ustanova i općih bolnica, poliklinika i specijalističkih ordinacija.
- Usluge Službi za prehranu i epidemiologiju županijskih i grada Zagreba ZZJZ te sanitarne službe.

8.2. Članovi multidisciplinarnog tima u gerijatrijskoj zdravstvenoj skrbi

Starost ne smijemo automatski identificirati sa bolešću i invaliditetom. Multimorbiditet sve više postaje subjektivno opterećenje gerijatrijskog korisnika. Rizici od tjelesnog, duševnog i psihičkog oštećenja u zajedničkom su porastu i sve više utječu na povećanje zahtjeva za multidisciplinarnim pristupom u profesionalnoj gerijatrijskoj njezi.

Tim stručnjaka sačinjavaju:

- Liječnik (spec. opće/obiteljske medicine)
- Medicinska sestra
- Socijalni radnik

- Specijalističko konzilijarni liječnici: Gerijatar, Gerontopsihijatar, Fizijatar, Gerontopsiholog, Gerontostomatolog, Epidemiolog i dr.
- Logoped
- Fizioterapeut,
- Radni terapeut ili Ergoterapeut
- Njegovateljice kao pomoćno osoblje u gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi

8.3. Pomoćna sredstva i gerontotehnička pomagala za izvođenje gerijatrijske zdravstvene njege

- specijalni kreveti za gerijatrijsku zdravstvenu nježu
- noćni ormarići
- podesivi stolići iznad kreveta
- invalidska kolica
- dizalica za nepokretne gerijatrijske pacijente.
- pomagala za hodanje
- pomagala/sredstva za inkontinenciju
- kolica za tuširanje
- razna sredstva za promjenu položaja nepokretnog korisnika
- aparat za kisik/oksigenator
- aspirator
- inhalator
- sterilizator
- instrumenti za obradu rana
- pokretni umivaonik
- noćne posude
- antidekubitalni madraci
- tlakomjeri
- uređaji za mjerenje glukoze u krvi
- podloge protiv klizanja
- razna pomagala kao rukohvati
- sustav dojave hitnih poziva za osoblje.

ČETIRI STUPNJA GERIJATRIJSKE NJEGE U STAMBENOM I STACIONARNOM DIJELU DOMA ZA STARIJE OSOBE U SPECIFIČNOJ PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

1 TIM SOM-a:		
1 doktor spec. opće/biteljske medicine i 1 gerijatrijska medicinska sestra		
STUPANJ GERIJATRIJSKE NJEGE GERIJATRIJSKIH BOLESNKA DOMA ZA STARIJE OSOBE	BROJ MEDICINSKIH SESTARA	BROJ KORISNIKA
STAMBENI DIO DOMA		
Prvi stupanj gerijatrijske njege (minimalni stupanj - za stambeni dio doma)	1 : 12 Vrijeme izvršenja: 90 min	
STACIONAR U DOMU		
Drugi stupanj gerijatrijske njege (minimalni stupanj za stacionar u domu)	1 : 6 Vrijeme izvršenja: 180 min	
Treći stupanj gerijatrijske njege (optimalni stupanj za stacionar u domu)	1 : 4 Vrijeme izvršenja: 240 min	
Četvrti stupanj gerijatrijske njege (maksimalni stupanj za stacionar u domu)	1 : 3 Vrijeme izvršenja: 420 min	

Izvor: Centar za gerontologiju ZJZ „Andrija Štampar”

SESTRINSKA dokumentacija se nalazi na stranicama HKMS-a i CZGZJZ „Dr. A. Štampar”

MATIČNI OBRAZAC

DOM ZA STARIJE I NEMOĆNE OSOBE

OSOBNI PODACI

Ime: _____
 Prezime: _____
 Djevojačko prezime: _____
 JMBG / OB: _____
 Datum prijema u Dom: _____ Soba: _____
 Mjesto rođenja: _____
 Datum rođenja: _____
 Bračno stanje: _____
 Adresa stanovanja: _____
 Vjeroispovijest: _____
 Zanimanje: _____
 Državljanstvo: _____
 Zdravstveno osiguranje: _____
 Broj osigurane osobe: _____
 Kategoriz. bolesnika: _____ Datum: _____

OBITELJSKI LJUČNIK

Ime: _____
 Prezime: _____
 Ulica i mjesto: _____
 Tel. br. / fax ordinacije: _____
 Broj mob.: _____
 Psihijatar/vještak: _____
 KONTIZIARNI LJUČNIK
 Ime: _____
 Prezime: _____
 Ulica i mjesto: _____
 Tel. br. / fax ordinacije: _____
 Broj mob.: _____
 Vodeća dijagnoza: _____
 Prateće dijagnoze: _____
 Dijagnoza zdravstvene njege: _____
 Visoki rizik za pad: ne da
 Rizik pada po Huhn skali: _____boda / ova

SKRBNIK: ne da

Ime: _____
 Prezime: _____
 Srodstvo: _____
 Broj telefona: _____
 Ur. br., rješenje i datum: _____
 Ostale punomoći: _____
 POHRANJIVANJE VRIJEDNOSTI U DOMU
 Osobno: ne da
 Članovi obitelji: ne da
 Drugi: _____
 Raspolaganje novčanim sredstvima: ne da
 Ostala sredstva: _____
 UGOVORNE OBEVEZE
 Podizanje recepata i lijekova: ne da
 Pranje rublja: Dom čl. obitelji
 Dopunsko osiguranje: Dom čl. obitelji
 Nabava pelena: HZZO Dom čl. obitelji
 VANJSKE USLUGE
 Pediker: _____ Br. tel.: _____
 Pranje rublja: _____ Br. tel.: _____
 Ostalo: _____

Broj telefona: _____

BIOGRAFIJA - ŽIVOTNI DOGAĐAJI

OSOBNI PODACI

Alergije: da ne

koje _____

Očjevi: _____

Soba: _____

MJESTO BORAVKA PRIJE DOLASKA U DOM

Obiteljska kuća / stan sam

sa članovima obitelji Bolnica Dom za starije

Preseljenje unutar doma

Druga zdravstvena ustanova

Ostalo: _____

Razlog prijema: _____

Bračno stanje: oženjen / udana

udovac / udovica nepoznato

neoženjen / neudana rastavljen / rastavljena

imate li djecu: da ne

koliko: _____

Mjesto pogreba (po želji): _____

Kontakt osoba : _____

koji: _____

Ostalo: _____

Zanimanje bračnog partnera: _____

Da li pjevate: da ne

Slušate li radio: da ne

Čitate li knjige: da ne

koje knjige _____

Vrijeme življenja sa obitelji: _____

Navike / potrebe obitelji : _____

Čitate li dnevne novine / časopise

koje: _____

Želite li aktivno sudjelovati u radnoj terapiji: da ne

Pjevanje da ne

Gimnastika da ne

Radionice da ne

Ostalo da ne

Želite li sudjelovati u izletima: da ne

Kulturne aktivnosti: da ne

koje: _____

kojima: _____

Želite li sudjelovati u kulturnim aktivnostima: da ne

Društvene igre(šah, karte, ostalo): da ne

Svirate li glazbeni instrument: da ne

koji: _____

Ostalo: _____

MATIČNI OBRAZAC BIOGRAFIJA - ŽIVOTNI DOGAĐAJI - obrazac br. 1 i 2

Unosi se sukladno smjernicama:

Kod prijema gerijatrijskog osiguranika u Dom za starije osobe matični obrazac ispunjava viša medicinska sestra.

Cilj prikupljanja podataka:

- upoznati gerijatrijskog osiguranika
- upoznati i razumjeti njegova ograničenja i stupanj potrebe za gerijatrijskom zdravstvenom njegom
- upoznati i otkriti njegove mogućnosti i sposobnosti.

MATIČNI OBRAZAC 1 – STRAŽNJA STRANA

Biografija je prikupljanje podataka o cjelokupnom životu starije osobe. U obrazac biografija – životni događaji unose se podaci o cjelokupnom životu gerijatrijskog osiguranika. Podaci se dobivaju promatranjem i vođenjem razgovora sa gerijatrijskim osiguranikom, članovima obitelji, zatim dobivenim podacima od liječnika (povjest bolesti) i drugih službi. Daljnjim ispitivanjem ciljanih i individualnih potreba, običaja, navika i želja za gerijatrijskom zdravstvenom njegom i prepoznavanjem rizičnih čimbenika dolazimo do uspostavljanje odnosa povjerenja i otvorenosti prema starijoj osobi.

MATIČNI OBRAZAC 2 – PREDNJA STRANA

- Podaci sudjelovanja gerijatrijskog osiguranika u socijalnim, kulturnim, religioznim / duhovnim aktivnostima
- Obiteljski podaci /komunikacijske potrebe pacijenta, obitelji, prijatelja
- Kvaliteta života / zadovoljstvo životom
- Zdravstveni podaci/ponašanje
- Fizikalni i funkcionalni podaci / pregled od glave do pete /
- Lijekovi koje uzima
- Podaci fizikalna terapija i vježbe

ORTOPEDSKA POMAGALA - obrazac br. 2

Unosi se sukladno smjernicama:

Kod prijema gerijatrijskog osiguranika u Dom za starije osobe važno je :

- Uzeti podatke i evidentirati koju vrstu ortopedskog pomagala pacijent već koristi (nabava ostvarena na doznaku HZZO ili je kupljeno u slobodnoj prodaji)
- Medicinska sestra prilikom nabave novog ortopedskog pomagala slijedi upute proizvođača pomagala.
- Edukacija gerijatrijskog osiguranika o pravilnom korištenju pomagala ovisno o vrsti pomagala - medicinska sestra će procijeniti i utvrditi stupanj samostalnosti i smanjene mogućnosti kod gerijatrijskog osiguranika / problem, utvrditi uzrok te odrediti količinu pomoći i prilagoditi potrebne intervencije u svrhu ispravnog korištenja ortopedskih pomagala (naočale, leće, umjetno oko, zubna proteza, ulošci, pelene, inhalatori, oksigenatori, aplikacija pomagala kod urostome, anuspretera, slušnog aparata i drugo).

ORTOPEDSKA POMAGALA							OTPUŠNO PISMO			
	KOLIČINA	Datum prijema	POMAGALO USTANOVE	OSOBNA POMAGALA	HZZO (br.obdobrenja)	Datum vraćanja	NAZIV USTANOVE KOJA JE PREDLOŽILA POMAGALO	OD - DO	OTPUŠNO PISMO	
									DA	NE
Naočale	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontaktne leće	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slušni aparat	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zubna proteza	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proteza za ruku	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proteza za nogu	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Invalidska kolica	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hodalica	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Štap	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Štake	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompresivne čarape	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidekubitarna pomagala	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidekubitarni madrac	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aparat za kisik	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhalator	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostalo	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostalo	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostalo	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Opaska o pomagallima: _____

PREHRANA I TEKUĆINA

- Uzimanje hrane** samostalno uz pomoć savjeta/pomagala uz pomoć druge osobe potpuno ovisan o drugoj osobi
- Uzimanje tekućine** samostalno uz pomoć savjeta/pomagala uz pomoć druge osobe potpuno ovisan o drugoj osobi
- Prehrana** normalna lagana - usitnjena pastirana vegetarijanska
- Dijetalna prehrana** ne da koja: _____ dijabetička dijeta: _____
- Gutanje / žvakanje** normalno otežano teško zubna proteza: ne da
- Tjelesna masa** normalna pothranjenost povećana tjelesna masa debljina
- Ograničena prehrana** koja: _____ alergije: _____
- Enteralna prehrana** nazogastrična - sonda gastrostoma količina tekuće hrane/ml: _____ količina tekućine / ml: _____
- Navike / Potrebe** koje: _____

ELIMINACIJA STOLICE I URINA

- Odlazak u toalet** samostalno uz pomoć savjeta/pomagala uz pomoć druge osobe potpuno ovisan o drugoj osobi
- Rizik za opstipaciju** ne da
- Inkontinencija mokraće/pomagalo** ne da
- Retencija urina** ne povremena stalna
- Inkontinencija stolice** ne povremena stalna
- Sredstva za inkontinenciju** koja: _____
- Sredstva za optstipaciju** koja: _____ datum: _____ broj: _____ datum: _____
- Urinarni kateter** Broj: _____ datum: _____ broj: _____ datum: _____
- Anus preter** ne da urostoma broj: _____ datum: _____
- Navike / Potrebe** koje: _____ lokacija: _____

ODMOR I SPAVANJE

- Vrijeme spavanja / noć** koje: _____
- Dnevno spavanje** koje: _____
- Smetnje spavanja / nesanica** koje: _____
- Lijekovi za spavanje** ne da ponekad koji: _____
- Navike / Potrebe** koje: _____

OSOBITOSTI U ODNOSU ŽENA / MUŠKARAC

Sexualna aktivnost osobitosti: _____
Osobitosti _____
Navike / Potrebe koje: _____

PSIHOSOCIJALNA AKTIVNOST

Duševno stanje normalno zbunjen strah povučen euforičan
Religiozne aktivnosti redovito povremeno ne sudjeluje osobitosti: _____
Socijalni kontakt često redovito rijetko nema socijalnog kontakta
Navike / Potrebe koje: _____

BRIGA O VLASTITOJ SIGURNOSTI

Briga o vlastitoj sigurnosti normalna otežana ne postoji osobitosti: _____
Opasnost za sebe i okolinu ne da da osobitosti: _____
Sigurnost od plin ne da voda ne da vatra ne da
Opasnost izlaska / bježanja ne da osobitosti: _____
Navike / Potrebe koje: _____

Uzimanje lijekova	<input type="checkbox"/> samostalno	<input type="checkbox"/> uz nadzor	<input type="checkbox"/> uz pomoć druge osobe	<input type="checkbox"/> potpuno ovisan o drugoj osobi
Zbrinjavanje rane	<input type="checkbox"/> samostalno	<input type="checkbox"/> uz nadzor	<input type="checkbox"/> uz pomoć druge osobe	<input type="checkbox"/> potpuno ovisan o drugoj osobi
Lokacija rane	gdje: _____			

Datum: _____ **Potpis glavne sestre:** _____ **Potpis korisnika (članova obitelji):** _____

SESTRINSKA ANAMNEZA - obrazac br. 3 i 4

Unosi se sukladno smjericama:

Prvo ispitivanje i procjenjivanje potreba za gerijatrijskom njegom obavlja se uobičajenim dokumentacijskim sustavima, time se sustavno evidentira i dokumentira zatečeno stanje u 12 aktivnosti svakodnevnih ljudskih potreba.

Prva sistematizirana sveobuhvatna procjena stanja gerijatrijskog osiguranika i individualnih potreba ključna je je za stručno planiranje učinkovite gerijatrijske zdravstvene njege.

SKALA PROCJENE FUNKCIONALNE SPOSOBNOSTI STARIJIH OSOBA

4 stupnja samostalnosti i pokretljivosti	
STUPANJ 1	Samostalno
STUPANJ 2	uz pomoć savjeta /pomagala
STUPANJ 3	uz pomoć druge osobe
STUPANJ 4	potpuna ovisan o drugoj osobi

- **STUPANJ 1** - potpuno samostalan, potrebna pomagala ili poseban pribor
- **STUPANJ 2** - potrebna mala tjelesna pomoć, savjet i pomagalo
- **STUPANJ 3** - potrebna pomoć i potpuni nadzor medicinske sestre, tijekom cjele aktivnosti.
- **STUPANJ 4** - potrebna potpuna pomoć medicinske sestrene ne može sudjelovati u aktivnostima.

1. Pranje / njega tijela i oblačenje

Unosi se sukladno smjericama:

Smanjena mogućnost brige o sebi označava stanje kada gerijatrijski osiguranik zbog oštećenja motoričkih ili kognitivnih funkcija nije u mogućnosti samostalno obavljati aktivnosti svakodnevnih životnih potreba.

Aktivnost pranje / njega tijela i oblačenje - viša medicinska sestra će u timu na osnovu stanja procijeniti i utvrditi stupanj samostalnosti i smanjene mogućnosti brige o sebi kod gerijatrijskog osiguranika.

Sukladno zatečenom stanju odnosno utvrđenim problemima kod gerijatrijskog osiguranika viša medicinska sestra postavlja sestrinsku dijagnozu, ciljeve i mjere / intervencije prema individualnim potrebama gerijatrijskog osiguranika i unosi je u obrazac plana procesa gerijatrijske zdravstvene njege - unosi se u obrazac br. 5.

Procjena u održavanju osobne higijene, smanjena briga o sebi – medicinska sestra će utvrditi dali je u mogućnosti oprati cijelo tijelo ili neki dio tijela.

Ne može doći do umivaonika, kupaone, nije u stanju regulirati protok vode, otvoriti i zatvoriti vodu, nije u stanju kontrolirati temperaturu vode, ne može hodati samostalno od kreveta do stolice, smanjena briga o sebi za održavanje osobne higijene, kupanja, oblačenja sistematska njegu tijela, adekvatno odijevanje. ne može zamjeniti, dohvatiti ili odjenuti, skinuti ili zakopčati odjeću, remen, uporabiti zatvarače.

Odijevanje / Skidanje/odjeće - medicinska sestra na osnovu stanja procijeniti i utvrditi stupanj samostalnosti i smanjene mogućnosti brige o sebi kod odijevanja /skidanja odjeće pruža pomoć i zajedno provode vježbe odijevanja / svlačenja, izbor odjeće izvršiti u dogovoru sa gerijatrijskim osiguranikom te je prilagoditi godišnjem dobu, klimatskim uvjetima i individualnim potrebama.

Procjena i promatranje izgleda kože: edem, otekline (najčešće na potkoljenicama), znojenje, boja kože, promatrati bolest kroz izgled i boju kože lica, zategnuta koža, promatranje kose i noktiju.

Procjenjuje rizik za nastajanje dekubitusa po Braden ljestvici te upisuje broj bodova. Definira lokaciju rane, prilaže foto dokumentaciju ili opisuje detaljno izgled rane. Prema individualnoj potrebi gerijatrijskog osiguranika provoditi mjere / intervencije; posebno od velikog značenja je izbor prirodnih higijenskih njegujućih kozmetičkih sredstava.

Potpuno preuzimanje pranja i oblačenja teških gerijatrijskih bolesnika – provodi se kod gerijatrijskog osiguranika pri pranju cijelog tijela, tuširanju cijelog tijela, kupanju / kupki u kupaoni, potrebna je pomoć i drugog djelatnika. (provedbu uz pomoć drugog djelatnika upisati u obrazac br. 6. GZNJ – prva smjena)

Djelimično pranje i oblačenje - provodi se kad je gerijatrijskom osiguraniku potrebno oprati samo pojedine dijelove tijela dok pranje drugih dijelova tijela gerijatrijski osiguranik obavlja samostalno bez nazočnosti stručnog djelatnika.

Ostale aktivnosti kod pranja / njege tijela i oblačenja /svlačenja odjeće - upisivati i provoditi prema smjernicama i potrebi gerijatrijskog osiguranika na odgovarajući način.

Navike / potrebe / želje: provode se prema individualnoj potrebi gerijatrijskog osiguranika.

2. Aktivnost kretanja

Unosi se sukladno smjernicama:

Aktivnost kretanja - viša medicinska sestra će u timu na osnovu stanja procijeniti i utvrditi stupanj samostalnosti i smanjene mogućnosti brige o sebi kod gerijatrijskog osiguranika.

Sukladno zatečenom stanju odnosno utvrđenim problemima kod gerijatrijskog osiguranika viša medicinska sestra postavlja sestrinsku dijagnozu, ciljeve i mjere / intervencije prema individualnim potrebama gerijatrijskog osiguranika i unosi je u obrazac plana procesa gerijatrijske zdravstvene njege - unosi se u obrazac br. 5.

Pomoć pri ustajanju: iz kreveta, stolice, invalidskih kolica, kauča, toaleta...

Pomoć pri hodanju: odnosi se na kretanje u sobi pacijenta

Pomoć pri kretanju pacijenta izvan sobe uz pomoć (dnevni boravak, pregledi, pretrage) potrebno je evidentirati u odgovarajući obrazac.

Pružanje pomoći kod penjanja ili hodanja stubištem uz nadzor stručnog djelatnika, isto vrijedi za pomoć kod odlazak u krevet ili premještanje u invalidska kolica, stolice, toaleta, dokumentira se (upisati datum i vrijeme premještanja gerijatrijskog bolesnika.)

Pomoć kod korištenja ortopedskih pomagala – odrediti procjenu samostalnosti npr. premještanje i pokretljivost sa inval. kolicima promatrati da li može obavljati sam i izvan sobe.

Pomoć gerijatrijskom bolesniku kod ležanja u krevetu (okretanje / promjene položaja tijela kod gerijatrijskog osiguranika - evidentirati u obrazac br. 14 i potpisati se).

Sve aktivnosti premještanja gerijatrijskog osiguranika uz pomoć medicinske sestre treba unijeti u odgovarajući obrazac (br. 6, 7 i 9) unosom inicijala imena i prezimena.

Preventivni plan i program vježbi kroz Bobath terapiju, kinestetiku i pomoćna ortopedska sredstva koja su individualno prilagođena mogućnostima gerijatrijskog osiguranika i njihovoj okolini.

U gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi se primjenjuje sistematizirani standardi za prevenciju dekubitusa i pada.

Ostale aktivnosti kod kretanja upisivati i provoditi prema smjernicama i potrebi gerijatrijskog osiguranika na odgovarajući način.

Navike / potrebe / želje: provode se prema individualnoj potrebi gerijatrijskog osiguranika.

3. Prehrana i tekućina

Unosi se sukladno smjernicama:

Aktivnosti prehrana i tekućina - viša medicinska sestra će u timu na osnovu stanja procijeniti i utvrditi stupanj samostalnosti i smanjene mogućnosti brige o sebi kod gerijatrijskog osiguranika.

Na osnovi stupnja funkcionalne samostalnosti odnosno smanjenje mogućnosti brige o sebi viša medicinska sestra u timu određuje potrebne mjere / intervencije kako bi se zadovoljile potrebe za unosom hrane i tekućine.

Sukladno zatečenom stanju odnosno utvrđenim problemima kod gerijatrijskog osiguranika viša medicinska sestra postavlja sestrinsku dijagnozu, ciljeve i mjere / intervencije prema individualnim potrebama gerijatrijskog osiguranika i unosi je u obrazac plana procesa gerijatrijske zdravstvene njege - unosi se u obrazac br. 5.

Potrebno je procijeniti pacijentovu samostalnost kod uzimanja hrane i tekućine, utvrditi dali je u mogućnosti hranu i tekućine od tanjura ili čaše donijeti do usta, može li rezati hranu, otvoriti namjernice, pripremiti jelo i sl.

Pomoć medicinske sestre kod pripreme hrane i hranjenja - doručka, ručka, večere i između obroka upisati (u obrazac br. 6,7,8, tijekom 24 sata / tri smjene).

Pomoć kod uzimanja tekućine - data pojedinačna količine tekućine u ml. (evidentirati datum, vrijeme, inicijale imena i prezimena med.sestre / tehničara / njegovatelja u obrazac br.15)

Pomoć kod pripreme hrane i tekućine - kod enteralne prehrane, vrijeme sa oznakom količine tekuće hrane u ml i količinu tekućine u ml upisati (u obrazac br. 3, 8 i 15, ili poseban obrazac za enteralnu prehranu).

Pravilna prehrana i uzimanje hrane i tečnosti bez poteškoća elementarna je potreba starijih osoba.

Vrsta prehrane : normalna / usitnjena, dijetalna, vegetarijanska

Ostale aktivnosti kod uzimanja hrane i tekućine upisivati i provoditi prema smjernicama i potrebi gerijatrijskog osiguranika na odgovarajući način.

Navike / potrebe / želje: provode se prema individualnoj potrebi gerijatrijskog osiguranika.

4. Eliminacija stolice i urina

Unosi se sukladno smjernicama:

Aktivnosti eliminacija stolice i urina - viša medicinska sestra će u timu na osnovu stanja procijeniti i utvrditi stupanj samostalnosti i smanjene mogućnosti brige o sebi kod gerijatrijskog osiguranika.

Na osnovi stupnja funkcionalne samostalnosti odnosno smanjenje mogućnosti brige o sebi viša medicinska sestra u timu određuje potrebne mjere / intervencije kako bi se zadovoljile potrebe za eliminacijom stolice i urina.

Sukladno zatečenom stanju odnosno utvrđenim problemima kod gerijatrijskog osiguranika viša medicinska sestra postavlja sestrinsku dijagnozu, ciljeve i mjere / intervencije prema individualnim potrebama gerijatrijskog osiguranika i unosi je u obrazac plana procesa gerijatrijske zdravstvene njege - unosi se u obrazac br. 5.

Potrebno je procijeniti pacijentovu samostalnost eliminacije stolice i urina, smanjene mogućnosti, nedovoljne brige o sebi za eliminaciju; utvrđuje se ukoliko starija osoba ne može do toaleta ili se ne može sama premjestiti na invalidska kolica ili ne može provesti higijenske postupke po obavljenim fiziološkim potrebama.

Urinarni kateter, urostoma, anus preter - upisati datum postavljanja broj / veličina i lokaciju. Ostale aktivnosti eliminacije stolice i urina upisavati i obavljati prema smjernicama i potrebi gerijatrijskog osiguranika na odgovarajući način

Navike / potrebe / želje: provode se prema individualnoj potrebi gerijatrijskog osiguranika.

5. Odmor i spavanje

Unosi se sukladno smjernicama:

Aktivnosti odmor i spavanje – viša medicinska sestra će u timu na osnovu stanja procijeniti i utvrditi stupanj samostalnosti i smanjene mogućnosti brige o sebi kod gerijatrijskog osiguranika.

Na osnovi stupnja funkcionalne samostalnosti odnosno smanjenje mogućnosti brige o sebi viša medicinska sestra u timu određuje potrebne mjere / intervencije kako bi se zadovoljile potrebe za odmorom i spavanjem.

Sukladno zatečenom stanju odnosno utvrđenim problemima kod gerijatrijskog osiguranika viša medicinska sestra postavlja sestrinsku dijagnozu, ciljeve i mjere / intervencije prema individualnim potrebama gerijatrijskog osiguranika i unosi je u obrazac plana procesa gerijatrijske zdravstvene njege - unosi se u obrazac br. 5.

Navike spavanja starijeg čovjeka potrebno je promatrati, pratiti te poduzeti umirujuće mjere u uspostavi normalnog ritma spavanja.

Ostale aktivnosti odmora i spavanja upisivati i obavljati prema smjernicama i potrebi gerijatrijskog osiguranika na odgovarajući način.

Navike / potrebe / želje: provode se prema individualnoj potrebi gerijatrijskog osiguranika.

6. Komunikacija

Unosi se sukladno smjernicama:

Aktivnosti komunikacije - viša medicinska sestra će u timu na osnovu stanja procijeniti i utvrditi stupanj samostalnosti i smanjene mogućnosti brige o sebi kod gerijatrijskog osiguranika.

Na osnovi stupnja funkcionalne samostalnosti odnosno smanjenje mogućnosti brige o sebi viša medicinska sestra u timu određuje potrebne mjere / intervencije kako bi se zadovoljile potrebe za komunikacijom.

Sukladno zatečenom stanju odnosno utvrđenim problemima kod gerijatrijskog osiguranika viša medicinska sestra postavlja sestrinsku dijagnozu, ciljeve i mjere / intervencije prema individualnim potrebama gerijatrijskog osiguranika i unosi je u obrazac plana procesa gerijatrijske zdravstvene njege - unosi se u obrazac br. 5.

Medicinska sestra u sestrinskoj anamnezi procjenjuje mogućnost komunikacije, govorne, vidne sposobnosti, upotrebu pomagala, orijentaciju gerijatrijskog

osiguranika u prostoru i vremenu, te osobnu i situacijsku orijentaciju. Sestra će tijekom razgovora sa gerijatrijskom osiguranikom / skrbnikom, komunikaciju prilagoditi zdravstvenom stanju i individualnim potrebama.

Ostale aktivnosti kod komunikacije upisivati i obavljati prema smjernicama i potrebi gerijatrijskog osiguranika na odgovarajući način.

Navike / potrebe / želje: provode se prema individualnoj potrebi gerijatrijskog osiguranika.

7. Radna aktivnost

Unosi se sukladno smjernicama:

Radna aktivnost - viša medicinska sestra će na osnovu stanja procijeniti i utvrditi stupanj samostalnosti i smanjene mogućnosti brige o sebi kod gerijatrijskog osiguranika.

Na osnovi stupnja samostalnosti odnosno smanjenje mogućnosti brige o sebi viša medicinska sestra određuje potrebne mjere / intervencije kako bi se zadovoljile potrebe za radnom aktivnošću i interesima.

Sukladno zatečenom stanju odnosno utvrđenim problemima kod gerijatrijskog osiguranika viša medicinska sestra postavlja sestrinsku dijagnozu, ciljeve i mjere / intervencije prema individualnim potrebama gerijatrijskog osiguranika i unosi je u obrazac plana procesa gerijatrijske zdravstvene njege - unosi se u obrazac br. 5.

Sistematizirana organizacija dnevnih unutarnjih i vanjskih radnih aktivnosti u domu od velikog su značenja u zadovoljavanju navika i potreba starijeg čovjeka. Medicinske sestre prate, promatraju i otkrivaju sposobnosti /resurse/ starijeg čovjeka te ih prema individualnim mogućnostima svakodnevno motiviraju i uključuju u unutarnje i vanjske radne aktivnosti doma.

Kod bolesnog starijeg čovjeka važno je radne promjene pratiti ponuditi različite usluge i sadržaje radnih aktivnosti te ih postavljati u plan procesa gerijatrijske zdravstvene njege.

Ostale radne aktivnosti upisivati i provoditi prema smjernicama i potrebi gerijatrijskog osiguranika na odgovarajući način.

Navike / potrebe / želje: provode se prema individualnoj potrebi gerijatrijskog osiguranika.

8. Disanje

Unosi se sukladno smjernicama:

Aktivnost disanja – viša medicinska sestra će u timu na osnovu stanja procijeniti i utvrditi stupanj samostalnosti i smanjene mogućnosti brige o sebi kod gerijatrijskog osiguranika.

Sukladno zatečenom stanju odnosno utvrđenim problemima kod gerijatrijskog osiguranika viša medicinska sestra postavlja sestrinsku dijagnozu, ciljeve i mjere / intervencije prema individualnim potrebama gerijatrijskog osiguranika i unosi je u obrazac plana procesa gerijatrijske zdravstvene njege - unosi se u obrazac br. 5.

Medicinska sestra u sestrinskoj anamnezi procjenjuje disanje, uočava promjene disanja i boju kože u stanju mirovanja ili pri naporu, te procjenjuje potrebu za uzimanjem kisika (količinu i vrijeme davanja kisika provode se prema liječničkim uputama) i evidentira količinu i vrijeme davanja.

Ako gerijatrijski osiguranik ima trahealnu kanilu viša medicinska sestra će na osnovi stupnja samostalnosti odnosno smanjenje mogućnosti brige o sebi odrediti potrebne mjere / intervencije u provođenju njege trahealne kanile.

Promatra se i mjeri normalno disanje, uočavaju se promjene i otežano disanje u stanju mirovanja ili naporu i promatra se boja kože. Poremećaje disanja kod gerijatrijskog bolesnika treba holistički promatrati te planirati i provoditi standardizirane mjere / intervencije u proces plana gerijatrijske zdravstvene njege.

Ostale aktivnosti disanja upisivati i provoditi prema smjernicama i potrebi gerijatrijskog osiguranika na odgovarajući način.

Navike / potrebe / želje: provode se prema individualnoj potrebi gerijatrijskog osiguranika.

9. Regulacija tjelesne temperature

Unosi se sukladno smjernicama:

Aktivnost regulacija tjelesne temperature - viša medicinska sestra će u timu na osnovu stanja procijeniti i utvrditi stupanj samostalnosti i smanjene mogućnosti brige o sebi kod gerijatrijskog osiguranika, te postaviti sestrinsku dijagnozu.

Medicinska sestra u sestrinskoj anamnezi na temelju mjerenja uočava promjene u tjelesnoj temperaturi. Praćenjem i promatranjem medicinska sestra kontrolira prilagodbu gerijatrijskog osiguranika na vanjsku temperaturu (mjere odijevanja).

Ako gerijatrijski osiguranik ima povišenu / sniženu tjelesnu temperaturu viša medicinska sestra će na osnovi stupnja samostalnosti odnosno smanjenje mogućnosti brige o sebi odrediti potrebne mjere / intervencije u odijevanju za uspostavu normalne tjelesne temperature.

Na osnovu zdravstvenog stanja, odnosno smanjene mogućnosti brige o sebi viša medicinska sestra u timu određuje potrebne mjere / intervencije kako bi se zadovoljile potrebe za normalnom regulacijom tjelesne temperature. Sukladno zdravstvenom stanju i utvrđenim problemima kod gerijatrijskog osiguranika viša medicinska sestra postavlja sestrinsku dijagnozu, ciljeve i mjere / intervencije prema individualnim potrebama gerijatrijskog osiguranika i unosi u obrazac plana procesa gerijatrijske zdravstvene njege - unosi se u obrazac br. 5.

Aktivnosti u regulaciji tjelesne temperature upisivati i provoditi prema smjernicama i potrebi gerijatrijskog osiguranika na odgovarajući način.

Navike / potrebe / želje: provode se prema individualnoj potrebi gerijatrijskog osiguranika.

10. Osobitosti u odnosu žena / muškarac

Unosi se sukladno smjernicama:

Osobitosti u odnosu žena /muškarac - viša medicinska sestra će u timu na osnovu stanja procijeniti i utvrditi stupanj samostalnosti i smanjene mogućnosti brige o sebi kod gerijatrijskog osiguranika.

Podrška i zaštita bioloških i socijalnih potreba starijih osoba..

Prihvatanje čuvanje i osiguranje individualnih seksualnih potreba.

Čuvanje i osiguranje individualne intimsfere u gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi.

Sukladno zatečenom stanju odnosno utvrđenim problemima / potrebama kod gerijatrijskog osiguranika viša medicinska sestra postavlja sestrinsku dijagnozu, ciljeve i mjere / intervencije prema individualnim potrebama gerijatrijskog osiguranika i unosi je u obrazac plana procesa gerijatrijske zdravstvene njege - unosi se u obrazac br. 5.

Ostale aktivnosti u odnosima žena / muškarac upisivati i provoditi prema smjernicama i potrebi gerijatrijskog osiguranika na odgovarajući način.

Navike / potrebe / želje: provode se prema individualnoj potrebi gerijatrijskog osiguranika.

11. Psihosocijalna aktivnost

Unosi se sukladno smjernicama:

Psihosocijalna aktivnost - na osnovi stupnja funkcionalne samostalnosti odnosno smanjenje mogućnosti brige o sebi viša medicinska sestra u timu određuje potrebne mjere / intervencije kako bi se zadovoljile potrebe za psihosocijalnom aktivnošću.

Sukladno zatečenom stanju odnosno utvrđenim problemima kod gerijatrijskog osiguranika viša medicinska sestra postavlja sestrinsku dijagnozu, ciljeve i mjere / intervencije prema individualnim potrebama gerijatrijskog osiguranika i unosi je u obrazac plana procesa gerijatrijske zdravstvene njege - unosi se u obrazac br. 5.

Procjenjuje duševno stanje i razinu sudjelovanja gerijatrijskog osiguranika: normalno, zbunjen, u strahu, euforičan, povučen.

Sudjelovanje u religioznim aktivnostima: redovite, povremene, ne sudjeluje.

Sudjelovanje gerijatrijskog osiguranika u socijalnim kontaktima: česte, redovite, rijetke.

Ostale aktivnosti obavljati prema smjernicama i programu socijalnih djelatnika i radnih terapeuta.

Navike / potrebe / želje: provode se prema individualnoj potrebi gerijatrijskog osiguranika.

12. Briga o vlastitoj sigurnosti

Unosi se sukladno smjernicama:

Briga o vlastitoj sigurnosti - sukladno zatečenom stanju odnosno utvrđenim problemima kod gerijatrijskog osiguranika viša medicinska sestra postavlja sestrinsku dijagnozu, ciljeve i mjere / intervencije prema individualnim potrebama gerijatrijskog osiguranika i unosi je u obrazac plana procesa gerijatrijske zdravstvene njege - unosi se u obrazac br. 5.

Brigu o vlastitoj sigurnosti određuje kroz: razinu opasnosti pacijenta za sebe i druge (opasnost izlaska / bježanja iz ustanove / stana, sposobnost uzimanja lijekova, sposobnost zbrinjavanja rane).

Ostale aktivnosti brige o vlastitoj sigurnosti obavljati prema smjernicama i potrebama gerijatrijskog osiguranika na odgovarajući način

Navike / potrebe / želje: provode se prema individualnoj potrebi gerijatrijskog osiguranika.

PRIMJER OBRASCA br. 5

PLAN PROCESA GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE		Ime i prezime: npr. Gđa. Ivona Horvat		Datum: 27.6.2010	
DATUM / POTPIS:	SESTRINSKA DIJAGNOZA PROBLEMI / RESURSI	CILJEVI ZDR. NJEGE:	Datum kontrole	MJERE ZDR. NJEGE / INTERVENCIJE	DATUM / POTPIS EVALUACIJA:
27.6.2010 ANA DEUCHT bacc.med techn.	R: G.O. uz pomoć i upute m.sestre može djelimično provesti njegu tijela R: G.O. uz pomoć m.sestre samostalno obavlja njegu zubi i zubne proteze R: G.O. uz pomoć i upute m.sestre može se djelimično obući i skinuti P: G.O. nemože samostalno oprati cijelo tijelo / obaviti tuširanje P: G.O. nemože samostalno izrezati nožte	Resurse održati i unaprijediti Njegovan vanjski izgled, osjećaj zadovoljstva i ugođe Normalna fiziološka flora usne šupljine, neoštećena sluznica Odjeću prilagoditi vremenskoj situaciji (godišnjem dobu) Njegovan vanjski izgled – osjećaj zadovoljstva		1x dnevno (ujutro) djelimično pranje tijela od strane m. sestre 2x dnevno (ujutro i navečer) njega zubi i zubne proteze uz pomoć / savjet m. sestre 1x tjedno – pranje kose od strane m. Sestre Frizer po potrebi 1x tjedno - kupanje / tuširanje od strane m. sestre 2x dnevno(ujutro i navečer) njega intimnog područja od strane m. sestre 1x tjedno i po potrebi promjena posteljine od strane m. sestre 1x tjedno rezanje noktiju od strane m. sestre 1x mjesečno njega stopala - pediker	
	P: G.O. nemože samostalno provest njegu nogu P: G.O. ima suhu kožu	Normalna / intaktna koža		2x dnevno – njega kože sa tonsonom za njegu tijela od strane m. sestre Navečer priprema odjeće za sutrašnji dan 2x dnevno oblačenje / skidanje odjeće i po potrebi od strane m. sestre	
09.08.2010 ANA DEUCHT					09.08.2010 ANA DEUCHT bacc.med.techn.

PLAN PROCESA GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE

- obrazac br. 5

Unosi se sukladno smjernicama:

Viša medicinska sestra sukladno smjernicama prema redoslijedu iz sestrinske anamneze zasebno za svako područje 12 aktivnosti svakodnevnih životnih potreba, prema potrebama gerijatrijskog osiguranika provodi i potvrđuje sestrinske dijagnoze: problemi /resursi/, ciljeve, mjere / intervencije za slijedeća područja aktivnosti:

Utvrđivanje prioriteta – kod utvrđivanja prioriteta medicinska sestra treba voditi računa o tome da otkriveni problemi rješavaju redoslijedom obzirom na njihovu važnost, težinu i njihovu objektivnu mogućnost rješenja. Koliko je to moguće medicinska sestra pri utvrđivanju prioriteta uz svoje profesionalno znanje i iskustvo uvažava iskustvo, laičko znanje i želje korisnika, odnosno starije osobe.

Sestrinska dijagnoza / problem/resursi u zdravstvenoj njezi za starije osobe definira P ES R po standardu procesa model V.Fiechter- M.Meier

P - problem opis aspekta zdravstvenog stanja starije osobe koji zahtjeva intervenciju.

E - uzroci problema mogu biti raznovrsni (okolinski, fiziološki, emocionalni, kognitivni).

S - simptomi na osnovu kojih se prepoznaju problemi i njihovi uzroci.

R – resursi preostale raspoložive funkcionalne sposobnosti starije osobe

(resursi-ostatatak funkcionalne sposobnosti mogu biti:osobni,socijalni, tehnički-pomagala)

Sestrinska dijagnoza čini osnovu plana pri čemu iz problema proizlazi cilj, dok uzrok/ci usmjeravaju odabir intervencija.

Primjeri sestrinske dijagnoze:

- Smanjena prohodnost dišnih putova u svezi s hipersekrecijom što se očituje hroptanjem.
- Mogućnost aspiracije pri hranjenju u/s oslabljenim refleksom gutanja.
- Visoki rizik za komplikacije smanjene pokretnosti u/s (bolesti mišića, smanjenog podnošenja napora, boli i td)
- Smanjena mogućnost brige o sebi u svezi oslabljenim vidom

- Mogućnost pada u/s nekorisćenjem zaštitnih stranica ..hodalice....štapa i sl.
- Oštećenje kože (gdje se problem prepoznaje na osnovi procjene činitelja rizika)

Plan proces gerijatrijske zdravstvene njege viša medicinska sestra provodi u timu prema smjernicama i individualnim potrebama navikama i željama gerijatrijskog osiguranika na odgovarajući način

Datum / potpis: upisuje se datum i potpis više medicinske sestre kod postavljanja početne sestrinske dijagnoze, ciljeva i mjera / intervencija plana procesa gerijatrijske zdravstvene njege.

Evaluacija se provodi nakon 4 – 6 tjedana (stupac 6 i stupac 1) sa datumom i potpisom više medicinske sestre.

Ukoliko cilj nije ispunjen ili je djelimično ispunjen radi se evaluacija plana procesa gerijatrijske zdravstvene njege i ponovna procjena stanja gerijatrijskog osiguranika u kojoj se utvrđuju aktualni, potencijalni ili skriveni problemi , pristupa se ponovnom planiranju ciljeva i određuju se potrebne mjere / intervencije u planu procesa gerijatrijske zdravstvene njege.

ZDRAVSTVENA NJEGA: PRVA SMJENA						Ime i prezime:														Datum:											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
PRANJE I OBLAČENJE																															
PRANJE CJELOG TIJELA / KREVET																															
PRANJE GORNJEG I DONJEG DIJELA TIJELA / KREVET																															
PRANJE GORNJEG DIJELA TIJELA (UMIVAONIK)																															
TUSIRANJE CJELOG TIJELA KUPAONA																															
DJELOMIČNO TUSIRANJE / KUPAONA																															
KUPANJE / KUPKA KUPAONA																															
DVIJE SESTRE / NJEGOVATELJ																															
PRANJE I NJEGA NOGU																															
BRIJANJE																															
NJEGA USNE ŠUPLJINE																															
PRANJE ZUBI / Z. PROTEZE																															
PRANJE KOSE																															
ČEŠLJANJE KOSE																															
PRANJE KOSE U KREVETU																															
PEDIKURA																															
(REZANJE I NJEGA NOKTIJUJ)																															
NJEGA I REZANJE NOKTIJUJ RUKU																															
CJELOKUPNO OBLAČENJE / SVLAČENJE																															
DJELOMIČNO OBLAČENJE / SVLAČENJE																															
C-JELOVITO PRESVLAČENJE KREVETA																															
DJELOMIČNO PRESVLAČENJE KREVETA																															
PRESVLAČENJE KREVETA (POPOTREBI)																															

* U kutrice stavljati inicijale potpisa (prvo slovo imena i prezimena)

ZDRAVSTVENA NEGA: PRVA SMJENA					Ime i prezime:										Datum:																
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
POKRETLJIVOST																															
POMOĆ KOD USTAJANJA IZ KREVETA																															
POMOĆ KOD HODANJA																															
POMOĆ KOD IZLASKA IZ SOBE																															
POMOĆ KOD STAJANJA																															
POMOĆ KOD HODANJA STUBISTEPI																															
POMOĆ KOD HODANJA DO KUHINJE																															
PREMIJESTANJE U INVALIDSKA KOLICA																															
OSTALO																															
PREHRANA I TEKUĆINA																															
POMOĆ KOD DORUČKA																															
POMOĆ KOD MEĐUJEBROKA																															
POMOĆ KOD RUČKA																															
POMOĆ KOD UZIMANJA TEKUĆINE																															
ELIMINACIJA																															
POMOĆ KOD ODLASKA U TOALET																															
PROMJENA PELENA / UL OŽAK																															
PROMJENA PELENA / PODLOŽAK																															
PROMJENA PELENA **																															
PRAŽNJENJE NOĆNE POSUDE																															
POMOĆ KOD STAVLJANJA NA NOĆNU POSUDU																															
PRAŽNJENJE URIN VREĆICE																															
PROMJENA URO STOMA																															
PROMJENA VREĆICA ZA STOLICU / ANUS PRETER																															

* U kućice stavljati inicijale potpis (prvo slovo imena i prezimena) ** Stupnjevi upijanja pelena: 1 - normalno 2 - srednje 3 - najviše

GERIJATRIJSKA ZDRAVSTVENA NJEGA - PRVA SMJENA

- obrazac br. 6

Unosi se sukladno smjernicama:

Tijekom prve smjene medicinska sestra sukladno smjernicama svakodnevno, kroz cijeli mjesec potvrđuje provedbu za sljedeće aktivnosti:

pranje i oblačenje, pokretljivost, prehranu i unos tekućine te eliminaciju.

Ovisno o postojećem funkcionalnom i zdravstvenom stanju te mogućnostima bolesniku/korisniku doma će se pružiti pomoć pri navedenim aktivnostima u cilju održavanja osobne higijene.

Medicinska sestra upisivanjem svojih inicijala potvrđuje koje su učinjene aktivnosti iz navedenih smjernica.

GERIJATRIJSKA ZDRAVSTVENA NJEGA - DRUGA SMJENA

- obrazac br. 7

Unosi se sukladno smjernicama:

Tijekom druge smjene medicinska sestra isto tako sukladno smjernicama kroz cijeli mjesec potvrđuje provedbu za sljedeće aktivnosti:

- pranje i oblačenje, pokretljivost, prehranu i unos tekućine te eliminaciju

Medicinska sestra upisivanjem svojih inicijala potvrđuje koje su učinjene aktivnosti iz navedenih smjernica.

GERIJATRIJSKA ZDRAVSTVENA NJEGA - NOĆNA SMJENA - obrazac br. 8

Unosi se sukladno smjernicama:

Tijekom noćne smjene medicinska sestra isto tako sukladno smjernicama kroz cijeli mjesec potvrđuje provedbu za sljedeće aktivnosti:

pranje i oblačenje, pomoć kod prehrane i unosa tekućine, nadalje uključuje noćni obilazak, pomoć kod eliminacije, zbrinjavanja inkontinencije, provođenje preventivnih mjera za sprečavanje dekubitusa, kontraktura, pneumonije te ojedina.

Nadalje kroz cijeli mjesec tijekom noćne smjene medicinska sestra svojim potpisom potvrđuje provedbu za okretanje u krevetu i pomoć kod noćnog hodanja kao i pomoć kod orijentacije.

Medicinska sestra upisivanjem svojih inicijala potvrđuje koje su učinjene aktivnosti iz navedenih smjernica.

PREVENTIVNA ZDRAVSTVENA NJEGA: PRVA SMJENA							Ime i prezime:							Datum:																	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
DEKUBITUS / KONTRAKTURE																															
ANTIDEKUBITALNI MADRACI																															
ANTIDEKUBITALNA POMAGALA																															
KOLUTIČI																															
NIEGA KOŽE																															
OKRETANJE U KREVETU																															
VJEŽBE POKRETLIVOSTI / EKSTREMITETA																															
DJELOMIČNO PREMJESTANJE																															
PREMJESTANJE U STOLICU / INVALID. KOLICA																															
PRAĆENJE / STRUČNO SAVJETOVANJE																															
POMOĆ U ORIJENTACIJI																															
KOMUNIKACIJA / EDUKACIJA																															
PNEUMONIJA																															
VJEŽBE DISANJA																															
INHALACIJA																															
ISKASLIJAVANJE																															
SOOR																															
OJEDINE																															
TROMBOZA																															
POSTAVLJANJE ELASTIČNOG ZAVOJA																															
KOMPRESIVNE ČARAPE																															
OSTALO:																															

* U kućice stavljati inicijale potpis (prvo slovo imena i prezimena)

PREVENTIVNA GERIJATRIJSKA ZDRAVSTVENA NJEGA

- obrazac br. 9

Unosi se sukladno smjernicama:

Sukladno smjernicama medicinska sestra tijekom **prve, druge i treće smjene** svakodnevno, kroz cijeli mjesec potvrđuje provedbu za sljedeće aktivnosti:

Provođenje mjera sprečavanja nastanka oštećenja integriteta kože – dekubitusa, pneumonije, tromboze, te stručno savjetovanje.

Medicinska sestra svojim potpisom potvrđuje koje su mjere provođene u cilju sprečavanja nastanka dekubitusa. Mjere se odnose na korištenje:

- antidekubitalnog madraca i ostalih pomagala, korištenje kolutova, okretanja u krevetu, vježbe pokretljivosti ekstremiteta, djelomično premještanje koje se odnosi i na premještanje u stolicu i invalidska kolica.
- mjere prevencije nastanka pneumonije koje se odnose na vježbe disanja, inhalaciju, pomoć pri iskašljavanju.
- korištenje kompresivnih čarapa te postavljanje elastičnog zavoja ili nešto drugo uz mogućnost upisivanja kojih mjera.

SPECIFIČNI POSTUPCI ZDRAVSTVENE NJEGE

- obrazac br. 10

Unosi se sukladno smjernicama:

- zbrinjavanje rana i povreda - otvori stranicu prema potrebi korisnika
- upiši stupanj dekubitusa, način zbrinjavanja prema uputi liječnika, potpiši se kod svakog učinjenog zahvata
- voditi evidenciju i datum kada je kateter stavljen i datum za promjenu - potpisati se
- enteralna prehrana, provjera sonde, njega sonde/gastrostome, promjena zavoja , veličina, kada je stavljena i kada je treba mijenjati

Medicinska sestra upisivanjem svojih inicijala potvrđuje koje su učinjene aktivnosti iz navedenih smjernica.

PROMATRANJE ZDRAVSTVENOG STANJA - obrazac br. 10

Unosi se sukladno smjericama:

- bilježiti redovito stolicu, mjeriti tjelesnu težinu obavezno kod dolaska, kontrola jedanput mjesečno i prema uputi liječnika.
- mjeriti puls i tlak prema uputi liječnika, a najmanje jedanput tjedno i prema potrebi gerijatrijskog osiguranika. upisati datum i vrijeme i potpisati se.

unos i izlučivanje tekućine tijekom 24 sata(u ml), unosi se prema potrebi gerijatrijskog bolesnika i prema uputi liječnika. (ukupna zbrojena količina unešena i izlučene tekućine kroz 24 sata medicinska sestra evidentira uvijek u isto vrijeme ujutro između 5-7 sati sadašnja praksa)

Medicinska sestra upisivanjem svojih inicijala potvrđuje koje su učinjene aktivnosti iz navedenih smjernica.

EVALUACIJA / SESTRINSKO IZVJEŠĆE - obrazac br. 11

Unosi se sukladno smjernicama:

Evaluacija je posljednja faza i osnova procesa gerijatrijske zdravstvene njege a služi vrednovanju planirane gerijatrijske zdravstvene njege i kao doprinos osiguranja kvalitete. Kako bi se takvo ocjenjivanje moglo provesti potrebni su kriteriji pomoću kojih se može mjeriti i ocijeniti stanje starije osobe kojoj je potrebna gerijatrijska zdravstvena njega.

Evaluacija / izvješće predstavlja sastavni dio integrirane sestrinske dokumentacije procesa gerijatrijske zdravstvene njege i temelj je za evaluaciju vrednovanja pruženih usluga gerijatrijske zdravstvene njege.

Evaluacija / izvješće kod primopredaja smjene uključuje: sve promjene tijekom smjene, pretrage i postupci tijekom posljednje smjene, pretrage i postupci za sljedeću smjenu, važni laboratorijski podaci, trenutačne promjene (pozitivne ili negativne) fizičkog, emocionalnog i psihosocijalnog stanja, vitalni znakovi ako su abnormalni, unos i eliminaciju, aktivnosti kod otpuštanja bolesnika / premještanja u drugu instituciju i sl.

Evaluacija / izvješće je pravni dokument - upisane pogreške ne brišite, već prekržite jednom crtom, ne ostavljajte prazan prostor, upisujte datum, vrijeme i potpišite se, pišite ispravno, jasno, čitljivo i gramatički točno jer sva dokumentacija služi kao dokaz.

Medicinska sestra upisivanjem datuma i svojih inicijala potvrđuje evaluaciju svoje smjene.

EVIDENCIJA ORDINIRANE I PRIMLJENE TERAPIJE U GERIJATRIJSKOG BOLESNIKA - obrazac br. 12

Unosi se sukladno smjernicama:

- upisati točan naziv ordiniranog lijeka, vrijeme davanja te obavezno provjeravati propisanu medikamentoznu terapiju, davati lijek prema uputama liječnika.

Medicinska sestra upisivanjem svojih inicijala potvrđuje koje su učinjene aktivnosti iz navedenih smjernica.

Prije primjene lijeka potrebno je utvrditi:

- Pisanu i potpisanu odredbu liječnika o primjeni lijeka
- Ime i prezime bolesnika ,neposredno izravnim pitanjem ili ako je bolesnik bez svijesti ,drugim načinima identifikacije prema protokolu ustanove. (traka oko ruke)
- Naziv i vrijeme valjanosti lijeka
- Dozu lijeka
- Vrijeme primjene lijeka
- Način primjene lijeka
- Potrebnu dokumentaciju

Obvezatno izvijestiti liječnika o svim alergijskim reakcijama prema zakonu o prijavi popratnih reakcija na lijekove koje su na snazi u državi.

Teškoće i osobitosti primjene lijekova u starijih osoba

Lijekovi primjenjeni na usta:

PROBLEM	UZROK	INTERVENCIJA
Teškoće u gutanju	Gubitak elastičnosti sluznice	Isprati usta prije uzimanja tableta (izbjeći suhoću sluznice)
Erozije tkiva jednjaka	Otežana peristaltika jednjaka	Postaviti bolesnika u uspravan položaj
Iritacija želuca	Povećano lučenje želučane kiseline(HCL) smanjena peristaltika želuca	Lijek dati sa puno tekućine
Sporija resorpcija lijeka uzetog per os	Smanjen tonus crijevnih mišića	Povećati unos tekućine
Sporiji metabolizam lijeka	Smanjen protok krvi kroz jetru	Nadzirati doziranje i funkciju jetre, izbjegavati konstipaciju

BRADEN LJESTVICA ZA PROCJENU RIZIKA DEKUBITUSA

IME I PREZIME DATUM ROĐENJA SPOL ODJEL DATUM POTPIS GL. SESTRE ODJELA

OBILJEŽJA GERIJATRIJSKOG BOLESNIKA	STUPANJ RIZIKA 1.	STUPANJ RIZIKA 2.	STUPANJ RIZIKA 3.	STUPANJ RIZIKA 4.	BODOVI
POKRETLJIVOST	1. POTPUNO NEPOKRETN	2. VRLO OGRANIČENA	3. LAGANO OGRANIČENA	4. BEZ OGRANIČENJA	
	PACIJENT NE MIENJA SAMOSTALNO POLOŽAJ TIJELA I EKSTREMITETA (NIMALO I BEZ POMOĆI)	POVREMENO UČINI MALE PROMIENE POLOŽAJA TIJELA I EKSTREMITETA ALI NE MOŽE SVOJE SVOJIM POMOĆIMA UČESTALO MIJENJATI POLOŽAJ TIJELA.	PRAVI UČESTALO MALE PROMIENE POLOŽAJA DUBIJE TIJELA I/ILI EKSTREMITETA SAMOSTALNO	PRAVI VEĆE I ČESTE PROMIENE POLOŽAJA TIJELA I/ILI EKSTREMITETA SAMOSTALNO	
AKTIVNOST	1. U POSTELJI	2. U STOLICI	3. POVREMENO SEĆE	4. ČESTO SEĆE	
	PACIJENT JE STALNO U POSTELJI	SPOSOBNOST HODANJA JE VRLO OGRANIČENA I/ILI NE MOŽE HODATI, POVRREMENO U STOLICI I/ILI KOLICA	POVREMENO SEĆE TIJEKOM DANA ALI NA VRLO KRATKIM UDALJENOSTIMA I/ILI BEZ POMOĆI I/ILI STOLICI	BAREM DVAJUT TIJEKOM SVIENE SEĆE DVAJUT SOBETE I/ILI PO SOBAMA BAREM JEDNOM SVAKA DVA SATA TIJEKOM DANA.	
TRENJE I IZAZVLČENJE	1. PRISUTAN PROBLEM	2. POTENCIJALAN PROBLEM	3. NEMA PROBLEMA		
	ZAHTEVA UMJERENU DO VELIKU POMOĆ POKRETNOSTI, KOMPLETNO NE MOŽE NEKOJE ČESTO SKLIZNE U POSTELJI I/ILI STOLICI. ZAHTEVA ČESTE POMOĆI SVAKODNEVNO ZA PROMJENE I/ILI AGITIRANOST DOVOĐE GOTOVO UVJEK DO KONSTANTNOG TRENU.	MALIKASO PRIKRETNOSTI I/ILI ZAHTEVA POMOĆI ZA PROMJENE I/ILI NE MOŽE NEKOJE ČESTO SKLIZNE U POSTELJI I/ILI STOLICI. ZAHTEVA ČESTE POMOĆI SVAKODNEVNO ZA PROMJENE I/ILI AGITIRANOST DOVOĐE GOTOVO UVJEK DO KONSTANTNOG TRENU.			
SENZORNA PERCEPCIJA	1. KOMPLETNO OGRANIČENA	2. VRLO OGRANIČENA	3. LAGANO OGRANIČENA	4. BEZ OŠTEĆENJA	
	NE REAGIRA NA BOLNE PODRAŽAJE USLJED POREMEĆAJA STANJA SVIJEŠTI I/ILI JE OGRANIČENA SPOSOBNOST OSIETA BOLI NA VEĆEM DIELU TIJELA	REAGIRA SAMO NA BOLNE PODRAŽAJE USLJED POREMEĆAJA STANJA SVIJEŠTI KOJE SVANJUJE PACIJENTU U NELAGODU U VEĆEM DIELU TIJELA	REAGIRA NA VERBALNE PODRAŽAJE ALI NE MOŽE UVJEK ISKAZATI NELAGODU I/ILI POTREBU DA SE OKRENE I/ILI PRISUTNO NELAGODU U VEĆEM DIELU TIJELA PACIJENTU SPOSOBNOST OSIETA BOLA I/ILI NELAGODU U JEDNOM I/ILI DVA EKSTREMITETA.	4. BEZ OŠTEĆENJA REAGIRA NA VERBALNE PODRAŽAJE, NISU PRISUTNI NELAGODI I/ILI NE MOŽE ISKAZATI BOLI I/ILI NELAGODU.	
PREHRANA	1. VRLO SLABA	2. VJEROJATNO NEADERVATNA	3. ADEKVATNA	4. ODLIČNA	
	NIKADA NE POJEDE ČIJELO OBROK, NIKADA NE DVA I/ILI MANJE OBROKA DNEVNO NE MOŽE UNOSITI I/ILI MANJE NEKAD NE OBILIA OBROK, UNOSI I/ILI VISE POTREBNI SUPLEMENTI	RIJEKTO POJEDE ČIJELO OBROK, OBILIO DNEVNO UNESI TRI OBROKA PROTENA, SUPLEMENTI I/ILI PRIMA MANJE OD POTREBNE TEKUĆE DIJETA I/ILI HRANE PUTEJEM - SONDE.	JEDE VISE OD POLOVINE OBROKA DNEVNO UNOSI 4 JEDINICE PROTENA, POVREMENO OBILIA OBROKE ALI UZIMA SUPLEMENTE KAD GOD JE NE MOŽE UNOSITI I/ILI SONDE I/ILI TPII (GASTROSTOMA) ŠTO - PREHRAMBENIH POTREBA.	POJEDE GOTOVO VEĆINU SVAKOG OBROKA, NIKADA NE OBILIA OBROK, UNOSI I/ILI VISE POTREBNI SUPLEMENTI	
VLAŽNOST	1. KOŽA STALNO VLAŽNA	2. KOŽA VRLO VLAŽNA	3. KOŽA POVREMENO VLAŽNA	4. KOŽA JE RIJEKTO VLAŽNA	
	KOŽA JE GOTOVO STALNO VLAŽNA I/ILI POREMEĆAJI UZROČAVAJUći POREMEĆAJE PRISVAKOM OKRETNANU PACIJENTA	KOŽA JE ČESTO ALI NE UVJEK VLAŽNA, POREMEĆAJI UZROČAVAJUći POREMEĆAJE BAREM JEDNOM TIJEKOM SVIENE.	KOŽA JE POVREMENO VLAŽNA, POSTELJINU JE POVREMENO U JEDNOM I/ILI DVA TIJEKOM DANA.	4. KOŽA JE RIJEKTO VLAŽNA KOŽA JE OBILIO SUHA, POSTELJINA SE RUTINSKI MIJENJA	
ZBROJ BODOVA:					→
RIZIK OD DEKUBITUSA:	Nema rizika	19-23 bodova			
	Prisutan rizik	15-18 bodova			
	Umjeren rizik	13-14 bodova			
	Visok rizik	10-12 bodova			
Vrlo visok rizik		< 9 bodova			

BRADEN LJESTVICA ZA PROCJENU RIZIKA DEKUBITUSA - obrazac 13

Unosi se sukladno smjernicama:

Procjenu rizika dekubitusa napraviti kod dolaska korisnika i promjene zdravstvenog stanja


Viša medicinska sestra u rubriku bodovi upisuje jedan od stupnjeva rizika (1, 2, 3 ili 4) za svako obilježje gerijatrijskog bolesnika, koji prema procjeni odgovara gerijatrijskom bolesniku. Nakon toga zbrojite te bodove, kako bi odredili veličinu nastanka rizika za dekubitusa kod tog gerijatrijskog bolesnika. Što je veći zbroj bodova to je manji rizik od nastanka dekubitusa.

Instrumenti procjene u gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi pružaju bitan doprinos objektivizaciji utvrđivanja i utemeljenosti djelovanja.

Kontinuirana primjena tih instrumenata omogućuje ciljano promatranje tijeka, i time pomaže u evidenciji i poboljšanju kvalitete gerijatrijske zdravstvene njege

Viša medicinska sestra upisivanjem svojih inicijala potvrđuje učinjene aktivnosti iz navedenih smjernica Braden skale za procjenu dekubitusa.

PREVENCIJA I PRAĆENJE DEKUBITUSA

IME I PREZIME:		DOB:		MB:		ODJEL:															
PROMJENA POLOŽAJA TJEĽA																					
DATUM:																					
	2	6	10	14	18	22	2	6	10	14	18	22	2	6	10	14	18	22			
	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4		
	I. bok																				
	D. bok																				
	Trbuh																				
VELIČINA RANE (širina, dubina, dužina)																					
OKOLNO TKIVO (macerirano, upaljeno)																					
KOLIČINA SEKRCIJE (mala, srednja, jaka)																					
POSTUPAK S RANOM																					
ANTIDEKUBITALNA POMAGALA																					
UČESTALOST PRIJEVOJA																					
BRADEN SKALA																					
EVALUACIJA																					
POTPIS MEDICINSKE SESTRE																					

1) I. ° - CRVENILO – ne povraća se; II. ° - OŠTEĆENJE EPIDERMISA; III. ° - OŠTEĆENJE POTKOŽNOG TKIVA; IV. ° - ZAHVAĆEN MIŠIĆ (kost, tetiva);
N – NEKROZA; INF – POSTOJI INFEKCIJA; B – INTAKTNI MIJEHUR ISPUNJEN TEKUCINOM (BULA); E - ESKARA

* Kod promjene položaja tijela pacijenta u kućice stavljati inicijale potpisa (prvo slovo imena i prezimena)

PREVENCIJA I PRAĆENJE DEKUBITUSA - obrazac br. 14

Unosi se sukladno smjernicama:

Praćenje dekubitusa, promjena položaja tijela po potrebi i svaka dva sata - potvrditi svojim potpisom.

Antidekubitalna pomagala – upisuju se u obrazac Preventivna zdravstvena njega: prva i druga smjena (obrazac br. 9).

Učestalost prijevoja – provoditi prema uputama liječnika i potvrditi izvršenje svojim potpisom.

U obrazac Prevenција i praćenje dekubitusa (obrazac br. 14) u rubriku Braden skala upišite dobiveni zbroj bodova iz obrasca br. 13 Braden ljestvica za procjenu rizika dekubitusa.

(Stupnjevi dekubitusa - tablice u prilogu)

Medicinska sestra upisivanjem svojih inicijala potvrđuje koje su učinjene aktivnosti iz navedenih smjernica.

UNOS I IZLUČIVANJE TEKUĆINA KROZ 24 SATA

- obrazac br.15

Unosi se sukladno smjernicama:

Unos i izlučivanje tekućina kroz 24 sata primjenjuje se kod gerijatrijskog bolesnika kod kojeg je potrebno pratiti unos i izlučivanje tekućine tijekom 24 sata.

Ovisno o postojećem funkcionalnom i zdravstvenom stanju te mogućnostima bolesnika / korisnika medicinska sestra doma će se pružiti pomoć pri navedenim aktivnostima, kako bi se zadovoljile dnevne potrebe unosa tekućine.

Dnevne potrebe uzimanja količine tekućine - 1,5 - 2 litre tijekom 24 sata, (8 čaša dnevno)

Unos tekućine prema navikama potrebama i željama gerijatrijskog osiguranika i prema uputi liječnika .

Medicinske sestre vode dnevnu evidenciju datum i vrijeme date / uzete pojedinačne količine tekućine u ml; evidentirati i unos tekućine / tekuće hrane preko nazalne sonde ili gastrostoma.

Izračunavanje ukupne unešene količine tekućine tijekom 24 sata vrši se na temelju zbroja dnevnog pojedinačnog unosa tekućine. (provodi se uvijek u isto vrijeme ujutro između 5 - 7 sati, sadašnja praksa).

Gerijatrijski bolesnik koji ima postavljen kateter ili drenažu - medicinske sestre vode dnevnu evidenciju datum i vrijeme i količinu izlučivanja urina ili drenaže u ml (ujutro između 5 - 7 sati , sadašnja praksa).

Ukupna zbrojena količina unešene i izlučene tekućine kroz 24 sata medicinska sestra evidentira u obrazac br. 10 promatranje zdravstvenog stanja.

Medicinska sestra upisivanjem svojih inicijala potvrđuje koje su učinjene aktivnosti iz navedenih smjernica.

PROTOKOL PREHRANE

Ime i prezime:	Odjel:	Soba:												
Unos hrane:														
Dnevni obroci	Ponedjeljak	Utorak	Srijeda	Četvrtak	Petak	Subota	Nedjelja	Ponedjeljak	Utorak	Srijeda	Četvrtak	Petak	Subota	Nedjelja
Zajuttrak														
Doručak														
Ručak														
Užina														
Večera														
Noćni obrok														

Legenda:

Ništa – ○

Malo – 1/4

Pola – 1/2

Skoro sve – 3/4

Sve – ●

PROTOKOL PREHRANE - obrazac br. 16

Unosi se sukladno smjernicama:

Primjenjuje se kod gerijatrijskog osiguranika kod kojeg je potrebno pratiti dnevni unos količine hrane po obroku. Unos hrane je raspoređen u 6 dnevnih obroka (tri normalna obroka + tri manja / lagana obroka).

Kod težih gerijatrijskih bolesnika koji gube na tjelesnoj težini / masi i bolesnika koji imaju slab apetit potrebna je evidencija dnevne količine unesene hrane po individualnom dnevnom obroku.

Prehranu prilagoditi prema potrebama, navikama i željama gerijatrijskog osiguranika.

Ovisno o postojećem funkcionalnom i zdravstvenom stanju te mogućnostima, bolesniku / korisniku doma će se pružiti pomoć pri navedenim aktivnostima u cilju održavanja dovoljnog unosa hrane. Medicinske sestre / njegovateljci vode dnevnu evidenciju količine date / uzete hrane po obroku.

Praćenje dnevnog unosa količine hrane i kontrola tjelesne težine provodi se prema potrebi i uputi liječnika.

Medicinska sestra sukladno smjernicama (legenda) evidentira svakodnevno kroz pola mjeseca provedbu aktivnosti.

GERIJATRIJSKI OBRAZAC ZA PREVENCIJU PADA (S. HUHN)

IME I PREZIME: _____ DATUM ROĐENJA _____ SPOL _____ DATUM _____ POTPIS GL.MED.SESTRE _____

OBLJEŽJA GERIJATRIJSKOG BOLESNIKA	STUPANJ RIZIKA 4	STUPANJ RIZIKA 3	STUPANJ RIZIKA 2	STUPANJ RIZIKA 1	BODOVI
STAROST – DOBNE SKUPINE		80+	70 – 79	60 – 69	
MENTALNO STANJE	DJELIMICNO – ZBUNJEN, SMETEN / DEZORJENTIRAN		ZBUNJEN – SMETEN / DEZORJENTIRAN		
OBAVLJANJE FIZIOLOŠKIH POTREBA	INKONTINENCIJA MOKRAĆE I STOLICE	OBAVLJANJE FIZIOLOŠKIH POTREBA ALI UZ STALNU POTREBNU POMOĆ DO TOALETA		MOKRAĆNI KATETER / ENTEROSTOMA	
PRETHODNI PADOVI I Z ANAMNEZE	IZ ANAMNEZE IMAO VIŠE OD 3 PADA		IZ ANAMNEZE IMAO JEDAN ILI DVA PADA		
STUPANI TJELESNE AKTIVNOSTI	POTEŠKOĆE KOD USTAJANJA I HODANJA OD KREVETA DO STOLICE, INVAL. KOLICA	POTREBNA JE POMOĆ KOD USTAJANJA IZ KREVETA		SAMOSTALNO REDOVITO USTAJE I HODA DO TOALETA I KUPAONE	
POREMEĆAJI RAVNOTEŽE KOD KRETANJA (HODANJA)	NESTABILNOST KOD USTAJANJA I HODANJA	ORTOSTATISKE SMETNJE / CIRCULACIJSKE SMETNJE KOD USTAJANJA I HODANJA		SAMOSTALNO USTAJANJE I HODANJE	
LJEKOVITI (EVIDENCIJA PLANA PROPISANIH LJEKOVA ZA IDUĆE RAZDOBLJE / 7 DANA)	KORISNIK PRIMA 3 ILI VIŠE LJEKA	KORISNIK PRIMA 2 LJEKA			
ALKOHOL	REDOVITO		NEREDOVITO		
ZBROJ BODOVA: →					

RIZIK OD PADA: MALI :
SREDNJI :
VISOKI :
VRLO VISOKI :

0 – 4 BODA
OD 4 BODA – PODUZETI MJERE PREVENCIJE PADA
5 – 10 BODOVA
11 – 24 BODA

GERIJATRIJSKI OBRAZAC ZA PREVENCIJU PADA (S. HUHN)

- obrazac br. 17

Unosi se sukladno smjernicama:

Procjenu rizika pada napraviti kod dolaska korisnika i promjene zdravstvenog stanja.

Viša medicinska sestra u rubriku bodovi upisuje jedan od stupnjeva rizika (4, 3, 2 ili 1) za svako obilježje gerijatrijskog osiguranika koji, prema procjeni, odgovara gerijatrijskom osiguraniku. Nakon procjene zbrajaju se bodovi i određuje se stupanj rizika za pad gerijatrijskog osiguranika. Što je veći zbroj bodova to je veći rizik od nastanka pada.

Raspon bodova kreće se od 0 - 24, pri čemu veći broj bodova označava veći rizik za nastanak pada.

Dobiveni rezultati:

- 0 - 4 boda - mali rizik
- od 4 boda – srednji rizik
- 5-10 bodova- visoki rizik
- 11-24 boda vrlo visoki rizik

Ovisno o dobivenim rezultatima rizika od pada viša medicinska sestra će u timu odrediti mjere i postupke prevencije pada, te ih provoditi sukladno smjernicama (u obrazac br. 5 plan procesa gerijatrijske zdravstvene njege, sestrijska dijagnoza, ciljevi, mjere / intervencije).

Instrumenti procjene u gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi pružaju bitan doprinos objektivizaciji utvrđivanja i utemeljenosti djelovanja.

Kontinuirana primjena tih instrumenata omogućuje ciljano promatranje tijeka, i time pomaže u evidenciji i poboljšanju kvalitete gerijatrijske zdravstvene njege

Glavna medicinska sestra upisivanjem svojih inicijala potvrđuje učinjene aktivnosti iz navedenih smjernica Huhn skale za procjenu pada.

IZVJEŠĆE O INCIDENTU (SPRIJEČENOM ILI NASTALOM)

Ime i prezime	Matični broj	Odjel
Datum izvješća	Datum incidenta	Vrijeme incidenta
MJESTO INCIDENTA:		
Opis incidenta (spriječenog ili nastalog):	<input type="checkbox"/> bolnička soba <input type="checkbox"/> kupaonica <input type="checkbox"/> hodnik <input type="checkbox"/> operacijska soba <input type="checkbox"/> drugo mjesto: _____	
Uzrok incidenta:	Vrsta incidenta:	
	<input type="checkbox"/> pad <input type="checkbox"/> terapija <input type="checkbox"/> opekotina <input type="checkbox"/> drugo: _____	
Izvešće medicinske sestre		
Izvešće bolesnika		
Izvešće druge osobe		
Odredbe liječnika po incidentu	Terapija:	
	Potpis liječnika:	
Odredbe i postupci medicinske sestre		
Potpis medicinske sestre:		
OSTALE NAPOMENE (materijalna šteta i slično)		
Obavijest dostaviti:		
.....		
.....		
.....		

Potpis med. sestre Radno mjesto Datum

IZVJEŠĆE O INCIDENTU - obrazac br.18

(SPRIJEČENOM ILI NASTALOM)

Ispunjava se sukladno smjernicama:

Medicinske sestre tijekom 24 sata pružaju skrb gerijatrijskom osiguraniku kroz tri smjene. Ukoliko dođe do bilo kakvog incidenta, npr. pad iz kreveta u noći kod ustajanje na toalet, pad iz invalidskih kolica, pad kao posljedica vrtoglavice i u sličnim situacijama, medicinska sestra je dužna u svojoj smjeni napisati izvješće o spriječenom ili nastalom incidentu.

Ispunjava se prilikom pada korisnika i u sličnim situacijama koje nanose štetu korisniku.

Medicinska sestra je dužna informirati liječnika o spriječenom ili nastalom incidentu, te obavijestiti članove njegove obitelji.

Izvješće o incidentu je pisani dokument i služiti će kao dokaz u zaštiti medicinske sestre i gerijatrijskog osiguranika.

Izvješće o inincidentu (spriječenom ili nastalom) pisani je dokumet za gerijatrijskog osiguranika i ispunjava se u više primjeraka, od kojih jedan primjerak obavezno ostaje u sestrinskoj dokumentaciji.

Medicinska sestra upisivanjem svojih inicijala potvrđuje ispunjeno izvješće o (spriječenom ili nastalom) incidentu gerijatrijskog osiguranika.

PROCJENA BOLA

Ime i prezime:	Odjel:	Matični broj:
----------------	--------	---------------

LEGENDA

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Bez bola			Podnošljiva bol			Jaka bol			Vrlo jaka bol		Nepodnošljiva bol

Početak bola:

Datum:	Sat:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija:
--------	------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

Opis bola:	Vrijeme javljanja:	Reakcija na bol:	Trajanja bola	
<input type="checkbox"/> oštra bol <input type="checkbox"/> žareća bol <input type="checkbox"/> pulsirajuća bol <input type="checkbox"/> grčevita bol - kolike <input type="checkbox"/> sijevajuća bol <input type="checkbox"/> šetajuća bol <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> na pritisak <input type="checkbox"/> na lupkanje <input type="checkbox"/> na dodir <input type="checkbox"/> spontano <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> neočekivano <input type="checkbox"/> u mirovanju <input type="checkbox"/> u kretanju <input type="checkbox"/> kratko poslije jela <input type="checkbox"/> danju <input type="checkbox"/> noću <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> mirovanje <input type="checkbox"/> plakanje <input type="checkbox"/> bljedilo kože <input type="checkbox"/> znojenje <input type="checkbox"/> mučnina/povraćanje <input type="checkbox"/> širenje zjenica <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> akutno <input type="checkbox"/> kronično UČESTALOST <input type="checkbox"/> kontinuirano <input type="checkbox"/> često <input type="checkbox"/> povremeno <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____

Postupci sestre:

Primjena analgetika:	Ostali postupci:	Evaluacija:
		Potpis med. Sestre:

Datum:	Sat:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija:
--------	------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

Primjena analgetika:	Ostali postupci:	Evaluacija:
		Potpis med. Sestre:

Datum:	Sat:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija:
--------	------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

Primjena analgetika:	Ostali postupci:	Evaluacija:
		Potpis med. Sestre:

Datum:	Sat:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija:
--------	------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

Primjena analgetika:	Ostali postupci:	Evaluacija:
		Potpis med. Sestre:

Datum:	Sat:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija:
--------	------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

Primjena analgetika:	Ostali postupci:	Evaluacija:
		Potpis med. Sestre:

Datum:	Sat:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija:
--------	------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

Primjena analgetika:	Ostali postupci:	Evaluacija:
		Potpis med. Sestre:

SESTRINSKA PROCJENA I TRETMAN BOLI U GERIJATRIJSKOG BOLESNIKA

- obrazac br. 19

Unosi se sukladno smjernicama:

Koristiti skalu od 0 – 10 za procjenu boli - standard za određivanje inteziteta boli.

“ Bol je sve što osoba koja je doživljava kaže da jest i postoji kadgod ona kaže da postoji.” (McCaffery, 1968)

Tretiranje boli bilo akutne, kronične, postoperativne ili maligne, iziskuje složeni pristup. Mnogi bolesnici postižu zadovoljavajuće rezultate u olakšavanju boli zajedničkim djelovanjem oralnih i parenteralnih lijekova, neinvazivnim fizikalnim ili rehabilitacijskim procedurama ili pak primarnom terapijom (op. zahvat, antibiotici, kemoterapija, radioterapija).

Od neprocjenjive je važnosti za učinkovitost terapijskog plana sudjelovanje ostalih članova tima za tretiranje boli koji uključuje: anesteziologa, medicinsku sestru, socijalnog radnika, psihijatra, kliničkog farmakologa, nutricionistu i svećenika.

Educirati pacijente da je cilj tretiranja boli prevencija i rana intervencija. Uputiti ih u korištenje skale boli i potrebe za izvještavanjem kada bol počinje ili se pojačava.

Razgovarati s bolesnikom, pitati ga koja je razina boli za njega prihvatljiva tj. koja nije iscrpljujuća te dozvoljava bolesniku da spava, jede i obavlja druge potrebne aktivnosti. Taj cilj je moguće ostvariti kada je razina boli do 4. Važno je postaviti zajedničke realne ciljeve jer razinu boli “0” nije uvijek moguće postići.

Razina boli iznad 3, ili svaka bol neprihvatljiva za bolesnika zahtjeva intervenciju i ponovnu procjenu.

Ako ordinirani analgetici ne djeluju tako da je bol prihvatljive razine ili manja od 4, treba kontaktirati liječnika.

Razina boli 7 ili više zahtjeva hitnu skrb i intervenciju, te češće intervencije sve dok razina boli ne bude ispod 5. U slučajevima kada bol ne može biti adekvatno kontrolirana, konzultirati ostale specijaliste sa iskustvom u tretiranju boli.

Svi pacijenti su uključeni u sistem procjene boli koja se evidentira u povijest bolesti. Potpuna procjena uključuje: lokalizaciju, karakter, trajanje, učestalost i intezitet. Kad se bol identificira, individualno se razmatraju ciljevi i utvrđuje tretman boli.

Postupak procjene uključuje minimalno monitoring i dokumentiranje boli, u vrijeme kad se vrši i mjerenje osnovnih vitalnih funkcija te se upisuje kao 5-i vitalni znak. Ako bol postoji, procjena se češće vrši.

Intervencije u tretiranju boli dokumentiraju se i indikator su razine boli.

Ako je intervencija nedjelotvorna vrši se promjena plana tretiranja boli.

Ključni principi za ispravnu procjenu boli

Bol je subjektivan osjećaj i ne može se dokazati ili osporiti. Bolesnik treba znati da je jedino on ovlašten da izvještava o postojanju i intezitetu svoje boli.

Bol utječe na bolesnikovo fiziološko, emocionalno i duhovno funkcioniranje.

Fizičke senzacije boli pojačavaju ili koče hormone, transmitere i neuralne veze na svim razinama perifernog i centralnog živčanog sustava. Ne postoji dvoje ljudi koji će imati isti odgovor na jednaki bolni podražaj.

Lokalizacija boli:

- pitati bolesnika gdje se bol javlja (neka pokaže ili dotakne najbolnije područje).

Intezitet boli:

- koristiti skalu boli od 0 – 10 za komunikaciju.

- 0 – nema bolova
- 1 – 3 bol srednjeg inteziteta
- 4 – 6 umjereno jaka bol
- 7 – 10 najgora moguća bol

Bolesnici koji nisu u mogućnosti koristiti skalu boli 0 – 10, mogu se koristiti opisivanjem boli: nema boli, mala bol, umjerena bol, jaka bol. Također se može koristiti i vizualna skala boli.

Ako bolesnici nisu u mogućnosti verbalno opisati svoju bol, koriste se slijedeće metode:

- postojanje patološkog stanja ili procedura koje uzrokuju bol
- promatranje ponašanja kojim se očituje bol: jaukanje, nemir, izraz lica
- obitelj može biti ovlaštena za procjenu boli

Medicinska sestra upisivanjem svojih inicijala potvrđuje učinjenju aktivnosti iz navedenih smjernica procjena bola.

DOM ZA STARIJE OSOBE _____

SESTRINSKO OTPUSNO PISMO ZA GERIJATRIJSKOG OSIGURANIKA

OSOBNİ PODACI

Ime i prezime _____

Datum rođenja _____

Adresa _____

OSOBA ZA KONTAKT (skrbnik ili čl. obitelji)

Ime i prezime _____

Broj telefona _____

Upućuje se u bolnicu _____ dana _____ godine _____

Obiteljski liječnik (ime i prezime): _____ broj tel. _____

Medicinska dijagnoza / u prilogu liječničko otpusno pismo / povijest bolesti _____

Potpis medicinske sestre _____

Osoba za kontakt / dom (ime i prezime): _____ br.tel. _____

LIJEKOVI PRIMJENJENI NA DAN OTPUSTA	VRIJEME	VRIJEME	VRIJEME	VRIJEME
<input type="checkbox"/> analgetski naljepak datum: _____				
<input type="checkbox"/> Alergije	<input type="checkbox"/> Disanje			
RR _____ Puls _____ Bol: _____ GUK _____ Temp. _____				

FUNKCIONALNA SPOSOBNOST GERIJATRIJSKOG OSIGURANIKA

FIZIČKI STATUS (pokretnost)		PSIHIČKI STATUS (samostalnost)	
1. POKRETAN	<input type="checkbox"/>	1. OČUVANA SVIJEST/ SAMOSTALAN	<input type="checkbox"/>
2. POKRETLJIVOST UZ POMOĆ POMAGALA (štap, štaka, ortop. klupice)	<input type="checkbox"/>	2. SOMNOLENCIJA / OGRANIČENO SAMOSTALAN	<input type="checkbox"/>
3. POKRETLJIVOST UZ POMOĆ DRUGE OSOBE (u inval. kolicima)	<input type="checkbox"/>	3. STUPOR	<input type="checkbox"/>
4. POTPUNO OVISAN O DRUGOJ OSOBI	<input type="checkbox"/>	4. KOMA	<input type="checkbox"/>

Mjere sprečavanja pada i povreda : da ne Rizik pada po Huhn skali: _____ boda / ova koje: _____

ORIJENTACIJA	DA	POVREMENO	NE	ORTOPEDSKA I MEDICINSKA POMAGALA	
ORIJENTACIJA U VREMENU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> srčani el. stimulator	<input type="checkbox"/> proteza za ruku <input type="checkbox"/> nogu
ORIJENTACIJA U PROSTORU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> naočale / leće	<input type="checkbox"/> lijevi slušni aparat
OSOBA ORIJENTACIJA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> gornja zuba proteza	<input type="checkbox"/> desni slušni aparat
SITUACIJSKA ORIJENTACIJA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> donja zuba proteza	<input type="checkbox"/> ostalo _____
				<input type="checkbox"/> ostalo _____	

20

PRANJE I OBLAČENJE

	Samostalno	Uz pomoć savjeta/pomagala	Uz pomoć druge osobe	Potpuno ovisan o drugoj osobi
Pranje u krevetu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuširanje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kupanje u kadi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Djelimično pranje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Njega usta i zubala – proteza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brijanje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podrezivanje noktiju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odijevanje / Skidanje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

POKRETNOST

	Samostalno	Uz pomoć savjeta/pomagala	Uz pomoć druge osobe	Potpuno ovisan o drugoj osobi
Ustajanje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hodanje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hodanje do toaleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korištenje ortopedskih pomagala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pokretljivost sa invalidskim kolicima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Okretanje u krevetu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DISANJE

Normalno

Otežano

PREHRANA I TEKUĆINA

Uzimanje hrane samostalno uz pomoć savjeta/pomagala uz pomoć druge osobe potpuno ovisan o drugoj osobi

Uzimanje tekućine samostalno uz pomoć savjeta/pomagala uz pomoć druge osobe potpuno ovisan o drugoj osobi

Prehrana / vrsta normalna lagana – usitnjena pasirana vegetarijanska

Dijetalna prehrana ne da koja: _____
 otežano otežano

Gutanje normalno nemogućnost gutanja

Žvakanje normalno otežano

Nedopuštene namirnice koja: _____ alergije: _____

Enteralna prehrana nazog. - sonda gastrostoma
 količina tekuće hrane/ml: _____ količina tekućine/ml: _____

ELMINACIJA STOLICE I URINA

normalna stolica diarea opstipacija posljednja stolica-datum: _____ Anus preter: _____
 normalno mokrenje inkont. mokrenja urinarni kateter br: _____ datum: _____
 urostoma /br: _____ datum: _____

pomagala za inkontinenciju koja: _____

IZGLED KOŽE

normalna suha vlažna prhutava crvena

ojedine

Dekubitus: da ne

Stupanj (zaokružiti stupanj): I II III IV

Druga oštećenja kože: da ne

MJESTO I VELIČINA RANE / cm

_____ cm _____

_____ cm _____

_____ cm _____

_____ cm _____

_____ cm _____

_____ cm _____

DOSADAŠNJE ZBRINJAVANJE RANE SA:

Iskaznica zdravstvenog osiguranja uz otpusno gerijatrijsko pismo: ne da

Iskaznica dopunskog zdravstvenog osiguranja: ne da

20

SESTRINSKO OTPUSNO PISMO ZA GERIJATRIJSKOG OSIGURANIKA

- obrazac br.20

Ispunjava se sukladno smjernicama:

Sestrinsko otpusno pismo za gerijatrijskog osiguranika ispunjava se prema standardu za otpuštanje odnosno premještanje gerijatrijskog osiguranika.

Sestrinsko pismeno otpusno pismo za gerijatrijskog osiguranika ispunjava glavna sestra Doma za starije osobe kada se gerijatrijski osiguranik premješta odnosno otpušta iz Doma za starije osobe u bolnicu, ili ponovni otpust iz bolnice u Dom za starije osobe, ili patronažnoj službi u lokalnoj zajednici gdje gerijatrijski osiguranik boravi i živi.

Pismeni dokument za primopredaju gerijatrijskog bolesnika nadležnim medicinskim sestrama za nastavak kontinuirane skrbi u provođenju dijagnostičkih i terapijskih mjera i postupaka gerijatrijske zdravstvene njege.

Glavna medicinska sestra u otpusno pismo gerijatrijskog osiguranika upisuje funkcionalnu samostalnost i smanjenu mogućnost brige o sebi /problem/ u aktivnostima svakodnevnih životnih potreba a koji se odnose na:

- Osobna higijena
- Pokretnost
- Prehrana i tekućina
- Obavljanje fizioloških potreba/ eliminacija stolice i urina
- Zdravstvena sigurnost – mjerenje vitalnih funkcija
- Izgled kože, dekubitus

Prema standardu gerijatrijske zdravstvene njege medicinske sestre svakodnevno prate i utvrđuju pojavnost nastanka dekubitusa prema Braden obrazcu i sastavni je dio sestrinskog otpusnog pisma koji ima specifična obilježja u gerijatriji za praćenje i prevenciju dekubitusa. Instrumenti procjene u gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi pružaju bitan doprinos objektivizaciji utvrđivanja i utemeljenosti djelovanja. Kontinuirana primjena tih instrumenata omogućuje ciljano promatranje tijeka, i time pomaže u evidenciji i poboljšanju kvalitete gerijatrijske zdravstvene njege.

Pod funkcionalnom sposobnošću podrazumijeva se sposobnost pojedinca u samostalnom obavljanju aktivnosti svakodnevnih ljudskih potreba, neovisno o njegovoj kronološkoj dobi.

Medicinska sestra dobro poznavajući stanje i osjetljivost gerijatrijskog bolesnika o promjeni mjesta boravka, pruža važne i temeljne upute kako

bi medicinske sestre koje primaju gerijatrijskog bolesnika, mogle imati što kvalitetniji uvid u zdravstveno stanje i potrebe gerijatrijskog bolesnika.

Sestrinsko otpusno pismo temelj je za nastavak daljnjeg kontinuiranog planiranja sestrinskih mjera i postupaka u aktivnostima svakodnevnih ljudskih potreba koje će prilagoditi individualnim potrebama osjetljivih i krhkih starijih osoba, pružajući i poboljšavajući skrb u zadovoljavanju njihovih fizioloških, psiholoških socijalnih i duhovnih potreba.

Pismeno sestrinsko otpusno pismo gerijatrijskog osiguranika i sestrinska skrb dovodi do kvalitetne komunikacije i stručne timske suradnje koja ima za cilj povezivanje primarne i sekundarne zdravstvene zaštite.

Sestrinskim otpusnim pismom osigurava se unapređenje kvalitete primopredaje gerijatrijskog osiguranika, kvaliteta i kontinuitet skrbi, povoljan ishod liječenja, smanjenje mogućnosti pogrešne interpretacije podataka i smanjuje rizik neželjenih posljedica.

Kod prijema, medicinske sestre koje nastavljaju skrb o gerijatrijskom osiguraniku, imaju mogućnost uvida u potrebe i stanje gerijatrijskog osiguranika.

Sestrinsko otpusno pismo za gerijatrijskog osiguranika piše se u više primjeraka, od kojih jedan primjerak obavezno ostaje u sestrinskoj dokumentaciji.

Važna uputa: Uz sestrinsko otpusno pismo gerijatrijskog osiguranika, priložiti iskaznicu zdravstvenog osiguranja / iskaznicu dopunskog osiguranja.

KATEGORIZIRANJE GERIJATRIJSKIH OSIGURANIKA U KATEGORIJE OVISNO O POTREBAMA ZA GERIJATRIJSKOM ZDRAVSTVENOM NJEGOM

Ispunjava se sukladno smjernicama:

Nakon završetka izradbe jedinstvene Sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege, stručna radna skupina Centra za gerontologiju ZJZ „Dr.Andrija Štampar“ i Stručno vijeće HKMS, sa predsjednicom stručnog razreda zdravstvene njege za socijalnu skrb nastavilo je izradbu Kategorizacije gerijatrijskih osiguranika.

Prepoznajući nužnost kategorizacije gerijatrijskih osiguranika ovisno o potrebama gerijatrijske zdravstvene njege, pokrenuli smo izradu programa koja će omogućiti pravilnu raspodjelu medicinskih sestara sukladno potrebama za gerijatrijskom zdravstvenom negom.

Broj kategorije gerijatrijskog osiguranika se upisuje u sestrinsku dokumentaciju gerijatrijske zdravstvene njege rubriku „KATEGORIZACIJA“

Medicinska sestra svakodnevno, ili po potrebi, procjenjuje stanje pacijenta prema navedenim čimbenicima te ga, ovisno o njegovim potrebama svrstava u određenu kategoriju na skali od 1 do 4. Pri tome se svaka kategorija zasebno boduje (broj bodova za pojedini čimbenik jednak je kategoriji u koju je pacijent svrstan-svaki čimbenik kategorije 1=1 bod,svaki čimbenik kategorije 2=2 boda,itd.) i izračunava ukupan broj bodova.Ovisno o ukupnom broju bodova, određuje se kategorija u koju će pacijent biti svrstan.

Najmanji broj bodova koji gerijatrijski osiguranik može ostvariti je 16, u slučaju da je stanje gerijatrijskog osiguranika u svakoj kategoriji procjenjeno s 1,a najveći broj bodova koji gerijatrijski osiguranik može ostvariti je 64, uslučaju da je u svakoj kategoriji stanje gerijatrijskog osiguranika procjenjeno s 4.

Za kategorizaciju gerijatrijskog osiguranika, kao kritični čimbenici, koriste se slijedeći parametri:

1 - 4 procjena samostalnosti od 1 - 4: higijena, oblačenje/svlačenje, hranjenje, eliminacija

Svaka aktivnost se zasebno procjenjuje prema količini pomoći koju medicinska sestra pruža gerijatrijskom osiguraniku,ovisno o potrebi korištenja pomagala. U kategoriju 1 smještaju se gerijatrijski osiguranici koji su samostalni,odnosno koriste pomagalo.

5-7 Fizička aktivnost: hodanje i stajanje, sjedenje, premještanje i okretanje

Aktivnost se procjenjuje prema količini pomoći koju medicinska sestra pruža gerijatrijskom osiguraniku, ovisno o potrebi korištenja pomagala. U kategoriju 1 smještaju se gerijatrijski osiguranici koji su samostalni, odnosno koriste pomagalo.

8- Rizik za pad

Ukoliko ne postoji rizik za pad, gerijatrijski osiguranik se svrstava u prvu kategoriju, ukoliko postoji rizik za pad, on se procjenjuje pomoću Huhn skale za procjenu rizika za pad. Ovisno o broju bodova, gerijatrijski osiguranici se svrstavaju u kategorije: mali rizik (0-4 boda), srednji rizik (od 4 boda, poduzeti mjere prevencije pada), visoki rizik (5-10 bodova), vrlo visoki rizik (12-24 boda)

9- Stanje svijesti

Ovisno o težini promjene stanja svijesti, gerijatrijski osiguranici se se svrstavaju u pojedine kategorije: gerijatrijski osiguranik koji je pri svijesti, orijentiran u vremenu i prostoru, svrstava se u prvu kategoriju, smeten gerijatrijski osiguranik u drugu, pacijent u stuporu u treću, dok pacijent u stanjima predkome i kome, u četvrtu kategoriju.

10-Rizik za nastanak dekubitusa

Rizik za nastanak dekubitusa procjenjuje se pomoću Braden skale. Ovisno o broju bodova na skali, gerijatrijski osiguranici se smještaju u 1., 2., 3., ili 4. kategoriju. Prema Braden skali:

- nema rizika (19-23 boda),
- prisutan rizik (15-18 bodova),
- umjeren rizik (13-14 bodova),
- visok rizik (10-12 bodova), te
- vrlo visok rizik (9 i manje bodova).

11-Vitalni znakovi

Kategorija gerijatrijskog osiguranika ovisi o učestalosti kojom se procjenjuju vitalni znakovi kod gerijatrijskog osiguranika (veći broj mjerenja označava višu kategoriju) gerijatrijski osiguranik svrstava se u kategoriju: mjerenje 1x tjedno, u prvu, mjerenje 1-2 x dnevno, u drugu., mjerenje 3-4 x dnevno I P.P. u treću., te mjerenje 5 x dnevno I P.P. u četvrtu kategoriju.

12- Komunikacija

Gerijatrijski osiguranik je svrstan u pojdinu kategoriju, ovisno o njegovoj sposobnosti da primi i razumije usmene i pismene upute, te ovisno o komunikaciji sa zdravstvenim i drugim djelatnicima, komunikaciju pri zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba, kao i pri svim drugim postupcima (terapijskim i dijagnostičkim). Budući da je komunikacija obostrani komunikacijski (dvokanalni) proces, procjenjuje se komunikacija medicinska sestra-gerijatrijski osiguranik, odnosno gerijatrijski osiguranik – medicinska sestra, npr.; gerijatrijski osiguranik s afazijom (senzornom i motornom, smještava se u 4. kategoriju, gerijatrijski osiguranik s dislalijom (ili nerazumljivog govora) ovisno o intezitetu dislalije /poteškoće, smješta se u odgovarajuću kategoriju.

13-Specifični postupci u gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi

Ova kategorija odnosi se na specifične postupke u gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi- njega rana, njega centralnog venskog katetera, drenaže, specifičnosti pri eliminaciji, -eliminacija putem stoma (nefrostoma, kolostoma, ileostoma), katetera, a piracija bronhalnog stabla. Ukoliko je gerijatrijski osiguranik samostalan pri ovim postupcima, svrstava se u kategorij 1 (ili ukoliko ovi postupci nisu potrebni), a u više kategorije svrstava se ovisno o količini pomoći medicinske sestre koja mu je potrebna.

14- Stručna pratnja/ Dijagnostički postupci

Kategorija gerijatrijskog osiguranika ovisi o dijagnostičkom postupku koji će se provoditi kod gerijatrijskog osiguranika - ovisi o vrsti pripreme koja je potrebna (fizička/psihička), potrebnoj pratnji medicinske sestre, asistiranju pri zahvatu, te intezitetu nadzora koji je potreban po završetku pretrage.

15-Priprema i primjena terapije

Gerijatrijski osiguranici su kategorizirani ovisno o vrsti i učestalosti terapije koja se kod njih primjenjuje.

16-Edukacija

Kategorija gerijatrijskog osigurnika ovisi o intezitetu edukacije koja se provodi, te vrsti znanja koju je potrebno usvojiti – teorijska, praktična, a ovisi i o uključenosti članova obitelji u edukaciju.

OPIS ČIMBENIKA KATEGORIZACIJE GERIJATRIJSKIH KORISNIKA PO KATEGORIJAMA

ČIMBENIK KATEGORIZACIJE	1	2	3	4
PROCJENA SAMOSTALNOSTI				
1. OSOBNA HIGIJENA	SAMOSTALAN / POTREBNO POMAGALO	OVISAN U VIŠEM STUPNJU; POTREBNA POMOĆ DRUGE OSOBE	OVISAN U VISOKOM STUPNJU; POTREBNA POMOĆ DRUGE OSOBE I POMAGALA	POTPUNO OVISAN O DRUGIM OSOBAMA I POMAGALIMA
2. OBLAČENJE / SVLAČENJE	SAMOSTALAN / POTREBNO POMAGALO	OVISAN U VIŠEM STUPNJU; POTREBNA POMOĆ DRUGE OSOBE	OVISAN U VISOKOM STUPNJU; POTREBNA POMOĆ DRUGE OSOBE I POMAGALA	POTPUNO OVISAN O DRUGIM OSOBAMA I POMAGALIMA
3. HRANJENJE	SAMOSTALAN / POTREBNO POMAGALO	OVISAN U VIŠEM STUPNJU; POTREBNA POMOĆ DRUGE OSOBE	OVISAN U VISOKOM STUPNJU; POTREBNA POMOĆ DRUGE OSOBE I POMAGALA	POTPUNO OVISAN O DRUGIM OSOBAMA I POMAGALIMA
4. ELMINACIJA I POMAGALA KOD INKONTINENCIJE	SAMOSTALAN / POTREBNO POMAGALO	OVISAN U VIŠEM STUPNJU; POTREBNA POMOĆ DRUGE OSOBE	OVISAN U VISOKOM STUPNJU; POTREBNA POMOĆ DRUGE OSOBE I POMAGALA	POTPUNO OVISAN O DRUGIM OSOBAMA I POMAGALIMA
FIZIČKA AKTIVNOST				
5. HODANJE / STAJANJE	SAMOSTALAN / POTREBNO POMAGALO	OVISAN U VIŠEM STUPNJU; POTREBNA POMOĆ DRUGE OSOBE	OVISAN U VISOKOM STUPNJU; POTREBNA POMOĆ DRUGE OSOBE I POMAGALA	POTPUNO OVISAN O DRUGIM OSOBAMA I POMAGALIMA
6. SJEDENJE	SAMOSTALAN / POTREBNO POMAGALO	OVISAN U VIŠEM STUPNJU; POTREBNA POMOĆ DRUGE OSOBE	OVISAN U VISOKOM STUPNJU; POTREBNA POMOĆ DRUGE OSOBE I POMAGALA	POTPUNO OVISAN O DRUGIM OSOBAMA I POMAGALIMA
7. PREMIJEŠTANJE / OKRETANJE	SAMOSTALAN / POTREBNO POMAGALO	OVISAN U VIŠEM STUPNJU; POTREBNA POMOĆ DRUGE OSOBE	OVISAN U VISOKOM STUPNJU; POTREBNA POMOĆ DRUGE OSOBE I POMAGALA	POTPUNO OVISAN O DRUGIM OSOBAMA I POMAGALIMA
8. RIZIK ZA PAD (HUHN SKALA)	MALI RIZIK: 0-4 BODA	SREDNJI RIZIK: OD 4 BODA, PODUZETI MJERE PREVENCIJE PADA	VISOKI RIZIK: 5-10 BODOVA	VRLO VISOKI RIZIK: 11-24 BODA
9. STANJE SVIJEŠTI	PRI SVIJEŠTI ORIJENTIRAN U VREMENU I PROSTORU	SMETEN / SOMNOLENTAN	STUPOR	PREDKOMA / KOMA
10. PROCJENA RIZIKA ZA NASTANAK DEKUBITUSA (BRADEN SKALA)	PRISUTAN RIZIK: 15-18 BODOVA (NEMA RIZIKA 19-23 BODA)	UMJERENI / SREDNJI RIZIK: 12-14 BODOVA	VISOKI RIZIK: 10-12 BODOVA	VRLO VISOK RIZIK: 9 I MANJE BODOVA →

11. VITALNI ZNAKOVI	MJERENJE 1X TJEDNO BEZ POTEŠKOĆA DOBRIH KOGNITIVNIH SPOSOBNOSTI RAZUMIJE PISANE I USMENE UPUTE BEZ POTREBA ZA DODATNIM OBJAŠNJEJIMA I PONAVLJANJIMA	MJERENJE 1- 2X DNEVNO P.P. RAZUMIJE USMENE I PISMENE UPUTE UZ DODATNA OBJAŠNENJA PONAVLJANJA I JEZIČNE PRILAGODBE	MJERENJE 3-4X DNEVNO I P.P. TEŠKO RAZUMIJE USMENE I PISMENE UPUTE. POTREBNA SU VIŠESTRUKA PONAVLJANJA I PROVJERE SHVAĆANJA UPUTA. POTREBNA JE PRILAGODBA PISANIH I USMENIH UPUTA I DEMONSTRACIJA (KOMUNIK. MED. SESTRA - PACIJENT; PACIJENT - MED. SESTRA)	MJERENJE 5X DNEVNO I P.P. NE RAZUMIJE I NE SHVAĆA USMENE I PISMENE UPUTE, POTPUNO OVISAN O MEDICINSKOJ SESTRI I NE MOŽE PRENJETI PORUKU
12. KOMUNIKACIJA				
13. SPECIFIČNI POSTUPCI U ZDRAVSTVENOJ NJEZI	SAMOSTALAN NISU POTREBNI	POTREBNI SU SPECIFIČNI POSTUPCI I MINIMALNA POMOĆ MEDICINSKE SESTRE	POTREBNI SU SPECIFIČNI POSTUPCI 2 I VIŠE UPUTA DNEVNO I ZNAČAJNA POMOĆ MEDICINSKE SESTRE	SPECIFIČNE POSTUPKE U POTPUNOSTI OBAVLJA MEDICINSKA SESTRA
14. STRUČNAPRATNJA / DIJAGNOSTIČKI POSTUPCI	STRUČNA PRATNJA I NADZOR GERIL KORISNIKA NA DIJAGNOSTIČKOM POSTUPKU. POTREBNO OBJAŠNENJE POSTUPKA	POTREBNO JE OBJAŠNENJE POSTUPKA, PSHIČKA PRIPREMA PACIJENTA, PRIBORA I PRATNJA PRISUTNOST MEDICINSKE SESTRE I LIJEKOM POSTUPKA	POTREBNO JE OBJAŠNENJE POSTUPKA, PSHIČKA I FIZIČKA PRIPREMA PACIJENTA, PRIBORA I PRATNJA PACIJENTA NA PRETRAGU. MED. SESTRA SUDJELUJE PRI IZVOĐENJU PRETRAGE TE NADZOR PACIJENTA DO 12 SATI PO ZAVRŠETKU PRETRAGE.	POTREBNO JE OBJAŠNENJE POSTUPKA, PSHIČKA I FIZIČKA PRIPREMA PACIJENTA, PRIBORA I PRATNJA PACIJENTA NA PRETRAGU. MED. SESTRA SUDJELUJE PRI IZVOĐENJU PRETRAGE TE NADZOR PACIJENTA 12-24 SATA PO ZAVRŠETKU PRETRAGE.
15. PRIPREMA I PRIMJENA TERAPIJE	PRIPREMA I PRIMJENA PERORALNE TERAPIJE LOKALNE TERAPIJE DO 2X DNEVNO INHALACIJA TERAPIJA KISIKOM NA OKSIGENATOR	PRIPREMA I PRIMJENA PERORALNE INHALACIJSKE LOKALNE TERAPIJE 3 DO 4X DNEVNO PRIPREMA I PRIMJENA INJEKCIJA S.C., I.M.,	KONTINUIRANA PRIMJENA TERAPIJE KISIKOM INHALACIJE VIŠE OD 4X DNEVNO I INFUZIJE UZ NAZOČNOST LIJEČNIKA	KONTINUIRANA 24 h I.V. TERAPIJA UZ NAZOČNOST LIJEČNIKA
16. EDUKACIJA	POTREBNE SU USMENE I PISMENE UPUTE O PRILAGODBAMA STILA ŽIVOTA U NOVONASTALOJ SITUACIJI	POTREBNE SU USMENE I PISMENE UPUTE TE DEMONSTRACIJA O PRILAGODBAMA STILA ŽIVOTA U NOVONASTALOJ SITUACIJI ILI BOLESTI, ŽIVOTA U NOVONASTALOJ SITUACIJI ILI BOLESTI. PROVJERA RAZUMIJEVANJA	POTREBNE SU USMENE I PISMENE UPUTE TE DEMONSTRACIJA O PRILAGODBAMA STILA ŽIVOTA U NOVONASTALOJ SITUACIJI ILI BOLESTI RAD S OBITELJI, PROVJERA OSOBOM TE PROVJERA RAZUMIJEVANJA	UVJEŽBAVANJE ZNANJA I VJEŠTINA KORISNIKA I OBITELJI, USMENE I PISMENE UPUTE, DEMONSTRACIJE, RAD S OBITELJI, PROVJERA ZNANJA I SAMOSTALNOSTI U PRIMJENI ZNANJA.

Uvjeti odabira kritičnih čimbenika za kategorizaciju gerijatrijskih osiguranika u Republici Hrvatskoj

Kako bi bilo moguće kategorizirati gerijatrijske osiguranike, sukladno potrebama sestinstva (u socijalnoj skrbi) i zdravstva u Republici Hrvatskoj, ovisno o količini potrebne gerijatrijske zdravstvene njege, potrebno je definirati kritične čimbenike. Kritični čimbenici su indikatori koji predstavljaju aktivnosti koje najviše utječu na vrijeme utrošeno na pružanje gerijatrijske zdravstvene njege. Odabir kritičnih čimbenika potrebnih za kategorizaciju pacijenata zasniva se na definiciji zdravstvene njege V. Henderson, koja definira ulogu medicinske sestre kao pružanje pomoći pacijentu pri zadovoljavanju četrnaest osnovnih ljudskih potreba, te definiciji zdravstvene njege D. Orem, koja se temelji na ideji samozbrinjavanja. Ovisno o pomoći medicinske sestre, Oremova razlikuje tri sustava: kompenzatorni, djelimično kompenzatorni, te suportivno edukacijski sustav. Pri odabiru kritičnih čimbenika za kategorizaciju pacijenata ovisno o potrebama za gerijatrijskom zdravstvenom njegom, u obzir su uzeti terapijski i dijagnostički postupci.

Kategorizacijom, pacijenti se razvrstavaju u četiri kategorije ovisno o potrebnoj pomoći za zadovoljenje osnovnih ljudskih potreba, te ovisno o dijagnostičkim i terapijskim postupcima koji se kod pacijenta provode. O potrebnoj pomoći za zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba, te o pomoći pri dijagnostičkim i terapijskim postupcima, ovisi i količina gerijatrijske zdravstvene njege koju medicinska sestra pruža, odnosno broj i kompleksnost intervencija koje ona pruža.

Kategorizacija pacijenta koristi se i u PZZ.

TABLICA Kategorizacija će se popunjavati kada će biti određena kategorizacija gerijatrijskih pacijenata

Ciljevi kategorizacije su:

- omogućiti brzi uvid u težinu stanja gerijatrijskih osiguranika na odjelu u Domu
- omogućiti uvid u mijenjanje stanja pacijenata tijekom dana ili iz dana u dan
- omogućiti pravednu raspodjelu medicinskih sestara unutar odjela u domu za starije osobe
- svakom gerijatrijskom osiguraniku omogućiti najbolju skrb gerijatrijske zdravstvene njege prema njegovim potrebama

- omogućiti pravilnu raspodjelu vremena po gerijatrijskom osiguraniku, a prema potrebama za gerijatrijskom zdravstvenom njegom
- omogućiti argumentirano ugovaranje potreba za medicinskim sestrama.

Zaključak:

Svrha kategorizacije gerijatrijskih osiguranika ovisno o potrebama za gerijatrijskom zdravstvenom njegom je:

- osigurati dovoljan broj medicinskih sestara i na taj način omogućiti kvalitetnu skrb gerijatrijske zdravstvene njege gerijatrijskim osiguranicima.
- olakšati organizaciju rada medicinskih sestara

POSEBNA NAPOMENA

Sukladno zakonskim ovlastima, predsjednica Hrvatske komore medicinskih sestara Dragica Šimunec, vms i Stručno vijeće Hrvatske komore medicinskih sestara 02. prosinca 2009. godine usvojilo je Sestrinsku dokumentaciju gerijatrijske zdravstvene njege kao standard Hrvatske komore medicinskih sestara. 27. stavak 1. t.4. Zakona o sestrinstvu („Narodne Novine“ broj 121/03 i 117/08).

Stručni tim koji je izradio Sestrinsku dokumentaciju gerijatrijske zdravstvene njege:

Dragica Šimunec bacc. med. techn., - *Predsjednica Hrvatske komore medicinskih sestara, Zagreb*

Slavica Šepec dipl. med. techn., - *Predsjednica Stručnog vijeća Hrvatske komore medicinskih sestara, Zagreb*

Marica Lukić dipl. med. techn., - *Centar za gerontologiju ZJZ, Dr. Andrija Štampar“ Referentni Centar Ministarstva Zdravstva i Socijalne skrbi RH za zaštitu zdravlja starijih osoba, Zagreb*

Ana Deucht bacc. med. techn., - *Predsjednica stručnog razreda zdravstvene njege za socijalnu skrb, član stručnog vijeća HKMS, voditelj odjela za zdravstvenu njegu u domu za starije i nemoćne osobe „Sveta Ana“, Zagreb*

Mara Županić dipl. med. techn., - *predstavnik/član grupe HKMS-a za izradu dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege, Koordinatorica Specijalističkog diplomskog stručnog studija „Javno zdravstvo“ Zdravstveno Veleučilište, Zagreb*

Slavica Garić bacc. med. techn., - *voditelj odjela za zdravstvenu njegu u domu za starije i nemoćne osobe „Centar“, Zagreb*

Franica Pavković bacc. med. techn., - *voditelj odjela za zdravstvenu njegu u domu za starije i nemoćne osobe „Trnje“*

10. KOMPETENCIJE (GERIJATRIJSKIH) MEDICINSKIH SESTARA SREDNJE STRUČNE SPREME U DOMOVIMA ZA STARIJE I NEMOĆNE OSOBE

Dragica Šimunec, bacc.med.techn.

Slavica Šepec, dipl.med.techn.

Marica Lukić, dipl.med.techn.

Ana Deucht, bacc.med.techn.

Mara Županić, dipl.med.techn.

Kompetencije

Kompetencije su kombinacija vještina, znanja, stavova, vrijednosti, sposobnosti i prosudbe, koje omogućavaju pravovaljano izvođenje zdravstvene njege medicinske sestre. Kompetencije su razina provođenja, koje prikazuje učinkovitu upotrebu svih tih elemenata.

Kompetencije uključuju:

- znanje, razumijevanje i prosudbu
- vještine: kognitivne, tehničke, psihomotorne i interpersonalne
- osobne karakteristike, stavove i odnose.

Posjedovanje kompetencija je očekivani rezultat obrazovanja u sestринstvu s ciljem opskrbe stanovništva sa sigurnom, učinkovitom i na etičkim načelima zasnovanom zdravstvenom njegom.

Kompetentna medicinska sestra medicinski tehničar ima očekivanu naobrazbu, znanje, razvijenu svijest, promišljeno izvodi planirane intervencije, ima sposobnost izvođenja tehničkih intervencija i visoku razinu učinkovitosti.

Kompetencije služe kao vodič za razvoj kurikuluma. Informiraju javnost i poslodavca o tome, što mogu očekivati od medicinske sestre/ tehničara za provođenje gerijatrijske zdravstvene n ege. Kompetencije također služe kao vodič medicinskoj sestri, da zna što joj je dozvoljeno provoditi u okviru planirane gerijatrijske zdravstvene njege.

Biti kompetentan je nešto drugo nego područje profesionalne odgovornosti u okviru struke u suglasnosti sa zakonom.

Područje kompetencija za sve stručnjake u određenoj profesionalnoj grupi znači isto. Same kompetencije stručnjaka (profesionalca) su vezane za pojedinu osobu. U stvarnosti što zna i što je medicinska sestra sposobna raditi. Mogu postojati razlike između profesionalaca u istoj profesionalnoj grupi u odnosu na intervencije za koje su samostalno kompetentni (bez supervizije). Granice nezavisnog autoriteta profesionalaca su na prvom mjestu određene kompetencijama sukladno zakonu. Kriteriji za određenu kompetenciju su ograničeni znanjem i praktičnim iskustvom za korektno izvođenje intervencija.

Kompetencije medicinske sestre/medicinskog tehničara određene su njezinim zakonski određenim obrazovanjem, očekivanjem i politikom socijalno zdravstvene organizacije i načinom praćenja kontinuirane edukacije. Zdravstvena i socijalno zdravstvena ustanova mora imati pisane protokole kojima prati kompetencije medicinskih sestara srednje stručne spreme.

U pružanju zdravstvene njege postoje pisani postupci i standardi, prema kojima gerijatrijska medicinska sestra mora provoditi planiranu gerijatrijsku zdravstvenu negu.

Politika radne organizacije ne utječe na odgovornost medicinske sestre u provođenju postupaka ili na njezinu osnovnu odgovornost u postizanju standarda profesije i kvalitete pružanja gerijatrijske zdravstvene njege. Obrnuto, politika radne organizacije ne smije zahtijevati od gerijatrijske medicinske sestre da radi u suprotnosti s postavljenim standardima.

Standardi profesije medicinske sestre, iz kojih proizlaze kompetencije, se temelje na sljedećim principima:

- Gerijatrijski osiguranik je središte profesionalne usluge koju pruža medicinska sestra, partner je u procesu odlučivanja i provođenja gerijatrijske zdravstvene njege.
- Cilj profesionalne sestrinske usluge je ostvariti željeni ishod kod gerijatrijskog osiguranika, iako postoji mogućnost neželjenog ishoda, rizika ili ozljede.
- Podizanje kompetencija je nužna komponenta profesije. Medicinska sestra je obvezna stalno usavršavati svoje znanje i primjenu znanja, vještina, stavova i profesionalne prosudbe.
- Izvođenje kompetentne profesionalne sestrinske usluge zahtjeva radnu okolinu, koja ima adekvatne sustave podrške.

Postoje kompetencije koje se unutar rada jednog tima mogu preklapati. To su podijeljene kompetencije, a odluka koji će ih stručnjak izvoditi ovisi o individualnim potrebama gerijatrijskog osiguranika, individualnim kompetencijama gerijatrijskih medicinskih sestara i konteksta prakse zdravstveno-socijalne ustanove. Podijeljene kompetencije često su rezultat zajedničkog odlučivanja u atmosferi otvorene komunikacije, povjerenja, poštivanja i mogućnosti integracije podrške u praksi.

Postupci delegirani od liječnika vezano za primjenu terapije, ili delegirani postupci nadređenih medicinskih sestara prema medicinskoj sestri/medicinskom tehničaru, moraju biti u pisanom obliku.

Proces odlučivanja, tko će izvoditi koji postupak, mora biti vođen stručnim i etičkim načelima. Postupke gerijatrijske zdravstvene njege medicinskoj sestri/medicinskom tehničaru mogu delegirati medicinska sestra/tehničar s višom razinom obrazovanja, ili liječnik, kada se radi o primjeni terapijskih postupaka, ali uvijek isključivo u okviru djelokruga rada propisanog od strane HKMS. Medicinska sestra/medicinski tehničar koja prima delegirani postupak mora biti kompetentna i svjesna preuzete odgovornosti koja se temelji na Odobrenju za samostalan rad i pripadajućeg djelokruga rada.

- Koji je željeni ishod gerijatrijske zdravstvene njege za gerijatrijskog osiguranika?
- Ima li teorijska znanja i usavršene praktične vještine za izvođenje delegiranog postupka
- Koje su koristi i poznati rizici za gerijatrijskog osiguranika ?
- Koji je očekivan ishod za gerijatrijskog osiguranika nakon provedenog delegiranog postupka?
- Je li kompetentna rješavati moguće rizike nastale tijekom izvođenja delegiranog postupka?
- Ima li sposobnost i znanja za samoprocjenu?

Odlučivanje pri delegiranju liječničkih postupaka mora biti temeljeno na zakonskim aktima koji određuju odgovornost gerijatrijskih medicinskih sestara i liječnika. Zdravstvena-socijalna ustanova mora imati pisane procedure za delegiranje postupaka.

Kompleksnost gerijatrijske zdravstvene njege

Kompleksnost gerijatrijske zdravstvene njege uključuje:

1. Složenost potreba gerijatrijskog osiguranika za gerijatrijskom zdravstvenom njegom;
2. Očekivani ishod gerijatrijske zdravstvene njege kod gerijatrijskih osiguranika;
3. Potrebno poznavanje teorije i praktičnih vještina neophodnih za provođenje gerijatrijske zdravstvene njege;
4. Tehničke zahtjeve, potrebe, uvjete
5. Mogućnost negativnog ishoda kod gerijatrijskog osiguranika.
6. Ispunjavanje očekivanja zajednice u provođenju gerijatrijske zdravstvene njege

Medicinska sestra srednje stručne spreme ima razinu kompetencija u okviru odgovornosti, etičke prakse, principa pružanja gerijatrijske zdravstvene njege, promocije zdravlja, prikupljanje podataka potrebnih za planiranje gerijatrijske zdravstvene njege, provedbom planirane gerijatrijske zdravstvene njege, te edukacija – pružanje informacija. Važno je prepoznavanje razine kompetencija u sustavu timskog rada, delegiranja postupaka i međusobno zavisnih aktivnosti.

ODGOVORNOSTI

- Prihvaća odgovornost i obvezu za vlastite postupke i rezultate pružanja gerijatrijske zdravstvene njege sukladno Zakonu o sestrinstvu i Etičkom kodeksu HKMS
- Prihvaća dodijeljene dužnosti u vezi gerijatrijskog osiguranika koje spadaju u njene kompetencije i djelokrug rada.
- Traži usmjeravanja i savjet gerijatrijske med. sestre prvostupnice koja posjeduje stručnost koja je veća od njenog djelokruga rada.

- sudjeluje u timskom radu, prihvaća mišljenje i savjete nadređenih u djelatnosti gerijatrijske zdravstvene njege

ETIČKA PRAKSA

- Obavlja praksu gerijatrijske zdravstvene njege koristeći etička načela i smjernice koje su u skladu s nacionalnim etičkim kodeksom HKMS.
- Poštuje prava gerijatrijskog osiguranika na privatnost i dostojanstvo, bez obzira na spol, dob, rasu, nacionalnu, vjersku pripadnost, politička i ostala životna opredjeljenja, sukladno Zakonu o pravima pacijenta.
- Koristi organizacijske procedure u svrhu izvještavanja o uočenom ponašanju, aktivnostima ili situacijama koje bi mogle kompromitirati sigurnost, privatnost ili dignitet gerijatrijskog osiguranika. Osigurava povjerljivost i sigurnost pisanih i usmenih informacija koja se uzimaju u gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi.

- Primjenjuje relevantna znanja i vještine provođenja aktivnosti koje su djelokrug prakse med.sestre srednje stručne spreme.

- Pruža gerijatrijsku zdravstvenu negu u skladu s politikama i procedurama zdravstvene organizacije u skladu s standardima i procedurama gerijatrijske zdravstvene njege.

- sukladno zakonskim ovlastima predsjednica Hrvatske komore medicinskih sestara Dragica Šimunec i Stručno vijeće Hrvatske komore medicinskih sestara 02.prosinca 2009.godine usvojilo je sestrinsku dokumentaciju gerijatrijske zdravstvene njege kao standard Hrvatske komore medicinskih sestara sukladno članku 27.stavak 1. t. 4. Zakona o sestrinstvu („Narodne Novine „ broj 121/03 i 117/08).

- Primjenjuje principe rješavanja problema u strukturiranim, sigurnim okruženjima.

- Daje informacije gerijatrijskom osiguraniku o aspektima njege koji su unutar njenih odgovornosti.

- Informira, savjetuje, daje upute i podršku za vrijeme boravka u domu za starije osobe kroz zdravstveno-socijalnu zaštitu u okviru svojih odgovornosti,

- Prihvaća timski rad i surađuje u interdisciplinarnog timu i institucijama u lokalnoj zajednici.

- Ponaša se u skladu s načelima zajednice u kojoj živi i djeluje

PRINCIPI PRUŽANJA ZDRAVSTVENE NJEGE

PROMOCIJA ZDRAVLJA	<ul style="list-style-type: none"> - Sudjeluje u aktivnostima promocije zdravlja i prevencije bolesti. - Razumije značenje tradicionalne prakse liječenja unutar zdravstvenog sustava normi i vjerovanja o zdravlju pojedinca, obitelji i/ili zajednice. - Prepoznaje i evidentira potrebe za uvođenje jednostavnih zdravstvenih mjera prilikom pružanja gerijatrijske zdravstvene njege i sestrijskih intervencija za gerijatrijskog osiguranika u primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj prevenciji - Prihvaća i preuzima delegirane aspekte prikupljanja zdravstveno-socijalnih podataka unutar plana gerijatrijske zdravstvene njege a podatke i informacije daje na procjenu nadređenoj medicinskoj sestri
PROCJENA	<ul style="list-style-type: none"> - prepoznaje i zapisuje sve zdravstvene promjene kod gerijatrijskog osiguranika - Upoznata je sa sustavom kontrole kvalitete rada u sestriinstvu – indikatorima kvalitete.
PLANIRANJE ZDRAVSTVENE NJEGE	<ul style="list-style-type: none"> - Prikuplja podatke za izradu plana gerijatrijske zdravstvene njege - Konzultira se s nadređenom med. sestrom i s ostalim članovima zdravstvenog tima. - Sudjeluje u postavljanju prioriteta gerijatrijske zdravstvene njege s nadređenom med. Sestrom i gerijatrijskim osiguranikom - Daje informacije gerijatrijskom osiguraniku o aspektima njege sukladno dodijeljenim kompetencijama.
PROVEDBA INTERVENCIJA	<ul style="list-style-type: none"> - Provodi planirane intervencije u okviru plana procesa gerijatrijske zdravstvene njege i u skladu s uputama nadređenih, u svrhu postizanja planiranih zadanih ciljeva. - Dokumentira provedene intervencije - Pozna je i provodi standardne operativne procedure (SOP) i postupke i djeluje u skladu s njima
EDUKACIJA	<ul style="list-style-type: none"> - Edukacija po konceptu standarda gerijatrijske zdravstvene njege modela Roper/Juchli, i standardu procesa zdravstvene njege V.Fichter/M.Maier - Kontinuirano sudjeluje u obrazovnim aktivnostima koje razvijaju njene sposobnosti za rad - Unapređuje svoje znanje i vještine s naprednim znanjima kroz cijeli svoj radni vijek

Socijalno -zdravstvene ustanove moraju odrediti pisane protokole, i procedure za dodatnu edukaciju i provjeru teoretskog i praktičnog znanja, kojim će podići razinu kompetencija gerijatrijske medicinskih sestara srednje stručne spreme. U navedenim kompetencijama te aktivnosti i intervencije su označene

zvjezdicom -*. Pojmovi : sudjeluje, pomaže- podrazumjeva da medicinska sestra srednje stručne spreme djeluje u timu ili ima superviziju. Odnose se uglavnom na pridržavanje gerijatrijskog osiguranika, odvoženje, transport, pomaganje u namještanju, oblačenju, promatranju gerijatrijskog osiguranika tijekom izvođenja zahvata ili po završenju zahvata.

U okviru navedenih kompetencija medicinska sestra srednje stručne spreme može do određene razine samostalno provoditi i sudjelovati u slijedećim aktivnostima i intervencijama.

1. ČETRNAEST OSNOVNIH LJUDSKIH POTREBA

Osnovna kompetencija:

Posjeduje znanja iz teorija gerijatrijske zdravstvene njege Virginije Henderson, Orem, Nancy Roper, Liliane Juchli, Verena Fiechter, Martha Meier. Ima usvojena teorijska i praktična znanja o starosti i starenju i liječenju bolesti za unapređenje zdravlja i očuvanje funkcionalne sposobnosti starijeg čovjeka.

Posjeduje praktične vještine u provođenju intervencija potrebnih za unapređenje fizioloških, psiholoških, socijalnih i duhovnih sposobnosti potičući i razvijajući samostalnost i neovisnost starijih osoba u aktivnostima svakodnevnih životnih potreba u svrhu očuvanja funkcionalne sposobnosti, unapređenja zdravlja i kvalitete njihova življenja.

Pružila pomoć gerijatrijskom osiguraniku u bolesti, očuvanju dostojanstva, pomoć kod samoaktualizacije i pomoć u mirnoj smrti.

Poznaje propise o pravima gerijatrijskih osiguranika i poštuje ga. Poznaje uređaje, načine korištenja i primjenjuje ih sukladno potrebama. Upućena je u različitost kultura gerijatrijskog osiguranika i poštuje gerijatrijskog osiguranika odluku.

Sukladno tim kompetencijama ovlaštena je samostalno, a prema planu gerijatrijske zdravstvene njege, provoditi, sudjelovati ili pomagati u slijedećim intervencijama.

Broj 1/1	1/1 DISANJE- aktivnost, intervencije, sudjelovanje	PDE (potrebna dodatna edukacija)
1	Promatra, prati, mjeri i dokumentira frekvenciju disanja	*
2	Provodi preventivne mjere u održavanju disanja	*
3	Sudjeluje i provodi mjere kod otežanog disanja	*
4	Promatra promjene zdravstvenog stanja gerijatrijskog osiguranika	
5	Dokumentira promjene stanja gerijatrijskog osiguranika	
6	Otkriva probleme i resurse u timu te provodi mjere i intervencije za podizanje kvalitete života gerijatrijskog osiguranika	
7	Izveštava članove tima i liječnika o odstupanju od normalnih vrijednosti	
8	Tehnička i ortopedska pomagala primjenjuje i održava prema SOP-u	
9	Promatra i mjeri vitalne znakove prema potrebi i prema uputi liječnika	*
10	Primjenjuje inhalacijsku terapiju /putem raspršivača, inhalacija u prahu ili pomoću električnog inhalatora	
11	Primjenjuje terapiju kisikom točno označenog protoka -Venturi	*
12	Primjenjuje i promatra terapiju kisikom putem binazalnog katetera	
13	Sudjeluje u primjeni terapije kisikom putem kanile	*
14	Primjenjuje terapiju kisikom putem maske za kisik	*
15	Sudjeluje i provodi vježbe disanja	*
16	Primjenjuje terapiju kisikom putem nosnog katetera	*
17	Sudjeluje u aspiraciji dišnih putova kroz kanilu	*
18	Aspirira gornje dišne putove kroz nos i na usta	*
19	Dokumentira intervencije vezane uz disanje	*
20	Dokumentira odstupanja vezana uz disanje	
21	Opaža i dokumentira promjene vezane uz disanje	
22	Provodi aseptičko održavanje pomagala vezanih uz disanje	
23	Izvodi postupke za održavanje prohodnosti dišnih putova	*
24	Izvodi postupke umjetnog disanja bez pomagala	*
25	Izvodi postupke umjetnog disanja preko maske i ostalih pomagala	*
26	Izvodi postupke umjetnog disanja preko maske sa samoširećim balonom	*
27	Održava urednost disajne kanile	*
28	Aspiriranje sekreta iz dišnih puteva	*
29	Održava ovlaživače kisika – promjena vode- čistoća	*
30	Promatra i mjeri vitalne znakove, puls, krvni tlak, tjelesnu temperaturu, disanje, bol	
31	Postavlja pulsni oksimetar i očitava SpO2	*
32	Nadzire disanje gerijatrijskog osiguranika	*
33	Nadzire gerijatrijskog osiguranika tijekom inhalacijske terapije po nalogu	
34	Njege traheostome, namješta i čisti kanilu po nalogu	
35	Namješta gerijatrijskog osiguranika u položaj za iskašljavanje,	*
36	Pomaže gerijatrijskom osiguraniku kod iskašljavanja	*
37	Prati i mjeri otežano disanje pri naporu	*
38	Namješta gerijatrijskog osiguranika u položaj za lakše disanje	*
39	Namješta gerijatrijskog osiguranika u položaj za sprečavanje aspiracije	
40	Prikuplja i uzima sputum / iskašalj za pretrage	
41	Uočava i bilježi izgled i miris sputuma	
42	Mjeri količinu i nivoe sputuma	
43	Sudjeluje u postupcima torakalne drenaže-pridržiava gerij. osiguranika, mijenja vrećice s izljevom	*
44	Bilježi izgled i količinu dreniranoga sadržaja	*
45	Uočava, bilježi i upozorava na nepravilnosti u disanju	*
46	Održava mikroklimu potrebnu za dobro disanje	
47	Uočava, bilježi i obavještava o teškoćama samozbrinjavanja vezanih uz disanje	
48	Uzima brisove iz nosa usta i ždrijela za pretrage	
49	Sudjeluje u pretragama vezanim za disanje RTG, UZV, CT, funkcionalna dijagnostika	*
50	Pružna pomoć, savjete i i mjere kod otežanog disanja	*
51	Priprema i održava u aseptičkim uvjetima pribor za primjenu inhalacijske terapije	*
52	Priprema i održava u aseptičkim uvjetima pribor i materijale za primjenu kisika i inhalacije (bučice, kateteri, cijevi)	*

Broj 1/2	1/2 PREHRANA I TEKUĆINA - aktivnost, intervencije, sudjelovanje	PDE (potrebna dodatna edukacija)
1	Promatra, prati i dokumentira stanje uhranjenosti BMI prehrane, mjeri tjelesnu masu i tjelesnu visinu	*
2	Promatra, prati, mjeri i dokumentira promjene kod uzimanja hrane i tekućine	
3	Sudjeluje i provodi mjere kod otežanog uzimanja hrane i tekućine	
4	Promatra i dokumentira promjene u uzimanju hrane i tekućine kod gerijatrijskog osiguranika	
5	Otkriva probleme i resurse u timu te provodi mjere i intervencije za podizanje kvalitete života gerijatrijskog osiguranika	
6	Dokumentira i izvještava u timu i liječnika o odstupanjima vezanim uz prehranu, gutanje i uzimanje tekućine	
7	Podržava i motivira gerijatrijskog osiguranika za samostalno uzimanje hrane i tekućine	
8	Tehnička i ortopedska pomagala primjenjuje i održava prema SOP-u	*
9	Kontrolira dovoljan dnevni unos hrane i tekućine	
10	Sudjeluje u aktivnostima i mjerama /intervencijama prema potrebama i navikama	*
11	Dokumentira unos hrane i tekućina kroz usta	
12	Kontrolira sistem tijekom enteralne prehrane	*
13	Mijenja sistem tijekom enteralne prehrane	
14	Sudjeluje u postupcima enteralne i parenteralne prehrane gerijatrijskog bolesnika	*
15	Hrani gerijatrijskog osiguranika putem želučane sonde	*
16	Hrani gerijatrijskog osiguranika putem / pomagala	
17	Hrani gerijatrijskog osiguranika na usta	
18	Hranjenje nepokretnog gerijatrijskog bolesnika	*
19	Vodi evidenciju unosa hrane i tekućine u standardizirane obrasce u sestriinsku dokumentaciju prema planu gerijatrijske zdravstvene njege	*
20	Namješta crpku za enteralnu prehranu po nalogu	*
21	Uvođenje/vađenje nazogastrične sonde uz nadzor gerij. sestre bacc.med.techn.	*
22	Provodi njegu gastrostome, jejunostome, želučane sonde	*
23	Nadzire gerijatrijskog osiguranika tijekom hranjenja i pijenja	
24	Kontrolira mijenja i nastavlja sistem za parenteralnu prehranu po nalogu (uz nazočnost liječnika)	*
25	Pomaže gerijatrijskom osiguraniku tijekom hranjenja na gastrostomu, jejunostomu i kroz usta	*
26	Porcionira hranu	
27	Izvještava o odstupanjima vezanim uz pijenje i hranjenje	
28	Provjerava položaj nazogastrične sonde slušalicama	*
29	Provjerava položaj nazogastrične sonde aspiracijom želučanog sadržaja	*
30	Provjerava ispravnost propisane dijete	*
31	Priprema pumpe za enteralno hranjenje	*
32	Priprema napitaka	
33	Priprema gerijatrijskog osiguranika za hranjenje i pijenje	
34	Priprema gerijatrijskog osiguranika za hranjenje kroz sondu	
35	Priprema gerijatrijskog osiguranika za dijagnostičke pretrage probavnog trakta	*
36	Priprema gerijatrijskog osiguranika za endoskopske pretrage probavnog trakta	*
37	Priprema i primjenjuje dodatke prehrani-po nalogu	
38	Provodi podjelu hrane i napitaka	
39	Servira hranu i tekućinu	
40	Sudjeluje u postavljanju želučane sonde	
41	Potiče gerijatrijskog osiguranika na uzimanje hrane i pića	*
42	Pomaže gerijatrijskom osiguraniku kod hranjenja i hrani ga	
43	Priprema bolesnikovu okolinu za hranjenje i pijenje	
44	Uređuje gerijatrijskog osiguranika nakon hranjenja i pijenja	
45	Uključuje obitelj u prehranu gerijatrijskog bolesnika	
46	Evidentira unos i izlučivanje tekućina	
47	Uključuje članove obitelji u sudjelovanju i pomoći kod hranjenja gerij. osiguranika, savjetuje obitelj o važnosti redovite zdrave prehrane i dovoljnom unosu dnevne količine tekućina	*

Broj 1/3	1/3/ IZLUČIVANJE STOLICE I MOKRAĆE - aktivnost, intervencije, sudjelovanje	PDE (potrebna dodatna edukacija)
1	Promatra, prati, mjeri i evidentira izlučevine: stolica, urin, povraćeni sadržaj, sputum,vaginalni iscjedak, znoj	*
2	Provodi preventivne mjere / intervencije za sprečavanje mokraćnih infekcija	*
3	Provodi preventivne mjere / intervencije za sprečavanje opstipacije	*
4	Sudjeluje i motivira gerijatrijskog osiguranika za samostalno i redovito obavljanje fizioloških potreba	*
5	Otkriva probleme i resurse u timu te provodi mjere i intervencije za podizanje kvalitete života gerijatrijskog osiguranika	
6	Izveštava članove tima i liječnika o odstupanjima vezanim za uriniranje i defekaciju	
7	Prati redovito pražnjenje mokraćnog mjehura	*
8	Prati redovito pražnjenje debelog crijeva	*
9	Sudjeluje u aktivnostima i mjerama /intervencijama prema potrebama i navikama	
10	Sudjeluje u aplikaciji klizme u crijevnu stomu	*
11	Tehnička i ortopedska pomagala primjenjuje i održava prema SOP-u	
12	Aplicira klizmu za čišćenje	
13	Aplicira mikroklizmu	
14	Aplicira supozitorije za provokaciju stolice	
15	Sudjeluje u aplikaciji ljekovite klizme	*
16	Dokumentira intervencije vezane uz izlučivanje stolice i urina	
17	Dokumentira izlučevine	
18	Dokumentira promjene stanja vezana uz stolicu i mokrenje	
19	Provodi higijensko odlaganje stolice i urina	
20	Provodi higijensko održavanje posuda za izlučevine (noćna posuda, princeza, guska..)	
21	Sudjeluje u ispiranju mjehura kod trajnog urinskog katetera	*
22	Prazni urinske posude, prazni i mijenja urinske vrećice	
23	Provodi gerijatrijsku zdravstvenu negu urogenitalne regije kod gerijatrijskog osiguranika s trajnim kateterom i bez	
24	Priprema provodi i asistira kateterizaciji urina kod žena	
25	Priprema i asistira liječniku kateterizaciju urina kod muškaraca	
26	Kontrolira napetost mokraćnog mjehura palpiranjem	*
27	Sudjeluje u promjeni trajnog urinskog katetera u žena	
28	Mjeri diurezu, uzima urin za fizikalne,kemijske,mikrobiološke pretrage,uzimanje urina za pretrage kod kateteriziranog bolesnika	
29	Mjeri specifičnu težinu urina	
30	Nadzire samokateterizaciju kod muškaraca	
31	Nadzire gerijatrijskog osiguranika tijekom defekacije i mokrenja;	
32	Namješta gusku u položaj za uriniranje	
33	Postavlja pelene i ostala pomagala kod inkontinencije	*
34	Njega ureterstome; previjanje stome;postavlja i mijenja vrećice kod različitih stoma	*
35	Sudjeluje u provođenju gerijatrijske zdravstvene njege crijevnih stoma	*
36	Prazni stomske vrećice	
37	Provodi gerijatrijsku zdravstvenu negu gerijatrijskog osiguranika tijekom i nakon povraćanja	
38	Provodi gerijatrijsku zdravstvenu negu gerijatrijskog osiguranika nakon uriniranja i defekacije	
39	Sudjeluje u provođenju gerijatrijske zdravstvene njege ulaznog mjesta u drenažnom sistemu	*
40	Provodi negu anogenitalne regije	
41	Pomaže gerijatrijskom osiguraniku tijekom provođenja anogenitalne higijene	
42	Postavlja gerijatrijskom osiguraniku pelene i uloške	*
43	Pomaže kod postavljanje urinarnog kondoma	
44	Pomaže kod uporabe posuda za mokrenje i defekaciju	
45	Sudjeluje u promjeni suprapubičnog i urinskog katetera, ulaznog mjesta drenažnog sistema	*
46	Sudjeluje u proštrcavanju urinskog katetera	*
47	Priprema gerijatrijskog osiguranika i okolinu za defekaciju i uriniranje	
48	Pruža pomoć kod odstranjenja fecesa - rukom	
49	Provodi testiranje izlučevina s reagensima-trakicama	
50	Uvodi crijevnu sondu	
51	Uključuje obitelj u zbrinjavanje gerijatrijskog osiguranika vezano za defekaciju i uriniranje	
52	Održava prohodnost drenažnih cijevi	
53	Potiče peristaltiku masažom trbuha	
54	Sakuplja i uzima stolicu i urin za pretrage i distribuira ih u laboratorij	
55	Njega kože i ojedina na urogenitalnom području	*

Broj - 1/4	1/4 / POKRETNOST - hodanje, sjedenje, ležanje, promjena položaja - aktivnost, intervencije, sudjelovanje	PDE (potrebna dodatna edukacija)
1	Promatra, prati i evidentira hodanje, pokretljivost i držanje tijela	*
2	Savjetuje gerijatrijskog osiguranika o stalnoj tjelesnoj aktivnosti za aktivno zdravo starenje	*
3	Sudjeluje i motivira gerijatrijskog bolesnika za samostalno hodanje / stalna tjelesna pokretljivost	*
4	Provodi okretanje gerijatrijskog osiguranika prema potrebama i uputama liječnika	*
5	Provodi preventivne mjere dekubitusa, pneumonije, kontraktura, tromboze, ojedine, pada	*
6	Otkriva probleme i resurse u timu te provodi mjere i intervencije za podizanje kvalitete života gerijatrijskog osiguranika	
7	Izveštava članove tima i liječnika o odstupanjima vezanim uz pokretljivost	
8	Premješta bolesnika iz kreveta na stolicu i natrag u krevet	*
9	Premješta bolesnika iz kreveta u invalidska kolica i natrag u krevet	*
10	Dokumentira uporabu različitih tehničkih i ortopedskih pomagala	*
11	Tehnička i ortopedska pomagala primjenjuje i održava prema SOP-u	
12	Motivira gerijatrijskog osiguranika za samostalno hodanje;aktivne i pasivne vježbe	*
13	Dokumentira intervencije vezane uz pokretljivost	
14	Dokumentira odstupanja vezana uz pokretljivost	
15	Dokumentira opažanja vezano uz pokretljivost	
16	Primjena kinestetike u gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi	
17	Okretanje nepokretnog bolesnika u krevetu	
18	Podiže gerijatrijskog osiguranika bez pomagala	
19	Podiže gerijatrijskog osiguranika uz uporabu pomagala	
20	Premješta gerijatrijskog osiguranika bez pomagala	
21	Premješta gerijatrijskog osiguranika s pomagalima	
22	Prenosi gerijatrijskog osiguranika bez pomagala	
23	Prenosi gerijatrijskog osiguranika s pomagalima	
24	Prenosi gerijatrijskog bolesnika na nosilima	
25	Prenosi gerijatrijskog osiguranika na stolcu	
26	Prevozi gerijatrijskog osiguranika u krevetu i kolicima	
27	Skrbi za sigurnost gerijatrijskog osiguranika	
28	Provodi higijensko održavanje pomagala	
29	Mijenja bolesnikov položaj u krevetu	
30	Provodi nadzor gerijatrijskog osiguranika vezano uz pokretljivost	
31	Namješta gerijatrijskog osiguranika u fiziološki položaj	
32	Namješta pomagala za sprečavanje oštećenje kože zbog pritiska	
33	Namješta gerijatrijskog bolesnika u položaj za dijagnostičke i terapijske svrhe	*
34	Namješta gerijatrijskog bolesnika u ordinirani terapijski položaj	*
35	Namješta pomagala za kretanje i promjenu položaja	
36	Namješta pomagala za sprečavanje komplikacija dugotrajnog ležanja	
37	Primjena ,remenja/fiksatora za fiksiranje gerijatrijskog bolesnika u ležećem i sjedećem položaju, krevetu, invalidskim kolicima	
38	Izolacija gerijatrijskog osiguranika kod određenih zaraznih bolesti	*
39	Namješta pomagala za ležanje i odterećenje pojedinih dijelova tijela	
40	Namješta proteze	*
41	Povija noge elastičnim zavojem	
42	Oblači elastične čarape	
43	Procjenjuje bolesnikovu mogućnost pokretljivosti	
44	Ograničava pokretljivost koristeći sigurna i zaštitna sredstva	
45	Pomaže gerijatrijskom osiguraniku tijekom hodanja	
46	Postoperativno pomaže u provođenju vježbi	
47	Pomaže gerijatrijskom osiguraniku pri namještanju proteza	
48	Pomaže gerijatrijskom osiguraniku pri zauzimanju sjedećeg položaja u krevetu	
49	Pomaže gerijatrijskom osiguraniku pri zauzimanju sjedećeg položaja na stolcu	
50	Pomaže gerijatrijskom osiguraniku pri sjedanju na invalidska / sani kolica	
51	Pomaže gerijatrijskom osiguraniku pri ustajanju	
52	Pomaže gerijatrijskom osiguraniku pri zauzimanju terapijskog položaja	*
53	Namješta gerijatrijskog osiguranika u sjedeći položaj u krevetu	
54	Nadzire gerijatrijskog osiguranika tijekom kretanja i poučava ga pravilnom kretanju	
55	Uključuje obitelj u zbrinjavanje gerijatrijskog osiguranika vezano uz pokretljivost	
56	Uređuje i zbrinjava umloga	
57	Praćenje umiruće osobe i savjetovanje u žalovanju članova obitelji	

Broj - 1/5	1/5/ ODMOR I SPAVANJE - aktivnost, intervencije, sudjelovanje	PDE (potrebna dodatna edukacija)
1	Promatra, prati i održava ritam spavanja i odmora u danu i noći	
2	Promatra, prati i evidentira poremećaj ritma spavanja	
3	Brine i osigurava zdravo spavanje	
4	Sudjeluje i motivira gerijatrijskog osiguranika za odmor i spavanje	
5	Dokumentira promjene zdravstvenog stanja vezanog za odmor i spavanje	
6	Otkriva probleme i resurse u timu te provodi mjere i intervencije za podizanje kvalitete života gerijatrijskog osiguranika	
7	Tehnička i ortopedska pomagala primjenjuje i održava prema SOP-u	
8	Izveštava članove tima i liječnika o odstupanjima vezano uz spavanje i odmor	
9	Brine i osigurava spavaću sobu za gerijatrijskog osiguranika	
10	Brine i osigurava udoban krevet gerijatrijskog osiguranika	
11	Brine i osigurava prilagodavanje kreveta i posteljine	
12	Dokumentira intervencije u vezi spavanja i odmora	
13	Dokumentira opažanja vezano uz spavanje i odmor	
14	Održava okolinu gerijatrijskog osiguranika urednom	
15	Održava postelju urednom	
16	Odabire odgovarajući položaj kreveta i posteljine	
17	Uređuje slobodni krevet	
18	Uređuje zauzeti krevet	
19	Priprema okolinu i sredstva za odmor mirno i zdravo spavanje gerijatrijskog osiguranika	
20	Predlaže izbor specijalnog kreveta	
21	Promatra i nadzire gerijatrijskog osiguranika tijekom spavanja i odmora	
22	Prihvaća i razumije bolest, obilazi, razgovara i pomaže u olakšavanju mirnog odmora i spavanja	
23	Procjenjuje sposobnost samozbrinjavanja gerijatrijskog osiguranika prije i nakon spavanja i odmora	
24	Osigurava mirnu okolinu, navike i uklanja ometače spavanja i odmora	
25	Priprema gerijatrijskog osiguranika za spavanje i odmor	

Broj - 1/6	1/6/ OSOBNA HIGIJENA HIGIJENA I UREDNOST OBLAČENJA I PRESVLAČENJA ODJEĆE - aktivnost, intervencije, sudjelovanje	PDE (potrebna dodatna edukacija)
1	Promatra i prati izgled tijela i kože /od glave do pete/	
2	Ocjenuje stanje kože i vidljivih sluznica	
3	Promatra i prevenira nastanak dekubitusa, pneumonie, tromboza, kontraktura, suhe usne šupljine, ojedina	
4	Sudjeluje i njeguje zdravu kožu - njegovan vanjski izgled	
5	Pružna podršku i motivira gerijatrijskog osiguranika za provođenje samostalne njege tijela i samostalnog oblačenja / presvlačenja	*
6	Sudjeluje i promovira zdravu njegu tijela , primjenjuje neutralna njegujuća kozmetička sredstva	
7	Sudjeluje pruža pomoć i motivira gerijatrijskog osiguranika za samostalnost u izboru kod odijevanja i presvlačenja, potiče samostalnost gerijatrijskog osiguranika u osobnom izboru odijevanja i presvlačenja	*
8	Otkriva probleme i resurse u timu te provodi mjere i intervencije za podizanje kvalitete života gerijatrijskog osiguranika	
9	Tehnička i ortopedska pomagala primjenjuje i održava prema SOP-u	
10	Izvještava članove tima i liječnika o odstupanjima vezanim uz osobnu higijenu, oblačenje i svlačenje	
11	Provodi osobnu higijenu tijela i oblačenje / presvlačenje odjeće prema potrebama i navikama	
12	Dokumentira intervencije vezano uz osobnu higijenu i uređenost	
13	Dokumentira odstupanja vezano uz osobnu higijenu i urednost	
14	Dokumentira opažanja vezano uz osobnu higijenu i urednost	
15	Primjenjuje i higijenski održava pomagala za osobnu higijenu i urednost	
16	Primjenjuje po potrebi pomagala u prevenciji dekubitusa, pneumonie, tromboza, kontraktura, suhe usne šupljine, ojedina, i iste higijenski održava	
17	Namješta ortopedska pomagala (očna i ušna i ostala pomagala)	
18	Sudjeluje u njezi dijabetičkog stopala	*
19	Sudjeluje u provođenju zdravstvene njege kože i sluznice nakon kemoterapije i radioterapije – prema planu gerijatrijske zdravstvene njege	
20	Provodi bazalnu stimulaciju	
21	Održava vlasulju gerijatrijskog osiguranika urednom	
22	Pere i suši kosu kod nepokretnog bolesnika i drugih korisnika	
23	Provodi njegu očnih leća	
24	Provodi njegu očnih proteza	
25	Provodi njegu gerijatrijskog osiguranika koji se znoji	
26	Provodi njegu pupka	
27	Provodi njegu usne šupljine	
28	Ocjenuje stupanj samozbrinjavanja	
29	Odstranjuje tjemenicu	
30	Odstranjuje otvrdle dijelove kože	
31	Maže kožu	
32	Kupa cijelo tijelo gerijatrijskog bolesnika u postelji	
33	Pranje gornjeg i donjeg dijela tijela u postelji	
34	Pranje gornjeg dijela tijela /umivaonik	
35	Tuširanje cijelog tijela u u kupaoni	
36	Djelimično tuširanje u kupaoni	
37	Kupanje/kupka u kupaoni	
38	Kupanje teškog bolesnika sa dvije medicinske sestre	
39	Njega anogenitalne regije	
40	Pranje i njega nogu	
41	Brijanje bradu i obraze	
42	Brije kožu i šiša dlake prije nekih zahvata	
43	Njega usne šupljine	
44	Pranje zubi	
45	Pranje zubne proteze	
46	Pranje kose	
47	Češlja kosu kod gerijatrijskog osiguranika	
48	Pranje kose u krevetu	
49	Rezanje noktiju na nogama	
50	Njega i rezanje noktiju ruku	
51	Cjelokupno oblačenje i presvlačenje	
52	Djelimično oblačenje i presvlačenje	
53	Cjelovito presvlačenje kreveta	

54	Djelimično presvlačenje kreveta	
55	Presvlačenje kreveta po potrebi	
56	Masira vlasitište i tijelo u svrhu poticanja cirkulacije –po nalogu	
57	Jutarnje djelomično pranje tijela i po potrebi	
58	Večernje djelimično pranje tijela i po potrebi	
59	Provodi anogenitalnu njegu	
60	Pomaže gerijatrijskom osiguraniku prema potrebi kod kupanja, češljanja, brijanja, tuširanja	
61	Nadzire gerijatrijskog osiguranika kod kupanja, češljanja, brijanja, tuširanja	
62	Pomaže kod njege okoline stome	
63	Pomaže kod njege stome	*
64	Pomaže kod osobne higijene	
65	Pomaže kod kupanja u postelji	
66	Pomaže kod pranja i sušenja kose	
67	Pomaže kod umivanja	
68	Pomaže kod pranja ruku	
69	Pomaže kod pranja zubi i čišćenja zubi koncem	
70	Pomaže kod rezanja noktiju	
71	Pomaže kod pranja leđa i gluteusa	
72	Pomaže kod pranja nogu	
73	Pomaže kod pranja do pojasa	
74	Pomaže kod pranja dojki	
75	Pomaže kod uređenja zubne proteze	
76	Podučava pacijenta i obitelj osobnoj higijeni i urednosti	
77	Priprema kožu za dijagnostičke i terapijske postupke	
78	Priprema kožu za operativne zahvate	
79	Dezinficira kožu	
80	Osigurava frizersku i pedikersku uslugu i suši kosu	
81	Sudjeluje i provodi 1x tjedno kupanje / kupka bolesnika u kupaoni koristeći liftove za premještanje nepokretnih i teže pokretnih bolesnika prema utvrđen planu	*
82	Sudjeluje i provodi 1x tjedno tuširanje cijelog tijela pokretnih gerijatrijskih osiguranika u kupaoni	
83	Priprema i presvlači kompletnu posteljinu poslije kupanja i tuširanja i evidentira u plan procesa gerijatrijske zdravstvene njege	
84	Tušira gerijatrijskog osiguranika prema potrebi	
85	Izvjestava o odstupanjima vezano uz osobnu higijenu i urednost	
86	Provodi umivanje lica, ruku, do pojasa, dojki, trbuha, nogu prema potrebi	
87	Provodi pranje leđa	
88	Namješta i uređuje zubnu protezu	
89	Uređuje brkove i bradu	
90	Provodi vlaženje kože	
91	Provodi vlaženje usne šupljine	
92	Provodi vlaženje očiju s kapljicama	
93	Provodi vlaženje usnica	
94	Uključuje obitelj, gerijatrijskog osiguranika i za gerijatrijskog osiguranika važne osobe u zbrinjavanje gerijatrijskog osiguranika vezano uz osobnu higijenu i higijenu urednosti u oblačenju i presvlačenju	*
95	Dokumentira intervencije vezano uz oblačenje i svlačenje	
96	Dokumentira odstupanja u vezi oblačenja i svlačenja	
97	Dokumentira opažanja u vezi oblačenja i svlačenja	
98	Odabire odgovarajuće osobno rublje i odjeću	
99	Nadzire gerijatrijskog osiguranika tijekom oblačenja	
100	Namješta pomagala za oblačenje	
101	Oblači i svlači pidžamu	
102	Oblači i svlači potkošulju, donje rublje, čarape	
103	Oblači i svlači gerijatrijskog osiguranika smanjene pokretljivosti	
104	Oblači i svlači nepokretnog gerijatrijskog bolesnika	
105	Oblači i svlači pokretnog gerijatrijskog osiguranika	
106	Oblači i svlači pojedine dijelove bolesnikovog tijela	
107	Procjenjuje sposobnost gerijatrijskog osiguranika u samozbrinjavanju	
108	Podučava gerijatrijskog osiguranika o oblačenju i svlačenju	
109	Nadzire i predlaže izbor odjeće i obuće prema vremenskim prilikama	
110	Mijenja po potrebi uloške i pelene inkontinentnog bolesnika	
111	Postupa pravilno s čistim rubljem	
112	Postupa pravilno s prljavim rubljem	
113	Osigurava potrebnu odjeću i obuću gerijatrijskom osiguraniku	
114	Pomaže obuva i izuva gerijatrijskog osiguranika smanjene pokretljivosti	

Broj - 1/7	1/7/ TJELESNA TEMPERATURA - aktivnost, intervencije, sudjelovanje	PDE (potrebna dodatna edukacija)
1	Promatra i prati tjelesnu temperaturu	
2	Mjeri i dokumentira tjelesnu temperaturu	
3	Pružna pomoć gerijatrijskom bolesniku kod hiper i hipotermije	
4	Pružanje mjera i sredstava u regulaciji tjelesne temperature	
5	Bilježi izmjerenu tjelesnu temperaturu	
6	Dokumentira intervencije vezano uz tjelesnu temperaturu	
7	Dokumentira promjene zdravstvenog stanja vezano uz tjelesnu temperaturu	
8	Otkriva probleme i resurse u timu te provodi mjere i intervencije za podizanje kvalitete života gerijatrijskog osiguranika	
9	Tehnička i ortopedska pomagala primjenjuje i održava prema SOP-u	
10	Izvještava članove tima i liječnika o odstupanjima tjelesne temperature od normale	
11	Dokumentira opažanja vezano uz tjelesnu temperaturu	
12	Pomaže i savjetuje za redovito i dovoljno unošenje tekućine	
13	Grije infuzijske otopine	
14	Higijenski održava pomagala za mjerenje tjelesne temperature	
15	Ispire tjelesni znoj s vodom sobne temperature	
16	Izvodi hladnu kupelj	
17	Rashlađuje gerijatrijskog osiguranika razotkrivajući ga	
18	Lokalno utopljava gerijatrijskog osiguranika – oblačenjem i pokrivanjem	
19	Mjeri tjelesnu temperaturu, u ustima, uhu, aksilarno rektalno	
20	Primjenjuje grijač-deku – po nalogu	
21	Primjenjuje ledene obloge – po nalogu	*
22	Primjenjuje obloge sobne temperature	
23	Sudjeluje u provođenju terapijske hipotermije	*
24	Procjenjuje pacijentovu sposobnost samozbrinjavanja u vezi povišene tjelesne temperature	
25	Prilagođava toplinu zraka – grije ga ili hladi	
26	Nadzire gerijatrijskog osiguranika s povišenom tjelesnom temperaturom	
27	Nadzire gerijatrijskog osiguranika sa sniženom tjelesnom temperaturom	
28	Prepoznaje komplikacije pothlađivanja	
29	Prepoznaje komplikacije pregrijavanja	
30	Presvlači gerijatrijskog osiguranika u skladu s tjelesnom temperaturom i znojenjem	
31	Uključuje gerijatrijskog osiguranika i obitelj u održavanje tjelesne temperature	
32	Održava potrebne mikroklimatske uvjete	

Broj - 1/8	1/8/ BRIGA O VLASTITOJ SIGURNOSTI - stvaranje sigurnog okruženja - aktivnost, intervencije, sudjelovanje	PDE (potrebna dodatna edukacija)
1	Promatra i prati potrebu za sigurnošću gerijatrijskog osiguranika	
2	Promatra i prati sposobnost prilagodbe gerijatrijskog osiguranika	
3	Pružanje preventivnih mjera i intervencija u sprečavanju opasnosti	
4	Pružanje preventivnih mjera i intervencija u sprečavanju infekcija	
5	Osiguravanje uvjeta za pripremu, davanje i kontrolu primijenjenih ordiniranih lijekova	
6	Otkriva probleme i resurse u timu te provodi mjere i intervencije za podizanje kvalitete života gerijatrijskog osiguranika	
7	Tehnička i ortopedska pomagala primjenjuje i održava prema SOP-u	
8	Izveštava članove tima i liječnika o odstupanjima vezanim za sigurnost gerijatrijskog osiguranika	
9	Dokumentira intervencije u vezi stvaranja sigurnog okruženja	
10	Dokumentira opažanja u vezi stvaranja sigurnog okruženja	
11	Namješta i provjerava sigurnosne uređaje	
12	Provodi mjere humane imobilizacije-po nalogu	
13	Postavlja krevet na radnu visinu	
14	Postavlja ograde na krevet-po nalogu	
15	Postavlja trapez na radnu visinu	*
16	Postavlja sigurnosne manžete na ruke i noge – po nalogu	
17	Sudjeluje u postavljanju,remena i fiksatora - po nalogu	
18	Uočava neželjene događaje i sudjeluje u njihovom sprečavanju	
19	Postavlja identifikacijske narukvice	
20	Uočava kritične točke i o njima izvještava	
21	Promatra i odstranjuje potencijalno opasne predmete	
22	Prati i promatra sposobnost prilagodbe gerijatrijskog osiguranika i stvara sigurno okruženje	
23	Prati i sprječava bježanje gerijatrijskog osiguranika	
24	Izveštava o odstupanjima unutar dogovorenog sigurnog okruženja –SOP	
25	Upotrebljava zaštitna sredstva za svoju sigurnost i sigurnost gerijatrijskog osiguranika	
26	Prijavljuje i bilježi nastale ili izbjegnute neželjene događaje (bježanje, plin, vatra, lijekovi i slični neželjeni događaji)	
27	Prilagođava uvjete sigurnog boravka gerijatrijskog osiguranika	
28	Uključuje gerijatrijskog osiguranika i obitelj u stvaranju sigurnog okruženja	

Broj 1/9	1/9/ KOMUNIKACIJA - izražavanje potreba i osjećaja - aktivnost, intervencije, sudjelovanje	PDE (potrebna dodatna edukacija)
1	Promatra i prati ponašanje u komunikaciji gerijatrijskog osiguranika	
2	Prepoznavanje i prilagođavanje komunikacije ovisno o stanju gerijatrijskog osiguranika	
3	Pomaže i motivira gerijatrijskog osiguranika kod otežane ili pormećene komunikacije	
4	Sudjeluje u podršci i socijalizaciji gerijatrijskog osiguranika	
5	Provodi komunikaciju prema potrebama i navikama	
6	Prikuplja podatke i informacije potrebne za gerijatrijsku zdravstvenu njegu	
7	Promovira važnost komunikacije u gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi	
8	Otkriva probleme i resurse u timu te provodi mjere i intervencije za podizanje kvalitete života gerijatrijskog osiguranika	
9	Tehnička i ortopedska pomagala primjenjuje i održava prema SOP-u	
10	Izveštava članove tima i liječnika o odstupanjima vezanim uz komunikaciju gerijatrijskog osiguranika	
11	Dokumentira intervencije vezane uz komunikaciju	
12	Dokumentira odstupanja vezana uz komunikaciju	
13	Dokumentira opažanja vezana uz komunikaciju	
14	Ocjenjuje bolesnikovo razumijevanje informacija	
15	Ocjenjuje bolesnikovu sposobnost komuniciranja	
16	Sudjeluje u podršci gerijatrijskog osiguranika promijenjenog tjelesnog izgleda	
17	Sudjeluje u podršci gerijatrijskog osiguranika u slušnim poteškoćama prema potrebama	
18	Sudjeluje u podršci gerijatrijskog bolesnika u vidnim poteškoćama prema potrebama	
19	Sudjeluje u podršci gerijatrijskog osiguranika sa socijalnim teškoćama prema potrebama	
20	Razgovara s gerijatrijskim osiguranikom	
21	Razgovara s obitelji i drugim pacijentu značajnim osobama	
22	Pomaže gerijatrijskom osiguraniku u komuniciranju	
23	Pomaže gerijatrijskom osiguraniku u učenju govora	
24	Sluša gerijatrijskog osiguranika	
25	Promatra i prati ponašanja u komunikaciji, osobna orijentacija, situacijska orijentacija u vremenu i prostoru	*
26	Pučava gerijatrijskog osiguranika u vezi komuniciranja	
27	Prepoznaje osobitosti gerijatrijskog osiguranika	
28	Sudjeluje u rješavanju konflikata s gerijatrijskim osiguranikom	
29	Podržavanje opuštenog načina komuniciranja - humor	
30	Uključuje gerijatrijskog osiguranika, obitelji i za gerijatrijskog osiguranika značajne osobe u poboljšanje komunikacije	
31	Sudjeluje u terapijskim grupama	

Broj 1/10	1/10/ OSOBITOSTI U ODNOSU ŽENA MUŠKARAC - aktivnost, intervencije, sudjelovanje	PDE (potrebna dodatna edukacija)
1	Promatra i prati biološke, psihološke i kulturne osobitosti	*
2	Promatra i prati osobitosti u odnosu žena muškarac – seksualna aktivnost	*
3	Pruža specifične preventivne mjere	*
4	Pruža njegu prema specifičnim potrebama i navikama gerijatrijskog osiguranika	*
5	Otkriva probleme i resurse u timu te provodi mjere i intervencije za podizanje kvalitete života gerijatrijskog osiguranika	
6	Tehnička i ortopedska pomagala primjenjuje i održava prema SOP-u	
7	Izvještava članove tima i liječnika o odstupanjima vezanim uz osobitosti u odnosima žena muškarac gerijatrijskog osiguranika	
8	Dokumentira intervencije vezane uz odnos žena muškarac	*
9	Dokumentira odstupanja vezana uz odnos žena muškarac	*
10	Dokumentira opažanja vezana uz odnos žena muškarac	*
11	Ocjenjuje bolesnikovo razumijevanje informacija vezano uz odnos žena muškarac	*
12	Pruža i osigurava zaštitu privatne sfere u dvokrevetnoj sobi prema navikama i potrebama	*
13	Održavanje profesionalne distance u njezi intimnog područja gerijatrijskog osiguranika	*
14	Sudjeluje u pružanju podrške i zaštite bioloških i socijalnih potreba starije osobe	*
15	Omogućiti gerijatrijskom osiguraniku otvoreni razgovor o seksualnim problemima i bolestima	*
16	Sudjeluje u prihvaćanju čuvanju i osiguranju individualnih seksualnih potreba starije osobe	*
17	Prihvaća čuva i osigurava intimnu sferu u gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi	*
18	Poštuje i prihvaća potreba i navika gerijatrijskog osiguranika	*
19	Sudjelovanje u podršci i stvaranju odnosa žena muškarac	*

Broj - 1/11	1/11/ PSIHOSOCIJALNA AKTIVNOST - aktivnost, intervencije, sudjelovanje	PDE (potrebna dodatna edukacija)
1	Promatra i prati uspostavljanje socijalnih odnosa i kontakata	
2	Pomoć i podrška u socijalizaciji gerijatrijskog osiguranika	
3	Otkriva probleme i resurse u timu te provodi mjere i intervencije za podizanje kvalitete života gerijatrijskog osiguranika	
4	Tehnička i ortopedska pomagala primjenjuje i održava prema SOP-u	
5	Izveštava članove tima i liječnika o odstupanjima vezanim uz psihosocijalnu aktivnost gerijatrijskog osiguranika	
6	Dokumentira intervencije vezane za izražavanje vjerskih osjećaja i potreba	
7	Dokumentira odstupanja vezana uz izražavanje vjerskih osjećaja i potreba	
8	Dokumentira opažanja vezana uz izražavanje vjerskih osjećaja i potreba	
9	Omogućuje socijalne i vjerske aktivnosti potrebama i navikama gerijatrijskog osiguranika	
10	Sudjeluje u podršci i procjenjuje sudjelovanje gerijatrijskog osiguranika u kontaktima	
11	Sudjeluje u pružanju pomoći kod tuge, žalovanja, boli i straha članovima obitelji	
12	Sudjeluje i pružanje pomoći u terminalnoj fazi bolesti – praćenje umirućeg	
13	Uvažava potrebe gerijatrijskog osiguranika u vezi izražavanja vjerskih osjećaja	
14	Omogućava gerijatrijskom osiguraniku dostupnost vjerskim obredima	
15	Pomaže u uspostavi dostupnosti predstavnika vjerskih skupina gerijatrijskom osiguraniku	
16	Izveštava o aktivnostima izražavanja vjerskih osjećaja i potreba	
17	Prepoznaje i uvažava gerijatrijskog osiguranika vjersko uvjerenje	
18	Uključuje gerijatrijskog osiguranika, obitelj i za gerijatrijskog osiguranika značajne osobe u izražavanju socijalnih i vjerskih osjećaja	
19	Sudjeluje u pružanju podrške obitelji umirućeg bolesnika	
20	Sudjeluje u pružanju podrške umirućem bolesniku u dostojanstvenoj smrti	
21	Sudjeluje u pružanju podrške u žalovanju obitelji umrloga	
22	Dokumentira intervencije vezane za samopoštovanje	
23	Dokumentira odstupanja vezana za samopoštovanje	
24	Motivira gerijatrijskog osiguranika da učini dobro za sebe i da se uključi u svoje dnevne aktivnosti	
25	Potiče gerijatrijskog osiguranika u uspostavljanju socijalnog kontakta sa članovima obitelji, prijateljima i poznicima	
26	Potiče gerijatrijskog osiguranika u uspostavljanju kontakta sa stručnim djelatnicima	
27	Ocjenjuje zalaganje oko gerijatrijskog osiguranika	
28	Ocjenjuje sposobnost gerijatrijskog osiguranika da sudjeluje u aktivnostima koje dovode do samopoštovanja	
29	Pružna pomoć i podršku gerijatrijskom osiguraniku u ostvarenju njegovih ciljeva	
30	Izveštava o rezultatima koje je gerijatrijski osiguranik postigao svojim trudom	
31	Prepoznaje gerijatrijskog osiguranika želju za samopoštovanjem	
32	Sudjeluje u uključivanju dobrovoljaca u pomoć gerijatrijskom osiguraniku	
33	Uključuje obitelj i za gerijatrijskog osiguranika značajne osobe u ostvarenje gerijatrijskog osiguranika težnji	

Broj - 1/12	1/12/ RADNA AKTIVNOST - aktivnost, intervencije, sudjelovanje	PDE (potrebna dodatna edukacija)
1	Promatra i prati radnu aktivnost gerijatrijskog osiguranika	
2	Promatra i procjenjuje stanje i stupanj sudjelovanja u svakodnevnim radnim aktivnostima	
3	Pruža preventivne mjere za aktivno sudjelovanje u svakodnevnim radnim aktivnostima	
4	Procjenjuje stanje i na osnovu stupnja samostalnosti usmjerava i motivira gerijatrijskog osiguranika u svakodnevnim radnim aktivnostima	
	Pruža pomoć i podršku za samostalnost u dnevnim radnim- terapijskim aktivnostima	
5	Provodi sudjelovanje u radnim aktivnostima, razonodi i rekreaciji prema potrebama i navikama gerijatrijskog osiguranika	
6	Otkriva probleme i resurse u timu te provodi mjere i intervencije za podizanje kvalitete života gerijatrijskog osiguranika	
7	Tehnička i ortopedska pomagala primjenjuje i održava prema SOP-u	
8	Izveštava članove tima i liječnika o odstupanjima vezanim uz radnu aktivnost, razonodu i rekreaciju gerijatrijskog osiguranika	
9	Potiče i motivira gerijatrijskog osiguranika u psihofizičkoj i socijalnoj rehabilitaciji	
10	Dokumentira intervencije vezane za rad razonodu i rekreaciju	
11	Promatra, pruža pomoć i podršku u odnosu u dnevnom radno –terapijskoj aktivnosti	
12	Pruža pomoć i podršku u sudjelovanju radno terapijskih dnevnih aktivnosti	
13	Dokumentira odstupanja vezana za radnu aktivnost, razonodu i rekreaciju	
14	Dokumentira opažanja vezana za rad, razonodu i rekreaciju	
15	Higijenski održava pomagala koja se koriste za radnu aktivnost, razonodu i rekreaciju	
16	Sudjeluje u programima organizacije unutarnjih i vanjskih radnih aktivnosti gerijatrijskog osiguranika	
17	Motivira gerijatrijskog osiguranika na razonodu i rekreaciju	
18	Nadzire gerijatrijskog osiguranika tijekom razonode i rekreacije	
19	Ocjenjuje svoje sposobnosti i mogućnosti sudjelovanja u razonodi i rekreaciji	
20	Ocjenjuje gerijatrijskog osiguranika sposobnosti i mogućnosti sudjelovanja u razonodi i rekreaciji	
21	Omogućava posjete gerijatrijskom osiguraniku	
22	Omogućava rekreaciju i razonodu	
23	Prepoznaje gerijatrijskog osiguranika želje za rekreacijom i razonodom	
24	Brine o pomagalima za razonodu i rekreaciju	
25	Uključuje obitelj i za gerijatrijskog osiguranika značajne osobe u sudjelovanje	
26	Dokumentira potrebe gerijatrijskog osiguranika i intervencije vezane za učenje i stjecanje znanja	
27	Motivira gerijatrijskog osiguranika na učenje i stjecanje znanja u aktivnostima svakodnevnih životnih potreba	
28	Potiče gerijatrijskog osiguranika na očuvanje zdravlja	
29	Potiče gerijatrijskog osiguranika na unapređenje zdravlja, očuvanje funkcionalne sposobnosti i unapređenje kvalitete njegova življenja	
30	Potiče gerijatrijskog osiguranika na samostalno provođenje životnih aktivnosti	
31	Potiče i uči gerijatrijskog osiguranika obitelj i za gerijatrijskog osiguranika značajne osobe pružanju podrške gerijatrijskom osiguraniku prilikom provođenja životnih aktivnosti	
32	Sudjeluje u terapijskim grupama	*

2. ORGANIZACIJA RADA I RAZVOJ

Osnovna kompetencija:

Poznaje osnovna načela gerijatrijske zdravstvene njege. Ima usvojena znanja iz standarda procesa gerijatrijske zdravstvene njege. Poznaje način kategorizacije gerijatrijskih osiguranika ovisno o potrebama za gerijatrijskom zdravstvenom njegom.

Poznaje načine vođenja provedive sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege, po planu standarda gerijatrijske zdravstvene njege i druge dokumentacije. Poznaje koncept standarda gerijatrijske zdravstvene njege i stručni pravilnik izabranih teorija modela Roper/Juchli, identificira se istima, poznaje politike i procedure organizacije i djeluje u skladu s njima. Posjeduje znanja i ima sposobnosti rada u timu.

Prepoznaje i zna tražiti profesionalnu pomoć za poboljšanje komunikacije sa suradnicima i gerijatrijskim bolesnicima.

Poznaje stručne kriterije za pripremu aparata i pomagala potrebnih za provođenje gerijatrijske zdravstvene njege.

Poznaje i koristi (SOP) standardne operativne procedure.

Sukladno tim kompetencijama ovlaštena je samostalno planirati, ispunjavati i provoditi sestrinsku dokumentaciju prema planu gerijatrijske zdravstvene njege u slijedećim intervencijama.

2.1. Organizacija rada i razvoj

1	Dokumentira aktivnosti i intervencije u gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi	
2	Evidentira dijagnostičko terapijske postupke	
3	Evidentira utrošeni materijal	
4	Ispunjava obrasce gerijatrijske zdravstvene njege	
5	Bilježi neželjene događaje u gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi	
6	Sudjeluje u viziti gerijatrijske zdravstvene njege	
7	Kontrolira reanimacijska kolica sukladno protokolu	
8	Pravilno pohranjuje lijekove	
9	Provodi postupke održavanja pomagala, prostora i opreme	
10	Provjerava ispravnost i rok trajanja lijekova	
11	Koristi informatičku opremu prema dodijeljenom kodu	
12	Provodi unutarnji transport materijala	
13	Provodi unutarnji transport gerijatrijskih osiguranika	
14	Sudjeluje u vanjskom transportu gerijatrijskih osiguranika – po nalogu	
15	Po nalogu naručuje vanjski transport gerijatrijskih osiguranika	
16	Pohranjuje domsko rublje	
17	Bilježi potrošnju narkotika	
18	Pohranjuje sanitetski materijal	
19	Provjerava trajnost sanitetskog materijala	
20	Pohranjuje potrošni materijal	
21	Provjerava trajnost potrošnog materijala	
22	Pravilno pohranjuje lijekove	
23	Predaje dokumentaciju prilikom premještanja (korisnik, djelatnik, obitelj)	
24	Predaje i preuzima službu gerijatrijske zdravstvene njege	
25	Preuzima i predaje gerijatrijskog osiguranika osobne stvari	
26	Priprema i distribuira dijagnostički materijal	
27	Priprema i sudjeluje gerijatrijskog osiguranika za otpust i premješta	
28	Sudjeluje u Planiranom otpustu gerijatrijskog osiguranika	
29	Prima gerijatrijskog osiguranika na odjel	
30	Priprema postelju za prijem gerijatrijskog osiguranika	
31	Primjenjuje stručne kriterije za uporabu aparature i pomagala	
32	Sudjeluje u razvrstavanju gerijatrijskih osiguranika prema kategorizaciji ovisno o potrebama zdravstvenom njegovom	
33	Upoznaje gerijatrijskog osiguranika s okolinom i zaposlenicima u domu	
34	Sudjeluje na sastancima tima gerijatrijske zdravstvene njege	
35	Sudjeluje u kurativnom i preventivnom pregledu gerijatrijskog osiguranika	
36	Sudjeluje u razvoju i primjeni standardnih procedura gerijatrijske zdravstvene njege	
37	Sudjeluje u radu drugih stručnih službi-po nalogu	
38	Priprema gerijatrijskog osiguranika za dijagnostičke pretrage	
39	Sudjeluje u trijaži gerijatrijskoih osiguranika	
40	Uočava potrebe za gerijatrijskom zdravstvenom njegovom	*
41	Čuva i arhivira dokumentaciju gerijatrijske zdravstvene njege	*
42	Sudjeluje u uvođenju novih sestara srednje stručne spreme u posao	
43	Provodi gerijatrijsku zdravstvenu njegu po modelu Roper / Juchli 12. aktivnosti svakodnevnih životnih potreba po standardu procesa gerijatrijske zdravstvene njege Fiechter / Maier	
44	Provodi i djeluje u skladu s smjernicama za unapređenje kvalitete gerijatrijske zdravstvene njege	
45	Procjenjuje svoje znanje	
46	Pohađa predavanja trajne edukacije	

3. PREVENCIJA INFEKCIJA

Osnovna kompetencija

Poznaje preporuke Povjerenstva za sprečavanje intrahospitalnih infekcija. Posjeduje znanja koja se odnose na načine i putove prijenosa infekcija. Posjeduje znanja koja se odnose na načine sprječavanja prijenosa i suzbijanja infekcija. Zna primjenjivati zaštitnu opremu. Zna na ispravan način upotrebljavati sredstva za dezinfekciju i sprječavanje prijenosa infekcije. Posjeduje bazična znanja o zaraznim bolestima, uzročnicima zaraze i preventivnim cijepljenjima i testiranjima. Poznaje SOP u svezi izolacije.

Sukladno tim kompetencijama ovlaštena je samostalno, a prema SOP - u i Planu gerijatrijske zdravstvene njege, provoditi, sudjelovati ili pomagati u slijedećim intervencijama.

3.1. Prevencija infekcija

1	Pravilno odlaže kontaminirani materijal	
2	Uzima uzorke za mikrobiološke i druge pretrage	
3	Pravilno odlaže kontaminirani oštri materijal	
4	Koristi higijenska pomagala prema utvrđenim kriterijima	
5	Priprema gerijatrijskog osiguranika za kožna testiranja	
6	Priprema gerijatrijskog osiguranika za preventivna testiranja	
7	Stvara sigurne uvjete transporta i pohrane cjepiva	*
8	Provodi dezinfekciju aparature i pomagala prema SOP	
9	Provodi postupke dezinfekcije kože gerijatrijskog osiguranika prije invazivnih postupaka (primjene terapije)	
10	Provodi kupanje gerijatrijskog osiguranika antiseptičkim sredstvom	
11	Dezinficira medicinske instrumente prema SOP	
12	Dezinficira opremu, pribor i pomagala za višekratnu uporabu	
13	Dezinficira površine u neposrednoj bolesnikovoj okolini	
14	Postupa s bolničkim rubljem sukladno preporukama	
15	Sudjeluje u pripremama i provođenju odredbi u slučaju epidemije	*
16	Sudjeluje u pripremama i provođenju odredbi u slučaju povećanja bolničkih infekcija	
17	Sudjeluje u zbrinjavanju epidemioloških podataka	
18	Uspostavlja putove prijenosa čistih i nečistih materijala	
19	Provodi intervencije poštujući putove prijenosa čistih i nečistih materijala (prostor, oprema, pomagala)	
20	Osigurava aseptične uvjete tijekom asistencije za čišćenje operativnog polja – radi tehnikom nedoticanja	
21	Osigurava propisane standarde prozračivanja prostora	

4. PSIHIČKA I FIZIČKA PRIPREMA GERIJATRIJSKOG OSIGURANIKA ZA MEDICINSKO TEHNIČKE POSTUPKE

Osnovna kompetencija

Posjeduje bazična znanja iz komunikacije i motivacije. Poznaje i zna primijeniti standardizirane postupke gerijatrijske zdravstvene njege. Poznaje razinu svojih kompetencija. Poznaje SOP. Priprema pribor opremu i gerijatrijskog osiguranika za transport.

Sukladno tim kompetencijama ovlaštena je u timu, a prema SOP – u, standardiziranim postupcima i planu gerijatrijske zdravstvene njege, provoditi , sudjelovati ili pomagati u slijedećim intervencijama.

4.1. Psihička i fizička priprema gerijatrijskog osiguranika za medicinsko tehničke postupke

1	Sudjeluje u psihičkoj i fizičkoj pripremi gerijatrijskog osiguranika za pretrage izotopima	*
2	Sudjeluje u psihičkoj i fizičkoj pripremi gerijatrijskog osiguranika za bronhoskopiju	*
3	Sudjeluje u psihičkoj i fizičkoj pripremi gerijatrijskog osiguranika za cistoskopiju	*
4	Sudjeluje u psihičkoj i fizičkoj pripremi gerijatrijskog osiguranika za drenažu	*
5	Sudjeluje u psihičkoj i fizičkoj pripremi gerijatrijskog osiguranika za postavljanje intravenske kanile	*
6	Sudjeluje u psihičkoj i fizičkoj pripremi gerijatrijskog osiguranika za enteroskopiju	*
7	Sudjeluje u psihičkoj i fizičkoj pripremi gerijatrijskog osiguranika za ezofagoduodenoskopiju	*
8	Sudjeluje u psihičkoj i fizičkoj pripremi gerijatrijskog osiguranika za ezofagoskopiju	*
9	Sudjeluje u psihičkoj i fizičkoj pripremi gerijatrijskog osiguranika za hepatalnu punkciju	*
10	Sudjeluje u psihičkoj i fizičkoj pripremi gerijatrijskog osiguranika za izvantjelesno dробljenje bubrežnih kamena	*
11	Sudjeluje u psihičkoj i fizičkoj pripremi gerijatrijskog osiguranika za kemoterapiju	*
12	Sudjeluje u psihičkoj i fizičkoj pripremi gerijatrijskog osiguranika za kolonoskopiju	*
13	Sudjeluje u psihičkoj i fizičkoj pripremi gerijatrijskog osiguranika za CT pretrage	*
14	Sudjeluje u psihičkoj i fizičkoj pripremi gerijatrijskog osiguranika za lumbalnu punkciju	*
15	Sudjeluje u psihičkoj i fizičkoj pripremi gerijatrijskog osiguranika za premještaj i otpust	*
16	Sudjeluje u psihičkoj i fizičkoj pripremi gerijatrijskog osiguranika za operaciju	*
17	Sudjeluje u psihičkoj i fizičkoj pripremi gerijatrijskog osiguranika za pretrage debelog crijeva	*
18	Sudjeluje u psihičkoj i fizičkoj pripremi gerijatrijskog osiguranika za pretrage bubrega	*
19	Sudjeluje u psihičkoj i fizičkoj pripremi gerijatrijskog osiguranika za pretrage žilnog sustava	*
20	Sudjeluje u psihičkoj i fizičkoj pripremi gerijatrijskog osiguranika za pretrage tankog crijeva	*
21	Sudjeluje u psihičkoj i fizičkoj pripremi gerijatrijskog osiguranika za RTG pretrage	*
22	Sudjeluje u psihičkoj i fizičkoj pripremi gerijatrijskog osiguranika za rtg prsnog koša	*
23	Sudjeluje u psihičkoj i fizičkoj pripremi gerijatrijskog osiguranika za biopsiju probavnog trakta	*
24	Sudjeluje u psihičkoj i fizičkoj pripremi gerijatrijskog osiguranika za rektoskopiju	*
25	Sudjeluje u psihičkoj i fizičkoj pripremi gerijatrijskog osiguranika za radiološke pretrage	*
26	Sudjeluje u psihičkoj i fizičkoj pripremi gerijatrijskog osiguranika za sternalnu punkciju	*
27	Sudjeluje u psihičkoj i fizičkoj pripremi gerijatrijskog osiguranika za ultrazvučne pretrage	*
28	Sudjeluje u psihičkoj i fizičkoj pripremi gerijatrijskog osiguranika za uvođenje nazogastrične sonde	*
29	Sudjeluje u psihičkoj i fizičkoj pripremi gerijatrijskog osiguranika za pregled i laserski zahvat	*
30	Sudjeluje u psihičkoj i fizičkoj pripremi gerijatrijskog osiguranika za liječenje brahioterapijom	*
31	Sudjeluje u psihičkoj i fizičkoj pripremi gerijatrijskog osiguranika za aplikaciju radioaktivnih tvari	*
32	Sudjeluje u psihičkoj i fizičkoj pripremi gerijatrijskog osiguranika za implantaciju	*
33	Sudjeluje u psihičkoj i fizičkoj pripremi gerijatrijskog osiguranika za hemodijalizu	*

5. PRIPREMANJE I PRIMJENA LIJEKOVA

Osnovna kompetencija

Posjeduje bazična znanja iz anatomije i fiziologije tijela.

Posjeduje znanja koja se odnose na održavanje života. Prepoznaje anafilaksiju.

Poznaje vrste i oblike lijekova i opća pravila u primjeni lijekova. Posjeduje znanja o pravilnoj primjeni lijekova. Prepoznaje očekivano djelovanje i negativne efekte lijekova. Posjeduje praktične vještine u izvođenju pripreme i aplikacije lijekova. Poznaje pozitivne zakonske odredbe o primjeni i korištenju lijekova.

Sukladno tim kompetencijama ovlaštena je samostalno, prema pisanoj i potpisanoj odredbi liječnika i planu gerijatrijske zdravstvene njege, provoditi, sudjelovati ili pomagati u slijedećim intervencijama.

5.1. Pripremanje i primjena lijekova

1	Dokumentira aplikaciju lijekova	
2	Dokumentira neželjene učinke lijekova	
3	Dokumentira uporabu narkotika	
4	Priprema gerijatr. osiguranika za primjenu lijekova	
5	Priprema lijekova za primjenu lijekova za primjenu peroralnih i parenteralnih infuzija	
6	Upoznaje o mogućim nuspojavama lijeka	*
7	Po nalogu- mijenja terapiju na infuzijskoj pumpi	
8	Nadzire gerijatrijskog osiguranika tijekom infuzijske primjene lijeka /uz NAZOČNOST liječnika/	*
9	Nadzire gerijatrijskog osiguranika tijekom uzimanja lijekova	*
10	Sudjeluje u procjeni gerijatrijskog osiguranika sposobnosti samostalnog uzimanja lijekova	
11	Promatra gerijatrijskog osiguranika tijekom i nakon aplikacije lijeka	
12	Provjerava ubodna mjesta	
13	Pomaže gerijatrijskom osiguraniku prilikom uzimanja lijekova	
14	Prepoznaje neželjene učinke lijekova i izvještava o njima	
15	Prepoznaje anafilaktički šok ,sudjelovanje u intervencijama	
16	Poznavanje načina procjene boli ,verbalne i neverbalne manifestacije boli, primjena farmakoloških i nefarmakoloških metoda suzbijanja boli u skladu s djelokrugom rada te prema pisanoj uputi liječnika	
17	Edukacija gerijatrijskog bolesnika i članova obitelji suzbijanja i liječenja boli u skladu djelokruga rada.	*
18	Priprema i primjenjuje lijekove peroralno	
19	Priprema i primjenjuje lijekove supkutano	
20	Priprema i primjenjuje lijekove intrakutano	
21	Priprema i primjenjuje lijekove imtramuskularno, priprema i primjena uz nadzor intravenozno uz nadzor gerij. sestre, bacc.med techn. i uz liječnika	
22	Priprema i primjenjuje lijekove vaginalno	
23	Priprema i primjenjuje lijekove rektalno	
24	Priprema i primjenjuje lijekove lokalno na kožu i vlasište	
25	Priprema i primjenjuje kapi, masti kontrastna sredstva u oko	
26	Priprema i primjenjuje hladne i tople obloge na oko	
27	Priprema i primjenjuje kapi i masti u uho;	
28	Priprema i asistira pri postupku ispiranja uha	
29	Priprema i primjenjuje lijekove na sluznice	
30	Priprema i primjenjuje lijekove brzog djelovanja po pisanom nalogu i uz nadzor LIJEČNIKA	*
31	Priprema i primjenjuje lijekove putem inhalacija	*
32	Priprema i primjenjuje LIJEKOVE KISIKOM NA OKSIGENATOR/uz nadzor lijekove u mokraćni mjehur putem urinarnog katetera/	*
33	Priprema i primjenjuje lijekove putem gastrostome	*
34	Izračunava količinu i koncentraciju lijeka u okviru zdravstvenog tima-po nalogu	*
35	Djeluje u okviru tima na uklanjanju nuspojava lijekova –po nalogu LIJEČNIKA	*

6. SPECIFIČNI DIJAGNOSTIČKO TERAPIJSKI POSTUPCI

Osnovna kompetencija

Posjeduje znanja i vještine postupaka koje izvodi u timu. Poznaje moguće komplikacije medicinsko tehničkih postupaka i osposobljena je u okviru tima sudjelovati u njihovom sprečavanju i zbrinjavanju. Posjeduje znanje i vještine izvođenja standardiziranih postupaka u gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi. Poznaje aparate i njihovu svrhu, način primjene, te sredstva, pribor i materijale potrebne za izvođenje postupaka i zna ih upotrebljavati do razine svoje odgovornosti. Poznaje preporuke proizvođača o održavanju i čuvanju aparata koji se koriste u dijagnostičke i terapijske svrhe. priprema pribora, materijala, gerijatrijskog osiguranika, asistiranje, kod postupka, zbrinjavanje gerijatrijskog bolesnika nakon pregleda

Poznaje zakon o pravima gerijatrijskog osiguranika i djeluje u skladu zakonskih odredbi.

Sukladno tim kompetencijama ovlaštena je u timu, po pisanoj odredbi liječnika i planu gerijatrijske zdravstvene njege, provoditi, sudjelovati ili pomagati u slijedećim intervencijama.

6. Specifični dijagnostičko terapijski postupci

1	Procjenjuje razinu bola koristeći skale	*
2	Dokumentira stupanj bola	
3	Pomaže u imobilizaciji kralježnice korisnikai odraslih uz pomoć pomagala	*
4	Imobilizira kralježnicu pomoću vakuumnog jastuka	*
5	Poznaje indikaciju, način primjene i postavlja gerijatrijskog bolesnika na dugu dasku sa bočnim fiksatorima glave uz upotrebu remena za fiksaciju tijela	*
6	Primjenjuje vještinu okretanja gerijatrijskog osiguranika u liniji	
		*
7	Poznaje indikaciju, način primjene, određuje veličinu i postavlja ovratnik	*
8	Poznaje indikaciju, način primjene i postavlja udloge (Kramerove, ...)	*
9	Namješta gerijatrijskog bolesnika za ekstenziju	*
		*
10	Kontrolira, po nalogu, prohodnost perifernog venskog puta	*
11	Kontrolira -po nalogu -ubodno mjesto centralnog venskog katetera uz nazočnost liječnika	
12	Mijenja,po nalogu, infuzijske sisteme	
13	Priprema gerijatrijskog osiguranika Mijenja, po nalogu, gotove infuzijske otopine uz nazočnost liječnika)	
14	Odstranjuje , po nalogu, infuzijsku otopinu i sistem	
15	Mijenja čep intravenske kanile	
16	Mjeri i evidentira opseg drugih dijelova tijela	
17	Mjeri i evidentira opseg nogu i ruku	
18	Mjeri i evidentira puls	
19	Mjeri i evidentira tjelesnu masu/težinu	
20	Mjeri i evidentira tjelesnu visinu	
21	Mjeri i evidentira krvni tlak	
22	Mjeri i evidentira disanje	
23	Nadzire vitalne funkcije pomoću monitora (poznaje hemodinamski monitor, načine monitoriranja, funkcije, pripadajući pribor, kablove i konekcije i nadzire vitalne funkcije)	*
24	Procjenjuje rizik oštećenja kože zbog pritiska koristeći Braden skalu	*
25	Otvara sterilne setove tehnikom nedoticanja	*
26	Odstranjuje intravensku kanilu	
27	Uzima bris nosa, ždrijela, oka, uha	
28	Uzima bris rane za pretrage	
29	Uzima povraćeni sadržaj za pretrage	
30	Uzima krv iz vene	
31	Uzima krv iz prsta	
32	Uzima urin za pretrage po metodi običnog mokrenja	
33	Uzima urin za pretrage jednokratnom kateterizacijom	
34	Uzima urin iz trajnog katetera za pretrage – beziglenim i iglenim pristupom	
35	Uzima uzorak stolice za pretrage	
36	Uzima analni otisak za pretrage	
37	Uzima iskašljaj za pretrage	
38	Opaža i evidentira stanje svijesti (koristeći se ocjenskim ljestvicama – GCS, AVPU)	*
39	Opaža i evidentira izgled zjenica	*
40	Održava prohodnost perifeme venske kanile	
41	Održava, po nalogu, prohodnost centralne venske kanile	*
42	Previja čistu ranu	*
43	Pomaže u previjanju drena	*
44	Sudjeluje u previjanju fistule	*
45	Sudjeluje u previjanju kronične rane i odabiru obloge	*
46	Sudjeluje u previjanju nečiste rane	
47	Sudjeluje u previjanju kože s radiodermatitisom	*

48	Sudjeluje u previjanju oštećenja tkiva nastalog pritiskom	*
49	Sudjeluje kod drugih radioloških, ultrazvučnih dijagnostičkih pretraga	*
50	Snima 12 kanalni elektrokardiogram	*
51	Poznaje algoritam naprednih postupaka održavanja života (ALS) i asistira prilikom provođenja postupaka	*
52	Sudjeluje kod izvođenja ekstubacije	*
		*
53	Sudjeluje kod izvođenja ispiranja uha	*
54	Sudjeluje kod uzimanja brisova, tekućina, tkiva i organa	
55	Sudjeluje kod izvođenja ispiranja rana	*
56	Sudjeluje kod izvođenja pleuralne punkcije	*
57	Priprema i Sudjeluje u previjanju rana, suhe čiste rane;	
58	Priprema i Sudjeluje u previjanju vlažne inficirane rane	
59	Priprema i Sudjeluje u ispiranju rane	
60	Priprema i sudjelovanje u previjanju opekline	
61	Postupci s oblozima i previjima	
62	Postupak s otvorenim drenažnim sustavima	
63	Njega i previjanje stoma	
64	Postupanje s drenovima	
65	Sudjeluje kod izvođenja radioloških pretraga	
66	Priprema pacijenta, opremu i sudjeluje u bolničkom i međubolničkom transportu	*
67	Sudjeluje kod uvođenja centralnog venskog katetera (priprema potreban pribor, asistira pri uvođenju centralnog venskog katetera)-po nalogu	*
68	Sudjeluje kod uvođenja nazogastrične sonde	*
69	Sudjeluje kod izvođenja UZV pretraga-namješta i priprema pacijenta	
70	Sudjeluje kod izvođenja gastroskopije	*
77	Sudjeluje kod postavljanja slušnog aparata	
78	Sudjeluje u izvođenju preventivnih cijepljenja	
79	Sudjeluje u izvođenju mjerenja očnog tlaka	*
80	Namješta očni povež	
81	Namješta zaštitne naočale	
82	Sudjeluje u pripremi, odstranjuje i čisti očnu protežu	*
		*
83	Priprema korisnika i sudjeluje u ultrazvučnim pretragama oka	
84	Priprema korisnika na pregled visusa i fundusa	
85	Vodi slijepoga i slabovidnoga korisnika	
86	Polaže korisnika na stol za pregled	
87	Premješta korisnika s stola poslije pregleda	
88	Poznaje važnost upotrebe i način korištenja zaštitne odjeće	
89	Uzima uzorke krvi za laboratorijske i transfuzijske pretrage	*
90	Priprema plazmu za aplikaciju-po nalogu	*
91	Pohranjuje krv i krvne pripravke-po nalogu	*
		*
		*
92	Priprema krv za siguran transport	*
93	Uči pacijenta očuvanju žilnog sustava kod kuće	*
94	Poznaje moguće komplikacije (hipotenzija, grčevi, plućni edem, zastoj srca) i sudjeluje u zbrinjavanju kod pojave istih-po nalogu	*
95	Priprema pacijenta za ispiranje uha	*
96	Sudjeluje u tamponadi nosa	*
97	Sudjeluje u odstranjenju tamponade iz uha i nosa	*
98	Priprema gerijatrijskog osiguranika za aplikaciju lijeka u slušni kanal	*

7. STERILIZACIJA

Osnovna kompetencija:

Posjeduje znanja o svim oblicima sterilizacije, održavanja aparata za sterilizaciju, pripreme pribora i materijala za sterilizaciju. Posjeduje znanja o načinu kontrole ispravnosti aparature.

1	Provodi mehaničko čišćenje instrumenata	
2	Dokumentira provođenje svih oblika dezinfekcije	
3	Dokumentira sve sterilizacijske postupke	
4	Dokumentira oštećenja instrumenata nastala tijekom sterilizacije	
5	Dokumentira primanje i izdavanje sterilnih i nesterilnih materijala	
6	Dokumentira servisiranje aparature	
7	Zaprima i razvrstava uporabljeni i kontaminirani materijal	
8	Priprema materijale za sterilizaciju ovisno o vrsti sterilizacije	
9	Izvodi sterilizaciju prema odabranom programu, ovisno o materijalima	
10	Provodi kemijsko i fizičko čišćenje materijala za sterilizaciju	
11	Provjerava ispravnost posuda za sterilizaciju	*
12	Provjerava stanje i ispravnost instrumenata za sterilizaciju	*
13	Kontrolira čistoću instrumenata po završenom pranju	
14	Nadzire tijek i valjanost sterilizacije	*
15	Kontrolira valjanost i datum sterilizacije	
16	Puni sterilizator	
17	Prazni sterilizator po završenoj sterilizaciji	
18	Priprema materijal za odvoz iz sterilizacije	
19	Priprema aparaturu za početak sterilizacije	*
20	Proštrcava i suši šuplje instrumente	
21	Vodi evidenciju sterilizacije	

Opaska:

PDE * = potrebna je dodatna edukacija

Sudjelovanje = izvođenje intervencije unutar tima

Po odredbi=pisani nalog liječnika ili prvostupnice unutar plana zdravstvene njege

Korišteni izvori:

1. ICN kompetencije medicinskih sestara, (ICN on Nursing and Development 2005.)
2. Zakon o sestrinstvu; Narodne novine 121/03.
3. HKMS - Djelokrug rada i područje odgovornosti medicinske sestre koja ima Odobrenje za rad na temelju upisa u Registar (medicinska sestra/ medicinski tehničar sa završenom srednjom školom za medicinske sestre u bolničkoj skrbi) temeljem članka 14. Zakona o sestrinstvu ("Narodne novine" broj 121/03)
4. Etički kodeks medicinskih sestara; HKMS, 2005.
5. Nastavni program srednjih medicinskih škola 2010. godine
6. Osnove sestrijskih kompetencija izradilo Stručno vijeće HKMS s Predsjednicom Slava Šepec, dipl. ms
7. Centar za gerontologiju ZIJZ „Dr A.Štampar“

11. KOMPETENCIJE PRVOSTUPNICE SESTRINSTVA

bacc. med .techn. u gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi

**Dragica Šimunec, bacc.med.techn., Slavica Šepec, dipl.med.techn.,
Marica Lukić, dipl.med.techn., Ana Deucht, bacc.med.techn.
Mara Županić, dipl.med.techn.**

Kompetencije vezane uz stručne vrijednosti i ulogu prvostupnice sestrinstva:

1. Sposobnost provođenja gerijatrijske zdravstvene njege u kontekstu profesionalnog i etičkog kodeksa, sukladno aktima regulacijskih tijela i zakonskim aktima, prepoznajući moralne/etičke dileme i pitanja i odgovarajući na njih u svakodnevnoj praksi.
2. Sposobnost provođenja gerijatrijske zdravstvene njege na holistički, tolerantan, neosuđujući, brižan i osjetljiv način, osiguravajući da prava, vjerovanja i želje različitih korisnika/ bolesnika i grupa nisu ugrožena.
3. Sposobnost podučavanja, olakšavanja, podržavanja zdravlja, dobrobiti i udobnosti korisnika/bolesnika, zajednica i grupa na čije živote utječu bolest, nevolja, invalidnost ili smrt.
4. Svijest o različitim ulogama, odgovornostima i funkcijama medicinskih sestara.
5. Sposobnost prilagođavanja svoje uloge radi učinkovitog odgovaranja na potrebe korisnika/ bolesnika.
6. Sposobnost prihvaćanja odgovornosti za vlastiti profesionalni razvoj i učenje, upotrebljavajući evaluaciju kao način odražavanja i unaprijeđivanja djelovanja i podizanja kvalitete pružanja usluge.

Kompetencije vezane uz sestrinsku praksu gerijatrijske zdravstvene njege i donošenje odluka

7. Sposobnost donošenja sveobuhvatnih i sustavnih procjena koristeći alate/ okvire koji odgovaraju korisniku/ bolesniku uzimajući u obzir relevantne fizičke, socijalne, kulturne, psihološke, duhovne faktore i faktore okruženja.
8. Sposobnost prepoznavanja i tumačenja znakova normalnog i promijenjenog zdravlja, bolesti, nevolje ili invalidnosti kod korisnika /bolesnika (procjena/ dijagnoza).

9. Sposobnost odgovaranja na potrebe korisnika/ bolesnika planirajući, pružajući i evaluirajući odgovarajuće i individualizirane programe njege radeći u suradnji s korisnikom/bolesnikom, njegovom obitelji , skrbnikom , drugim zdravstvenim i socijalnim radnicima.
10. Sposobnost kritičkog preispitivanja, evaluiranja, tumačenja i sinteze raznih informacija i izbora podataka u svrhu olakšavanja korisnikovog /bolesnikovog izbora.
11. Sposobnost donošenja valjanih stručnih prosudbi kako bi se osiguralo poštivanje standarda kvalitete i provođenje prakse utemeljene na činjenicama.

Sposobnost odgovarajuće upotrebe raspona sestrinskih vještina, intervencija/ aktivnosti kako bi se pružila optimalna gerijatrijska njega

12. Sposobnost održavanja digniteta korisnika/bolesnika, zagovaranja i povjerljivosti (upotrebljavajući sestrinske vještine, intervencije/aktivnosti u pružanju optimalne njege).
13. Sposobnost provođenja načela zdravlja i sigurnosti, uključujući premještanje i obradu, kontrolu infekcije, temeljnu prvu pomoć i hitne procedure (upotrebljavajući sestrinske vještine, intervencije/aktivnosti u pružanju optimalne gerijatrijske njege).
14. Sposobnost sigurnog davanja lijekova i drugih terapija (upotrebljavajući sestrinske vještine, intervencije/aktivnosti u pružanju optimalne njege).
15. Sposobnost uzimanja u obzir emocionalne, fizičke i osobne njege, uključujući odgovaranje na potrebe za udobnošću, hranjenjem, osobnom higijenom, omogućujući korisniku/bolesniku u obavljanju aktivnosti potrebnih za svakodnevni život (upotrebljavajući sestrinske vještine, intervencije/aktivnosti u pružanju optimalne njege).
16. Sposobnost odgovaranja na osobne potrebe kroz životna iskustva i iskustva zdravih/bolesnih, npr. bol, životni izbori, preispitivanje, invalidnost, umiranje (upotrebljavajući sestrinske vještine, intervencije/aktivnosti u pružanju optimalne njege).
17. Sposobnost informiranja, educiranja i nadgledanja korisnika/ bolesnika, njihovih obitelji i skrbnika (upotrebljavajući sestrinske vještine, intervencije/aktivnosti u pružanju optimalne njege).

Znanje i spoznajne kompetencije

18. Znanje o i sposobnost primjene teorije sestinstva i sestrinske prakse.
19. Znanje o i sposobnost primjene prirodnih znanosti i znanosti o životu.
20. Znanje o i sposobnost primjene društvenih, zdravstvenih i bihevioralnih znanosti.

21. Znanje o i sposobnost primjene etike, zakona i humanisitičkih znanosti.
22. Znanje o i sposobnost primjene tehnologije i informatike u sestrinstvu.
23. Znanje o i sposobnost primjene međunarodne i nacionalne politike.
24. Znanje o i sposobnost primjene rješavanja problema i donošenja odluka.
25. Znanje o i sposobnost primjene načela istraživanja.

Komunikacija i međuljudske kompetencije (uključujući tehnologiju za komunikaciju)

26. Sposobnost učinkovitog komuniciranja (uključujući upotrebu tehnologije) s koresnicima/bolesnicima, obiteljima i društvenim grupama, uključujući one s poteškoćama u komunikaciji.
27. Omogućiti korisnicima/bolesnicima i njihovim obiteljima ili skrbnicima da izraze svoju zabrinutost i primjereno odgovoriti, npr. emocionalno, društveno, psihološki, duhovno ili fizički
28. Sposobnost odgovarajućeg prikazivanja iz korisnikove /bolesnikove perspektive i djelovanja kako bi se spriječila zloupotreba.
29. Sposobnost pravilne upotrebe savjetodavnih vještina (komunikacijske tehnike za promoviranje dobrobiti korisnika/ bolenika).
30. Sposobnost prepoznavanja rizičnog ponašanja.
31. Sposobnost prepoznavanja mentalnih poremećaja.
32. Sposobnost davanja emocionalne potpore.
33. Sposobnost točnog izvješćivanja, bilježenja, dokumentiranja i upućivanja koristeći odgovarajuće tehnologije (komunikacijske tehnike za promoviranje dobrobiti korisnika/bolesnika).
34. Sposobnost podjela uloga unutar interdisciplinarnog zdravstvenog tima.
35. Sposobnost vođenja i koordiniranja tima za provođenje gerijatrijske zdravstvene njege, sposobnost delegiranja.
36. Sposobnost koordiniranja pomoćnim osobljem, određivanje prioriteta i upravljanje vremenom, poštujući standarde kvalitete.
37. Sposobnost procjene rizika i aktivnog promicanja dobrobiti i sigurnosti svih suradnika u radnom okruženju (uključujući sebe same).
38. Kritički pristup provođenju evaluacije gerijatrijske zdravstvene njege sukladno važećim standardima kvalitete.
39. Sposobnost podučavanja, pružanja podrške i nadzora učenicima i studentima sestrinstva.
40. Svijest o financijskim mogućnostima socijalno-zdravstvenog sustava i čuvanje imovine i digniteta socijalno-zdravstvene ustanove i savjesno korištenje opreme i pribora.

12. GERONTOLOŠKO-HIGIJENSKE NORME U DOMOVIMA ZA STARIJE U AUSTRIJI

Dr.Gina Sigl,

voditeljica Odjela za inspekciju i higijenu

Zavoda za ispitivanje prehrambenih proizvoda Grada Beča - MA 28

Sigurnost prehrambenih proizvoda kroz suradnju - briga o higijeni Kuratorija Bečkih stambenih kuća za umirovljenike (BSKU) od strane Instituta za ispitivanje prehrambenih proizvoda Grada Beča

Bečke stambene kuće za umirovljenike

Povijest:

Odluka Bečkog općinskog vijeća o gradnji umirovljeničkih domova u Beču donesena je 7. listopada 1960. Gradnja prve stambene kuće počela je još 1961. Za koncepciju i projektiranje tadašnjih „umirovljeničkih domova“ angažiran je Kuratorij koji je 1996. preimenovan u Kuratorij Bečkih stambenih kuća za umirovljenike.

Cilj je bio starijim Bečankama i Bečanima pružiti dom u kojem mogu živjeti u društvu drugih starijih osoba oslobođeni od često mučnih svakodnevnih poslova.

Od tada je izgrađena ukupno 31 stambena kuća za umirovljenike s ponudom od gotovo 8000 apartmana i više od 1600 kreveta za nemoćne osobe.

U posljednje vrijeme stambene kuće za umirovljenike idu takozvanim novim putovima: briga o 10-ak umirovljenika u jednoj stambenoj zajednici gdje se pruža osjećaj doma. Umirovljenici sami oblikuju svoj dan, a oni vitalniji pomažu u svakodnevnim poslovima.

S rastućim očekivanim životnim vijekom od 83,7 u žena te 77,6 godina u muškaraca, očita je potreba za takvim ustanovama. Ona postaje sve očitija i ni izdaleka nije zadovoljena.

Općenito o Kuratoriju:

Kuratorij Bečkih stambenih kuća za umirovljenike neprofitni je fond koji sam sobom upravlja. Ova ustanova služi za brigu o bečkim umirovljenicima i potpomognuta je sredstvima Grada Beča.

Riječ je o ustanovi za skrb o starijim osobama na različitim lokacijama u Beču. U gotovo svakoj nastanjenoj bečkoj gradskoj četvrti izgrađena je jedna ili dvije kuće. U 2000. broj kuća narastao je na 31. U svakoj kući u prosjeku živi između 300 i 400 starijih osoba. U kućama Kuratorija živi sveukupno 10.000 starijih osoba s prosječnom životnom dobi od 89 godina (vidi tablicu I).

BSKU, broj stanovnica po razredu starosti

Razred starosti	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	>100	Ukupno
muški	1	20	60	69	228	437	447	190	91	4	1.547
ženski	4	22	116	242	711	1.859	2.698	1.073	476	63	7.264
Ukupno	5	42	176	311	939	2.296	3.145	1.263	567	67	8.811

Prosječna životna dob: godina

Tablica 1: BSKU statistika: stanje od 31. 12. 2009.

O starijim osobama svakodnevno brine 3000 suradnika. Svaka kuća ima jednosobne ili dvosobne apartmane te dva odjela za slabe i nemoćne s oko 50 kreveta. Osim toga, raspolaže bogatom ponudom umreženih stručnih područja (vidi dolje) te kuhinjom koja starije osobe i suradnike, a odnedavno i goste, opskrbljuje svježje pripremljenim obrocima.

Svaki odjel za slabe i nemoćne raspolaže „čajnom kuhinjom“ za pripremu brzih jela i toplih napitaka.

U terapijske svrhe postavljene su male jedinice za kuhanje u kojima umirovljenici mogu sami kuhati pod nadzorom stručnih suradnika.

U središnjim se kuhinjama priprema više vrsta jela. Uzimaju se u obzir želje umirovljenika, pa i one vezane uz dijete poput dijetalne hrane i hrane za dijabetičare. Dijetetsko obrazovanje kuhara kriterij je pri odabiru suradnika u kuhinji.

Hrana se u restoranu nudi u obliku bifea (vidi sliku 2). Na izboru su najmanje 4 glavna jela, nekoliko juha, nekoliko priloga, salate i deserti. I svježe voće, povrće i pića svakodnevno stoje na raspolaganju. Na odjelima za slabe i nemoćne jela se nude na isti način. Prema želji, moguće je jelo poslužiti i u apartmanu.

Organizacija:

Kuratorij je podijeljen na:

- infrastrukturu, informacijsku i komunikacijsku tehnologiju, nabavu, *controlling*, marketing i komunikaciju te brigu o klijentima. Centrala je ujedno i sjedište Uprave.

Kontaktne osobe za klijentice i klijente prije svega su članovi Uprave stambenih kuća i Uprave klijenata. Ondje se mogu dobiti informacije o ponudama za stanovanje u pojedinim kućama, uvjetima za predbilježbu, „pokusno stanovanje“ i odgovori na financijska pitanja.

Suradnja sa Zavodom za ispitivanje prehrambenih proizvoda Grada Beča:

U poduzeću Kuratorij svakodnevno se priprema ukupno oko 13.000 porcija za ručak, oko 10.000 porcija za doručak i 10.000 porcija za večeru. To od suradnika Kuratorija Bečkih stambenih kuća za umirovljenike zahtijeva golem organizatorski, logistički i nabavno-tehnički trud. Sve veći zakonski zahtjevi, kao i oni iz područja higijene, moraju se strogo poštivati u ovakvom poduzeću i predstavljaju poseban izazov. Pojavila se potreba za stručnjacima za potporu u ispunjenju tih zahtjeva. Tako je početkom 1990. godine nastala suradnja između Zavoda za ispitivanje prehrambenih proizvoda Grada Beča i Kuratorija Bečkih stambenih kuća za umirovljenike.

U Kuratoriju se nude sljedeće usluge:

- nenajavljeni obilazak, uključujući skladišta, područja za isporuku, pranje posuđa, dostavu i podjelu hrane, sanitarna područja i svlačionice te zbrinjavanje otpada svih kuhinja dva puta godišnje
- pismeni izvještaji te izrada elaborata o svakom obilasku
- ispitivanje najmanje 100 uzoraka prehrambenih proizvoda godišnje
- uzimanje uzoraka vode i mikrobiološko ispitivanje
- provjera dezinfekcijskih mjera i mjera čišćenja u svakoj kuhinji dva puta godišnje
- mjerenje količine klica u zraku u svakom pogonu jedanput godišnje
- izrada i predočenje higijenskih standarda
- nadzor nad Dobrom higijenskom praksom (DHP) i implementacija dokumentacije o DHP-u
- implementacija sustava HACCP i izrada priručnika HACCP
- kontrola realizacije i primjene sustava HACCP

- upravljanje krizom na području higijene u kriznim situacijama
- pružanje informacija vezanih uz higijenu prehrambenih proizvoda i pravo (zakoni, uredbе, odredbe, kodeks, norme itd.)
- provjera dobavljača i pružanje pomoći pri odabiru dobavljača
- savjetovanje i pružanje pomoći pri odabiru uređaja, strojeva te sredstava za čišćenje i dezinfekciju
- savjetovanje timova za higijenu Kuratorija
- savjetovanje Kuratorija i arhitekta kojeg je angažirao Kuratorij za preuređenje i izgradnju novog pogona (ocjenjivanje arhitektonskog projekta)
- obuka o higijeni i treniranje osoblja te provjera znanja

Funkcija i savjetovanje Odjela za higijenu u odnosu na sigurnost prehrambenih proizvoda u Kuratoriju Bečkih stambenih kuća za umirovljenike

Higijenske kontrole

Kontrole se temelje na europskim i državnim te međunarodnim normama:

Propis o prehrambenim proizvodima Europske Unije:

Uredba (EZ) br. 178/2002; 852/2004; 853/2004; 854/2004; 882/2004.

- Uredba (EZ) br. 178/2002 – osnovna uredba sadrži u potpunosti važne odredbe i definicije za područje sigurnosti prehrambenih proizvoda.
- Uredba (EZ) br. 852/2004 - „Uredba o higijeni prehrambenih proizvoda”
- Uredba (EZ) br. 853/2004 - „Uredba o higijeni proizvoda životinjskog podrijetla”
- Uredba (EZ) br. 854/2004 - „Uredba o službenim kontrolama proizvoda životinjskog podrijetla namijenjenih prehrani ljudi“
- Uredba (EZ) br. 882/2004 - „Uredba o službenim kontrolama radi verifikacije provođenja Zakona o hrani i hrani za životinje te propisa o zdravlju i zaštiti životinja”

Austrijsko pravo:

LMSVG 2005 – „*Zakon o sigurnosti prehrambenih proizvoda i zaštiti potrošača*”

Čitav niz uredbi, smjernice, odredbe, nalozi, norme, orijentacijske vrijednosti, WHO Codex Alimentarius Austriacus

npr. *“Smjernice za higijenu u velikim kuhinjama, kuhinjama zdravstva i usporedive ustanove sa zajedničkom opskrbom hranom”*

Higijenske inspekcije provode se dvaput godišnje u svakom pogonu. Ti se obilasci izvršavaju nenajavljeno. Suradnici Referade za higijenu kreću neposredno nakon početka radnog vremena kako bi se ocijenila i radna higijena i higijena osoblja određenog pogona. Inspekcija se vrši u nazočnosti suradnika Bečkih stambenih kuća za umirovljenike zaduženog za pogon. Suradnik Bečkih stambenih kuća za umirovljenike ispunjava vlastiti zapisnik o obilasku u obliku kontrolnog popisa koji obuhvaća isključivo građevinske nedostatke. Taj je popis namijenjen Tehničkoj upravi Kuratorija. Tehnička uprava isti dan faksom prima zapisnik o obilasku. Brz protok informacija važan je kako bi se u hitnom slučaju moglo odmah reagirati.

Pri svakom obilasku suradnik za higijenu također sastavlja opsežan zapisnik o obilasku. Isti obuhvaća ocjenu objekta i opreme, higijenu dostave i skladištenja, higijenu izrade i rada, osoblja, posuđa, zbrinjavanja otpada, predispozicije i higijenu sanitarnih područja te svlačionica, opskrbu hranom i podjelu jela.

U sklopu inspekcije kuhinje provodi se mjerenje količine klica u zraku. Osim toga, pomoću mikrobioloških indikatora za testiranje površina uzimaju se uzorci s površina, kao što su radne površine, posuđe, strojevi i uređaji, te s ruku zaposlenika. K tomu, uzimaju se uzorci prehrambenih proizvoda i vode.

Rezultate svih ispitivanja i nalaza komentiraju stručnjaci i oni ulaze u konačni elaborat. Nalaz s elaboratom dostavlja se Upravi Kuratorija Bečkih stambenih kuća za umirovljenike radi daljeg postupka.

Mikrobiološke kontrole površina

Mikrobiološka kontrola površine vrši se u svakoj kuhinji i za svakog obilaska pomoću indikatora klica biotestom Hycon. Za svako mjesto koriste se tri seta indikatora. Za ukupan broj klica, za koliformne klice te kvasce i plijesan.

Mikrobiološka kontrola površine, primjer pojedinačnog nalaza:

Ispitana površina po otisku: 25 cm²

Broj klica prikazan je kao jedinica koja tvori koloniju JTK/dm² (odnosno po 100 cm² površine)

mjesto uzimanja uzorka	koliformne	ukupan broj	kvasci	plijesan
	klice	klica		
1. bijelo posuđe, veliki tanjur	0	0	0	0
2. crno posuđe, GN 1/1	0	4	0	0
3. mjesto za obradu peradi	0	16	0	0

Tablica 2: Pojedinačni nalaz, odličan rezultat

Broj je klica prikazan kao jedinica koja tvori koloniju (JTK) po dm²

0 JTK = tražena vrsta klica nije dokaziva

do 40 JTK = slabi porast klica

do 400 JTK = srednji porast klica

iznad 400 JTK = visok porast klica

R = brzinski porast (nije moguće prebrojati, ploča preplavljena klicama)

n. a. = nije moguće analizirati (uzrok:.....)

Rezultati mikrobiološke kontrole površine tijekom radnog vremena/ analiza svih 30 kuća 2002. godine:

koliformne klice	0	do 40	do 400	iznad 400	R	pro-sjek
bijelo posuđe crno posuđe mjesto za obradu peradi	30	0	0	0	0	0

Ukupan broj klica	0	do 40	do 400	iznad 400	R	pro-sjek

bijelo posuđe	13	12	5	0	0	24
crno posuđe	6	12	6	5	n.a	85,2
mjesto za obradu peradi	6	16	6	2	0	298

Kvasac	0	do 40	do 400	iznad 400	R	prosjek
bijelo posuđe	30	0	0	0	0	0
crno posuđe	29	1	0	0	0	0,1
mjesto za obradu peradi	30	0	0	0	0	0

Plijesan	0	do 40	do 400	iznad 400	R	prosjek
bijelo posuđe	28	1	1	0	0	1,8
crno posuđe	21	6	3	0	0	34,4
mjesto za obradu peradi	24	5	2	0	0	15,7

Tablica 3: Rezultati mikrobioloških istraživanja 2002. s tri odabrana mjesta (bijelo posuđe, mjesto za obradu peradi i crno posuđe)

Rezultati mikrobiološke kontrole površine prije radnog vremena/analiza 2009. godine:

Koliformne klice	0	do 40	do 400	iznad 400	R	prosjek
bijelo posuđe crno posuđe mjesto za obradu peradi	30	0	0	0	0	0

Ukupan broj klica	0	do 40	do 400	iznad 400	R	pro-sjek
bijelo posuđe	21	9	0	0	0	2,2
crno posuđe	18	10	2	0	0	11
mjesto za obradu peradi	15	12	2	1	0	23,3

Kvasac	0	do 40	do 400	iznad 400	R	pro-sjek
bijelo posuđe	30	0	0	0	0	0
crno posuđe	30	0	0	0	0	0
mjesto za obradu peradi	30	0	0	0	0	0

Plijesan	0	do 40	do 400	iznad 400	R	pro-sjek
bijelo posuđe	29	1	0	0	0	0,4
crno posuđe	28	2	0	0	0	3,8
mjesto za obradu peradi	15	12	2	1	0	13,3

Tablica 4: Rezultati mikrobioloških istraživanja 2005. s tri odabrana mjesta (bijelo posuđe, mjesto za obradu peradi i crno posuđe)

Kao što rezultati otisaka o mjerama čišćenja i dezinfekcije s testiranih površina iz 2002. i 2009. godine pokazuju, može se primijetiti znatno poboljšanje rezultata iz 2009. (vidi tablice 3 i 4).

Mjerenje količine klica u zraku

Mjerenje količine klica u zraku vrši se **Microbial Air Monitoring Systemom** (MAS-100 tvrtke MBV AG).

Usisani volumen zraka po mjerenju: 250 l

U nalazu su brojevi prikazani kao JTK/m³ (odnosno po 1000 l zraka)

Mjerno mjesto	Koliformne klice	Ukupan broj klica	Kvasac	Plijesan	Stafilokoki	Bacillus cereus
Traka za izradu porcija hrane	0	170	0	85	0	0

Tablica 5: Reprezentativan rezultat mjerenja količine klica u zraku u jednoj kuhinji kuratorija

Mjerno mjesto	Koliformne klice	Ukupan broj klica	Kvasac	Plijesan	Stafilokoki	Bacillus cereus
Traka za izradu porcija hrane	0	4	0	1	0	0

Tablica 6: Odličan rezultat mjerenja količine klica u zraku u kuhinji Kuratorija

Rezultati mjerenja količine klica u zraku 2002.							
	Koliformne klice	U. br.kl.	kvas.	plijesan	Staf.a	B.cereus	
1	0	160	0	320	0	0	0
2	0	200	0	320	0	0	0
3	0	32	0	0	0	0	0
4	0	260	0	56	0	0	0
5	0	140	0	60	0	0	0
6	0	400	0	80	0	0	0
7	0	320	0	24	0	0	0
8	0	220	0	8	0	0	0
9	0	360	0	20	0	0	0
10	0	120	0	8	0	0	0
11	0	320	0	80	0	0	0
12	0	340	0	200	0	0	4
13	0	240	0	56	0	0	0
14	0	200	280	0	0	0	0
15	0	160	0	140	0	0	0
16	0	200	0	72	0	0	0
17	32	1600	0	400	0	0	0
18	0	360	0	16	0	0	0
19	0	120	0	1200	0	0	0
20	0	48	0	24	0	0	4
21	0	320	0	20	0	0	0
22	0	800	0	192	0	0	0
23	0	48	0	8	0	0	0
24	0	200	480	400	0	0	0
25	0	72	0	240	0	0	0
26	0	80	0	120	0	0	0
27	0	48	0	40	0	0	0
28	0	140	48	80	0	0	0
29	0	1200	92	0	0	0	0
30	0	68	0	320	0	0	0
prosjek	1,06	292	30	150	0	0	0,3

Tablica 7: Prosječne vrijednosti, rezultati mjerenja količine klica u zraku 2002. godine

Nalazi mjerenja količine klica u zraku ukazuju na odlične rezultate (u prosjeku) u oba vremenska razdoblja. Pojedinačna povišena opterećenja klicama pokazala su da uzrok leži u neispravnom rukovanju ventilacijskim uređajem. U jednom slučaju (tablica 7, rezultat 17) u blizini doma nalazilo se manjkavo pokriveno radilište. Rezultati 22 i 29 bili su povišeni. Uzrok tomu neispravno je rukovanje ventilacijskim uređajem.

Rezultati mjerenja količine klica u zraku 2009. godine						
	Koliformne	U. br.kl.	kvas.	plijesan	Staf.a	B.cereus
1	0	8	0	0	0	0
2	0	800	0	0	0	0
3	0	64	0	24	0	0
4	0	28	0	35	0	0
5	0	280	0	220	0	0
6	0	16	0	28	0	0
7	0	200	0	80	0	24
8	0	100	0	0	0	0
9	0	140	0	200	0	0
10	0	80	0	0	0	0
11	0	300	0	0	0	0
12	0	64	0	4	0	4
13	0	360	0	60	0	0
14	0	480	0	100	0	0
15	0	160	0	120	0	0
16	0	80	0	16	0	0
17	0	200	0	160	0	0
18	0	68	28	0	4	0
19	0	456	0	168	0	0
20	0	36	0	16	0	4
21	0	240	0	20	0	0
22	0	180	0	72	0	0
23	0	180	0	200	0	0
24	0	4	40	1	0	0
25	0	72	0	0	0	0
26	0	92	0	60	0	8
27	0	200	0	52	0	0
28	0	60	48	100	0	0
29	0	240	92	752	0	0
30	0	0	0	24	0	0
prosjeck	0	172,9	6,9	85,7	0,1	1,3

Tablica 8: Prosječne vrijednosti, rezultati mjerenja količine klica u zraku 2009. godine

Iskustvene vrijednosti:

Koliformne klice: nema dokaza/m³

Uk. br. klica: do 500 KBE/m³

Kvasac: nema dokaza/m³

Plijesan: do 500 KBE/m³

Staph. aureus: nema dokaza/m³

B. cereus: pojedinačno

Rezultati istraživanja iz 2009. nisu bili manjkavi.

Ispitivanje vode

U svakoj kući se nasumično i najmanje jedanput godišnje iz kuhinje uzimaju uzorci vode i mikrobiološki ispituju sukladno odredbama Propisa o vodi za piće (Savezni službeni list 304, 21.08.2001. godine u važećem izdanju). Mikrobiološki parametri za nedezinficiranu vodu:

Za 100 ml vode:

Ukupan broj klica pri 37 °C (maks. 20 KBE/ml)

Ukupan broj klica pri 22 °C (maks. 100 KBE/ml)

Escherichia coli (nije moguće dokazati)

Koliformne klice (nije moguće dokazati)

Enterokoki (nije moguće dokazati)

Pseudomonas aeruginosa (nije moguće dokazati)

Clostridium perfringens (nije moguće dokazati)

Prigovori su vrlo rijetki. Razlog tomu su redovite preventivne mjere protiv legionele koje se provode u svim kućama Kuratorija. U svezi s tim vrši se i održavanje ispusta vode u kuhinjama poput uklanjanja kamenca i ispiranje. Ova mjera sprječava nastanjanje klica, kao i retrogradno onečišćenje slavine.

Ispitivanje uzoraka prehrambenih proizvoda

Sigurnost prehrambenih proizvoda provjerava se redovitim ispitivanjem uzoraka prehrambenih proizvoda. Mikrobiološko ispitivanje sukladno je metodama

norme za akreditaciju. Osim toga, redovito se izvršava provjera na nezagađenost patogenim klicama.

Previsoke količine klica vrlo su rijetke. Ni u jednom do sada ispitanom uzorku nije rutinski dokazano postojanje patogenih klica.

Jedna zanimljivost zabilježena je početkom devedesetih godina. Od slučaja do slučaja dokazana je prisutnost *Staphylococcus aureus* u uzorcima prehrambenih proizvoda, ali samo u postupku obogaćivanja. Uzrok tomu bilo je duže vremena korišteno dezinfekcijsko sredstvo površina i otprije prisutne otporne klice. Nakon promjene sredstva taj je problem uspješno riješen. Redovita promjena sredstva za dezinfekciju trenutačno je obavezna u svim pogonima u sklopu Dobre higijenske prakse.

Obuke osoblja

Obuke osoblja provode se više puta godišnje. Održavaju ih interni i vanjski stručnjaci pri čemu se postupa prema austrijskim normama (ÖN, N 1000-1 i N 1000-2) i smjernicama Ministarstva zdravstva. Te su obuke obvezne i dokumentirane potvrdom o završenoj obuci.

Savjetovanje u primjeni koncepta HACCP i vlastite kontrole u kuhinjama Kuratorija

Instalacija sustava vlastite kontrole tražena je već i na temelju državnih propisa devedesetih godina i primijenjena je u pogonima Kuratorija.

Od travnja 2004. godine vrijede novi zahtjevi Europske Unije.

„30. 4. 2004. Službeni list Europske Unije L 139/1 DE I (*pravni akt koji treba objaviti*) **UREDBA (EZ) br. 852/2004 EUROPSKOG PARLAMENTA I VIJEĆA od 29. travnja 2004.** o higijeni prehrambenih proizvoda”

Sukladno članku 5. ovog propisa zahtijeva se implementacija sustava HACCP u svim pogonima prehrambenih proizvoda.

Članak 5.

Analiza opasnosti i kritičnih kontrolnih točaka

(1) Subjekti u poslovanju s hranom obvezni su urediti, provesti i održavati jedan ili više stalnih postupaka koji se temelje na načelima HACCP-a.

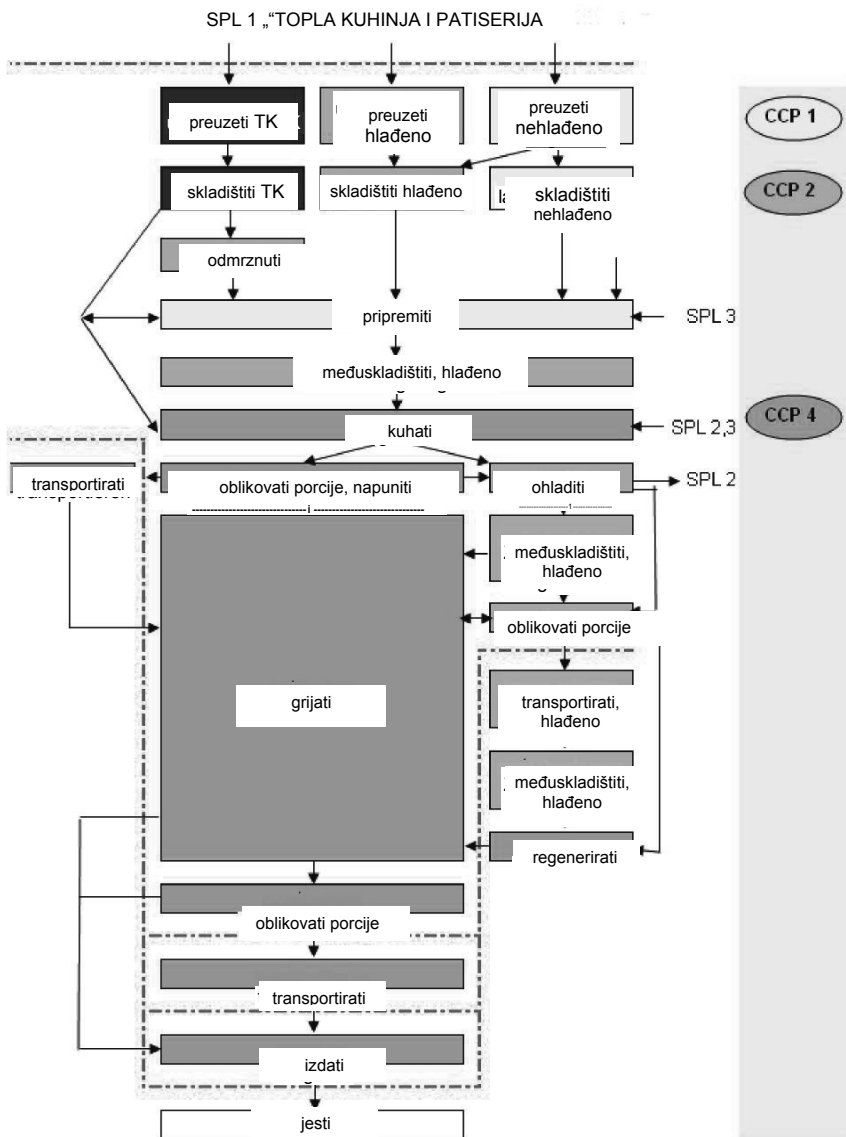
(2) Načela HACCP navedena u odlomku 1 su:

- a) određivanje opasnosti koje se moraju izbjegavati, isključiti ili smanjiti na prihvatljivu mjeru.
- b) Utvrđivanje kritičnih kontrolnih točaka u stupnju/ima u kojem je potrebna kontrola kako bi se izbjegla opasnost, isključila ili smanjila na prihvatljivu mjeru.
* napomena za Službeni list: ubaciti broj uredbe sa specifičnim propisima o higijeni za prehrambene proizvode životinjskog podrijetla.
- c) Utvrđivanje graničnih vrijednosti za te kritične točke na temelju kojih se u odnosu na izbjegavanje, isključivanje ili smanjenje utvrđenih opasnosti razlikuje između prihvatljivih i neprihvatljivih vrijednosti.
- d) Utvrđivanje i provođenje učinkovitih postupaka za nadziranje kritičnih kontrolnih točaka.
- e) Utvrđivanje korektivnih mjera za slučaj da se nadzorom utvrdi da jedna kritična kontrolna točka nije pod kontrolom.
- f) Utvrđivanje redovito provedenih postupaka verificiranja kako bi se ustanovilo ispunjavaju li se propisi sukladno točkama od a do e.
- g) Izrada dokumenata i zapisnika koji su primjereni vrsti i veličini subjekta u poslovanju s hranom kako bi se dokazalo ispunjenje propisa sukladno točkama od a do f.

Ako se na proizvodu, postupku proizvodnje ili fazama proizvodnje izvrše izmjene, subjekt u poslovanju s hranom provjerava postupak i prilagođava ga na primjeren način.

U Kuratoriju Bečkih stambenih kuća za umirovljenike sustav HACCP-a implementiran je uz pomoć suradnika Zavoda za ispitivanje prehrambenih namirnica (MA 38). Uzeti su u obzir svi zahtjevi sukladno uredbi Europske Unije 852/2004, članak 5., br. (2) a-f. Analiza opasnosti obuhvaća sve relevantne fizikalne, kemijske i biološke opasnosti.

Dijagram toka 1: primjer iz jednog priručnika za primjenu HACCP-a



SPL: standardna proizvodna linija
 CCP 1: preuzeti
 CCP 2: hladiti
 CCP 4: grijati

Savjetovanje arhitekata i projektanata u preuređenju i novogradnji

Mnogobrojne pogreške koje su unaprijed programirane zbog neprimjerene gradnje moguće je isključiti prikladnim projektiranjem pogona. Arhitekti i projektanti obvezni su kontaktirati suradnike Referade za higijenu za svako preuređenje ili novogradnju, odnosno za svaku promjenu pogona, i pribaviti mišljenje projekta sa stajališta higijene.

Kad je riječ o higijeni, pažnja se pridaje primjerenom odvajanju (vidi sliku 1 – nečista strana) čistih od nečistih područja. Nadalje, analiziraju se radni putovi kako bi se izbjeglo križanje radnih putova što može dovesti do opasnosti.

Prostorija za pripremu peradi



Slika 1: Područje za pripremu peradi u svim kuhinjama Bečkih stambenih kuća za umirovljenike mora biti strogo odvojeno od ostalih područja u kuhinji, prepoznatljiva boja je ŽUTA radi izbjegavanja opasnosti unakrsne kontaminacije patogenim klicama.

Ponuda jela u kuratoriju Bečkih stambenih kuća za umirovljenike



Slika 3: Bife za ručak standardno se nudi u svakoj kući

Pružanje pomoći i savjetovanje u iznimnim situacijama (upravljanje krizom)

U kriznim situacijama suradnici Referade za higijenu Zavoda za ispitivanje prehrambenih namirnica Grada Beča stoje na raspolaganju Kuratoriju riječju i djelom.

U kontakt se može stupiti telefonom, faksom i e-mailom. U slučaju potrebe točan postupak definiran je u “Planu upravljanja krizom” koji je izvršen u svakoj kući.

Sažetak

Kuratorij Bečkih stambenih kuća za umirovljenike i Odjel za higijenu MA 38 – Zavoda za ispitivanje prehrambenih proizvoda Grada Beča uspješno, dobrovoljno surađuju već više od petnaest godina.

Zajednički cilj obje institucije da se osigura i neprestano poboljšava sigurnost prehrambenih proizvoda u stambenim kućama za umirovljenike postignut je:

- posebnim angažmanom suradnika Kuratorija
- i stručnim znanjem stručnjaka za higijenu MA 38 vezanim uz

- > savjetovanje i higijenske kontrole
- > mikrobiološke kontrole površina
- > mjerenja klica u zraku
- > ispitivanje vode
- > ispitivanje uzoraka prehrambenih proizvoda
- > obuke osoblja
- > savjetovanje u primjeni koncepta HACCP-a i vlastite kontrole u kuhinjama Kuratorija
- > savjetovanje arhitekata i projektanata u preuređenju i novogradnji
- > pružanje pomoći i savjetovanje u iznimnim situacijama (upravljanje krizom).

Suradnja Kuratorija Bečkih stambenih kuća za umirovljenike i Odjela za higijenu MA 38 – Zavoda za ispitivanje prehrambenih proizvoda Grada Beč pozitivan je primjer za učinkovitu suradnju u službi bečkih umirovljenika.

13. GEROPROFILAKSA I PRODULJENJE RADNOG VIJEKA - GOSPODARSKI RAZVOJ HRVATSKE

Prim.dr.sc. Spomenka Tomek-Roksandić dr.med., prof.dr.sc. Mate Ljubičić dr.med., prof.dr.sc.Nina Smolej Narančić, mr.Višnja Fortuna, prof.dr.sc.Silvije Vuletić dr.med., izv.prof.dr.sc. Tatjana Škarić-Jurić dr.med, Marica Lukić dipl.techn., Stela Vračan dipl.oecc., Mara Županić dipl.techn., Dragica Šimunec, vms., prof.dr.sc.Zijad Duraković dr.med, doc.dr.sc.Danijela Štimac dr.med.,Tihomir Majić dr. med., Zvonimir Šostar dr.med.

Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo”dr. Andrija Štampar”– Referentni centar Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih osoba

1. UVOD

Procjenjuje se kako je u 2009. godini bilo **737 milijuna osoba sa 60 i više godina** koji sačinjavaju „stariju populaciju“ svijeta te oko dvije trećine njih živi u razvijenim zemljama. Te brojke su u porastu i procjenjuje se da će narasti na **2 milijarde do 2050. godine. Starijih osoba će biti više nego djece (osobe od 0-14 godina). Danas, više od polovice starije populacije živi u Aziji (54%), dok petina živi u Europi (21%).**

. Svjetska starija populacija, kako se pretpostavlja prema vitalno-statističkim podacima UN-a narasti će na **2 milijarde** za približno četrdeset godina. Jednako tako i u Hrvatskoj prisutan je taj trend pa prema procjenama **za 2009. godinu starijih osoba i to starijih od 65 godina ima 17%**. Zbog rasta udjela umirovljeničke u odnosu na radnoaktivnu populaciju vodeće države Europe **u posljednje vrijeme sve više strahuju za dugoročni potencijal svog gospodarskog rasta Taj izraziti gerontološkojavnozdravstveni problem** mogao bi biti riješen kasnijim odlaskom u mirovinu, kako stoji u istraživanjima Europske središnje banke. Vodeća europska

gospodarstva u posljednje vrijeme stoga ozbiljno **realiziraju podizanje dobne granice za odlazak u mirovinu**, a promjene osim Njemačke su uvele Velika Britanija, Italija i Austrija te Francuska, Slovenija a, slijede ih i druge države EU. **Neprihvatljiv omjer između broja osiguranika i broja korisnika mirovina obvezno treba riješiti optimalnim mjerama produljenja propisanog radnog vijeka u vrlo kratkom vremenu pazeći pritom da se održi optimalno zdravlje populacije, a što i doprinosi gospodarskom rastu.**

Starija populacija također stari. Trenutno, najstariji (osobe sa 80 i više godina) sačinjavaju 14 % starije populacije (60 i više godina). **Najstarija populacija predstavlja najbrže rastući segment u populaciji, i do 2050.godine 20% strarije populacije će biti stariji od 80 i više godina.** Broj stogodišnjaka (osobe sa 100 i više godina) raste brže nego osobe sa 80 i više godina i **predviđa se da će narasti za devet puta do 2050 godine, sa oko 454000 u 2009 godini, na 4.1 milijuna u 2050.godini.**

2. OPETOVANO O DEMOGRAFSKOM TRENDU I STRUKTURI HRVATSKIH KORISNIKA MIROVINE

Sva preliminarna gerontološka istraživanja upućuju da su rezultati pozitivni koji se dobivaju produžavanjem radnog vijeka, ako su provedena po smjernicama temeljenih na činjenicama produktivnog aktivnog starenja , glede mnogih faktora, a ne samo ekonomskih čimbenika.

Primjerice nastojeći povećati brojnost radne snage, a istovremeno smanjiti izdatke na mirovine, Njemačka već primjenjuje **postupno** podizanje dobne granice za odlazak u punu mirovinu do 2012., koja će sa sadašnjih 65 biti uvećana na 67 godina starosti. Tomu u prilog ide i statistika koja ukazuje na povećanje životnoga vijeka Nijemaca. Tako će Nijemci koji 2025. navršavaju 65 godina živjeti 4,5 godine duže u odnosu na svoje vršnjake, upućuje i na sigurnost za buduće populacije. Istovremeno s rješavanjem tog problema postavilo se i pitanje

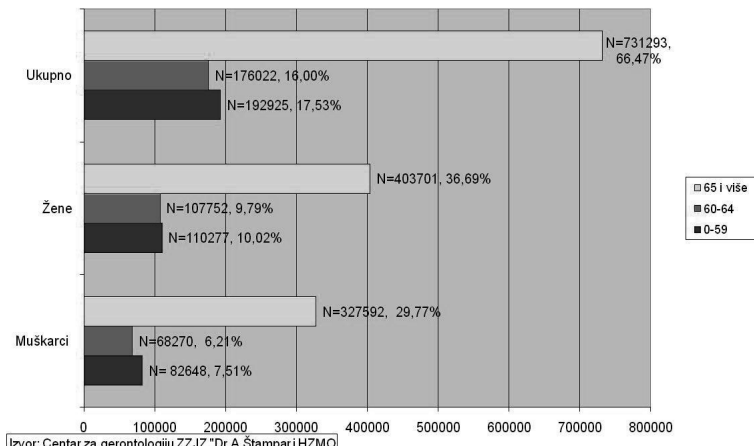
u medijima što mirovinska reforma donosi u pogledu psihičkog i fizičkog zdravlja pojedinaca.

Osim starenja populacije i manje stope rođenih, europska gospodarstva u budućnosti će opterećivati i problem smanjenja broja stanovnika. Na te su pesimistične prognoze ukazali Ujedinjeni narodi procjenjujući da će se broj stanovnika u Njemačkoj, te u još nekim članicama eurozone, Grčkoj i Italiji, smanjiti već u u sljedećih pet i deset godina. U Belgiji, Nizozemskoj, Francuskoj, Austriji, Finskoj i Portugalu njihov će broj pasti u sljedećih 20 godina. Taj trend će ipak zaobići Irsku i Luksemburg. Jednako tako taj trend smanjivanja populacije prisutan je i u Hrvatskoj.

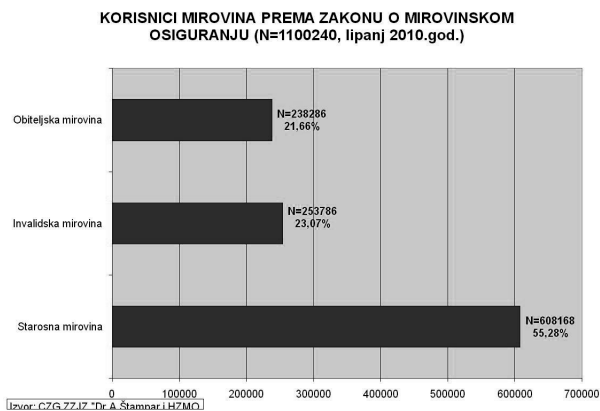
Prema zadnjim podacima iz lipnja 2010. godine u Hrvatskoj ukupan broj korisnika mirovine (starosne, obiteljske i invalidske) je iznosio 1 100 240. O tog broja u dobi od 0-59 godina je bilo 192 925, što iznosi 17,53%, u dobi od 60-64 godina 176 022, što iznosi 16,00% te u dobi 65 i više godina 731 293 što iznosi 66,47%. Žena, kao korisnika mirovina u dobi od 0-59 godina je 10,02%, dok je u istoj dobnoj skupini muškaraca 7,51%, u dobnoj skupini 60-64 godina žena je 9,79%, a muškaraca 6,21%, dok je u dobi od 65 i više godina žena 36,69%, a muškaraca 29,77%.(slika 1)

Slika 1.

KORISNICI MIROVINA PREMA DOBNIM SKUPINAMA I SPOLU
(N=1100240, lipanj 2010.god.)



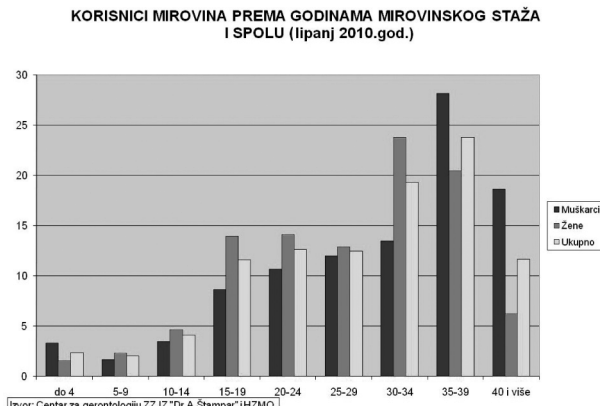
Slika 2.



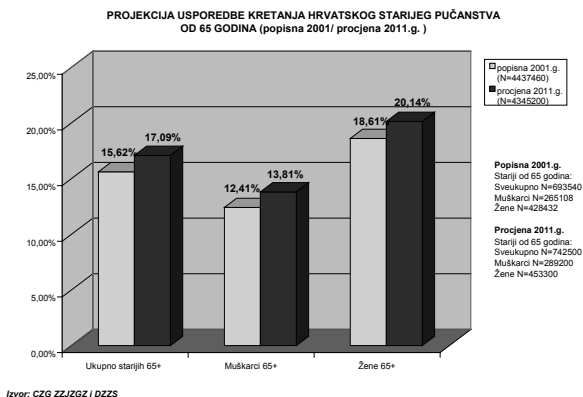
Slika 2 prikazuje korisnike mirovina prema zakonu o mirovinskom osiguranju iz koje je vidljivo da 21,66% korisnika je u obiteljskoj mirovini, 23,07% u invalidskoj mirovini te 55,28% u starosnoj mirovini. U odnosu na starosnu mirovinu vidljiv je značajan udio od 44,72% korisnika obiteljske i invalidske mirovine.

Slika 3 prikazuje korisnike mirovina prema godinama mirovinskog staža i spolu. Od 0-30 godina radnog staža ima ukupno 45,21% korisnika, 30-40 godina radnog staža ima ukupno 43,13 % korisnika te 11,65% korisnika ima više od 40 godina radnog staža.

Slika 3.



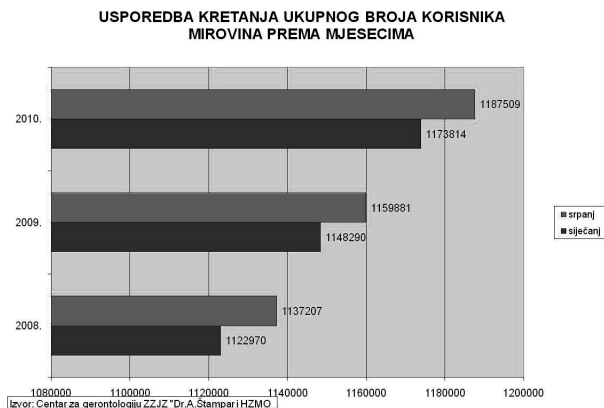
Slika 4.



Iz lipnja 2010 godine prosječna starosna mirovina umanjena za porez, prirez i poseban porez iznosila je 2.397,32 kune, dok je prosječna invalidska mirovina iznosila 1.939,28 kuna te obiteljska mirovina 1.868,16 kuna.(slika 4)

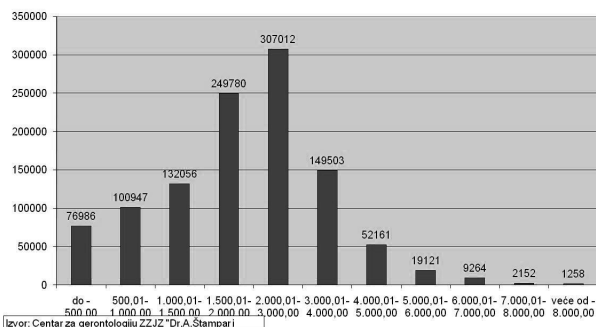
Slika 5 prikazuje usporedbu kretanja ukupnog broja korisnika mirovina prema mjesecima unazad tri godine. U siječnju 2008.godine ukupan broj korisnika mirovina bio je 1 122 970, 2009.godine se povećao na 1 148 290, a 2010 godine iznosio je 1 1730814 korisnika mirovine. Iz siječnja 2010.godine do srpnja broj korisnika se povećao sa 1 173 814 na 1 187 509.

Slika 5.



Slika 6.

KORISNICI MIROVINA PREMA VISINAMA MIROVINA (lipanj, 2010.)
 *mirovine nisu umanjene za porez, prirrez i poseban porez



Slika 6 prikazuje da najvećem broj korisnika (307 012) mirovina iznosi od 2.000,000-3.000,000 kuna. Ukupan broj koji prima mirovinu do 3.000,000 kuna iznosi 866 781. Od 3.000,000 do 7.000,000 kuna 230 049 korisnika iznosi njihova mirovina. Mirovine veće od 8.000,000 kuna prima 1258 korisnika prema podacima iz lipnja 2010.godine. Bitno je naglasiti da ova slika prikazuje mirovine koje nisu umanjene za porez, prirrez i poseban porez.

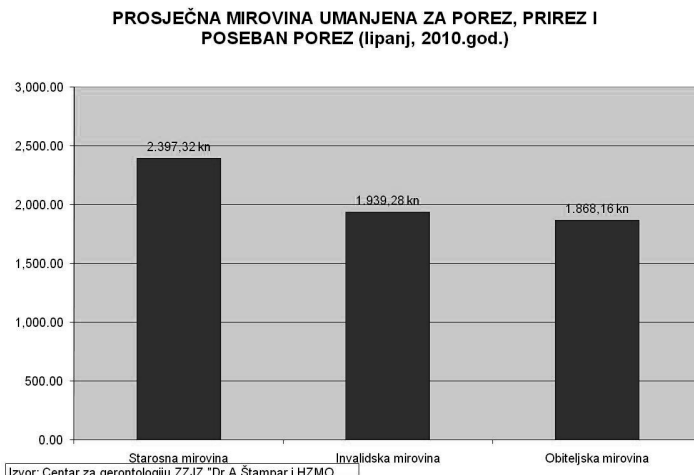
3. DEMOGRAFSKI TREND I OČEKIVANO TRAJANJE ŽIVOTA U HRVATSKOJ

Svijet očekivano dramatično raste prema dugovječnosti. Globalno, očekivano trajanje života pri rođenju se povećao za više od 20 godina od 1950. godine da bi dosegao svoju trenutno razinu od 68 godina. Prema trenutnim razinama smrtnosti, muškarci sa 60 godina očekivano trajanje života je još 18 godina, dok žene sa 60 godina je još 21 godinu. Međutim, očekivano trajanje života sa 60 godina se razlikuje po zemljama. U najmanje razvijenim zemljama svijeta za muškarce sa 60 godina je očekivano trajanje života još 15 godina, a za žene je još 17 godina. **Za razliku od razvijenih zemalja očekivano trajanje života sa 60 godina je još 20 godina za muškarce i 24 godine za žene.**

Promatrajući procjenu usporedbe kretanja starijih osoba od 2001. godine do 2011. godine u Hrvatskoj, vidljiv je porast udjela starijih osoba s udjelom 15,62% na 17,09%. Kada se promatra po spolu projekcija ukazuje da će udio starijih žena u cjelokupnom pučanstvu biti veći za više od 2%. I muška starija populacija porasti će s nešto manjim ukupnim udjelom. Gledajući da je i u cjelini starijih žena s većim udjelom, kako sada tako i u budućnosti, te shodno tome valja prilagoditi i radnu te socijalnu gospodarstvenu politiku. (Slika 7)

Iz svega navedenog vidljivo je da ubrzano rastuće starenje hrvatskog pučanstva ima ključne implikacije na gospodarstvenu strukturu cjelokupnog stanovništva. Na demografsku činjenicu kako europsko, svjetsko, a time i hrvatsko pučanstvo izrazito stari, odražava se sa produljenjem očekivanog životnog vijeka koji po procjeni iz 2009.g. u Hrvatskoj za muškarce iznosi 72,9 godine, a za žene 79,9 godina (Slika 8).

Slika 7



OČEKIVANO TRAJANJE ŽIVOTA I I STANOVNIŠTVO PREMA DOBI
I SPOLU – PROCJENA SREDINOM GODINE, PROSJEČNA STAROST
STANOVNIŠTVA

POPULATION BY AGE AND SEX – MID-YEAR ESTIMATE, AVERAGE

AGE OF POPULATION, LIFE EXPECTANCY

tis.
'000

	2007.			2008.			2009.			Total
	ukupno	muškarci	žene	ukupno	muškarci	žene	ukupno	muškarci	žene	
	Total	Men	Women	Total	Men	Women	Total	Men	Women	
Ukupno	4 436,0	2 138,0	2 298,0	4 434,5	2 138,0	2 296,5	4 429,1	2 136,2	2 292,9	
0 – 4	205,1	105,5	99,6	208,9	107,4	101,5	213,0	109,4	103,6	0 – 4
5 – 9	229,0	117,3	111,7	219,3	112,4	106,9	212,0	108,8	103,2	5 – 9
10 – 14	255,3	130,5	124,8	255,2	130,3	124,9	253,2	129,4	123,8	10 – 14
15 – 19	267,7	136,8	130,9	263,0	134,6	128,4	258,6	132,4	126,2	15 – 19
20 – 24	298,7	152,5	146,2	294,2	150,2	144,0	287,1	146,2	140,9	20 – 24
25 – 29	314,7	160,0	154,7	315,5	160,5	155,0	314,8	160,5	154,3	25 – 29
30 – 34	301,4	152,2	149,2	303,9	153,5	150,4	307,7	155,6	152,1	30 – 34
35 – 39	295,1	148,0	147,1	294,0	147,7	146,3	294,5	148,2	146,3	35 – 39
40 – 44	317,5	158,4	159,1	314,4	157,0	157,4	311,5	155,3	156,2	40 – 44
45 – 49	330,2	163,8	166,4	333,8	163,1	168,6	322,9	160,3	162,6	45 – 49
50 – 54	337,5	167,4	170,1	338,8	165,2	168,6	334,1	164,9	169,2	50 – 54
55 – 59	297,2	145,1	152,1	308,2	150,9	157,3	312,0	153,3	158,7	55 – 59
60 – 64	224,0	103,8	120,2	229,0	106,7	122,3	241,2	113,1	128,1	60 – 64
65 – 69	236,9	104,8	132,1	231,8	102,6	129,2	225,0	113,1	125,4	65 – 69
70 – 74	219,5	90,3	129,2	218,3	90,4	127,9	214,7	89,1	125,6	70 – 74
75 i više	306,2	101,6	204,6	316,1	105,5	210,6	326,8	110,1	216,7	75 and over
Prosječna starost stanovništva	40,8	39,0	42,4	41,0	39,2	42,6	41,1	39,4	42,8	Average age of population (years)
(u godinama)										
Očekivano trajanje života (u godinama)	75,8	72,3	79,2	76,0	72,4	79,6	76,3	72,9	79,6	Life expectancy (years)

Izvor: DZZS I CZGJIZ

13.4. GEROPROFILAKTIČNE MJERE - PRIMARNA SEKUNDARNA I TERCIJARNA PREVENCIJA ZA STARIJE

Gerprofilaktične mjere primarne prevencije

Zdravstvena edukacija starijih osoba u ranijoj starosti ,kao i mlađih osoba o **primjeni pozitivnog zdravstvenog ponašanja** je presudna za unaprijeđivanje zdravlja i očuvanje funkcionalne sposobnosti u starosti, a odnosi se na sva znanja iz gerontologije i gerijatrije, ali na znanja, umijeća, vještina i iskustva pojedinca, skupine ili zajednice u kojoj ta starija osoba živi. U sklopu zdravstvenih mjera primarne prevencije za starije ljude, uloga tima liječnika obiteljske medicine je **odgojno-savjetodavna**, a manje dijagnostičko-terapijska. Provedba reedukacije gerijatrijskih osiguranika u mijenjanju životnih navika negativnog zdravstvenog ponašanja (fizička i psihička neaktivnost, odbijanje radnih aktivnosti, nepridržavanje uputa liječnika, nekontrolirano uzimanje lijekova, debljina, neodržavanje osobne i okolišne higijene, alkoholizam, pušenje i druge ovisnosti) povezana je sa sprječavanjem nastanka kardiovaskularnih, cerebrovaskularnih te drugih kroničnih nezaraznih bolesti u starijoj dobi..

Mjerama primarne prevencije najvažnije je spriječiti bolesno starenje u srednjem životnom razdoblju sa očuvanjem funkcionalne sposobnosti, kako bi se onemogućio nastanak zdravstvenog poremećaja u ranijoj starosti od 65 do 74 godine, posebice kroničnog aterosklerotičnog procesa, jer se samo tako može očekivati smanjenje porasta mortaliteta i morbiditeta od kardiovaskularnih i cerebrovaskularnih bolesti u ranijoj starosti, a time se sprječava pojavnost mulimorbiditeta u srednjoj i dubokoj starosti. Zbog toga u primjeni Obvezatnog preventivnog minimuma u zdravstvene mjere primarne prevencije za starije osobe spada između ostalog:

1. Promicanje zdravlja osoba starijih od 65 godina usvajanjem i potpomaganjem zdravijih načina življenja: **poticanjem pozitivnog zdravstvenog ponašanja** i usvajanjem po zdravlje korisnih životnih navika: **radne aktivnosti, stalne tjelesne i psihičke aktivnosti**, promicanjem korisnosti mediteranske hrane za starije ljude primjenom **osam prehrambenih pravila za starije**, sprječavanjem debljine, radnom terapijom za starije ljude, primjerenim vježbama disanja, osobne higijene i higijene okoliša življenja, prevencije nesreća i ozljeda te padova u prometu i kući uklanjanjem barijera, umjereno izlaganje sunčevoj svjetlosti i neizlaganje hladnoći, nepušenje i nepijenje

alkohola, pridržavanje uputa liječnika, kontrolirano uzimanje lijekova, **doživotno učenje i psihička aktivnost** za nove spoznaje.

2. Utvrđivanje, evidencija, praćenje i evaluacija zdravstvenih potreba starijih osiguranika od 65 godina – praćenje morbiditeta i mortaliteta u primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj gerontološkoj i gerijatrijskoj zaštiti na državnoj i županijskim razinama vođenjem gerontološkojavnozdravstvene datoteke te evaulacijom gerontološkojavnozdravstvene djelatnosti
3. Izradba odabranih zdravstvenih mjera i postupaka za primjenu preventivnog individualnog savjetovanja u starijih osiguranika, gerontološkojavnozdravstveno podučavanje o samoodgovornosti, suodgovornosti i samopomoći te uzajamnoj pomoći.
4. Cijepljenje i docjepljivanje za sve starije ljude od 65 i više godina. Cijepljenje svih osoba starijih od 65 godina u vrijeme epidemija gripe i cijepljenje protiv pneumokokne pneumonije jednom u 5 godina prvenstveno svih stacionarnih bolesnih starijih ljudi u domovima za starije i nemoćne osobe, gerijatrijskim bolnicama, gerijatrijskim odjelima, psihogerijatrijskim odjelima, dnevnoj bolnici za starije, gerontološkim centrima s dnevnim boravcima za starije, centrima za njegu i palijativnu gerijatrijsku skrb; te prema obaveznom kalendaru cijepljenja: sve osobe od 60 i više godina protiv tetanusa.
5. Poticanje samoodgovornosti odnosa prema vlastitom zdravlju i očuvanju funkcionalne sposobnosti (pozitivno zdravstveno ponašanje) i upućivanje o primjerenom korištenju gerijatrijske zdravstvene skrbi, zdravstvenog turizma za starije osobe, djelatnosti Gerontoloških centara – izvaninstitucijske skrbi za starije, gerontodomaćica, dnevnih boravaka za starije, gerontoservisa..
6. Koordinacija gerontološkojavnozdravstvenih službi i stalna edukacija zdravstvenih djelatnika i drugih stručnjaka u zaštiti zdravlja starijih po županijama Hrvatske i Grada Zagreba, (gerontološke tribine, seminari, kratki tečajji, treninzi, radionice, dodiplomska i poslijediplomska gerontološka edukacija u **cilju upoznavanja sa stručnim dostignućima i obvezama iz gerontologije i gerijatrije**.
7. Priprema i izradba stručnih tiskanih zdravstvenih sadržaja namijenjenih zdravstvenom odgoju starijih osoba (pamtilice, brošure, priručnici, vodiči i drugih stručnih sadržaja za multimedijalne prezentacije) ovisno o ciljnim zdravstvenim potrebama starijih osoba.
8. Zdravstveno savjetovanje individualno i po malim i velikim skupinama starijih osiguranika i članova njihovih obitelji (**programi pripreme za starost i mirovinu te preorijentacijska zanimanja**, osobito za unapređenja radne aktivnosti, psihičkog zdravlja i očuvanje funkcionalne sposobnosti u ranoj, srednjoj starosti).

9. Utvrđivanje uvjeta, okolnosti radnih i psiholoških karakteristika okoliša u kojima starija osoba radi i živi.
10. Koordiniranje gerontološke djelatnosti i sudjelovanje u organizaciji i provedbi gerontološko-javnozdravstvenih akcija (edukacija i preventivne aktivnosti u lokalnoj zajednici skrbi za starije) te suradnja s ostalim sudionicima promidže aktivnog zdravog ,produktivnog starenja, sukladno europskim gerontološkim normama.
- 11. Trajna gerontološkojavnnozdravstvena edukacija i informiranje javnosti te širenje znanja o starosti i starenju kao normalnoj fiziološkoj pojavi i sigurnoj budućnosti svakog čovjeka.**

Geroprofilaktične mjere sekundarne prevencije za starije

Cilj i svrha primjene sekundarnih preventivnih mjera u zaštiti zdravlja starijih ljudi je, što pravodobnije otkrivanje bolesti kako bi se njezin razvoj mogao zaustaviti ili ukloniti liječenjem, njegom i rehabilitacijom.

Mjere sekundarne prevencije za starije od 65 godina:

1. Obavljanje i evidentiranje ciljnih sistematskih pregleda pri dolasku u skrb kod izabranog doktora opće/obiteljske medicine i u ustanove u kojima se pruža primarna zdravstvena zaštita starijih osiguranika.
Sadržaj preventivnih zdravstvenih mjera uključuje:
 - procjena funkcionalne sposobnosti
 - ocjena stanja uhranjenosti (primjenom antropoloških mjera uz evidenciju debljine kao bolesti E66 – MKB X. rev.),
 - ocjena negativnog zdravstvenog ponašanja (osobna nehigijena i nehigijena okoliša, fizička neaktivnost, psihička neaktivnost, odbijanje radne terapije, alkoholizam, pušenje, nepridržavanje uputa liječnika te drugih rizičnih čimbenika bolesnog starenja
 - rana detekcija psihičkih poremećaja (demencije, Alzheimerova bolest G30),
 - rana detekcija neuroloških poremećaja
 - rana detekcija poremećaja osjetila vida
 - rana detekcija poremećaja sluha
 - sistematski pregled usta, zubi i parodoncija
 - rana detekcija šećerne bolesti,
 - rana detekcija hipertenzivne bolesti srca,

- rana detekcija patoloških promjena probavnog sustava (digitorektalni pregled, test okultnog krvarenja)
 - određivanje lipidnog profila, rana detekcija hiperlipidemije i anemije te procjene vitaminsko-mineralnog statusa,
 - rana detekcija bolesti mišićno-koštanog sustava (prevencija osteoporoze uz evidenciju M80 i M81),
 - rana detekcija malignoma reproduktivnih organa u žena,
 - rana detekcija i evidencija zdravstvenog poremećaja nastalog zbog menopauze (N95) u starijih žena i drugih ginekoloških bolesti te andropauze u starijih muškaraca,
 - rana detekcija i evidencija patoloških promjena mokraćnog sustava (npr. benigne i maligne promjene prostate, inkontinencija (R52) i ostale smetnje mokrenja),
2. Ocjenjivanje zdravstvenog stanja, osobito u odnosu na funkcionalno stanje starijih osoba (fizički status: sasvim pokretan, ograničeno pokretan, trajno ograničeno pokretan, i psihički status: sasvim samostalan, ograničeno samostalan, vid – rana detekcija glaukoma, sluh, ravnoteža, smetnje mokrenja). Individualno zdravstveno prosvjeđivanje i savjetovanje o prevenciji ozljeda i padova, uklanjanju barijera i najučestalijih kroničnih bolesti u starijih.
 3. Provođenje ciljnih preventivnih pregleda po utvrđenim objektiviziranim zdravstvenim potrebama starijih osoba.
 4. Prevencija infekcija i epidemija u ustanovama koje skrbe o starim osobama (gerijatrijskim bolnicama, psihogerijatrijskim odjelima, palijativno gerijatrijskoj skrbi, dnevnim bolnicama i u stacionarima domova za starije i nemoćne osobe i Gerontološkim centrima).
 5. Preventivne zdravstvene mjere sekundarne prevencije za starijeg osiguranika usmjerene očuvanju preostale funkcionalne sposobnosti i razvijanja novih sposobnosti starijeg bolesnika, mjere preventivne farmakoterapije te mjere reaktivacije i reintegracije starijeg bolesnika.
 6. Utvrđivanje, evidencija i praćenje zdravstvenih potreba starijih osiguranika.
 7. Ocjena zdravstvenog stanja i zdravstvenih potreba pojedinog starijeg čovjeka, s naglaskom na procjenu funkcionalne sposobnosti, praćenje potreba za zdravstvenim uslugama kućnog liječenja, gerijatrijske zdravstvene njege i rehabilitacije te potrebama za smještaj u stacionar domova za starije i drugih zdravstvenih ustanova prigodom pregleda i na kraju tekuće godine.

8. Registracija, izvješćivanje, analiza, i evaluacija gerontološko-javnozdravstvenih pokazatelja o zdravstvenim potrebama starijih ljudi u cilju kontinuiranog zdravstvenog planiranja preventivnih zdravstvenih mjera za starije ljude sa svrhom unapređivanja zdravlja i očuvanja funkcionalne sposobnosti te zdravstvene zaštite starijih ljudi uz promociju aktivnog zdravog produktivnog starenja. Vođenje redovite baze podataka Registara o zdravstvenim potrebama gerijatrijskih bolesnika u institucijskoj i izvaninstitucijskoj zdravstvenoj skrbi te funkcionalno onespoblijenih starijih ljudi, sa Podregistrom za farmakoekonomiku gerijatrijskih osiguranika kao i baze seta gerontoloških pokazatelja evaluiranih provedbom zdravstvenih mjera i postupaka za starije te Programa primarne, sekundarne i tercijarne prevencije za starije ljude u ranijoj, srednjoj i dubokoj starosti.

Geroprofilaktične mjere tercijarne prevencije

Hrvatska gerontološka istraživanja ukazuju na izrazitu pojavnost četiri glavna gerontološko-javnozdravstvena problema u starijih ljudi. To je **nepokretnost** koja se pojavljuje kao gerijatrijsko imobilizacijski sindrom u starijih osoba, slijedi **nestabilnost**, zbog velikog udjela ozljeda i padova u starijih, zatim **nesamostalnost** sa sve većim udjelom demencija i Alzheimerove bolesti u najstarijih starijih osoba te visoki udio prisutnog **nekontroliranog mokrenja** odnosno inkontinencije u gerijatrijskih bolesnika. Primjenom primjerenog Programa primarne, sekundarne i tercijarne prevencije fokusiranog na čimbenike koji dovode do bolesnog starenja moguće je u značajnoj mjeri prevenirati vodeće gerontološkojavnnozdravstvene probleme, u koje je najučestalija pojavnost pothranjenosti u dubokoj starosti . **Tercijarna prevencija** obuhvaća različite zdravstvene postupke sprečavajući fizičku i psihičku dekompenzaciju gerijatrijskog bolesnika, ako se je već pojavila bolest u starijeg čovjeka, te razvija njegovu preostalu funkcionalnu sposobnost, kako bi se što duže očuvala i unaprijedila njegova preostala funkcionalna sposobnost. To je osobito bitno, zbog pojave vrlo čestog multimorbiditeta u srednjoj i dubokoj starosti, zbog naglog porasta incidencije kroničnih bolesti u gerijatrijskih bolesnika. Mjere i postupke tercijarne prevencije moguće je provoditi i u drugama/klubovima samopomoći i samozaštite u kojima se redovito sastaju gerijatrijski bolesnici sličnih zdravstvenih poteškoća po gerontološkojavnnozdravstvenim programima (npr: Gerontološki centri, klubovi hipertoničara, dijabetičara, oboljelih od karcinoma,

cerebrovaskularnog infarkta, osteoporoze, Alzheimerove bolesti i drugih određenih gerijatrijskih bolesti). Tercijarnu prevenciju čine sljedeće mjere:

1. Mjere zdravstvenog informiranja starijeg bolesnika.
2. **Gerontoantropološke mjere** utvrđivanja stanja uhranjenosti, osobito **pothranjenosti** gerijatrijskog bolesnika te propisivanja dijeta za kronične bolesnike uz primjenu pravilne prehrane za starije bolesnike, posebice u gerijatrijskim bolnicama, gerijatrijskim i psihogerijatrijskim odjelima, dnevnim bolnicama za starije, stacionarima domova za starije i palijativne gerijatrijske skrbi.
3. Mjere pripreme gerijatrijskog bolesnika za određene terapijske postupke i **mjere gerijatrijske zdravstvene njege**.
4. Mjere održavanja i razvoja preostale funkcionalne sposobnosti gerijatrijskog bolesnika.
5. Preventivne mjere namjenjene funkcionalno onnesposobljenom gerijatrijskom bolesniku (**prevencija dekubitusa, hipostatske pneumonije, kontraktura, inkontinencije (pelene, kateter), tromboflebitisa, edema, atrofije mišića, sepse**). *Nastanak bolesti u starije osobe prati postepena pojavnost funkcionalne onnesposobljenosti. U uznapredovalom stadiju bolesti (ili više bolesti) u većini starijih bolesnika nastupaju komplikacije u obliku pojave nestabilnosti, nesamostalnosti, nepokretnosti i nekontroliranog mokrenja tzv. „4 N u gerijatriji“. Zbog toga se u gerijatrijskom algoritmu liječenja gerijatrijskog bolesnika ta pojava naziva gerijatrijski „domino-efekt“ (slika 9).*
6. **Mjere reaktivacije i reintegracije starijeg bolesnika.**
7. Preventivna farmakoterapija.
8. Preventivna djelatnost sa ciljnim skupinama gerijatrijskih bolesnika individualnim gerontološkim pristupom.
9. Preventivna djelatnost sa skupinama članova obitelji starijeg bolesnika kao i članova udruga te djelatnika gerontoloških centara, gerontoservisa, gerontodomaćica, koje pružaju pomoć gerijatrijskom bolesniku.

Osim pripomenutih geroprofilaktičnih preventivnih mjera, osobitu pozornost valjano je usmjeriti i na primjenu određenih gerontološkojavnozdravstvenih, gerontoantropoloških, higijensko-epidemioloških, mjera zdravstvene ekologije, te na specifične zdravstvene mjere primarne i sekundarne prevencije koje se odnose na **medicinu rada** i prometa u zaštiti zdravlja starijih ljudi, poglavito starijih zaposlenika.

.Provedbom Programa primarne, sekundarne i tercijarne prevencije za starije osobe, po obvezujućem i evaluiranom Programu osnovnih preventivnih zdravstvenih mjera za starije ljude, moguće je spriječiti veličinu pojavnosti kardiovaskularnih i cerebrovaskularnih te drugih kroničnih nezaraznih bolesti i funkcionalne onesposobljenosti u ljudi ranije, srednje i duboke starosti. Tine se osigurava i racionalna gerijatrijska potrošnja te aktivno produktivno starenje. Nužno je zbog toga i gerontološkojavnozdravstvenim pristupom utvrditi, pratiti, proučavati i evaluirati utjecaj i negativnog oblika zdravstvenog ponašanja kao i provedbu ostalih preventivnih mjera na zdravstveno stanje i funkcionalnu sposobnost hrvatskog starijeg pučanstva, što će osigurati i razvoj hrvatskog gospodarstva.

Slika 9.

GERIJATRIJSKI DOMINO EFEKT ISKLUČIVO U GERIJATRIJSKOG BOLESNIKA



Izvor: The Merck Manual of Geriatric (third edition 2000.g.) i CZG ZZJZGZ

Slika 9. prikazuje gerijatrijski „Domino-efekt” koji se kao obilježje javlja samo u gerijatrijskog bolesnika.

5. PRIORITETNA ULOGA GERONTOLOŠKOJAVNOZDRAVSTVENOG MENADŽMENTA U HRVATSKOJ

Preporuka Centra za gerontologiju ZJZ dr A. Štampar – Referentnog centra Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih osoba, kojom se upućuje na izmjene postojećeg rigidnog administrativnog limita od 65 godina odlaska u mirovinu na postupno odlaženje u mirovinu uvjetovano sa funkcionalnom sposobnošću pojedinca. Obligatorno je nužna žurna mjera produljenja radnog vijeka i to za žene na 65 godina ,a za muškarce na 68 godina odlaska u mirovinu, za ona zanimanja i zvanja u kojima je nužan prijenos umijeća, radnog iskustva, znanja i vještina na mlađe djelatnike kako bi se izbjegle pogreške iz prošlosti procesa rada. To će ne samo ojačati i razviti gospodarstvo nego će i znatno utjecati na zapošljavanje mlađe generacije zaposlenika.

Nedvojbeno je pritom, prioriteta uloga u rješavanju gerontološkojavnozdravstvenog menadžmenta za starije osobe. u planiranju, primjeni i evaluaciji Programa zdravstvenih mjera i postupaka u zaštiti zdravlja starijih osoba a koja uključuje i produljenje radnog vijeka.. Gerontološkojavnozdravstveni menadžment osigurava I program izradbe primjene i evaluacije Programa primarne, sekundarne i tercijarne prevencije za starije Svrha i osnovni cilj je doprinjeti očuvanju i unapređivanju zdravlja te funkcionalne sposobnosti sve brojnijeg i brzo rastućeg hrvatskog starijeg pučanstva, a time i osiguranje produktivnog starenja.. U provedbi Programa zaštite zdravlja starijih osoba gerontološkojavnozdravstveni management diktira primjerenu, dostupnu i učinkovitu zdravstvenu skrb za starije osobe te racionalnu gerijatrijsku zdravstvenu potrošnju. Zdravstveni management za starije, provedbom redovitih četiri područja gerontološke djelatnosti Referentnog Centra za gerontologiju s gerontološkojavnozdravstvenim timovima po županijskim zavodima za javno zdravstvo omogućuje izradbu gerontoloških normi i algoritama s uspostavom mreže gerontološke i gerijatrijske zdravstvene skrbi, a u cilju zadovoljenja zdravstvenih potreba starijih osoba na svom području djelovanja.

Centar za gerontologiju - Referentni centar Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih ljudi, kao **vrhovni zdravstveni**

menadžment za starije osobe, obavlja najsloženije zadaće i poslove kroz četiri sljedeća područja redovite gerontološkojavnozdravstvene djelatnosti NN71/010:

1. kontinuirano prati, proučava, evaluira te planira zdravstvene potrebe i funkcionalnu onesposobljenost starijih osoba na svom području djelovanja;
2. pruža stručno-metodološku pomoć, te provodi instruktažu i reedukaciju gerontoloških menagera i drugih provoditelja u zaštiti zdravlja starijih ljudi;
3. aktivno sudjeluje u oblikovanju Programa zdravstvenih mjera i postupaka u zaštiti zdravlja starijih ljudi kao i provedbe Programa osnovnih preventivnih zdravstvenih mjera primarne, sekundarne i tercijarne prevencije za starije ljude te Programa gerijatrijske zdravstvene njege;
4. aktivno sudjeluje i provodi znanstvenoistraživačku i publicističku gerontološkojavnozdravstvenu edukacijsku djelatnost.

Edukacija iz područja gerontologije i gerijatrije osnovna je pretpostavka učinkovitog gerontološkojavnozdravstvenog menadžmenta koji ispunjava sve zahtjeve i postavljene ciljeve za **racionalnu i djelotvornu zaštitu zdravlja i zdravstvenu zaštitu starijih ljudi**.

Na razini **srednjeg zdravstvenog menadžmenta za starije osobe** djeluju regionalni Centri za gerontologiju ZZJZ-a Hrvatske. Osnova poslova i zadaća Gerontološkog tima na županijskoj razini Zavoda za javno zdravstvo sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti i Programu statističkih istraživanja je praćenje, utvrđivanje, proučavanje i izvješćivanje Referentnom Centru za gerontologiju ZJZ-a o zdravstvenim potrebama funkcionalno onesposobljenih starijih ljudi od 65 i više godina za institucijskom i izvaninstitucijskom zdravstvenom skrbi za svoje područje praćenja zdravstvenih potreba starijih ljudi županije/regije te predlaže zdravstvene mjere zaštite zdravlja za ranjivo staračko pučanstvo. **Programi praćenja, proučavanja i evaluacije zdravstvenih potreba i funkcionalne sposobnosti starijih ljudi provode se individualnim gerontološkim pristupom na osnovu stručno-metodoloških gerontoloških instrumentarija.**

Osnovni zdravstveni menadžment za starije predstavljaju Gerontološki centri, Gerontoservisi, Centri za gerijatrijsku zdravstvenu njegu, domovi za starije i nemoćne osobe, gerijatrijske bolnice, dnevne bolnice za gerijatrijske bolesnike, dnevni boravci za starije s gerontodomaćicama, geronto-servisi, centri

za rehabilitaciju, radnu terapiju i pomoć starijim ljudima, udruge i klubovi za starije i dr. Oni su zaduženi za operativnu razinu planiranja, odnosno za specifične procedure i procese u zdravstvenom managementu za starije. Prioritetna uloga vrhovnog **gerontološkojavnozdravstvenog menadžmenta** omogućuje učinkovito planiranje, provedbu i evaluaciju Programa zdravstvenih mjera i postupaka u zaštiti zdravlja starijih ljudi s primjenom Programa primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene prevencije za starije, uz racionalnost gerijatrijske zdravstvene potrošnje, koja je nužna u Hrvatskoj.

Osim starenja populacije i manje stope rođenih, europska gospodarstva u budućnosti će opterećivati i problem smanjenja broja stanovnika.

U Hrvatskoj je taj fenomen jednako izražen, pa će ukoliko se nastavi rezultirati vrlo problematičnim posljedicama u smislu smanjenja stanovništva Hrvatske do drastičnih razmjera starenja pučanstva. Ekonomske implikacije takvog stanja s više od milijun i pol umirovljenika, te gotovo milijun starijih su izuzetno implikacijski gospodarstveno značajne.

Stoga jedno od rješenja predlagano iz vodećih država Europe, koje u posljednje vrijeme sve više strahuju za dugotrajni potencijal svog gospodarskog rasta, je **uvjetni kasniji odlazak u mirovinu**. Poslodavac mora primarno iskazati potrebu za daljnjim zapošljavanjem starijih djelatnika uz uvjet njegovog zadržavanja sa svrhom prijenosa znanja, umijeća i vještina iz iskustvenog procesa rada na mlađe zaposlenike. **Time se ostvaruje fokusirani cilj razvoja gospodarstva i zbog neopetovanja pogrešaka iz trajnog procesa rada.** Uspostava gospodarstvenih okvira po mogućnosti poreznih odabranih olakšica kojima bi poslodavac bio stimuliran za zadržavanje starijeg djelatnika je zbog daljnje primjene njegovih iskustava, znanja, vještina i umijeća iz procesa rada.

Nužna je i specifikacija određenih zanimanja kod kojih ne bi bilo moguće produljiti radni vijek zaposlenika zbog specifičnosti samog posla, kao što je npr. građevinska i sl. To bi bila zaposlenja kod kojih je potreban veliki fizički napor, izloženost velikom stresu, nepovoljni okolinski čimbenici i sl., te uvažavajući i spolnu diferencijaciju

Određena zanimanja koja su nedostatna u većem dijelu u Hrvatskoj kao što su npr. određene specijalističke liječničke struke (opća medicina, interna, gerijatrija, javno zdravstvo, gerontologija, epidemiologija, psihijatrija, psihologija, pulmologija, onkologija, infektologija, farmakologija i dr.), zatim ekonomisti, pravnici, novinari, profesori, znanstvenici, manageri i sl. dodatni su razlog za produljenje radnog vijeka.

Pravilo ponašanja u razvijenim državama svijeta, kao što su Amerika i Njemačka, a poglavito Japan, uz već prisutnu legislativu stimuliranja poslodavca na zadržavanje funkcionalno sposobnih starijih zaposlenika bez obzira na navršenih 65 godina, postaje europska inovacijska norma mirovinskih reformi, a to je produljenje radnog vijeka. Neosporan argument za tu promjenu je izrazito rastuće starenje europskog i svjetskog pučanstva osobito u gospodarski razvijenim državama. Tu spada i Hrvatska sa današnjim već udjelom od 17% 65-godišnjaka u ukupnom pučanstvu što znači da je svaki peti stanovnik Hrvatske stariji od 65 godina. **Kako je starenje i starost normalna fiziološka pojava i ne postoji istovjetnost biološke i kalendarske starosti te kako starost nije bolest, najvažnija procjena za nastavak radne aktivnosti starije osobe je njegova funkcionalna sposobnost. To znači da netko sa 45 godina može biti funkcionalno onesposobljen što znači i nesposoban za radne aktivnosti dok netko sa 75 godina može biti izrazito funkcionalno sposoban.**

6. OPETOVANO O UREDBI O DOPUNI ZAKONA O DRŽAVNIM SLUŽBENICIMA (NN 142/06)

Europski smjer mirovinske reforme napušta izričito administrativno umirovljenje, u korist postupnog odlaska u „mirovinu” u dobi kada je osoba funkcionalno onesposobljena za obavljanje radnih zadaća i poslova ili kada sam želi prestati raditi odnosno poslodavac objektivno utvrdi da nema potrebe više za tim poslovima. Dakle, to može biti i u 45-oj godini života, ali i u 70-oj godini života. Kako gerontologija i gerijatrija kao zasebne znanstvene discipline potvrđuju ne istovjetnost kronološke dobi pojedinca sa biološkom i kako starost nije sinonim za bolest, već je to normalna fiziološka pojava, opravdani su razlozi produljenja radnog vijeka.

Aktualnost produljenja radnog vijeka pozitivnim zakonskim normama omogućeno je u Hrvatskoj od 21. prosinca 2006.g. za ciljnu skupinu državnih službenika, kojima se omogućuje zadržavanje na radu i nakon stjecanja uvjeta za mirovinu, ali ne duže od dvije godine. Također Hrvatska liječnička komora propisala je stjecanje licence za rad liječnika neovisno o kronološkoj dobi.

Gerontološko-javnozdravstvenim istraživanjima utvrdilo se kako očuvanje cjelokupne funkcionalne sposobnosti u odnosu na fizičku pokretljivost i psihičku samostalnost je u korelaciji s radnom aktivnosti. Primjereno i u skladu s mogućnostima održavanje radne aktivnosti u starijoj dobi doprinosi se očuvanju zdravlja i upravo funkcionalne sposobnosti i u srednjoj i dubokoj starosti. Tako su kroz povijest nadmoćnu stvaralačku snagu dokazali brojni genijalni ljudi i u dubokoj starosti kao što su: Michelangelo, Platon, Leonardo da Vinci, Tizian, Rembrandt, Molière, J.S. Bach, Beethoven, Schopenhauer, Haydn, Verdi, Spencer, Goethe, Bernard Shaw, Victor Hugo, Tolstoj, Thomas Mann, Lemarck, Sigmund Freud i drugi, neovisno o njihovoj kronološkoj dobi.

Produljenje radnog vijeka je u cilju osiguranja dodatne uloge funkcionalno sposobnog starijeg zaposlenika u prijenosu znanja i vještina na mlađe zaposlenike tijekom rješavanja problematike radnog procesa, kao doprinos neopetovanju grešaka iz prošlosti rada. Tom dodatnom ulogom stariji zaposlenici postaju iskoristivi i koristan potencijal u razvoju gospodarstva ali i u osiguravanju prevencije vlastitog bolesnog starenja, što znatno rasterećuje rastuću gerijatrijsku zdravstvenu potrošnju. Naime, europska i hrvatska gerontološka istraživanja potvrdila su kako su starije osobe koje su trajno radno aktivne očuvanog zdravlja i funkcionalne sposobnosti. To je zbog primarne prevencije bolesnog starenja kojom se diktira nužnost trajne psihičke, tjelesne i radne aktivnosti u starijih.

To produljenje radnog vijeka omogućuje i veće zapošljavanje mladih zbog uvjetovanja prijenosa radnog iskustva, znanja i vještina na mlađe zaposlenike.

Naravno samo u slučajevima kada je taj stariji djelatnik funkcionalno sposoban. Na demografsku činjenicu kako europsko, svjetsko, a time i hrvatsko pučanstvo izrazito stari sa produljenjem očekivanog životnog vijeka koji po procjeni iz 2009. g. u Hrvatskoj za muškarce iznosi 72,9 godine, a za žene 79,9 godina. Sigurno da određena specifična zanimanja koja zahtijevaju dodatne fizičke napore (npr. građevinska) itekako mogu biti limit za produljenje radnog vijeka.

Zbog toga je razumljiva ubrzana reforma mirovinskih sustava u mnogim zapadnim državama Europe u kojima se odlazak u „mirovinu” znatno produžuje ovisno o tržišnoj i mirovinskoj legislativi. Realizacija EU strategije « Rast i zapošljavanje » upravo je dizajnirana za suočavanje s izazovima starenja stanovništva. Europljani žive duže, zdravstveni standardi učinili su ih zdravijim s duljim životnim vijekom, žene imaju više prilika za jednake mogućnosti u pristupu obrazovanju, napretku u karijeri, pristupu tržištu rada. Stoga strategija zahtijeva više ravnoteže između **rada**, obiteljskih obveza i privatnog života, poboljšanje uvjeta rada za starije zaposlenike, povećanje produktivnosti i konkurentnosti na način da se posebno vrednuju doprinosi i starijih i mlađih zaposlenika, fleksibilne oblike rada, održivost javnih financija kako bi podržale socijalnu sigurnost koju je potrebno vezati sve više za osobne, a ne za radne statuse, uz razvijene indikatore za prepoznavanje onih kojima najviše prijete socijalna isključenost.

Hrvatska je suočena s istovjetnim izazovima starenja svojeg stanovništva kao što je to slučaj s EU. Kao zemlja kandidatkinja za punopravno članstvo u prilici je u mnogim područjima usklađivati svoje nacionalne politike s onima koje se provode u zemljama članicama. Za održivost svojeg socijalnog modela i njegov napredak mora povećati participaciju stanovništva u aktivnosti. Nema dvojbe o tome da će se i u Hrvatskoj morati raditi i više i dulje, da ćemo morati osnažiti sektor programa socijalnih usluga za podršku onima s obiteljskim obvezama, razvijati sustav zdravstvene, osobito preventivne zaštite, fleksibilne oblike rada, **učiniti rad isplativim**, osobito rad u duljem radnom vijeku, ukloniti zakonodavne barijere za zadržavanje u zaposlenosti starijih zaposlenika, smanjivati razlike za uvjete umirovljenja za žene i muškarce. U tom smislu kraj tranzicijskog razdoblja mirovinske reforme za godinu-dvije ne znači dovršetak procesa već novi dijalog o novim neminovnim prilagodbama parametara za umirovljenje, napose onih koji se tiču dobne granice.

No da bi se i u starijoj dobi održala radna sposobnost potrebno je preventivnim aktivnostima poticati očuvanje zdravlja i radnih mogućnosti starijih zaposlenika. Stoga je potrebno oblikovati poslodavce za organiziranjem dodatnih programa aktivnosti, koje će doprinjeti duljem očuvanju radne sposobnosti starijih ali i mlađih zaposlenika poput **organiziranja tečajeva za preorijentacijska zanimanja uz**

primjenu programa promicanja pozitivnog zdravstvenog ponašanja u svrsi aktivnog zdravog produktivnog starenja.

Hrvatski gerontolozi i futurolozi, u suglasju s primjenjenom europskom gerontološkom doktrinom, ukazuju na nužnost postupne provedbe individualnoga gerontološkog pristupa starijoj zaposlenoj osobi uvjetovano njezinoj funkcionalnoj sposobnosti. omogućujući i **ustavno pravo na rad produljenjem radnoga vijeka**, čime bi se spriječila i svojevrsna sadašnja „**dobna diskriminacija**“. **Dodatnom ulogom stariji zaposlenici postaju iskoristivi i koristan potencijal u razvoju gospodarstva ali i u osiguravanju prevencije vlastitog bolesnog starenja, što znatno rasterećuje rastuću gerijatrijsku zdravstvenu potrošnju.**

14. ANTROPOMETRIJA U PROCJENI STANJA UHRANJENOSTI STARIJIH OSOBA

Nina Smolej Narančić¹, Spomenka Tomek-Roksandić², Jasna Miličić¹,
Tatjana Škarić-Jurić¹, Matea Zajc Petranović¹, Željka Tomas¹

Antropometrija je istraživačka metoda antropologije koja se bavi utvrđivanjem dimenzija ljudskog tijela i njihovim prosuđivanjem (Hrvatska enciklopedija, 1999). Naziv joj potječe od grčkih riječi *anthropos* – čovjek i *metron* – mjera. Cilj je morfološke antropometrije što točnijim mjerenjem kvantitativno okarakterizirati morfološke osobine čovječjeg tijela koje se uvelike razlikuju unutar i između populacija. Uočena varijabilnost u veličini i proporcijama čovječjeg tijela dovela je do upotrebe antropometrije, osim u antropologiji, i u širokom krugu primjenjenih disciplina (Ulijaszek i Mascie-Taylor 1994, Smolej Narančić 2006). Tako antropometrija zauzima posebno važno mjesto u procjeni prehranbenog stanja čovjeka (Jelliffe i Jelliffe 1989, Gibson 1990) i koristi se pri probiru, nadzoru i praćenju u populacijama djece i odraslih, kao i u kliničke svrhe.

1. Antropometrijska procjena stanja uhranjenosti starijih osoba

Antropometrija je izuzetno značajna komponenta u procjeni stanja uhranjenosti starijih osoba. Na neinvazivan način ova metoda pruža informaciju o količini potkožnog masnog tkiva i mišićnoj masi tijela kao i o promjenama tjelesnih dimenzija i sastava tijela do kojih dolazi sa starenjem (Bamgartner i sur. 1995, Živičnjak i sur. 1997, Duraković 1999, 2007). Kako fiziološka ravnoteža u starosti nije toliko stabilna kao u srednjoj životnoj dobi, brze promjene u količinama masnog i mišićnog tkiva kao i ekstremna mršavost ili debljina izazivaju značajne zdravstvene probleme. Smanjenje visine tijela do kojega dolazi s porastom životne dobi može biti dobar pokazatelj razvoja osteoporoze, posebno kod žena. S padom pokretnosti kod nekih se starijih osoba povećava tjelesna težina tako da se javlja i pretilost koja dodatno opterećuje lokomotorni i krvožilni sustav te utječe

¹ Institut za antropologiju, Ul. Ljudevita Gaja 32, Zagreb

² Centar za gerontologiju – Referentni centar Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih osoba, Zavod za javno zdravstvo dr. A. Štampar

na funkciju pluća. Mršavljenje kod starijih osoba može također biti posljedica smanjene tjelesne aktivnosti i zbog povezanosti sa slabljenjem imunoloških funkcija povećava rizik njihovog pobola i smrtnosti. Antropometrijska procjena stanja uhranjenosti, osim utvrđivanja trenutnog stanja, omogućuje i jednostavno praćenje djelotvornosti prehranbenih intervencija koje su u starosti često potrebne (WHO 1995).

Među raznim antropometrijskim obilježjima pri procjeni stanja uhranjenosti starijih osoba najčešće se koriste tjelesna težina i indeks tjelesne mase (BMI) kao i opsezi ekstremiteta i trupa te kožni nabori (WHO 1995, Chumlea i sur. 1998, Omran i sur. 2000). Ta su se obilježja odavno pokazala i uspješnim prediktorima ishoda pri praćenju stanja uhranjenosti kroz duže vremensko razdoblje. Pokazalo se, na primjer, da se pothranjenost procijenjena na temelju BMI može povezati s umanjanim preživljavanjem hospitaliziranih osoba starije dobi (Potter i sur. 1988). S druge strane, utvrđeno je da je petogodišnje preživljavanje starijih povezano s većom početnom težinom tijela i većim kožnim naborima (Milne 1979). Isto tako, četverogodišnje praćenje populacije starijih utvrdilo je da osobe s niskim vrijednostima navedenih antropometrijskih dimenzija (ispod 5. percentila) imaju povećan rizik umiranja, dok one s visokim vrijednostima (iznad 90. percentila) to nemaju (Campbell i sur. 1990).

Osnovne antropometrijske mjere koje se preporučaju za procjenu stanja uhranjenosti starijih osoba su visina, težina i iz njih izveden indeks tjelesne mase ($BMI = \text{težina} / \text{visina}^2$), opsezi nadlaktice i potkoljenice te kožni nabori na nadlaktici i leđima (Chumlea i sur. 1987, Guigoz i sur. 1996, WHO 1995). Indeks tjelesne mase služi za opću procjenu uhranjenosti te se kao takav redovito bilježi i za stariju populaciju Hrvatske (Škarić-Jurić i sur. 2006, Tomek-Roksandić i Majić 2007/2008). Taj indeks, međutim, ne razlučuje debljinu od građe tijela, niti opisuje raspodjelu masti u tijelu. Opseg nadlaktice zajedno s kožnim naborima na nadlaktici i na leđima pokazatelji su količine potkožnog masnog tkiva na ruci i na trupu, a opseg potkoljenice važna je mjera gubitka količine mišićnog tkiva zbog smanjene tjelesne aktivnosti. Snižene vrijednosti opsega potkoljenice i nadlaktice bolje su povezane s pothranjenošću nego što je to BMI, a veza je jača u stanju bolesti (Chumlea i sur. 1995).

Od svih antropometrijskih obilježja, indeks tjelesne mase u najširoj je upotrebi za opću procjenu uhranjenosti i to kao pokazatelj smanjene i prekomjerne tjelesne težine. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (WHO 2000) i američkom Nacionalnom institutu za zdravlje (NIH 1998) kategorije uhranjenosti definirane su na temelju toga indeksa izraženog u kg/m^2 na sljedeći način: mršavost ($BMI < 18.5$), normalna, odnosno primjerena težina ($BMI 18.5-24.99$), prvi stupanj prekomjerne težine ($BMI 25.0-29.99$), drugi stupanj prekomjerne težine ($BMI 30.0-39.99$) i treći stupanj prekomjerne težine ($BMI \geq 40$). Pri tome se dane granične vrijednosti

odnose na cijeli raspon odrasle dobi i ne postoje posebne upute za starije iako u novije vrijeme mnogi nalaze da granične vrijednosti koje su valjane za srednju dob nisu odgovarajuće i za stariju i to posebno za duboku starost (Zamboni i sur. 2005, Price i sur. 2006, Cook i sur. 2005). Tako neki autori smatraju da bi trebalo povisiti graničnu vrijednost indeksa za kategoriju pothranjenosti sa 18,5 na 20,0 kg/m² (Sergi i sur. 2005). U tom smislu i Svjetska zdravstvena organizacija (WHO 1995) preporučuje graničnu vrijednost od 18,5 u dobi od 60-69 godina, a izražava sumnju u njenu valjanost za dob od 70 i više godina.

Kritike se nadalje odnose i na kategoriju prekomjerne težine od 25,0-29,99 kg/m² jer se uvidjelo da su kod starijih osoba te vrijednosti indeksa povoljne i da ne nose rizik za povišenu smrtnost (Chapman 2008). Istraživanja koja su provedena u zdravim i hospitaliziranim populacijama starijih osoba pokazala su da je najniži mortalitet povezan s vrijednostima BMI nešto iznad 25 kg/m². Neki autori predlažu da se vrijednosti BMI od 25-29 kg/m² smatraju optimalnim u starijoj životnoj dobi. Tome u prilog govore i novi podaci kojima raspolažemo za našu populaciju osoba duboke starosti u dobi od 85 do 101 godine života (Tomek-Roksandić 2009). Oni potječu iz istraživanja provedenog 2007. i 2008. godine među stanovnicima domova za starije i nemoćne osobe grada Zagreba. Utvrđeno je da prosječni BMI osoba za koje je na temelju Minimalne procjene stanja uhranjenosti procijenjeno da su u riziku za pothranjenost (MNA 17-23,5) iznosi 25,6 kg/m², a onih koje su normalno uhranjene (MNA \geq 24) iznosi 29,1 kg/m². Rezultati, dakle, pokazuju da bi bilo preporučljivo podići gornju granicu vrijednosti indeksa tjelesne mase do koje se osobu starije dobi smatra normalno, a ne prekomjerno uhranjenom čak od vrijednosti 29 kg/m².

Navedenu preporuku podupire i povezanost indeksa tjelesne mase s opsegom struka u spomenutoj ispitivanoj zagrebačkoj populaciji. Opseg struka je dobar pokazatelj abdominalne, odnosno centralne debljine koja je pak mnogo značajniji prediktor mortaliteta nego indeks tjelesne mase (Kuller 1999, Locher i sur. 2007, Wannamethee i sur. 2007). Opseg struka veći od 102 cm za muškarce i veći od 88 cm za žene definira središnji tip debljine i smatra se rizičnim za zdravlje. Kod osoba duboke starosti iz naše populacije pokazalo se da BMI i opseg struka različito svrstavaju ispitanike baš u srednjoj kategoriji BMI od 25-29,9 kg/m² (**Tablica 1**). Oko 39% ispitanika iz te kategorije indeksa tjelesne mase ne spada među pretile na temelju opsega struka i to vrijedi za čak 55% muškaraca. Stoga dobiveni rezultati potvrđuju potrebu podizanja gornjih granica kategorije normalne uhranjenosti što na temelju rezultata u drugim populacijama starijih osoba predlažu i drugi autori (Kyle i sur. 2002, Price i sur. 2006, Chapman 2008).

Tablica 1. Podudarnost svrstavanja ispitanika u kategorije uhranjenosti na temelju indeksa tjelesne mase (BMI) i opsega struka. (Podaci iz istraživanja provedenog među osobama u dobi od 85 do 101 godine života koje žive u domovima za starije i nemoćne osobe grada Zagreba).

	OPSEG STRUKA (cm)			
	≤102 M; ≤88 Ž		>102 M; >88 Ž	
	N	%	N	%
BMI (kg/m ²):				
Ukupni uzorak				
≤24,99	53	88,3	7	11,7
25,0-29,99	30	38,5	48	61,5
≥30,0	-	-	55	100,0
Ukupno	83	43,0	110	57,0
Fisher exact-test: df=1; p= 0,001				
Muškarci				
≤24,99	16	100,0	-	-
25,0-29,99	12	54,5	10	45,5
≥30,0	-	-	10	100,0
Ukupno	28	58,3	20	41,7
Fisher exact-test: df=1; p= 0,001				
Žene				
≤24,99	37	84,1	7	15,9
25,0-29,99	18	32,1	38	67,9
≥30,0	-	-	45	100,0
Ukupno	55	37,9	90	62,1
Fisher exact-test: df=1; p= 0,001				

M – muškarci; Ž – žene; N – broj ispitanika

Izvor: Tomek - Roksandić S. i sur., 2009.

2. Referentne vrijednosti antropometrijskih obilježja

Bilo da se antropometrija koristi pri praćenju stanja uhranjenosti starijih osoba u svrhu predviđanja zdravstvenih rizika, bilo da se na taj način prate rezultati prehrambenih intervencija, nužno je raspolagati referentnim vrijednostima

antropometrijskih obilježja te poznavati prosječne stope promjena tih obilježja s porastom dobi u odsutnosti bolesti. Smatra se da su 5. i 95. dobno i spolno specifični percentili pojedinog antropometrijskog obilježja granične vrijednosti ispod, odnosno iznad kojih se može govoriti o zabrinjavajućem stanju uhranjenosti (Omran i Morley 2000, Stanga 2009). Na žalost vrlo mali broj zemalja posjeduje referentne vrijednosti za svoju populaciju kojima bi se usporedile izmjerene vrijednosti antropometrijskih osobina starije osobe (de Onis i Habicht 1996). Pored toga, mali je broj studija koje su longitudinalno pratile promjene antropometrijskih osobina u starosti ili uključile direktno mjerenje sastava tijela. Većina ih je dodatno opterećena problemom odabira odgovarajuće velikog uzorka „zdravih“ starijih osoba koje „uspješno stare“ s obzirom da se sa starenjem povećava učestalost pojavljivanja degenerativnih bolesti. Uzorci su stoga nedovoljne veličine i nisu reprezentativni za ukupno stanovništvo starije životne dobi, a ekstrapolacija vrijednosti koje eventualno postoje za ranu starost na srednju i duboku starost je potpuno neispravna.

Svjetska zdravstvena organizacija (WHO 1955) ističe značaj korištenja vlastitih, za pojedinu populaciju izvedenih antropometrijskih referentnih vrijednosti, a u populacijama koje ih ne posjeduju preporuča upotrebu vrijednosti uspostavljenih za američku populaciju na temelju nacionalnih studija zdravlja i prehrane (*National Health and Nutrition Examination Survey*, NHANES) koje su u toj zemlji provedene u nekoliko navrata. Pri tome se napominje da je uvijek upitna primjenjivost bilo čijih referentnih vrijednosti u drugim populacijama. Poznato je da među populacijama postoji velika varijabilnost u antropometrijskim pokazateljima stanja uhranjenosti koja proizlazi iz međusobnih razlika u čimbenicima njihovog okoliša i načina života, genetičkih razlika te razlika u zdravstvenom stanju. Stoga „tuđe“ referentne vrijednosti treba koristiti samo za usporedbe među populacijama i za potrebe inicijalne procjene stanja u vlastitoj populaciji starijih osoba. Za ilustraciju takve procjene u **Tablici 2** je prikazana usporedba prosječnih vrijednosti antropometrijskih obilježja zagrebačke populacije 85-101-godišnjaka s referentnim vrijednostima američke populacije (Tomek-Roksandić 2009). Za sada ne raspoložemo takvim podacima za stariju populaciju Hrvatske. Postoje referentne vrijednosti antropometrijskih pokazatelja uhranjenosti za dalmatinsku populaciju, ali te pokrivaju dobni raspon od 18-74 godine (Smolej Narančić 1999, Smolej Narančić i Žagar 2000). Stoga su u slučaju zagrebačke populacije u dubokoj starosti za usporedbu korišteni najnoviji antropometrijski podaci iz američke Nacionalne studije zdravlja i prehrane (*National Health and Nutrition Examination Survey*, NHANES) provedene 2003. do 2006. godine (McDowell i sur. 2008) i to oni koji se odnose na najstariju dobnu skupinu od 80 i više godina. Na taj se način dobi zagrebačke i referentne američke populacije relativno dobro podudaraju. Usporedba je učinjena odvojeno po spolu i vidljivo je da su rezultati za muškarce i žene podudarni. Prosječne vrijednosti težine, indeksa tjelesne

mase i subskapularnog kožnog nabora zagrebačkog uzorka padaju između 50. i 75. američkog percentila, a ostalih osobina – opsega nadlaktice, potkoljenice i struka te kožnog nabora na tricepsu - padaju između 25. i 50. percentila referentne populacije. Na temelju takvog rezultata antropometrijske procjene smatra se da zagrebačka populacija osoba duboke starosti u prosjeku ima zadovoljavajuće stanje uhranjenosti s obzirom da se prosječne vrijednosti svih obilježja podudaraju s onima referentne američke populacije.

Tablica 2. Antropometrijski pokazatelji uhranjenosti u zagrebačkoj populaciji 85-101-godišnjaka u usporedbi s referentnim vrijednostima za američku populaciju

Varijabla	Zagrebačka populacija			Američka populacija ^a	
	N	X	SE	X	Percentil ^b
Muškarci					
BMI (kg/m ²)	51	27,8	0,66	26,2	50.-75.
Opseg nadlaktice (cm)	51	27,3	0,43	29,9	25.
Opseg potkoljenice (cm)	51	35,6	0,52	36,1	25.-50.
Opseg struka (cm)	48	100,9	1,77	100,4	50.
Kožni nabor - triceps (mm):	51	11,0	0,73	13,9	25.-50.
Kožni nabor - subskap. (mm):	50	19,7	1,08	17,0	50.-75.
Težina (kg)	51	78,2	2,02	76,3	50.-75.
Visina (cm)	51	167,6	0,01	170,7	25.-50.
Žene					
BMI (kg/m ²)	151	27,24	0,40	26,4	50.-75.
Opseg nadlaktice (cm)	151	27,2	0,29	29,2	25.-50.
Opseg potkoljenice (cm)	151	34,6	0,31	35,5	25.-50.
Opseg struka (cm)	145	90,6	0,84	94,0	25.-50.
Kožni nabor - triceps (mm):	150	17,6	0,65	20,2	25.-50.
Kožni nabor - subskap. (mm):	150	17,3	0,58	16,1	50.-75.
Težina (kg)	151	63,6	1,02	64,5	50.-75.
Visina (cm)	151	152,7	0,01	156,0	25.-50.

N – broj ispitanika; X – srednja vrijednost; SE – standardna greška srednje vrijednosti

Izvor: Tomek - Roksandić S. i sur., 2009.

^a Izvor podataka: McDowell i sur. (2008)

^b Percentili između kojih pada srednja vrijednost dobivena u zagrebačkoj populaciji

3. Individualna procjena stanja uhranjenosti

Pri individualnoj procjeni stanja uhranjenosti antropometrija je jedan u nizu postupaka koji se poduzimaju i u kliničke svrhe. Sama nije dovoljna za prognozu i ocjenu uspješnosti liječenja. Razlikuju se antropometrijske osobine koje se koriste pri početnom registriranju stanja uhranjenosti i rizika za zdravlje starije osobe od onih koje su korisne za praćenje odgovora na intervenciju tijekom vremena. Razlog tome je potreba za točnošću i odgovarajućim referentnim vrijednostima koja je važna pri prvoj procjeni, naspram preciznosti koja je bitna pri praćenju kroz vrijeme.

Procjena uspješnosti liječenja često pretpostavlja ponavljanje mjerenja u određenim vremenskim razmacima. Težina tijela je najvažnija samostalna antropometrijska mjera u kliničke svrhe. Dobivanje na težini može biti posljedica povećanja ukupne količine tekućine (edemi, ascites itd.) ili masti u tijelu, dok njen nenamjerni gubitak upućuje na gubitak nemasne mase tijela što je zabrinjavajuće s obzirom na dijagnozu i prognozu stanja. Iako se pokazalo da težina čovjeka opada nakon otprilike 70. godine života, klinički je cilj održavanje težine unutar 10% od uobičajene za pojedinu osobu starije životne dobi (WHO 1995).

Za razliku od težine, opsezi tijela i kožni nabori korisni su pri početnom registriranju stanja uhranjenosti osobe, ali općenito nisu dovoljno precizni za praćenje u kratkom vremenskom razdoblju. Osim toga, vrlo je teška interpretacija malih promjena u npr. kožnom naboru ili opsegu nadlaktice. Longitudinalne studije su pokazale da se u starijoj dobi vrijednosti morfoloških obilježja nadlaktice mijenjaju iz godine u godinu (Borkan i sur. 1983), da su te uzastopne promjene male i, osim stvarnih promjena sastava tijela, odražavaju još i promjene sposobnosti kompresije kože i potkožnog masnog tkiva te povećanje greške mjerenja. Vrlo je malo vjerojatno da će se promijeniti vrijednosti navedenih obilježja, a da se istovremeno ne promijeni i težina tijela, a jednostavnost mjerenja težine i interpretacije dobivenih rezultata promiču težinu kao varijablu izbora za praćenje kroz kratko razdoblje. Ukoliko, međutim, dođe do povećanja težine tijela zbog ascitesa ili edema te se želi utvrditi proteinske rezerve, opseg potkoljenice je vrlo korisna mjera koja je neovisna o promjenama koje se dešavaju u abdomenu.

4. Antropometrijska obilježja u obrascima za probir pothranjenosti

Antropometrijska su obilježja često sastavni dio obrazaca za probir pothranjenosti kako u općoj populaciji, tako i među bolesnicima u bolnicama. S obzirom na važnost ustanovljavanja pothranjenosti, razvijeni su mnogi takvi

obraci, ali niti jedan nije do sada prihvaćen kao „zlatni standard“ (Omran i Morley 2000). Oni najčešće sadrže pitanja o funkcionalnom i zdravstvenom stanju te prehrabnim navikama, a od antropometrijskih obilježja nenamjeran gubitak tjelesne težine i indeks tjelesne mase. Jones (2002) je usporedio 44 takva upitnika uvedena do 2002. godine i ustanovio da su mnogi nedovoljno opisani, za neke nije dobro definirana populacija u kojoj daju valjane rezultate, a općenito, malo ih je validirano. Među široko validiranim obrascima, Minimalna procjena stanja uhranjenosti (MNA, *Mini Nutritional Assessment*) se smatra primjerenom za upotrebu u populaciji starijih osoba (Guigoz i sur. 1996, 1997, Guigoz 2006). Uz procjenu općeg stanja, procjenu prehrane i osobnu procjenu uhranjenosti ta metoda uključuje i antropometrijsku procjenu na temelju indeksa tjelesne mase, opsega nadlaktice, opsega potkoljenice i podatka o nenamjernom gubitku težine. Kao jednostavna, neinvazivna i pouzdana, metoda je korištena u brojnim primijenjenim studijama u skupinama starije životne dobi (Saletti i sur. 2000, Bauer i sur. 2005, Nijls i sur. 2006, Manders i sur. 2009).

5. Specifičnosti antropometrije u starijoj životnoj dobi - gerontoantropometrija

Današnje poznavanje odnosa antropometrijskih osobina i sastava tijela vrlo je manjkavo za stariju životnu dob, a posebno za dob od 85 i više godina, dakle za duboku starost. Općenito se može reći da u starijoj dobi povezanost nije tako značajna i dosljedna kao u ranijoj odrasloj dobi (Chumlea i sur. 1984a). Tako su na primjer korelacije kožnih nabora na nadlaktici i trupu s postotkom masti u tijelu niže kod starijih nego kod mlađih odraslih osoba, dok su korelacije opsega trupa s postotkom masti u tijelu kod starijih više. Takve razlike u povezanosti antropometrijskih osobina i sastava tijela odraz su normalnih fizioloških efekata starenja kakav je smanjivanje visine tijela ili promjene u količini i raspodjeli mišićnog i potkožnog masnog tkiva. Izmjerene vrijednosti, osim toga, ovise o elastičnosti i sposobnosti kompresije potkožnog masnog tkiva koje se mijenjaju sa starenjem (Himes i sur. 1979).

Antropometrija starijih osoba ima svoje specifičnosti te ju možemo pobliže označiti pojmom gerontoantropometrija. Pri mjerenju starijih osoba potrebno je posvetiti osobitu pažnju metodi i tehnici kako bi se smanjile pogreške mjerenja, a time i greške u procjeni stanja uhranjenosti. To stoga što su pogreške mjerenja svih dimenzija tijela veće kod starijih nego kod mlađih odraslih osoba, a posebno se to odnosi na opsege i kožne nabore trupa (Chumlea i sur. 1984b). Na pouzdanost izmjerenih vrijednosti kožnih nabora znatno utječe veća sposobnost kompresije kao i slabija mogućnost odvajanja tkiva. Tako, iako su antropometrijske tehnike

vrlo djelotvorne pri procjeni stanja uhranjenosti u starijoj dobi, one su i podložne grešci, posebno kod nepokretnih osoba.

Izvjestan broj osoba starije životne dobi nije u mogućnosti surađivati pri antropometriji što je važan preduvjet uspješnosti te metode. Osim toga, neka antropometrijska obilježja nemoguće je mjeriti na standardan način jer se sa starenjem javljaju i specifičnosti u stavu i morfološkoj građi tijela. Nadalje, određen dio starijih osoba nije u mogućnosti samostalno stajati te je u kretanju je vezan uz kolica ili je nepokretan i u krevetu.

U navedenim se slučajevima u starijoj dobi koriste posebne tehnike mjerenja antropometrijskih osobina koje su razvili Chumlea i suradnici (1987), a preporuča ih i Svjetska zdravstvena organizacija (WHO 1995). Od svih antropometrijskih osobina, najčešće se upotrebljavaju visina i težina tijela, a u slučajevima kada ih nije moguće izmjeriti, procjenjuju se pomoću regresijskih jednadžbi na temelju životne dobi i drugih izmjerenih antropometrijskih obilježja.

Za procjenu visine u starijoj dobi korištena su različita antropometrijska obilježja, a najčešće raspon ruku, duljina potkoljenice i visina koljena (Kwok i Whitelaw 1991, Chumlea i sur. 1985, Zhang i sur. 1998). Za procjenu težine tijela korišteni su opsezi kao pokazatelji bezmasne komponente tijela, kožni nabori kao pokazatelji količine masnog tkiva i longitudinalne dimenzije ekstremiteta ili širine zglobova kao pokazatelji robustnosti kostura (Donini i sur. 1998, Chumlea i sur. 1988). Svjetska zdravstvena organizacija (WHO 1995) za stariju dob preporuča regresijske jednadžbe kojima se visinu tijela izračunava na temelju visine koljena (VK):

$$\text{Visina tijela (muškarci)} = (2,08 \times \text{VK}) + 59,01$$

$$\text{Visina tijela (žene)} = (1,91 \times \text{VK}) - (0,17 \times \text{dob}) + 75,00.$$

Za izračun težine preporuča jednadžbe koje se temelje na visini koljena (VK), opsezima nadlaktice (ON) i potkoljenice (OP) i subskapularnom kožnom naboru (SKN):

Težina (muškarci)

$$= (0,98 \times \text{OP}) + (1,16 \times \text{VK}) + (1,73 \times \text{ON}) + (0,37 \times \text{SKN}) - 81,69$$

Težina (žene)

$$= (1,27 \times \text{OP}) + (0,87 \times \text{VK}) + (0,98 \times \text{ON}) + (0,40 \times \text{SKN}) - 62,35.$$

Osim što su navedene jednadžbe dobno specifične, one su specifične i za populaciju iz koje su izvedene, a to su bijeli Amerikanci u dobi od 60-80 godina. Autori ističu da nisu nužno univerzalno valjane što je slučaj i s mnogim drugim antropometrijskim obilježjima te da bi bilo potrebno izvesti referentne jednadžbe za vlastitu populaciju.

6. Način mjerenja

Kod osoba koje mogu samostalno stajati antropometrija se provodi na standardan način što znači slijedećem preporuka Internacionalnog biološkog programa (Weiner i Lourie 1981, WHO 1995). Pregled mjerenja cijelog niza antropometrijskih varijabli koje navodi IBP može se naći i u dva izdanja Antropologijske biblioteke - Praktikum biološke antropologije koja su uredili naši stručnjaci antropolozi (Buzina i sur. 1975, 1984).

Kod starijih osoba koje su slabo pokretne ili nepokretne antropometrija se provodi u sjedećem ili ležećem položaju. Opis načina mjerenja antropometrijskih varijabli koji slijedi odnosi se na situacije kada je starija osoba vezana uz stolicu, kolica ili krevet. Preuzete su preporuke autora Chumlea i suradnika (1987) koji su razvili tehnike antropometrije za takve slučajeve, a kasnije ih je preporučila i Svjetska zdravstvena organizacija (WHO 1995). Razlika između dvaju izvora je u strani tijela na kojoj se mjere pojedina obilježja, a ovdje je prema preporuci WHO opisano mjerenje na desnoj strani tijela. Osim toga, Chumlea i suradnici smatraju da osobe koje su vezane uz kolica treba ipak mjeriti u ležećem položaju kako bi se smanjile greške mjerenja pa način mjerenja u sjedećem položaju niti ne prikazuju. Stoga su ovdje dani opisi za sjedeći položaj kako to preporuča WHO.

Težina tijela

Težina tijela je varijabla koja se najčešće mjeri. Za njeno mjerenje u osoba koje ne mogu samostalno stajati, ali mogu sjediti, koriste se posebne vage s velikom površinom gazišta na koju stanu kolica. Za ležeće osobe koriste se specijalizirane krevetne vage koje su, međutim, skupe i zato rijetko dostupne. U slučajevima kada je težinu nemoguće direktno izmjeriti, moguće ju je procijeniti na temelju drugih antropometrijskih obilježja koja su dostupna za mjerenje. Pri tome se koriste ranije opisane jednadžbe uz ogradu da nisu specifične za našu populaciju starijih osoba. Takvo rješenje nije idealno zbog relativno velikih pogrešaka procjene, ali je razumno kad se radi o nepokretnim osobama.

Visina tijela, visina koljena

Kod osoba s uočljivim iskrivljenjem kralježnice i drugim problemima u stavu tijela, kao i kod onih sjedećih i ležećih, do vrijednosti visine može se doći indirektno, procjenom pomoću ranije navedenih jednadžbi. Temelje se na visini koljena koja je lako mjerljiva i na koju ne utječe smanjenje ukupne tjelesne visine uslijed degenerativnih promjena kralježnice. Jednadžbe nisu specifične za našu populaciju starijih osoba i imaju relativno velike greške procjene.

Za mjerenje visine koljena osobe koja sjedi i koljeno i skočni zglob moraju biti savinuti pod kutem od 90°. Mjerilac kleči s bočne strane potkoljenice. Mjeri se antropometrom koji se postavlja uz potkoljenu i to uz lateralni maleolus i posteriorno od glave fibule i drži se paralelno s tibiom. Njegov se fiksni krak postavlja ispod pete, a pokretni krak na anteriornu površinu bedra povrh kondila femura, oko 4 cm proksimalno od patele. Laganim pritiskom komprimiraju se meka tkiva.

Za mjerenje visine koljena u ležećem položaju osoba leži na leđima, a noga je položena tako da su i koljeno i skočni zglob savinuti pod kutem od 90°. Mjerilac stoji s bočne strane potkoljenice i mjeri antropometrom na način opisan za sjedeći položaj.

Mjerenja se očitavaju s točnošću jednog milimetra, a podudaranje dva uzastopna mjerenja treba biti unutar 0,5 cm.

Opseg potkoljenice

Kod starijih se osoba opseg potkoljenice smatra najosjetljivijim pokazateljem mišićne mase koja se smanjuje s opadanjem tjelesne aktivnosti, boljim nego što je to opseg nadlaktice. Opseg potkoljenice je uz to potreban za procjenu tjelesne težine kako je to opisano ranije.

Za mjerenje opsega potkoljenice osobe koja sjedi noga mora biti u istom položaju kao i za mjerenje visine koljena. Klečeći s bočne strane potkoljenice, mjerilac centimetarskom vrpcom za mjerenje obuhvaća potkoljenu. Mjeri se maksimalni opseg potkoljenice vrpcom koja se postavlja u vodoravan položaj pazeći da se ne primijeni kompresija.

Mjerenje opsega potkoljenice u ležećem položaju provodi se pri istom položaju tijela kao za mjerenje visine koljena. Pri tome treba poduprijeti stopalo osobe jastukom ili smotanom ručnikom. Stojeći s bočne strane potkoljenice, mjerilac centimetarskom vrpcom za mjerenje obuhvaća potkoljenu. Mjeri se maksimalni opseg potkoljenice vrpcom koja se postavlja u vodoravan položaj pazeći da se ne primijeni kompresija.

Mjerenja se očitavaju s točnošću jednog milimetra, a podudaranje dva uzastopna mjerenja treba biti unutar 0,5 cm.

Opseg nadlaktice

Opseg nadlaktice potreban je za procjenu tjelesne težine. Mjeri se na sredini njene duljine nadlaktice. U ležećem položaju mjeri se tako da osoba leži na leđima s desnom rukom savinutom u laktu pod 90° i podlakticom položenom preko trupa s dlanom okrenutim na dolje. Nadlaktica je pri tome paralelna s trupom. Mjernom vrpcom određuje se sredina nadlaktice koja je na polovini duljine između točke na lateralnom vrhu procesusa akromialisa i točke na vršku lakta (olecranon). Nađena točka se označava na koži i nakon toga se mijenja položaj desne ruke tako da bude ispružena uz tijelo s dlanom okrenutim na gore. Centimetarskom vrpcom za mjerenje obuhvaća se nadlakticu i mjeri njen opseg na mjestu označene točke pazeći da se ne primijeni kompresija. Mjerenja se očitavaju s točnošću jednog milimetra, a podudaranje dva uzastopna mjerenja treba biti unutar 0,5 cm.

Kožni nabor tricepsa

Kožni nabor tricepsa (na nadlaktici, iznad musculus triceps), zajedno sa subskapularnim kožim naborom, daje na indirektan način uvid u količinu masti u tijelu. Za mjerenje oba kožna nabora u ležećem položaju osoba leži na lijevome boku s lijevom rukom ispruženom prema naprijed na krevetu ili podvinutom pod glavu. Trup mora biti poravnat, noge lagano savinute, a desna ruka položena uz trup s dlanom okrenutim na dolje. Zamisljena crta što prolazi kroz processus akromialis treba biti okomita na površinu kreveta. Kožni nabor tricepsa mjeri se na dorzalnoj strani nadlaktice nad tricepsom, u razini točke koja označava sredinu duljine nadlaktice, dakle u istoj razini mjerenja opsega nadlaktice. Mjerilac u smjeru uzdužne osi nadlaktice nježno između prstiju i palca zahvati nabor kože i potkožnog masnog tkiva odijevajući ga od mišića i to oko 1 cm iznad mjesta mjerenja (sredina nadlaktice). Kaliper se postavlja okomito na pružanje kožnog nabora, kraci se namjeste na označenu sredinu nadlaktice i vrijednost se očitava oko 3 sekunde nakon što su kraci stavljeni na kožni nabor. Mjerenja se očitavaju s točnošću dva milimetra, a podudaranje uzastopnih mjerenja treba biti unutar 4 mm.

Subskapularni kožni nabor

Subskapularni kožni nabor, zajedno s kožnim naborom tricepsa, daje na indirektan način uvid u količinu masti u tijelu, a potreban je i ako se procjenjuje tjelesna težina. Za mjerenje subskapularnog kožnog nabora položaj tijela osobe isti je kao i pri mjerenju kožnog nabora tricepsa. Nabor se mjeri kaliperom ispod donjeg ruba desne lopatice, posteriorno od njenog donjeg kuta. Mjerilac nježno

između prstiju i palca zahvati nabor kože i potkožnog masnog tkiva odizujući ih od mišića i to tako da nabor bude pod laganim kutem prema osovini lopatice, na crti koja spaja donji kut desne lopatice i desni lakat. Kaliper se postavlja okomito na pružanje kožnog nabora, kraci se namjeste medijalno od prstiju mjerača, a lateralno od donjeg kuta lopatice. Vrijednost se očitava oko 3 sekunde nakon što su kraci stavljeni na kožni nabor. Ako se kaliper dulje drži pod pritiskom, može doći do njegovog pomicanja i jače kompresije tkiva pa prema tome i do netočnih rezultata. Mjerenja se očitavaju s točnošću dva milimetra, a podudaranje uzastopnih mjerenja treba biti unutar 4 mm.

7. Mjerioci - antropometristi

Izvođenje antropometrije zahtijeva izuzetnu pažnju jer su ispravni postupci tijekom mjerenja temelj za valjanu upotrebu i interpretaciju prikupljenih podataka. U tome pomažu protokoli o metodama mjerenja kakvi se nalaze u literaturi i pridržavajući se njih osigurava se kompatibilnost mjerenih obilježja s onima koja se javljaju u referentnim podacima te se na taj način omogućuje valjana interpretacija rezultata. Antropometrijski protokoli su ujedno temelj za obuku i „standardizaciju“ antropometrista i preduvjet da svi oni izvode mjerenja na isti način te da se što više smanje greške mjerenja.

Kao što je već istaknuto, antropometrija je relativno brza i jeftina metoda, ali greške koje se mogu desiti pri njenom izvođenju mogu bitno utjecati na interpretaciju dobivenih podataka pri procjeni stanja uhranjenosti i tako biti njen ograničavajući faktor (Gordon i Bradtmiller 1992, Ulijaszek i Kehr 1999). Izvor grešaka u antropometriji je dvojak: greške antropometrista i greške instrumenata koje oni koriste. Ove potonje je relativno lako svesti na najmanju moguću mjeru na način da svi antropometristi koriste iste instrumente koji su propisani protokolom i koji moraju biti ispravni i redovito baždareni. Greške antropometrista su, međutim, teži problem jer između ostaloga obuhvaćaju površno ili loše namještanje ispitanika u položaj za mjerenje, neprecizno određivanje mjernih točaka na ispitanikovu tijelu, kao i neispravno korištenje instrumenata, a sve one mogu biti još naglašenije kad u antropometriji sudjeluje veći broj mjerilaca. Stoga je potrebno posvetiti izuzetnu pažnju upravo antropometristima, povjeriti njihovu obuku stručnjacima antropolozima i osigurati redovito praćenje kvalitete mjerenja od strane iskusnih antropologa ili te stručnjake uključiti u samo provođenje antropometrije za potrebe procjene stanja uhranjenosti starijih osoba. Osim u edukaciji, ti su stručnjaci neophodni pri analizi i interpretaciji dobivenih vrijednosti antropometrijskih obilježja.

15.GERONTOLOŠKOJAVNOZDRAVSTVENI POKAZATELJI MORTALITETNE STRUKTURE CIRKULACIJSKOG SUSTAVA STARIJEG PUČANSTVA HRVATSKE (2000.- 2009.)

Mirjana Lipovšćak, dipl. oec., prim.dr.sc. Spomenka Tomek-Roksandić*, prof.dr.sc.Nina Smolej Narančić prof.dr.sc. Mate Ljubičić, dr.Branimir Tomić, prim.dr. Željko Baklaić, dr.Goran Perko, prof.emer.dr.sc Silvije Vuletić

Uvod

Na osnovi gerontološkojavnopzdravstvenih pokazatelja mortaliteta, naročito povezanih uz uzroke smrti, a poglavito u kombinaciji sa starošću pojedinaca, vrednuje se i zdravstveni status populacije pojedine zemlje. Više od 2/3 uzroka smrti starijih osoba čine bolesti cirkulacijskog sustava i u 2009.g. u Hrvatskoj. Time struktura uzroka smrti cjelokupnog pučanstva Hrvatske je u direktnom odnosu strukture uzroka smrti u starijih osoba. . Kako su gerontološkojavnopzdravstveni pokazatelji o mortalitetu, osnova za donošenje fokusiranih gerontološkojavnopzdravstvenih programa u korist očuvanja zdravlja i funkcionalne sposobnosti te produktivnosti starijeg pučanstva, osobito značenje dobiva javnozdravstveno proučavanje potencijalno izgubljene godine života po najučestalijim uzrocima smrti. To proučavanje neposredno utječe i na napređivanje zdravstvene skrbi pučanstva, te je cilj ovog promatranja za proteklo desetogodišnje razdoblje bio ukazivanje na mortalitet s obzirom na preventabilne uzroke smrti kao što su cirkulacijske bolesti, te na gubitak populacije zbog prerane smrtnosti osobito u ranijoj starosti.

1. Umrli od bolesti cirkulacijskog sustava prema spolu i starosti

Umrli po spolu i dobi, od bolesti cirkulacijskog sustava za proteklo desetogodišnje razdoblje prikazani su ukupno, kao i za svaku od kalendarskih godina u tab. 1.

* Centar za gerontologiju ZJZ „Dr A.Štampar“, voditeljica i vanjski suradnici

¹. Umrli od bolesti cirkulacijskog sustava od 2000. do 2009. prema starosti i spolu

S obzirom na malu frekvenciju u dobi do 44 godine, u tablici je podatak o ukupnom broju umrlih za starosnu skupini od 0 do 44 godine.

	Spol	Ukupno	Starost								Nepoznata starost
			0-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75 i više	
2000	sv	26712	366	388	576	883	1691	3102	4206	15498	2
	m	11758	260	281	436	629	1122	1861	2140	5027	2
	ž	14954	106	107	140	254	569	1241	2066	10471	0
2001	sv	26542	355	381	647	777	1597	2864	4311	15605	5
	m	11690	265	307	487	552	1073	1727	2222	5056	1
	ž	14852	90	74	160	225	524	1137	2089	10549	4
2002	sv	26698	298	392	620	789	1507	2756	4255	16076	5
	m	11979	231	309	477	579	1044	1694	2289	5354	2
	ž	14719	67	83	143	210	463	1062	1966	10722	3
2003	sv	27872	311	402	613	810	1468	2657	4432	17175	4
	m	12236	234	313	451	586	1004	1648	2356	5643	1
	ž	15636	77	89	162	224	464	1009	2076	11532	3
2004	sv	24959	314	343	542	701	1253	2280	4031	15492	3
	m	10931	244	257	409	530	866	1419	2116	5088	2
	ž	14028	70	86	133	171	387	861	1915	10404	1
2005	sv	26029	262	319	602	840	1209	2264	3823	16709	1
	m	11343	201	243	458	630	854	1401	2044	5512	0
	ž	14686	61	76	144	210	355	863	1779	11197	1
2006	sv	25611	269	334	563	868	1032	2039	3622	16881	3
	m	11229	208	264	445	661	734	1287	1920	5708	2
	ž	14382	61	70	118	207	298	752	1702	11173	1
2007	sv	26506	271	298	547	845	1065	2047	3587	17845	1
	m	11417	201	235	425	655	746	1296	1939	5920	0
	ž	15089	70	63	122	190	319	751	1648	11925	1
2008	sv	26235	287	286	591	834	1069	1877	3342	17949	0
	m	11402	219	221	467	623	787	1201	1891	5993	0
	ž	14833	68	65	124	211	282	676	1451	11956	0
2009	sv	25976	253	262	493	771	1109	1774	3156	18154	4
	m	11095	187	200	369	585	799	1117	1697	6137	4
	ž	14881	66	62	124	186	310	657	1459	12017	0
2000-2009	sv	263140	2986	3405	5794	8118	13000	23660	38765	167384	28
	m	115080	2250	2630	4424	6030	9029	14651	20614	55438	14
	ž	148060	736	775	1370	2088	3971	9009	18151	111946	14

Izvor podataka: Državni zavod za statistiku

U razdoblju od 2000. do 2009. od 263 140 umrlih od bolesti cirkulacijskog sustava njih 6 391 ili 2,4% bilo je mlađe od 50 godina, a starijih od 50 preostalih 256 721 ili 97,6% (28 njih je nepoznate starosti). U kontingentu umrlih mlađih od 50 godina 4 880 umrlih ili 4,2% se odnosi na muškarce (u odnosu na 115 080 ukupno umrlih), a 1 511 ili 1% na žene (u odnosu na 115 080 ukupno umrlih). Ili dugim riječima u toj je dobi od bolesti cirkulacijskog sustava umrlo 74,6% muškaraca i 23,6% žena (od 6 391 umrlih).

Promatrajući podatke u tab. 1., u svim je dobnim skupinama umrlih veća smrtnost muške populacije, osim u najstarijoj, t. starih 75 i više godina. U toj je dobnj skupini od 167 384 umrlih 33,1% su muškarci, a 66,9% su žene. Međutim, gledajući broj umrlih žena u toj, najstarijoj dobi, umrlo ih je čak 111 946 ili 75,6% (u odnosu na 148 060 ukupno umrlih žena), dok je u toj dobi umrlo 48,2% muškaraca (55 438 umrlih u dobi od 75 i više godina u odnosu na 115 080 ukupno umrlih).

1.2. Specifične stope mortaliteta od bolesti cirkulacijskog sustava po spolu i starosti

Specifična stopa mortaliteta predstavlja odnos broja umrlih osoba određene starosti i prosječnog broja stanovništva te iste starosti u promatranoj kalendarskoj godini, računate na 1000 stanovnika. S obzirom na male frekvencije u pojedinim dobnim skupinama, često se kod pojedinih uzroka smrti računa stopa broja umrlih na 100 000 stanovnika.

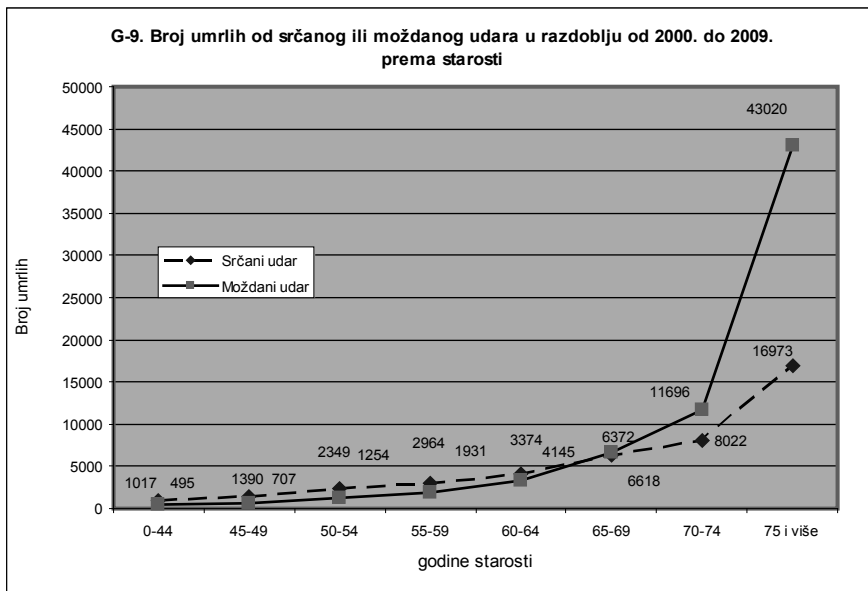
Prema podacima o ukupnom broju umrlih osoba za razdoblje od 2000. do 2009. na 1 000 stanovnika prosječno umrlo je njih 11,5 ili 11,5‰ (za mušku populaciju 12,1‰, a za žene 11‰), kod bolesti cirkulacijskog sustava ta je stopa 5,9‰ (za mušku populaciju 5,4‰, a za žene 6,4‰). Iz navedenih je podataka vidljivo da je u promatranom desetogodišnjem razdoblju na svakih 1 000 stanovnika prosječno umiralo od bolesti cirkulacijskog sustava njih 5,9 osoba (5,4 muškarca na 1 000 muške i 6,4 žena na 1 000 ženske populacije – procjena sredinom godine).

Kod najstarije populacije (75 i više godina) na svakih 1 000 stanovnika te dobi u prosjeku je umiralo njih 60,3 osobe (61,8 muškarca na 1 000 muške i 59,6 žena na 1 000 ženske populacije, obje u dobi 75 i više godina – procjena sredinom godine).

Iz navedenih podataka proizlazi veći broj, pa time i udio umrlih žena od bolesti cirkulacijskog sustava starih 75 i više godina (75,6% žena i 48,2% muškaraca u odnosu na broj umrlih za svaku od populacija), dok podaci (stope na 1 000 stanovnika) iskazanih u tab. 4. ukazuju na veći podatak za umrle muškarce (59,6 žena na 1 000 žena i 61,8 muškaraca na 1 000 muškaraca). Obrazloženje za ovaj nerazmjer proizlazi iz većeg broja žena te dobi (prema procjeni Državnog zavoda za statistiku u prosjeku je bilo 89 600 muškaraca ili 32,3% i 188 000 žena ili njih 67,7% starih 75 i više godina).

1.4. Umrli od srčanog ili moždanog udara prema starosti i spolu

Smrtnost od srčanog udara, u usporedbi sa smrtnošću od moždanog udara za promatrano razdoblje, veća je u mlađim godinama, dok se već oko 65-te povećava smrtnost od moždanog udara i koja je u starijoj dobi (75 i više godina) bila 2,5 puta veća (194% za muškarce i 298% za žene).



Izvor: M. Lipovšćak

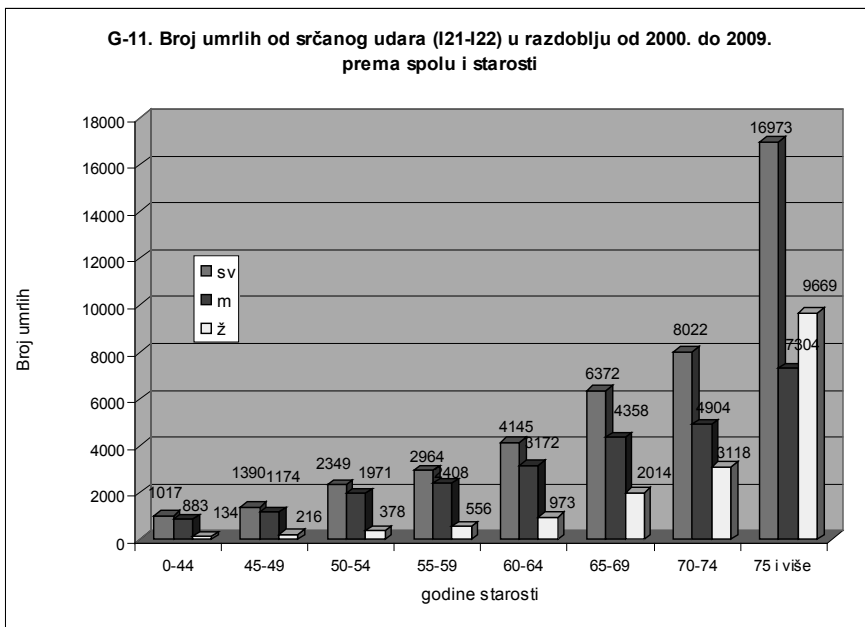
1.3.1. Umrli od srčanog udara prema starosti i spolu

U razdoblju od 2000. do 2009. u Hrvatskoj je od srčanog udara umrla 43 235 osoba (3 su osobe nepoznate starosti), broj umrlih starih do 45 godine bio je 1 017 ili 2,4% u odnosu na ukupan broj umrlih od srčanog udara. Muškaraca je u toj dobi umrlo njih 883 ili 3,4% u odnosu na 26 176 ukupno umrla muškarca umrla od srčanog udara (2 su muškarca nepoznate starosti). Smrtnost je žena u toj dobi mnogostruko manja, tj. umrle su 134 žene ili 0,8% u odnosu na 17 059 umrle žene (13,2% u odnosu na 1 017 ukupno umrle osobe te dobi).

S obzirom na starost, smrtnost je od srčanog udara u kontinuiranom porastu i za žensku i za mušku populaciju. Udio je umrlih žena u odnosu na ukupan broj umrlih od navedenog uzroka smrti s obzirom na starost manji od udjela umrlih za mušku populaciju sve do 75 godine starosti, s tim da je u dobi od 70 do 74 godine

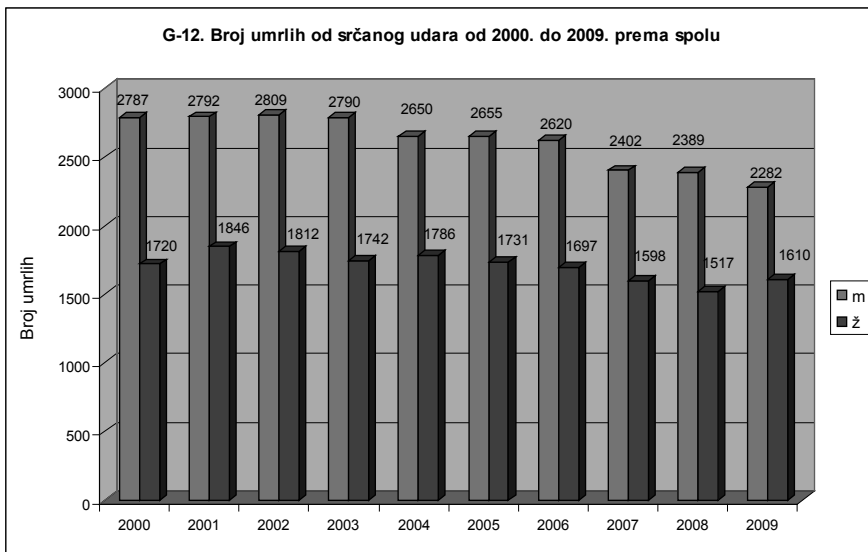
starosti umrlo 61,1% muškaraca i 38,9% žena (8 022 umrle osobe). U dobi od 75 i više godina starosti od 16 973 umrlih 57% su žene uz napomenu da je i udio žena u ukupnoj populaciji te dobi veći od udjela muškaraca (prema procjeni Državnog zavoda za statistiku u Republici je Hrvatskoj u populaciji starih 75 i više godina oko 68% žena i 32% muškaraca).

Prikaz broja umrlih od srčanog udara (I21–I22) u promatranom je razdoblju s obzirom na spol i starost dan u grafikonu 11.



Izvor: M. Lipovšćak

Dok je u grafikonu dan prikaz ukupno umrlih od srčanog udara u promatranom desetogodišnjem razdoblju, u grafikonu.12. dan je prikaz umrlih, također od srčanog udara, ali za svaku od promatranih kalendarskih godina i to prema spolu.

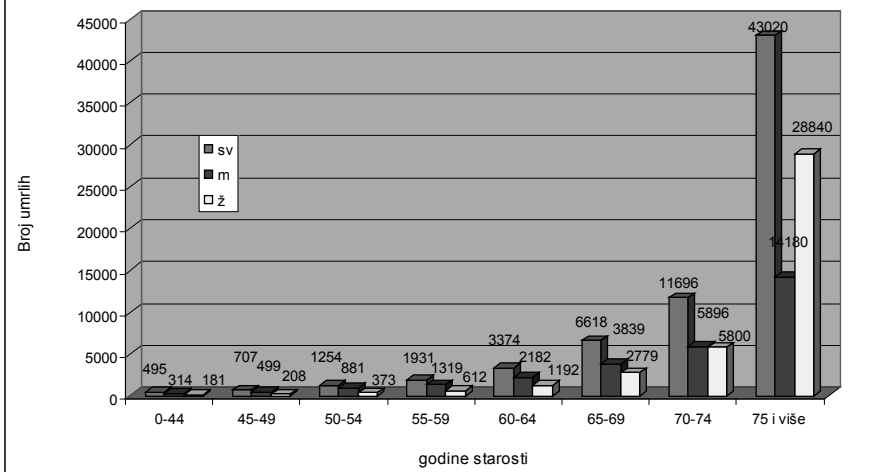


1.3.2. Umrli od moždanih udara prema starosti i spolu

Od 2000. do 2009. od moždanog je udara umrlo 69 106 osoba, od kojih je u dobi do 45 godina života umrlo 0,7% (1,1% muškaraca i 0,5% žena). Slično, kao u slučaju smrtnosti od srčanog udara, smrtnost od moždanog udara u kontinuiranom je porastu s obzirom na starost, s tim da je smrtnost veća za mušku populaciju sve do 75 godine. U dobi od 75 i više godina od moždanog je udara umrlo 43 020 osoba (62,3% u odnosu na ukupan broj umrlih od moždanog udara – 69 106). Žena je u toj dobi umrlo 28 840 ili 72,1% (od 39 991 žena umrlih od moždanog udara), dok je muškaraca umrlo 14 180 ili 48,7% (od 29 115 muškaraca umrlih od moždanog udara).

U grafikonu 13. dan je prikaz broja umrlih od moždanog udara (I61–I64) u promatranom razdoblju od 2000. do 2009. prema spolu i starosti.

G-13. Broj umrlih od moždanog udara (I61-I64) u razdoblju od 2000. do 2009. prema spolu i starosti



Izvor: M. Lipovšćak

Dok je od srčanog udara u promatranom desetogodišnjem razdoblju umrla 43 235 osoba, u istom je razdoblju od moždanog udara umrlo 69 106 osoba ili za gotovo 60% više umrlih od moždanog udara.

Gledajući prema spolu muškaraca je od moždanog udara u odnosu na srčani udar umrlo za 11,2% više (29 115 umrlih od moždanog udara i 26 176 umrlih od srčanog udara). Međutim, žena je u tom razdoblju od moždanog udara umrlo više nego dvostruko (134%) koliko ih je umrlo od srčanog udara (39 991 umrlih od moždanog udara i 17 059 umrlih od srčanog udara).

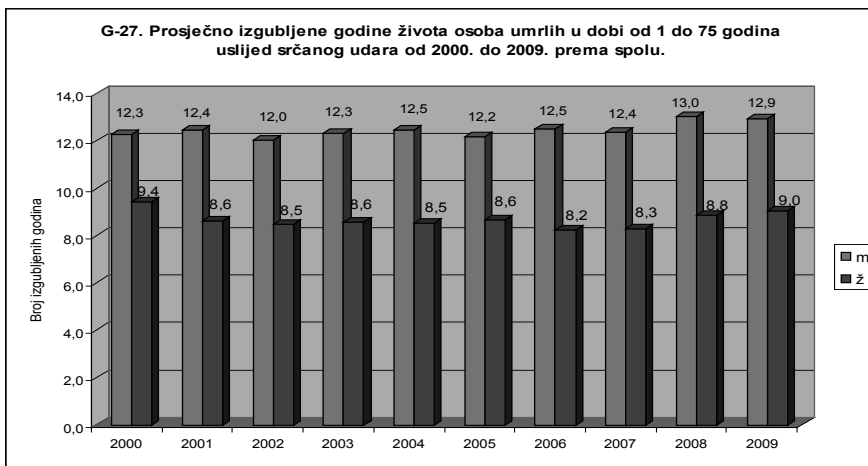
Uspoređujući smrtnost od moždanog udara odnosno srčanog udara, sve do 65 godina života smrtnost od srčanog udara je cjelokupno je desetogodišnje razdoblje veća i za muškarce i za žene. U dobi od 65 do 70 godina od moždanog je udara umrlo 11 696 osoba (5 896 muškaraca i 5 800 žena), dok je od srčanog udara u toj dobi umrlo 8 022 osoba (4 904 muškarca i 3 118 žena), što znači da je smrtnost u toj dobi od moždanog udara bila za 45,8% veća (20,2% za muškarce i 86% za žene).

U dobi od 75 i više godina dvostruko je više umrlih žena, odnosno umrlo je 14 180 muškaraca i 28 840 žena ili gledajući u odnosu na ukupan broj umrlih te dobi (43 020), 33% se odnosi na muškarce, a 67% na žene.

Gerontološkojavnozdravstvena analiza pojedinačnih uzroka smrti za cjelokupno razdoblje od 2000. do 2009. ukazuje, kako je najveće prosječno skraćenje izazvala **prerana smrtnost od srčanog udara i to za 11,4 godine života** za ukupno 26 259 umrlih u dobi od 1 do 75 godina života, **za 12,4 godine života muškaraca** (18 870 umrlih muškaraca) i **za 8,7 godina života žena** (7 389 umrlih žena).

Za mušku je populaciju najveće **prosječno skraćenje života od 13 godina** bile u 2008. za 1 633 umrlih u promatranoj dobi (vrlo slično u 2009. s gubitkom od 12,9 godina za 1 503 umrlih), dok je najmanje skraćenje od 12 godina za 2 103 umrla bilo u 2003. Kod žena je najveći gubitak godina života od 9,4 godine bio u 2000. (843 umrle žene u dobi od 1 do 75 godina), premda je slijedeće 2001. bio veći broj umrlih žena (927), a gubitak je bio 8,6 godina. Najmanje je prosječno skraćenje života od 8,2 godine za žene bio u 2008. kada su umrle 564 žene, ujedno i najmanje umrlih žena od srčanog udara u promatranom razdoblju od 2000. do 2009. (do 75 godina života).

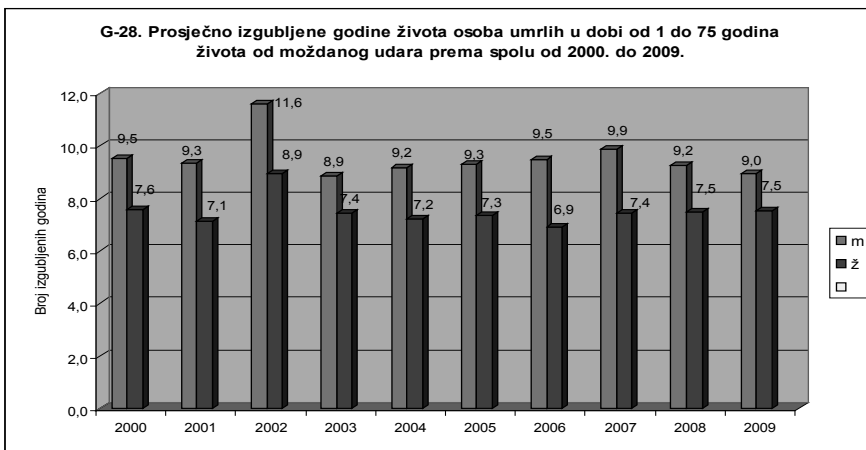
Grafički prikaz gubitka prosječnih godina osoba umrlih u dobi od 1 do 75 godina od srčanog udara prema spolu za svaku od kalendarskih godina dan je u grafikonu 27.



Izvor: M. Lipovšćak

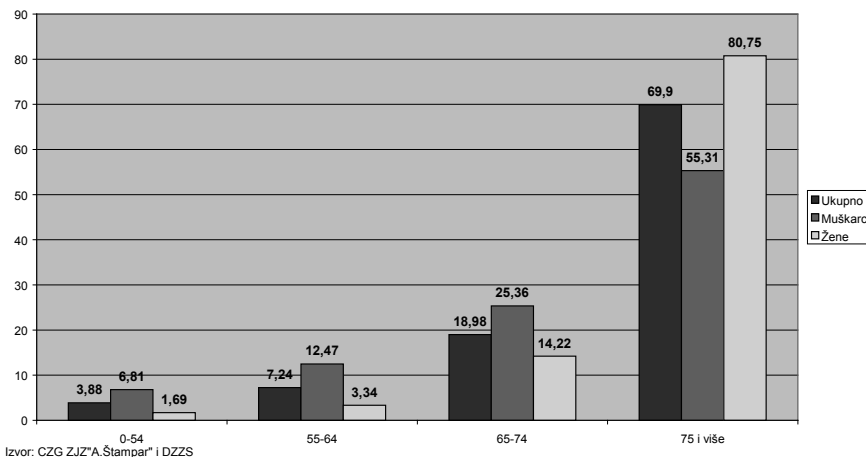
Zbog moždanog je udara ukupno od 2000. do 2009. skraćeno prosječno trajanje života za 8,7 godina života (25 495 umrlih), za 9,5 godina života muškaraca (14 581 umrlih muškaraca) i za 7,5 godina života (10 914 umrlih žena).

Grafički prikaz gubitka prosječnih godina osoba umrlih u dobi od 1 do 75 godina od srčanog udara prema spolu za svaku od kalendarskih godina dan je u grafikonu 28.



U 2002. bilo je najveće prosječno skraćenje života muškaraca (11,6 godina) i žena (8,9 godina) umrlih od moždanog udara u dobi od 1 do 75 godina živite. Te je godine promatrane starosti umrlo 1 371 muškarac i 1 023 žene, premda ih je najviše umrlo 2000. (1 822 muškarca i 1 473 žene). Najmanji je gubitak, odnosno skraćenje života muškaraca bilo u 2009. (9 godina – 1 086 umrlih) i za žene s

USPOREDBA UMRLIH OD BOLESTI CIRKULACIJSKOG SUSTAVA PO DOBNIM SKUPINAMA (N=25976, 2009.G.)



gubitkom od 7,1 godina (1 396 umrlih), kojih je najmanji broj umrlih bio u 2009. (810 umrlih – 7,5 izgubljenih godina). Gerontološkojavnozdravstvena analiza usporedbe umrlih od bolesti cirkulacijskog sustava po dobnim skupinama za **2009. g.** ukazuju na značajnost udjela pojavnosti od čak **25,36% umrlih muškaraca u ranijoj starosti** od tih preventabilnih bolesti, kao što je vidljivo iz slikovnog prikaza.

ZAKLJUČAK

Pozitivna iskustva u zapadnim razvijenim zemljama svijeta ukazuju na pad pojavnosti cirkulacijskih bolesti već od 70-tih godina, kao uzroka smrti u ranijoj starosti, prvenstveno zbog **primjene geroprofilaktičnih, preventivnih zdravstvenih mjera** u starijih, a posebice razvijanja pozitivnog zdravstvenog ponašanja starije populacije. Nužna je primjena ali i **evaluacija provedbe** ciljnih preventivnih mjera primarne i sekundarne prevencije za starije osobe u Hrvatskoj. Važno je istaknuti **trajnu izobrazbu iz gerontologije i gerijatrije svih stručnjaka koji skrbe u zaštiti zdravlja starijih.**

Sukladno gerontološkojavnozdravstvenoj analizi mortalitetne strukture od cirkulacijskih bolesti za promatrano razdoblje od 200-2009.g., ukazuje na nedvojbenu nužnost primjene Programa praćenja, proučavanja i evaluacije utvrđenih zdravstvenih potreba i funkcionalne onesposobljenosti starijih osoba u ranijoj (65-74 god.), srednjoj (75-84 god.) i dubokoj (85 i više godina) starosti. To je osnova za izradbu i evaluaciju Programa zdravstvenih mjera i postupaka u zaštiti zdravlja starijih ljudi s Programom primarne, sekundarne i tercijarne prevencije za starije te Programom gerijatrijske zdravstvene njege, primjerenih, izvršiteljskoj lokalnoj zajednici u kojoj stariji ljudi žive, a gdje je ključna njihova aktivna uloga.

16. ZLOSTAVLJANJE I ZANEMARIVANJE STARIJIH OSOBA U OBITELJI

Doc. dr. sc. Silvia Rusac

Uvod

Kao rezultat s jedne strane porasta očekivanoga trajanja života, a s druge strane smanjenog nataliteta, odnosno fertiliteta, došlo je do povećanja udjela starijih osoba u cjelokupnoj populaciji Hrvatske (Perko i sur., 2005.). Prema procjenama Državog zavoda za statistiku, sredinom 2007. godine Hrvatska broji 4 435 982 stanovnika, a udio starijih od 65 godina iznosi 17,2% (762 633). Po projekciji kretanja hrvatskog pučanstva udio starijih osoba od 65 godina će s 15,62% popisne 2001. godine narasti na 26,8% do 2050. godine, dok će čak 9,7% činiti osobe starije od 80 godina i to ženskog spola. Po procijenjenim vitalno-statističkim pokazateljima Službe za ekonomiju i socijalna pitanja UN-a sadašnjih 688 milijona starijih od 60 godina narasti će na 2 milijarde 2050. godine. Osobe u dobi iznad 65 godina narasti će sa današnjih 75 milijuna na 135 milijuna, dakle udvostručiti će se. Tada će po prvi puta u povijesti svjetskog pučanstva uslijediti inverzijski odnos populacije starijih koja će biti veća u odnosu na mlađe pučanstvo od 0-14 godina (Tomek-Roksandić i sur., 2007.).

Važnost starenja svjetskog pučanstva prepoznata je tek prije nekoliko desetljeća. Danas je starenje stvarna činjenica mnogih razvijenih zemalja, posebice europskih, a postaje izraženije i u manje razvijenim zemljama kao posljedica socijalno-ekonomskog razvoja i unapređenja zdravlja (Tomek-Roksandić i sur., 2009.). Svjetska skupština o starenju sazvana još 1982. godine od Ujedinjenjih naroda, usvojila je Međunarodni plan akcija o starenju pučanstva jer je prevladao interes usmjeren na rješavanje problematike nastale starenjem populacije, osobito u razvijenim zemljama (Tomek-Roksandić i Vorko-Jović, 1994.). Na Drugom svjetskom skupu o starenju 2002. godine, usvojen je Internacionalan akcijski plan o starenju (Madrid International Plan of Acting on Ageing) u kojem se u nizu preporuka i ciljeva navodi i isključivanje svih oblika zanemarivanja, zlostavljanja i nasilja nad starijima, s naglaskom na preventivnom djelovanju. Naglašavaju se prava starijih osoba utemeljena na načelima iz 1991. godine od strane UN-a, a to su nezavisnost (dovoljno hrane, sklonište i zdravstvena njega, život u sigurnom

Pravni fakultet u Zagrebu, Studijski centar socijalnog rada, Katedra za socijalnu gerontologiju

domu što je dulje moguće); uključivanje (da dijele svoje znanje, doprinose društvenoj zajednici i kažu društvu što žele); njega (pristup kulturno prikladnoj njezi i zaštiti, službe koje će im poboljšati zdravlje, respektiranje njihovih želja, dostojanstva i uvjerenja); samozadovoljstvo (mogućnost razvijanja vlastitih interesa i sudjelovanje u obrazovnim, kulturnim, spiritualnim i društvenim aktivnostima) i dostojanstvo (da ne trpe niti psihičko niti tjelesno zlostavljanje niti diskriminaciju).

Sukladno opisanim demografskim trendovima kao i razvoju prava starijih osoba, posljednjih desetljeća međunarodne organizacije upozoravaju na sve veći problem nasilja nad starijim osobama u obitelji koji predstavlja osobni i društveni problem (Council of Europe, 1992.; WHO, 2002.). Svjetska zdravstvena organizacija je 2002. godine definirala zlostavljanje starijih kao pojedinačan ili ponavljajući čin ili nedostatak odgovarajućeg postupanja, koje se događa u bilo kojem odnosu očekivanja i povjerenja, a koje uzrokuje štetu, bol, nepriliku i/ili nevolju starijoj osobi«. Budući da je nasilje odnosno zlostavljanje zapravo pojam s «relativnim» značenjem, kriteriji za identifikaciju često se prilagođavaju općoj kulturnoj razini, vrijednostima u društvu, običajima te individualnoj, subjektivnoj percepciji. Tako definicija nasilja nad starijima znatno varira ovisno o kulturalnim normama odnosa prema starijima, te općenito o socijalno – ekonomskoj – kulturalnoj podlozi određenoga društva (ekonomske teškoće, opća povišena razina agresivnosti u društvu) (Čudina–Obradović i Obradović, 2006.).

U Hrvatskoj, problematika nasilja u obitelji regulirana je čl. 4 Zakona o zaštiti od nasilja u obitelji (2003.) koji nasilje u obitelji definira kao svaku primjenu fizičke sile ili psihičke prisile na integritet osobe; svako drugo postupanje jednog člana obitelji koje može prouzročiti ili izazvati opasnost da će prouzročiti fizičku ili psihičku bol; prouzročenje osjećaja straha ili osobne ugroženosti ili povrede dostojanstva; fizički napad bez obzira da li je nastupila tjelesna ozljeda ili nije; verbalni napadi, vrijeđanje, psovanje, nazivanje pogrđnim imenima i drugi načini grubog uznemiravanja; spolno uznemiravanje; uhođenje i svi drugi načini uznemiravanja; protupravna izolacija ili ograničavanje slobode kretanja ili komuniciranja s trećim osobama; oštećenje ili uništenje imovine ili pokušaj da se to učini«. Prema navedenom zakonu stručnjaci, kao i nestručnjaci, dužni su prijaviti otkriće odnosno saznanja o pojavi nasilja nad bilo kojim članom obitelji policiji, pravnoj i socijalnoj službi.

Osim zakonske regulative, jedan od bitnih preduvjeta za prepoznavanje, prijavljivanje i učinkovito djelovanje su kompetentni stručnjaci koji su dobro upoznati s različitim pojavnim oblicima nasilja i sa specifičnostima dinamike nasilja u obitelji kojima su izložene starije osobe (Ajduković i sur., 2008.). Na rad stručnjaka u području obiteljskog nasilja utječu brojni čimbenici, a Pavleković (2003.) kao najčešće navodi: (a) osobni stav o problemu i motivaciju za sudjelovanje

u njegovom rješavanju, (b) radno iskustvo, uvjete i mogućnosti rada, (c) znanje stručnjaka te (d) međuprofesionalnu suradnju u lokalnoj zajednici. Raširenost različitih mitova, nesenzibiliziranost i nedovoljna educiranost o obiteljskom nasilju objašnjavaju ograničeni raspon intervencija u slučajevima nasilja nad starima, marginalizaciju problema zbog nedovoljne informiranosti te pasivnu društvenu reakciju. Osigurati prave informacije o tome što jest, a što nije istina je važan dio javnog djelovanja u borbi protiv nasilja nad starijim osobama u obitelji.

Oblici zlostavljanja

Nasilje se može podijeliti s obzirom na mjesto gdje se ono odvija i način nasilnog ponašanja (Rusac, 2006.). Nasilje nad starijima može se zbivati u privatnosti doma, u ustanovi i strukturalno. Za starije osobe koje žive privatno, u svojim kućama, nasilje može biti povezano s njihovom financijskom ili emocionalnom ovisnosti o članovima obitelji. Kod osoba smještenih u ustanovu, zlostavljanje se može javiti kod hranjenja, kupanja, oblačenja, uzimanja lijekova i sl. Strukturalno nasilje odvija se u okviru društva, a odnosi se na nedostatak socijalne sigurnosti i financijskih sredstava koji bi omogućili zadovoljavajuću kvalitetu života. Ovaj oblik odnosi se na diskriminirajuću socijalnu, zdravstvenu i ostalu politiku i praksu prema starijim osobama, te neodgovarajuće i uznemiravajuće postupanje javnih službi (Ajduković, 2003.). Starija osoba može doživjeti više različitih oblika zlostavljanja u isto vrijeme. Zbog toga je važno da stručnjaci, ali i javnost, budu upoznati sa znakovima upozorenja za moguće zlostavljanje starih osoba kako bi ga pravovremeno uočili i reagirali. Svjetska zdravstvena organizacija (2002.) razlikuje psihičko zlostavljanje, tjelesno zlostavljanje, materijalno zlostavljanje, seksualno zlostavljanje i zanemarivanje.

Psihičko zlostavljanje uključuje pokušaje dehumanizacije i podcjenjivanje starijih osoba. Odnosi se na bilo koje verbalno ili neverbalno postupanje koje smanjuje njihovo samopoštovanje ili dignitet. Može uključivati: prijetnje o korištenju nasilja; prijetnje da će ih napustiti i ostaviti same; ruganje, nazivanje pogrđnim imenima, ponižavanje; nedopuštanje provjeravanja tvrdnji o njihovom zlostavljanju; socijalno izoliranje i zabranjivanje posjeta; laganje, tajenje informacija na koje imaju pravo; namjerno i pogrešno interpretiranje njihovih tradicija; ignoriranje i pretjerano kritiziranje, naređivanje; konstantno nametanje pitanje smrti i namjerni razgovor o istom; postupanje sa starijim osobama kao da su djeca ili sluge (Rusac, 2006.). Znakovi psihičkog zlostavljanja jesu: osjećaj straha, srama, samookrivljanja, depresija, anksioznost, povlačenje u sebe, dezorjentiranost. Često se javljaju i psihosomatske tegobe, inkontinencija, srčani i respiratorni problemi, gastrointestinalne tegobe, problemi sa sapavanjem (Fisher i Reagan, 2006.). Johnson (1995.) navodi da nije jednostavno definirati psihičko

zlostavljanje zbog nedostatka konkretnih kriterija za prepoznavanje, te naglašava važnost kulturalnog konteksta i razlika u postupanju

Tjelesno zlostavljanje uključuje bilo koji čin nasilja koji može rezultirati lakim i/ili teškim ozljedama. Tjelesno zlostavljanje može ići i do pokušaja ubojstva pa i ubojstva (Ajduković, 2003.). Može uključivati: udaranje rukama, nogama ili određenim predmetima stariju osobu; šamaranje; spaljivanje djelova tijela; guranje i naguravanje; podmetanje noge; pljuvanje; prisiljavanje starije osobe da ostane u krevetu ili stolici; nanošenje ozljeda različitim vrstama oružja (Rusac, 2006.). Neposredni znakovi tjelesnog zlostavljanja jesu ozljede na licu i drugim dijelovima tijela, hematomi, ogrebotine, ožiljci, opekline, lomovi kostiju, unutarnje ozljede, ozljede različitim predmetima, znakovi gušenja. Starije osobe koje postanu krhke, slabe i zahtijevaju medicinske ili druge usluge, mogu postati potencijalne žrtve zlostavljanja te relativno često uz popratne pojave podlegnu posljedicama tjelesnog zlostavljanja (Lachs i sur., 1998.).

Materijalno zlostavljanje obuhvaća različite novčane manipulacije ili iskorištavanje, a odnosi se na korištenje novaca, mirovine ili vlasništva starije osobe na nepošten način i/ili za vlastitu dobrobit. Svako postupanje bez dopuštenja starije osobe na način da se neprikladno ili protuzakonito koristi nečija imovina ili novac je materijalno ili financijsko zlostavljanje. Može uključivati: novca starije osobe, mirovine ili druge imovine; prodaju njihovih kuća ili vlasništva uz prevaru (npr. u slučaju skrbništva nad starijom osobom); zlouporabu punomoći starije osobe; naplaćivanje većih cijena za stvari koje se kupe starijoj osobi; ne vraćanje novaca nakon što su ga posudili od starije osobe; otvaranje njihove pošte; prisila na mijenjanje oporuk; potpisivanje dokumenata umjesto njih; odbijanje mogućnosti da se isele iz kuće starije osobe (Rusac, 2006.). U kontekstu materijalnog zlostavljanja važno je osvrnuti se na ugovor o doživotnom/dosmrtnom uzdržavanju kao jednom od mogućih oblika materijalnog iskorištavanja starije osobe i zlouporabe takvih ugovora. Naime, ugovorom o dosmrtnom uzdržavanju obvezuje se jedna strana (davatelj uzdržavanja) da će drugu stranu ili trećeg (primatelja uzdržavanja) uzdržavati do njegove smrti, a druga se strana obvezuje da će mu za života prenijeti svu ili dio svoje imovine. Kada je riječ o ugovoru o doživotnom uzdržavanju, tada je davatelj uzdržavanja obvezan uzdržavati primatelja uzdržavanja, ali predaja imovine koje mu pripada za davanje uzdržavanja odgođena je do smrti primatelja uzdržavanja. Prije potpisivanja takvih ugovora, starije osobe trebale bi biti bolje informirane o mogućnostima iskorištavanja takvih ugovora, te o mogućim posljedicama prije potpisivanja istog. Primjerice, Wilber i Reynolds (1996.) ističu da u većini slučajeva materijalnog nasilja prođe podosta vremena dok starije osobe uopće postanu svjesne da su žrtve materijalnog iskorištavanja, dakle znakovi se uočavaju tek s protekom vremena.

Seksualno zlostavljanje uključuje različite oblike seksualnog ponašanja, iskorištavanja i uznemiravanja (seksualno maltretiranje, napadanje i sramoćenje) bez volje i pristanka starije osobe. Uključuje neželjeno doticanje (stariji često nisu sposobni izraziti svoje negodovanje), sve vrste seksualnog napada poput silovanja, sodomije, izlaganje razgolićavanju i fotografiranju (Rusac, 2006.). Znakovi seksualnog zlostavljanja mogu biti ozljede u genitalnom području, pokušaj suicida, anksioznost, fobične i neurotske reakcije, glavobolja, vrtoglavica, izolacija, povlačenje u sebe. Teaster i Roberto (2004.) navodi da se seksualno zlostavljanje najčešće događa u žrtvinoj kući, kada je starija osoba sama kod kuće.

Zanemarivanje (zapuštanje) se odnosi na čin propuštanja, na namjerno ili nenamjerno ne pružanje osnovnih uvjeta za život i potrebne njege. Može biti aktivno (uskraćivanje poštovanja i ljubavi, nezainteresiranost za dobrobit starih, namjerno odbijanje brige, pružanja pomoći, hrane ili lijekova) i pasivno (neispunjavanje skrbičke uloge, nebriga koja proizlazi iz neupućenosti u potrebe žrtve) (Rusac, 2006.). Znakovi zanemarivanja mogu biti podhranjenost, dehidracija, loša higijena i sl.. Napuštanje starije osobe od strane druge osobe čija je dužnost i obveza skrbiti o starijoj osobi, također se smatra zanemarivanjem. Johnson (1991.) ističe kako upravo znakovi kao što su nedostatak čiste odjeće, ali i češće posjete liječniku mogu ukazivati da osoba doživljava zanemarivanje i/ili zlostavljanje, no često je vrlo teško postaviti granicu. Fulmer i suradnici (2000.) navode da je zanemarivanje prisutno u 60% - 70% svih prijavljenih slučajeva nasilja, a Patterson (1994.) ističe kako zanemarivanje može voditi tjelesnom, psihičkom i/ili financijskom zlostavljanju.

Dosadašnja iskustva u obrazovanju stručnjaka koji dolaze u dodir s mogućim žrtvama nasilja u obitelji pokazala su da nije problem teorijski naučiti ljude znakove izloženosti nasilju u obitelji, nego kako u konkretnoj situaciji to znanje primijeniti i učiniti ga djelatnim. Osnovna prepreka tome su brojni mitovi, tabui, ali i mehanizmi preživljavanja koje su neki stručnjaci razvili tijekom svoje prakse, upravo stoga što na vrijeme nisu dobili potrebna znanja, vještine i nužnu podršku u radu sa žrtvama nasilja u obitelji (Ajduković, 2003.). Prepoznavanje različitih oblika i znakova nasilja nad starijim osobama ima važnu ulogu u razvijanju svijesti prije svega kod zdravstvenih, socijalnih i drugih stručnjaka, u svrhu pravovremenog prepoznavanja, reagiranja i zaštite starije osobe, ali i šire javnosti. Osobito je važno da starije osobe budu upoznate sa ovom problematikom, ali i sa svojim temeljnim pravima i informacijama o tome kome se mogu obratiti za pomoć u slučaju doživljenog nasilja u obitelji, te kako prepoznati znakove nasilja.

Opseg zlostavljanja i zanemarivanja starijih osoba

Problem obiteljskog zlostavljanja starijih osoba povećava se u svijetu, što može biti posljedica sve više starih i vrlo starih pojedinaca u društvu i u obiteljima, porasta želje za neovisnošću s porastom obrazovanja i povećanjem stresa skrbnika u skladu s povećanjem broja skrbnikovih uloga, ekonomskog stresa te stambenih ograničenja (Čudina–Obradović i Obradović, 2006.), ali i drugačije svijesti o problemu. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, problem je osobito prisutan u zemljama u tranziciji te u sredinama koje se nalaze u vremenu poraća (WHO, 2002.).

Prvo veće istraživanje nasilja nad starijim osobama u obitelji provedeno je u Sjedinjenim Američkim Državama, na području Bostona, u kojem je sudjelovalo 2020 osoba starijih od 65 godina (Pillemer i Finkelhor, 1988.). Rezultati istraživanja su pokazali da je 3,2% osoba izloženo nasilju obitelji u posljednjih godinu dana. Oko 2% ispitanika je doživjelo tjelesno zlostavljanje, 1,1% kronično verbalno zlostavljanje i 0,4% zanemarivanje. Istraživanje pojavnosti nasilja nad starijim osobama u obitelji provedeno je na području Ujedinjenog Kraljevstva (O’Keeffe i sur., 2007.). Uzorak su sačinjavale osobe starije od 66 godina koje žive u kućanstvima (N=1784). Nalazi su pokazali da je najčešće prisutno zanemarivanje (1,1%), slijedi materijalno (0,7%), psihičko i tjelesno zlostavljanje je podjednako iskazano (0,4%) i seksualno zlostavljanje koje je najrjeđe iskazani oblik nasilja (0,2%). Također, istraživanje pojavnosti nasilja nad starijim osobama provedeno je u Koreji (Oh i sur., 2006.) na uzorku od 15230 osoba starijih od 65 godina koje žive u zajednici. Autori su nasilje promatrali kao ukupno doživljeno nasilje i kroz pojedine oblike nasilja koje su starije osobe doživjele u posljednjih godinu dana. Rezultati su pokazali da 4,2% starijih je doživjelo emocionalno nasilje, 3,6% verbalno nasilje, a 4,1% je doživjelo ekonomsko nasilje. Tjelesno nasilje je doživjelo 1,9% starijih, dok je doživljeno zanemarivanje iskazalo 2,4% starijih osoba. Prevalencija ukupnog nasilja iznosila je 6,3%. Iako se u navedenom istraživanju emocionalno i verbalno nasilje promatra odvojeno, može se zaključiti da upravo te oblike nasilja stariji najčešće iskazuju.

Karakteristično je za Hrvatsku da sustavnih praćenja položaja starijih osoba u društvu i obitelji nema. Premda su starije osobe zakonima i propisima zaštićene pa čak i pozitivno diskriminirane, u praksi prevladavaju negativne diskriminacije, zlorabe pa i materijalna iskorištavanja te nasilje prema starijim osobama (Duraković i sur., 2007.). Prvo veće epidemiološko istraživanje nasilja nad starijim osobama u obitelji provedeno je na području Zagreba (Rusac, 2010.). U istraživanju je sudjelovalo 1000 osoba starijih od 65 godina, od toga 38% osoba muškog spola (N= 380) i 62% ženskog spola (N=620). Rezultati su pokazali da 11,4% starijih osoba je doživjelo psihičko nasilje, 1 % tjelesno nasilje, 1,8% materijalno nasilje te 0,1% seksualno nasilje. Dakle, psihičko nasilje je najčešći oblik nasilja koje

starije osobe doživljavaju u obitelji. Navedeni rezultat zapravo pokazuje da su ponašanja koja se mogu opisati kao psihičko nasilje kulturalno normativna, te da se na njih nedovoljno reagira. S druge strane, rezultati su pokazali da gotovo i nema iskazanog seksualnog nasilja. Objašnjenje ovakvog nalaza može se tumačiti da seksualnog nasilja u starijoj dobi zaista nema, ali i mogućim uvjerenjima starijih žena o tome da su seksualni odnosi bračna dužnost, pa se ne percipira kao moguće nasilje. Također, treba naglasiti da iako dobiveni rezultati ne ukazuju da je ova pojava izrazito raširena, vjerojatno je tamna brojka kriminaliteta puno veća.

Faktori rizika za zlostavljanje i zanemarivanje starijih osoba

Rizici zlostavljanja starijih osoba u obitelji su mnogobrojni, višeslojni i u međusobnoj su interakciji (Čudina–Obradović i Obradović, 2006.). Polazeći od ekološkog modela, multidimenzionalnost problema iziskuje identifikaciju faktora rizika koji su specifični za žrtvu, za počinitelja i za zajednicu (društveni faktori).

Faktori rizika na strani žrtve. Rezultati istraživanja su jednoznačno pokazali da su starija dob (osobito stariji od 80 godina i više), ženski spol, niže obrazovanje te nemoćnost skrbi o sebi, značajno povezani s povećanim rizikom od zlostavljanja (Pillemer i Finkelhor, 1988., Collins, 2006.). Primjerice, Oh i suradnici (2006.) su ispitali faktore rizika povezane s nasiljem nad starijim osobama u obitelji na uzorku od 15 230 starijih ispitanika. Nalazi su pokazali da je iskustvo doživljenog nasilja povezano s osobnim karakteristikama starijih osoba kao što su: starija dob, ženski spol, niži stupanj obrazovanja, ekonomska ovisnost, lošija kvaliteta obiteljskih odnosa te lošije tjelesno i mentalno zdravlje. Sukladne nalaze dobili su Chung i Jang (2000.) proučavajući registrirane slučajeve nasilja nad starijim osobama. Pokazalo se da ženski spol, dob 75 godina i više, udovištvo, suživot sa odraslom djecom i unucima, narušeno zdravstveno stanje te ekonomska ovisnost starije osobe značajno koreliraju sa nasiljem nad starijim osobama.

Ipak, među istraživačima još postoji uvijek nesuglasje oko pojedinih faktora rizika o čemu svjedoče brojne rasprave u literaturi. Tako primjerice lošija funkcionalna sposobnost starije osobe kao faktor rizika nije jednoznačno potvrđena u istraživanima. Pod funkcionalnom sposobnošću podrazumijeva se sposobnost pojedinca za obavljanje svega neophodnog kako bi osigurao odgovarajuću svakodnevnu kvalitetu življenja, a uključuje biloško, psihološko i socijalno funkcioniranje (Tomek–Roksandić i sur., 2007.). Reis i Nahmias (1998.) navode kako lošija funkcionalna sposobnost nije značajno povezana s doživljavanjem nasilja u starijoj dobi. S druge strane, Oh i suradnici (2006.) navode da upravo osobe s lošijom funkcionalnom sposobnosti značajno češće doživljavaju nasilje. Neujednačeni nalazi postoje i u istraživanjima demencije kao faktora rizika za nasilje nad starijim osobama. Nalazi istraživanja koje su proveli Coyne, Reichman

i Berbig (1993.) su pokazali da je 11,9% njegovatelja starije osobe oboljele od demencije izjavilo da su počinili tjelesno nasilje nad starijom osobom. S druge strane, prema Lachs i suradnicima (1997.) kognitivno oštećenje starije osobe ne predstavlja značajan rizik za pojavu zlostavljanja i zanemarivanja..

Faktori rizika na strani počinitelja. Rezultati istraživanja pokazali su da počinitelji nasilja nad starijim osobama u obitelji često pate od mentalnih bolesti ili emocionalnih poremećaja, ovisnosti i novčanih problema. Zbog ovih problema, nerijetko su materijalno ovisni o svojim roditeljima i zlostavljanje je reakcija potaknuta osjećajem neuspjeha i vlastite nesposobnosti (Neno i Neno, 2005.). Pregled literature ukazuje na postojanje čvrste veze između interpersonalnog nasilja i konzumacije alkohola, što je potvrđeno jednoznačnim nalazima da je alkoholizam interaktivan faktor rizika za pojavu nasilja u obitelji. Tako, primjerice, njegovatelji starije osobe zbog prekomjerne konzumacije alkohola mogu zanemariti skrb o starijoj osobi. Također, starije osobe mogu konzumirati alkohol kao način suočavanja s zlostavljanjem i zanemarivanjem koje doživljavaju. Moguće je da se uloga alkohola razlikuje obzirom na oblik nasilja. Rezultati istraživanja koje su proveli Reay i Browne (2002.) pokazali su da pretjerano konzumiranje alkohola od strane skrbnika postoji u 7 od 9 slučajeva tjelesnog nasilja, dok je kod zanemarivanja bilo prisutno u samo jednom slučaju. Quinn i Tomita (1997.) naglašavaju da konzumacija alkohola u kombinaciji s depresivnom simptomatologijom skrbnika, značajno povećava rizik od zlostavljanja starih. Prekomjerno konzumiranje alkohola, neovisno o tome da li je ono na strani počinitelja ili žrtve, predstavlja kontribuirajući faktor u slučajevima nasilja nad starijim osobama (Paris i sur., 1995.).

Faktori vezani uz zajednicu (društveni faktori). Istraživanja vezana uz problematiku nasilja nad starijim osobama su potrebna, kako zbog sve većeg udjela starijih osoba u ukupnoj populaciji, tako i obzirom na fenomen rastućeg ageizma odnosno diskriminacije starijih osoba s obzirom na dob. Hudson (1991.) ističe da je ageizam zapravo primjer kolektivnog nasilja koje povećava rizik od ostalih oblika zlostavljanja starijih osoba. Uzroci ageizma su različiti, ponajviše se radi o reakciji na osjećaj ugroženosti (npr. starijih osoba je svakim danom sve više pa se mlade generacije osjećaju ugroženo u strahu da se neće odgovoriti njihovim potrebama i zahtjevima), reakciji na frustracije i stresove, ali se javlja i kao posljedica sve veće segregacije starijeg stanovništva (mlađe generacije imaju manje mogućnosti da upoznaju starije osobe te se u takvoj klimi razvijaju predrasude i mitovi) (Pečjak, 2001.). Također, opća razina nasilja u društvu, koja je posljedica društvene transformacije, nesigurnosti i osiromašenja, snažno utječe na agresivnost mladih i njihovu sklonost iskorištavanju i teroriziranju starih (Čudina– Obradović i Obradović, 2006.). Demografska očekivanja ukazuju na ubrzan nastanak starenja hrvatskog pučanstva, što poglavito znači prioritarno

suzbijanje pogrešnih stavova i predrasuda o starenju i starosti (Tomek-Roksandić i sur., 2005.). Polazeći od navedenog i postavki ageisma za očekivati je da će i problem nasilja nad starima biti zanemaren i neprepoznat u odnosu na ostale skupine izložene nasilju u obitelji kao što su žene i djece.

Usmjerenost brojnih istraživanja na faktore rizika uglavnom su potvrdila da postoje faktori rizika na različitim razinama koji su povezani s nasiljem nad starijim osobama u obitelji. Pritom se više zna o tome koji su faktori rizika, nego kako oni dovode do nasilja, odnosno koji je relativni doprinos pojedinih faktora rizika. Međutim, novija literatura upućuje na potrebu da se okvir za razumijevanje problema nasilja nad starijim osobama proširi i na istraživanja zaštitnih faktora. Naime, uočen je nedostatak istraživanja zaštitnih faktora tj. onih faktora koji minimaliziraju utjecaje na žrtvino zdravlje i opće dobro. Istraživanja o zaštitnim faktorima za sada su rijetka, premda su nalazi istraživanja koje su proveli Zink i suradnici (2006.) pokazali da socijalna podrška, duhovna i religijska uvjerenja starijih osoba predstavljaju zaštitne faktore kada je u pitanju nasilje nad starijim osobama u obitelji. Potrebna su daljnja istraživanja o faktorima rizika za pojavu nasilja nad starijim osobama u obitelji, bilo da se nalaze na strani starije osobe, počinitelja nasilja i/ili u samom društvu, ali i faktorima zaštite koji smanjuju rizik od nasilja. Dobivanje takvih nalaza i spoznaja potrebna su u svrhu planiranja politike prema nasilju nad starijima, prije svega zbog pravovremenog identificiranja starijih osoba u riziku ali i potencijalnih počinitelja nasilja.

Obilježja žrtvi i počinitelja zlostavljanja

Obitelj se obično smatra skupinom privrženih pojedinaca koji podrškom štite svoje članove od stresnih događaja ili ublažavaju stres u onih članova koji su ga doživjeli. Međutim, pokazuje se da obitelj može biti, i često je, najvažniji izvor stresa za veliki broj starijih ljudi (Despot Lučanin, 2003.). Collins (2006.) navodi da je kod starijih osoba iznad 75 godina češće prisutno zlostavljanje u odnosu na starije osobe u dobi od 64 do 74 godina. Paveza i suradnici (1997.; prema National Research Council, 2003.) navode da su žrtve zlostavljanja u starijoj dobi češće udovci/udovice, u sedmom ili osmom desetljeću života, koji žive u vlastitom kućanstvu. Bonds (1999.; prema Fallon, 2006.) je opisao profil starije osobe žrtve materijalnog nasilja. Žrtve su najčešće «najstariji stari» odnosno stariji iznad 80 i više godina. Financijski su neovisni i imaju dosta imovine, neoženjeni/neudane. Kod seksualnog zlostavljanja u većini slučajeva počinitelj je muška osoba, a žrtve su žene. Iako je prevalencija seksualnog zlostavljanja najmanja, Holt (1993.) je identificirajući 90 slučajeva seksualnog nasilja nad starijim osobama, utvrdio da u 86% slučajeva žrtve su bile žene, a u 14% muškarci. Neovisno o spolu, žrtve su dobi iznad 85 godina i više te su potpuno bile ovisne o tuđoj skrbi. Počinitelji su

u 98% slučajeva bili muškarci i to kod oba spola, dok su počinitelji seksualnog zlostavljanja nad starijim ženama u više od polovice slučajeva bili odrasli sinovi, a u 14 % muževi.

Istraživanja pokazuju da je u 90% slučaja nasilja nad starijima počinitelj bio član obitelji, dvije trećine počinitelja bili su odrasla djeca ili supružnik (Vida, Monks i Des Rosiers, 2002.). Najčešći počinitelji fizičkog zlostavljanja su muške osobe, a počinitelji psihičkog zlostavljanja najčešće osobe ženskog spola (kćeri ili snahe) koje, u pravilu, dnevno skrbe o žrtvama. Kod seksualnog zlostavljanja u većini slučajeva počinitelj je muška osoba, a žrtve su žene (McCreadie, 1996.). Pillemer i Finkelhor (1988.) navode da od ukupno 3,2% starijih osoba s iskustvom nasilja, u 58% slučajeva počinitelj nasilja je bio supružnik, u 24% slučajeva počinitelji su bili djeca te u 18% slučajeva počinitelji su bili ostali članovi obitelji. Istraživanje provedeno na području grada Zagreba pokazalo je da su najčešći počinitelji nasilja nad starijim osobama u obitelji suprug (30,0%) i sin (23,7%), slijede supruga (17,39%) i kćer (13,04%) (Rusac, 2009.). Iako su muškarci značajno više iskazani kao počinitelji nasilja nad starijim osobama, žene su također iskazane kao počiniteljice. Nalaz se može objasniti samim društvenim kontekstom, budući da je jedna od nuspojava procesa tranzicije gospodarskog i političkog sustava koji je karakterističan za Hrvatsku, smanjena socijalna sigurnost, male mirovine i siromaštvo. Iskustva pokazuju da se muškarci posebno teško suočavaju s gubitkom nekih normativnih uloga, kao npr. onoga koji privređuje za obitelj, te u takvim situacijama često reagiraju povećanom agresijom (Ajduković i Pavleković, 2004.). Nadalje, zagrebačko istraživanje pokazalo je da su starije žene značajno više izložene nasilju sinova i kćeri nego muškarci, što otvara pitanje rodno uvjetovanog nasilja, prema kojemu si djeca daju za pravo da budu više nasilni prema majkama nego očevima (Rusac, 2009.). Jedan od osnovnih razloga nasilja nad ženama leži i u patrijarhalnosti društva u kojem vlada model neravnomjerne raspodjele među spolovima.

Prikazani rezultati i spoznaje pružaju uvid u osnovne pokazatelje o pojavnosti nasilja, obilježja žrtvi i počinitelja. Poznavanje obilježja starijih osoba-žrtvi nasilja, ali i obilježja počinitelja, može značajno pomoći u planiranju i kreiranju preventivnih i tretmanskih aktivnosti.

Posljedice zlostavljanja i zanemarivanja

Posljedice nasilja nad starijim osobama su različite, od oštećenja već ionako narušenog zdravlja, fizičkog i mentalnog, do gubitka i ono malo materijalne sigurnosti koju im omogućuje mirovina, ako ih se materijalno iskorištava, pa sve do smrti. Općenito se može reći da posljedice zlostavljanja starih ljudi imaju četiri moguće dimenzije, a to su tjelesna, psihička, društvena i bihevioralna odnosno

dimenzija ponašanja. Osim boli i ozljeda, u tjelesne posljedice se ubrajaju nesаница, problemi hranjenja i glavobolja. U posljedice ponašanja pripada bijes, ljutnja, bespomoćnost, smanjena mogućnost suočavanja s problemima i suicidalni pokušaji. Psihološke posljedice jesu nijekanje, samookrivljanje, strah, mentalna konfuzija, anksioznost i depresija. Kao društvene posljedice mogu se javiti ovisnost, povlačenje i izoliranje. Sve su te posljedice manje izražene ako postoji neki oblik socijalne potpore (Anetzberger, 2005.; Čudina–Obradović i Obradović, 2006.).

Vežano uz posljedice nasilja nad starijim osobama, rezultati istraživanja su pokazali da starije osobe koje su doživjele nasilje značajno češće pate od depresije nego stari koji nisu doživjeli nasilje (Pillemer i Prescott, 1989.). Značajno istraživanje o posljedicama nasilja na zdravlje u smislu smrtnosti starijih osoba u trajanju od 13 godina proveli su Lachs i suradnici (1998.). Uzorak su sačinjavale 2 812 starije osobe u zajednici, od kojih su identificirani oni koji su doživjeli zlostavljanje i oni koji nisu. Svi ispitanici bili su evidentirani u Nacionalnom institutu za starenje. Iako u prvih nekoliko godina nije bilo razlike između te dvije skupine ispitanika, nakon 13 godina razlika se pokazala značajnom. Dobiveni nalazi pokazali su da u grupi ispitanika u kojoj nije bilo zlostavljanja 40% starijih još je bilo živo, dok je u grupi u kojoj su stariji bili izloženi zlostavljanju, svega 9% bilo živih. Istraživači su zaključili da zanemarivanje i zlostavljanje uzrokuje značajan “interpersonalan stres” koji se može smatrati dodatnim rizikom za smrt. Nadalje, starije žene s iskustvom psihičkog zlostavljanja, osobito s iskustvom različitih i istovremenih oblika nasilja češće doživljavaju depresiju, anksioznost, kroničnu bol, probavne tegobe, srčane tegobe te hipertenziju (Fisher i Regan, 2006.). U istraživanju partnerskog nasilja na uzorku od 3636 žena starijih od 55 godina, Zink i suradnici (2006.) zaključili su da ispitanice koje su doživjele partnersko nasilje češće iskazuju kroničnu bol i depresiju. nalazi dobiveni u istraživanju Yan i Tang (2001.) pokazali su da stariji koji su izloženi psihičkom nasilju statistički su značajno više narušenog psihičkog zdravlja. Nadalje, starije žene koje su doživjele psihičko nasilje, značajno više iskazuju somatske tegobe nego stariji muškarci. Autori zaključuju da u usporedbi s onima koji nisu zlostavljani, starije osobe zlostavljane od strane svojih njegovatelja, iskazivale su više somatskih smetnji, tjeskobu, depresiju i društvenu neprilagođenost.

Iz navedenog se može zaključiti da su posljedice nasilja nad starima različite i da se očituju na različitim dimenzijama kao što su zdravstvene, psihološke i socijalne. Dugotrajnost i težina posljedica koje ono izaziva u starijih osoba upućuju na (1) potrebu pružanja stručne psihološke i medicinske pomoći i pravne zaštite starijim osobama - žrtvama zlostavljanja, (2) potrebu za daljnjim istraživanjima posljedica nasilja na zdravlje starije osobe i (3) potrebu za razvijanjem odgovarajućih programa. U kontekstu Hrvatske, preventivni programi i programi zaštite i

podrške starijoj osobi-žrtvi nasilja mogu se realizirati u okviru gerontoloških centara – multifunkcijskih centara neposredne skrbi za starije u lokalnoj zajednici gdje je njihovo prebivalište. Razvojem gerontoloških centara moguće je postojeću pasivnost i socijalnu izoliranost (osamljenost) starijih suprotstaviti zdravom, aktivnom i produktivnom starenju (Tomek- Roksandić i sur., 2005.).

Neprijavlivanje i neiskazivanje zlostavljanja i zanemarivanja

Razlozi neprijavlivanja i neiskazivanja nasilja su mnogostruki. Starije osobe-žrtve nasilja mogu osjećati sramotu i strah i ne priznavati da njihovi bližnji s njima loše postupaju; neki mogu sebe kriviti za to što im se događa; mogu biti izolirani; starija osoba može misliti da se to isto drugima ne događa; neki se boje posljedica ako otkriju svoju situaciju. Uz to je značajan čimbenik neprijavlivanja i negativan odnos društva prema starijima. Jones i Powell (2006.) upozoravaju na tjelesna i mentalna oštećenja uključujući i govorna oštećenja koja otežavaju staroj osobi da prijavi nasilje. Nadalje, roditelji prikrivaju oblike zlostavljanja koje doživljavaju od djece, jer osjećaju stid i krivnju koja proizlazi iz njihovih očekivanja djetetove solidarnosti, zbog nastojanja za održanjem kontinuiteta obitelji, uobičajene sklonosti da se umanjuje značenje negativnih postupaka djeteta i ističe pozitivnost interakcija, te zbog velike lojalnosti prema zlostavljaču, koji je član obitelji. Oni često radije trpe zlostavljanje nego da izgube bliske veze s obitelji (Čudina–Obradović i Obradović, 2006.). Starije žene rijetko potraže pomoć kada je zlostavljanje u pitanju, najčešće zbog srama koji osjećaju, stavova o “zasluženom” nasilnom ponašanju te stavova koji onemogućavaju prepoznavanje sebe kao žrtve.

Reis i Nahmiash (1997.) ukazuju na još jednu teškoću prilikom neprijavlivanja nasilja nad starima budući da sami stručnjaci često nisu dovoljno senzibilizirani za taj problem, nisu educirani i ne znaju što učiniti. O navedenom problemu provedeno je istraživanje o iskustvima, znanju i stavovima na slučajnom uzorku od 250 obiteljskih liječnika i 250 internista o nasilju nad starijim osobama (Kennedy, 2005.). Ispitanici su se složili da je važno otkrivanje i tretiranje zanemarivanja. Više od 75% ispitanika smatralo je da je zlostavljanje starijih osoba problem u koji liječnici mogu djelotvorno intervenirati, a 78% se izjasnilo da su liječnici primarne zdravstvene zaštite u boljem položaju nego ostali liječnici da identificiraju obiteljsko nasilje. Gotovo svi ispitanici, njih 98%, su se složili da treba više učiniti glede edukacije liječnika o zanemarivanju i tretiranje zanemarivanja te da edukacija treba biti dio obrazovanja na medicinskom fakultetu. Više od 80% ispitanika se izjasnilo da nisu bili educirani za dijagnosticiranje zanemarivanja starijih osoba, a manje od 13% ispitanika nije moglo dozvati u sjećanje obrazovni

sadržaj na fakultetu koji se odnosi na zanemarivanje starijih. Oko 79% ispitanika se sjetilo obrazovnog sadržaja o bračnom nasilju, a 94% o zlostavljanju djece.

Neno i Neno (2005.) naglašavaju problem kako još uvijek nasilje nad starijim osobama ne čini sastavni dio formalnog obrazovanja medicinskih sestara, a Boldy i suradnici (2005.) naglašavaju kako je edukacija profesionalaca u prepoznavanju nasilja nad starijima važna strategija primarne prevencije. Najčešće oni koji pružaju primarnu skrb starijoj osobi kod kuće, uključujući patronažne sestre, su u poziciji detektirati prisutnost zlostavljanja starijih, budući da stariji ljudi koji su zlostavljani najčešće imaju jedini kontakt s medicinskim osobljem izvan obiteljskog konteksta. Integrirani i komrehenzivni pristup u zaštiti zdravlja starijih ljudi može osigurati djelatnost primarne zdravstvene zaštite ako se temelji na čuvanju i unapređivanju zdravlja, suzbijanju i sprečavanju bolesti i ranom prepoznavanju i liječenju bolesnih starijih ljudi. Zato bolest starijeg čovjeka nije jedini kriterij za utvrđivanje njegovih zdravstvenih potreba nego poznavanje triju dimenzija (bio-psiho-socijalne) funkcionalne sposobnosti bolesnika jer postoji nesklad između zahtjeva i zdravstvenih potreba starijih ljudi (Duraković i sur., 1990.; prema Tomek-Roksandić i Vorko-Jović, 1994.). Glavni nosilac u zaštiti zdravlja starijih osoba je doktor obiteljske medicine (Tomek-Roksandić i Vorko-Jović, 1994.). Koliki je opseg korištenja zdravstvenih mjera u djelatnosti primarne zdravstvene zaštite pokazuje i podatak iz zagrebačkoga gerontološkog istraživanja da je u uzorku stare populacije Zagreba njih 56% tijekom godine posjetilo liječnika opće medicine u prosjeku 7,92 puta (Budak, Bartolović i Grahovac, 1988.). Stoga su educirani stručnjaci važna komponenta u identifikaciji starije osobe – žrtve zlostavljanja i/ili zanemarivanja.

Prevenција zlostavljanja i zanemarivanja

Zlostavljanje i zanemarivanje starijih osoba u obitelji je kršenje ljudskih prava i predstavlja zdravstveni, pravni, socijalni i ekonomski problem. Nužan je razvoj programa i gerontološko-javnozdravstvene djelatnosti koja uključuje i izradu i primjenu Programa preveniranja mogućih zabrinjavajućih i otežano rješivih kako zdravstvenih tako i socijalnih stanja s naglaskom na multidisciplinarni gerontološki pristup u zaštiti starijih osoba (Tomek-Roksandić i sur., 2007.). Radi zaštite od nasilja i zanemarivanja starijih osoba, nužno je razviti programe prevencije koji slijede modele javnozdravstvenog pristupa, a koji obuhvaćaju mjere i akcije: na individualnom planu, međusobnim odnosima u neposrednoj okolini, kao i na širem društvenom planu (Spitek-Zvonarević, 2006.). U prevenciji zlostavljanja starijih osoba u obitelji značajnu ulogu imaju i Gerontološki centri. Cilj vizije Gerontoloških centara je uspostava komunikacijske mreže u stvaranju i osiguranju vrijednosti kvalitete, inovacija i trajnih rješenja u zdravstvenoj i socijalnoj skrbi

za starije. Osnovna je zadaća aktivno suodgovorno uključivanje od samog individualnog starijeg čovjeka pa do suodgovornog uključivanja svih sustava djelovanja najšire zajednice (Tomek-Roksandić i sur., 2005.). Djelatnost primarne zdravstvene zaštite (obiteljska medicina) ima vodeću ulogu u zaštiti zdravlja starijih ljudi i ona je mjesto koordiniranja i usmjeravanja svih aktivnosti na zaštitu i unapređenju zdravlja – od onih koje može i treba provoditi pojedinac, do onih koji ovise o najširoj društvenoj zajednici. Važno je spriječiti nastanak teškoća pri prijelazu iz jednog razdoblja života u drugu i poboljšati kvalitetu života u starosti baziranu na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj prevenciji (Tomek-Roksandić i Vorko-Jović, 1994.).

U okviru primarne prevencije zlostavljanja starijih osoba u obitelji, na lokalnoj razini mogu se organizirati programi socijalne i zdravstvene pomoći, u obliku besplatnih telefonskih linija na kojima bi starije osobe mogle potražiti pomoć ili prijaviti zlostavljanje, programi educiranja starijih o njihovim pravima i o problemu nasilja u smislu njegovog prepoznavanja i reagiranja, osposobljavanje stručnih i javnih djelatnika osobito u zdravstvenim ustanovama, podizanje javne svijesti kroz medijsko djelovanje. U okviru sekundarne prevencije osigurava se da nasilje bude pravovremeno identificirano te da se njime bave odgovarajuće službe koje će spriječiti njegovo ponovno ponavljanje. Ciljevi sekundarne prevencije uvjetno se mogu podijeliti na one koji se odnose na šire društveno djelovanje (obrazovanje, istraživanje, socijalnu politiku) i one koje su neposredno usmjerene na obitelj u krizi (Ajduković, 2003.) u svrhu ranog otkrivanja i osnaživanja starije osobe i počinitelja nasilja za rad na konfliktnim odnosima. Bilo bi korisno utvrditi jedinstven način evidentiranja nasilja u zdravstvu, pravosuđu i socijalnoj skrbi, voditi statističko praćenje svih oblika nasilja, jačati sustav prijavljivanja nasilja, istaknuti važnost istraživanja, osigurati odgovarajuće obrazovanje svih struka koji neposredno rade s obiteljima o različitim aspektima nasilja u obitelji – kako ga pravodobno prepoznati, kome i kako ga prijaviti, kako planirati preventivni rad, kako odabrati odgovarajući tretmanski pristup. Treća ili ciljana faza, u kojoj se bavi osobama kojima se pomaže u oporavku bez dugoročnih trauma i negativnih posljedica (tercijarna prevencija) (Brown, 2006.). Tercijarna prevencija odnosi se na intervencije čiji je cilj pružanje psihosocijalne pomoći starijoj osobi kao žrtvi. Uključuje i postupke rehabilitacije počinitelja nasilja s ciljem sprečavanja ponovnog nasilja i uspostavljanja narušene ravnoteže.

Prevencija nasilja nad starijim osobama važna je kako bi se starijim ljudima mogla osigurati dostojna starost, pružanje materijalne sigurnosti i uopće unapređenje kvalitete života. Problemu nasilja nad starijima treba pristupiti multidisciplinarno s naglaskom na istraživanje, edukaciju, preventivno djelovanje i senzibilizaciju stručnjaka, starijih osoba i uopće šire javnosti. Strategija borbe mora biti jasno osmišljena uzimajući u obzir kulturne i regionalne specifičnosti, ulogu lokalne

zajednice, civilnog društva, države i međunarodnih organizacija, no i odgovornost svakog pojedinca (Rusac, 2006.). Država ima pravo i obvezu poduzeti potrebne mjere da bi spriječila nasilje u obitelji odnosno smanjila i olakšala njegove posljedice (Ajduković, 2003.). Međunarodni ugovori o zaštiti ljudskih prava obvezuju države potpisnice, pa tako i Hrvatsku, na uvođenje nediskriminirajućeg zakonodavstva i osiguravanje jednakih prava za žene i muškarce te obvezu svake države potpisnice da ženama i muškarcima, djeci i starijim osobama, osigura život bez diskriminacije i nasilja.

Zaključak

Zlostavljanje i zanemarivanje starijih osoba u obitelji je osobni, obiteljski i društveni problem koji značajno narušava kvalitetu života i zdravlje svih onih koji su mu izloženi – posredno ili neposredno. Postoje različiti faktori rizika koji doprinose nasilnom ponašanju prema starijoj osobi i mogu se identificirati na strani starije osobe, počinitelja i društvene zajednice. Izloženost starijih osoba zlostavljanju i zanemarivanju u obitelji značajno narušava njihovo psihičko i fizičko zdravlje te kvalitetu života. Postoje brojni razlozi zašto starije osobe ne prijavljuju nasilje kao što su sram, strah, želja da se zaštiti počinitelja, ekonomska ovisnost ali i nedovoljna senzibiliziranost stručnjaka o navedenoj problematici. U Hrvatskoj se o problemu zlostavljanja i zanemarivanja starijih osoba počelo pisati prije nekoliko godina no kada se govori o nasilju u obitelji u žarištu zanimanja stručnjaka je nasilje nad djecom i ženama, dok se o starijim osobama – žrtvama nasilja nedovoljno govori te su one u tom smislu diskriminirane. Stoga je važno sustavno uvoditi mjere socijalne politike koje će biti usmjerene na poboljšanje mjera socijalne, zdravstvene, psihosocijalne i pravne skrbi s ciljem povećanja kvalitete života starijih i smanjivanje njihove marginalizacije i viktimizacije.

17. REGISTRACIJSKI KALENDAR GERONTOLOŠKIH TRIBINA (1985 - 2011)

(naslov gerontoloških tema sa imenima uglednih predavača)

1. "Cerebrovaskularne bolesti u starijoj dobi"
prof.dr.sc. BOŠKO BARAC dr.med
19. veljače 1985.
2. "Mogućnost prevencije cerebrovaskularnih bolesti kod osoba u starijoj životnoj dobi"
prof.dr.sc. ZDRAVKO POLJAKOVIĆ dr.med.
19. ožujak 1985.
3. „Farmakoterapija u starijoj dobi”
prof.dr.sc. BOŽIDAR VRHOVAC dr.med.
16. travanj 1985.
4. „Model zdravstvene zaštite starih ljudi, stanje i perspektive”
25. lipanj 1985.
 - a) prof.dr.sc. ZVONIMIR KRAJINA dr.med. o pitanjima edukacije o starenju i starosti;
 - b) prof.dr.sc. ŽIVKO KULČAR dr.med. o problemima komuniciranja u zdravstvenoj zaštiti starih;
 - c) dr. RADOSLAV KOLARIĆ dr.med. o koordinaciji primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite starih osoba;
 - d) mr.sc. STJEPAN KRAJAČIĆ dipl.oec. o ekonomskim aspektima zdravstvene zaštite starih osoba;
 - e) prof.dr.sc. DRAGO DROŽDJEK dr.med. o kućnom liječenju starih osoba u okviru primarne zdravstvene zaštite.
5. „Liječenje kardi tonicima u starijoj životnoj dobi”
prof.dr.sc. ZVONKO RUMBOLDT dr.med.
15. listopad 1985.
6. „Kardiovaskularni sustav u starijoj životnoj dobi”
prof.dr.sc. LJUBO BARIĆ dr.med. i prim.dr.sc. JOSIP ĐUROVIĆ dr.med.
19. studeni 1985.
7. „Elektrostimulacija srca u starijoj životnoj dobi; uz praktične demonstracije”
prim.dr.sc. JOSIP ĐUROVIĆ dr.med.
17. prosinac 1985.
8. „Geroprofilaksa u medicini”
prof.dr.sc. MILORAD MIMICA dr.med.
18. ožujak 1986.

9. „Biologija starenja”
pionirsko područje istraživanja
prof.dr.sc. ŽELJKO TRGOVČEVIĆ dr.med.
8. travanj 1986.
10. „Promjene na zglobovima i kostima u starijoj životnoj dobi”
prof.dr.sc. IVO RUSZKOWSKY dr.med.
20. svibanj 1986.
11. „Imunitet i imunizacija u starijoj životnoj dobi”
prof.dr.sc. JANKO VODOPIJA dr.med.
17. lipanj 1986.
12. „Imunoreaktivnost u starijoj životnoj dobi”
prof.dr.sc. DRAGAN DEKARIS dr.med.
21. listopad 1986.
13. „Psihologija starenja”
prof.dr.sc. MIRJANA KRIZMANIĆ dr.med.
4. studeni 1986.
14. „Zdravlje starih ljudi i pravilna prehrana”
prof.dr.sc. RATKO BUZINA dr.med.
17. veljača 1987.
15. „Socijalni i ekonomski aspekti starenja stanovništva u svijetu i kod nas”
prof.dr.sc. SLAVEN LETICA dipl.oec.
15. ožujak 1987.
16. „Kvaliteta života najstarijih starih ljudi”
doc.dr. sc. SLOBODAN LANG dr.med.
21. travanj 1987.
17. „Promjena CNS-a u starenju”
prof.dr.sc. NENAD GRČEVIĆ dr.med.
10. studeni 1987.
18. „Psihički poremećaji u starosti”
prim.dr. MIRJANA GRUBIŠIĆ dr.med.
8. prosinac 1987.
19. „Misli i spoznaje nastale tokom rada na psihogerijatrijskom odjelu”
prim. ANĐELKO VUJATOVIĆ dr.med., prim. MIRJANA
GRUBIŠIĆ dr.med.i BRANKA MRKOCZI dr.med.
29. ožujak 1988.
20. ”Perspektive i dileme socijalno-medicinskog pristupa pojavi starenja”
prof.dr.sc. ŽELJKO JAKŠIĆ dr.med.
5. travanj 1988.
21. ”Otorinolaringološki problemi u starenju”
prof.dr.sc. IVO PADOVAN dr.med.
17. svibanj 1988.

22. "Problem oštećenog sluha u starenju"
prof.dr.sc. FRANJO KOSOKOVIĆ dr.med
14. lipanj 1988.
23. "Bolesti i promjene kože u starijoj životnoj dobi"
doc.dr.sc. IVAN DOBRIĆ dr.med
25. listopad 1988.
24. "Ozljede i promjene kralježnice u starenju"
prof.dr.sc. VJEKOSLAV NANKOVIĆ dr.med i doc.dr.sc. DAMIR
GORTAN dr.med
15. studeni 1988.
25. "Umiranje i smrt"
prof.dr.sc. NADA SMOLIĆ-KRKOVIĆ dr.med
28. veljača 1989.
26. "Očne bolesti u starijoj životnoj dobi"
prof.dr.sc. ŽELJKO ŠRENGER dr.med
21. ožujak 1989.
27. "Glaukom i promjene na stražnjem segmentu oka u starijoj životnoj
dobi"
doc.dr.sc. NADA ŠTIGLMAJER dr.med
18. travanj 1989.
28. "Radna sposobnost starijih osoba"
prof.dr.sc. HUBERT MAVER dr.med
23. svibanj 1989.
29. "Inkontinencija i retencija mokraće u starijih osoba"
doc.dr.sc. IVO VUČKOVIĆ dr.med
7. studeni 1989.
30. "Urinarne infekcije u starijih osoba"
doc.dr.sc. IVO VUČKOVIĆ dr.med
6. ožujak 1990.
31. "Arterijska hipertenzija u starijih osoba"
prof.dr.sc. ZIJAD DURAKOVIĆ dr.med
10. travanj 1990.
32. "Osobitosti farmako-terapije u starijih osoba"
prof.dr.sc. ZIJAD DURAKOVIĆ dr.med
15. svibanj 1990.
33. "Ginekološka gerijatrija"
prof.dr.sc. Z. PAVLIĆ dr.med ; prof.dr.sc. DUŠKO MILIČIĆ dr.med
16. listopad 1990.
34. "Važnost komuniciranja u gerijatriji"
prof.dr.sc. ŽIVKO KULČAR dr.med
20. studeni 1990.

35. "Uloga liječnika opće medicine u zdravstvenom zbrinjavanju starijih ljudi"
prof.dr.sc. ANTUN BUDAK dr.med
20. veljača 1991.
36. "Zarazne bolesti u starijoj dobi"
prof.dr.sc. SLAVKO SCHÖNWALD dr.med
19. ožujak 1991.
37. "Specifičnosti psihoterapije u starijih ljudi"
prof.dr.sc. VLADIMIR GRUDEN dr.med
23. travanj 1991.
38. "Zdravstvene potrebe starijih ljudi u domovima umirovljenika i
Zavodima za socijalno-zdravstvenu zaštitu"
mr.sc.SPOMENKA TOMEK-ROKSANDIĆ dr.med i mr.sc.
MILJENKA COTA-BEKAVAC dr.med
21. svibanj 1991.
39. "Kirurgija starije dobi I. dio" (opći dio)
prof.dr.sc. TOMISLAV ŠOŠA dr.med
26. studeni 1991.
40. "Kirurgija starije dobi II. dio" (specijalni dio)
prof.dr.sc. TOMISLAV ŠOŠA dr.med
10. ožujak 1992.
41. "Prva pomoć kod stanja koja mogu ugroziti život u starijoj dobi"
mr.sc. INGRID BOŠAN-KILIBARDA dr.med
24. ožujak 1992.
42. "Poremećaji zdravlja u starijoj dobi nastali zbog snižene ili povišene
temperature okoliša"
mr.sc. INGRID BOŠAN-KILIBARDA dr.med
7. travanj 1992.
43. „Trovanje u starijoj dobi“
dr. TOMISLAV VUINAC dr.med
19. svibanj 1992.
44. "Bolesti probavnog sustava u starijoj dobi"
VLADIMIR TONKOVIĆ dr.med.,doministar zdravstva Hrvatske
20. listopad 1992.
45. "Fiziološka osnova starenja"
prof.dr.sc. MATKO MARUŠIĆ dr.med
10. studeni 1992.
46. „Psihološka pomoć prognanicima starije dobi“
prof.dr.sc. MLADEN HAVELKA,prof.
15. prosinac 1992.

47. „Onkološke bolesti u starijoj dobi”
prim.dr. PETAR NOLA dr.med
16. ožujak 1993.
48. „Endokrinološke i metaboličke bolesti u starijih ljudi”
prof.dr.sc. MIRKO KORŠIĆ dr.med
20. travanj 1993.
49. „Šećerna bolest u starijoj dobi”
doc.dr.sc. IZET AGANOVIĆ dr.med
11. svibanj 1993.
50. „Zdravstvena zaštita starih ljudi u novom Zakonu o zdravstvenoj zaštiti”
prof.dr.sc. ANDRIJA HEBRANG dr.med ministar zdravstva
Hrvatske
prof.dr.sc. LUKA KOVAČIĆ dr.med u.z.
12. listopad 1993.
51. „Nove tendencije u gerontologiji”
prof.dr.sc. ŽELJKO JAKŠIĆ dr.med
19. listopad 1993.
52. „Kvalitativne metode u gerontološkom istraživanju”
prof.dr.sc. SILVIJE VULETIĆ dr.med
9. studeni 1993.
53. „Anatomske promjene osjetnih organa tijekom starenja”
prof.dr.sc. JELENA KRMPOTIĆ-NEMANIĆ dr.med
22. veljača 1994.
54. „Demencija staračke dobi”
prim.dr.sc. DANILO HODOBA dr.med
22. ožujak 1994.
55. „Neuroanatomija starenja”
prof.dr.sc. IVICA KOSTOVIĆ dr.med ministar znanosti i tehnologije
mr.sc. MILOŠ JUDAŠ dr.med
19. travanj 1994.
56. „Klinički aspekti pravilne prehrane u starijoj dobi”
prof.dr.sc. ROKO ŽIVKOVIĆ dr.med
24. svibanj 1994.
57. „Stariji ljudi i stariji prognanici zagrebačkog doma umirovljenika u ratnim uvjetima - video prikaz”
prof.dr.sc. MLADEN HAVELKA, dr.sc.dr.med. ARIANA VORKO-
JOVIĆ, mr.sc.dr.med. SPOMENKA TOMEK-ROKSANDIĆ i mr.sc.
prof.psih. JASMINKA DESPOT-LUČANIN
15. lipanj 1994.

58. „Najnovije spoznaje o ateroskleotiskim promjenama tijekom starenja”
prof.dr.sc. VIDA DEMARIN dr.med
4. listopada 1994.
59. „Dijagnostika cerebrovaskularnih bolesti u starih ljudi”
prof.dr.sc. VIDA DEMARIN dr.med
25. listopada 1994.
60. „Obiteljska medicina nosilac zaštite zdravlja starijih ljudi”
prof.dr.sc. ANTUN BUDAK dr.med
22. veljača 1995.
61. „Zdravstvena zaštita i zdravstveno osiguranje starijih ljudi”
prim.dr.sc. STJEPAN TUREK dr.med
21. ožujak 1995.
62. „Greške u farmakoterapiji starijih ljudi”
prof.dr.sc. BOŽIDAR VRHOVAC dr.med
7. travanj 1995.
63. „Trebali liječiti hiperlipidemiju u starijih ljudi”
prof.dr.sc. ŽELJKO REINER dr.med
16. svibanj 1995.
64. „Hospicij” palijativna skrb i obiteljska medicina
prof.dr. ANICA JUŠIĆ dr.med
8. lipanj 1995.
65. „Primjena privatne prakse obiteljske medicine u zaštiti zdravlja starijih ljudi”
mr.sc.dr.med. JOSIP LONČAR i dr.med. ŽELJKO BAKAR
12. listopada 1995.
66. „Zdravstvena zaštita inkontinentnih bolesnika starije dobi”
doc.dr.sc. IVO KRALJIĆ dr.med
prim.dr.sc. J. DIMANOVSKI dr.med
14. studeni 1995.
67. „Inkontinencija starijih žena preventivne, kurativne i rehabilitacijske zdravstvene mjere”
prof.dr.sc. DUŠKO MILIČIĆ dr.med
12. prosinac 1995.
68. „Uzroci smrti u starijih ljudi - obdukcijски nalazi i mrtvozorstvo”
prof.dr.sc. MLADEN BELICZA dr.med
27. veljače 1996.
69. „Zaštita zdravlja starijih ljudi - ciljevi i preporuke Svjetske zdravstvene organizacije”
prim.dr. BERISLAV SKUPNJAK dr.med
19. ožujak 1996.

70. „Specifičnosti Zakona o mirovinsko-invalidskom osiguranju za starije ljude”
mr.sc. ANTE ŠKEMBER
16. travanj 1996.
71. „Razvoj raka u starijoj dobi”
prof.dr.sc. KREŠIMIR PAVELIĆ dr.med
21. svibanj 1996.
72. „Molekularni mehanizmi staničnog starenja”
dr.sc. IVICA RUBELJ dr.med
4. lipanj 1996.
73. „Neurološki nalaz i motorika u starijoj dobi”
prof.dr.sc. VIDA DEMARIN dr.med
5. studeni 1996.
74. „Primjena endoproteze u liječenju starijih ljudi”
prof.dr.sc. DUBRAVKO ORLIĆ dr.med
12. studeni 1996.
75. „Novije spoznaje o imunizaciji u starijih ljudi”
prof.dr.sc. JANKO IVAN VODOPIJA dr.med
3. prosinac 1996.
76. „Dijagnostika i liječenje osteoporoze u starijih ljudi”
prof.dr.sc. MIRKO KORŠIĆ dr.med
4. ožujak 1997.
77. „Problemi institucionalne i izvaninstitucionalne skrbi za bolesne stare ljude u gradu Zagrebu”
prim.dr.sc. JERKA JUKIĆ dr.med
8.travanj 1997.
78. „Nacrt novog zakona o socijalnoj skrbi i stariji ljudi”
JOSO ŠKARA, ministar rada i socijalne skrbi Hrvatske
6. svibanj 1997.
79. „Pojava tuberkuloze u starih ljudi i vježbe disanja za starije”
dr. ALMA ROŽMAN dr.med
3. lipanj 1997.
80. „Stavovi prema starijim ljudima kroz povijest u Hrvatskoj”
prof.dr.sc. BISERKA BELICZA
23. rujan 1997.
81. „Racionalna primjena preparata acetil salicilne kiseline u primarnoj zdravstvenoj zaštiti”
prof.dr.sc. BOŽIDAR VRHOVAC dr.med
22. listopad 1997.
82. „Psihoterapija tijekom starenja”
prof.dr.sc. NIKOLA IVAN JOVIĆ dr.med
18. studenog 1997.

83. "Menopauza i primjena hormonalne nadomjesne terapije"
prof.dr.sc. VESELKO GRIZELJ dr.med
24. veljače 1998.
84. "Značenje prostate u starijoj dobi"
prof.dr.sc. DANIEL DEREŽIĆ dr.med
28. travnja 1998.
85. "Prilagodba i starenje"
prof.dr.sc. EUGENIJA CIVIDINI-STRANIĆ dr.med
26. svibnja 1998.
86. "Opstipacija u starijoj dobi"
prof.dr.sc. MARKO DUVNJAK dr.med
18. lipnja 1998.
87. "Zdravstvena zaštita starijih ljudi u Sloveniji"
dr.sc. MLADEN MARKOTA dr.med
6. listopada 1998.
88. „Utjecaj homocisteina na proces starenja”
prof.dr.sc. MATE SUČIĆ dr.med
17. studenog 1998.
89. „Vrijednost tjelesne aktivnosti i upute za njezinu primjenu u starijoj dobi”
prof.dr.sc. MARJETA MIŠIGOJ-DURAKOVIĆ, dr.med.
15. prosinca 1998.
90. „Aktualnost ugovaranja primarne zdravstvene zaštite s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje - normativi i standardi”
dr. LIDIJA HRASTIĆ-NOVAK dr.med
dr. MARIJA HRASTINSKI dr.med
16. veljače 1999.
91. „Biološka regeneracija kosti, hrskavice i zubi u starijih ljudi”
prof.dr.sc. SLOBODAN VUKIČEVIĆ dr.med
23. ožujka 1999.
92. „Svjetski dan zdravlja preporučuje aktivno starenje”
prim.dr. BERISLAV SKUPNJAK dr.med
7. travnja 1999.
93. „Hipertenzija i ateroskleroza”
prof.dr.sc. ANTON ŠMALCELJ dr.med
26. svibnja 1999.
94. „Dijabetes i ateroskleroza u starijih ljudi”
prof.dr.sc. ŽELJKO METELKO dr.med
7. prosinca 1999.
95. „Pneumonije u starijih ljudi”
doc.dr.sc. ILIJA KUZMAN dr.med
22. veljače 2000.

96. „Moderni pristup operaciji mreene u starijoj dobi”
prim.dr. NIKICA GABRIĆ dr.med
28. ožujka 2000.
97. „Unos soli u starijih ljudi”
prof.dr.sc. VLADO OBERITER dr.med
9. svibnja 2000.
98. „Mogućnosti dijagnostike i liječenja degenerativnih promjena koljenog zgloba”
prof.dr.sc. MARKO PEĆINA dr.med
13. lipnja 2000.
99. „Zaštita zdravlja starijih ljudi u zajedničkom životu starih i mladih – od konflikta do povezanosti u Austriji”
dr. ROSEMARIE KURZ (Graz, Austrija)
9. listopada 2000.
100. (jubilarna) „Zdravstvena zaštita starijih ljudi u reformi hrvatskog zdravstvenog sustava”
DR.SC. RAJKO OSTOJIĆ dr.med zamjenik ministra zdravstva
24. siječnja 2001.
101. “Telemedicinski nadzor kardiološkog gerijatrijskog bolesnika”
prof.dr. MIHAJLO ŠESTO dr.med i dr. ALEKSANDAR TRBOVIĆ dr.med
20. ožujka 2001.
102. “Debljina (E 66) u starijoj dobi”
prof.dr.sc. IZET AGANOVIĆ dr.med
23. travnja 2001.
103. “Značenje deficita željeza, vitamina B₁₂ i folata u zdravstvenoj zaštiti starijih osoba”
prof.dr.sc. DAMIR NEMET dr.med
5. lipnja 2001.
104. “Dijagnostika i liječenje zatajenja srca u bolesnika starije životne dobi”
prof.dr.sc. MIJO BERGOVEC dr.med
18. rujna 2001.
105. “Primjena antibiotika u starijih ljudi”
prof.dr.sc. IGOR FRANCETIĆ dr.med
22. listopad 2001.
106. “Nove spoznaje u liječenju bolesti kostiju u starijih ljudi”
prof.dr.sc. SLOBODAN VUKIČEVIĆ dr.med
13. studeni 2001.

107. “Uloga liječnika opće/obiteljske medicine u zbrinjavanju starijih ljudi sa simptomima depresije”
 prof.dr.sc. MILICA KATIĆ dr.med, prim.mr.sc. SPOMENKA TOMEK-ROKSANDIĆ dr.med i doc.dr.sc. SANJA BLAŽEKOVIĆ-MILAKOVIĆ dr.med.
 4. prosinac 2001.
108. “Gastroenterologija u starijoj životnoj dobi”
 dr.sc. ŽELJKO KRZNARIĆ, dr.med.
 5. veljače 2002.
109. “Osobitosti akutnih otrovanja u starijoj dobi”
 prof.dr.sc. ZIJAD DURAKOVIĆ, dr.med.
 12. ožujka 2002.
110. “Duševno zdravlje starijih ljudi – javnozdravstven pristup”
 prim.mr.sc. JOSIP ČULIG, dr.med.
 9. travnja 2002.
111. “Primjena testa okultnog krvarenja u obiteljskoj medicini za starije ljude”
 doc.dr.sc. ROLAND PULANIĆ, dr.med.
 7. svibnja 2002.
112. “Zaštita zdravlja starijih ljudi u reformi hrvatskog zdravstva”
 mr.sc. ANDRO VLAHUŠIĆ, dr.med. – ministar zdravlja Hrvatske
 11. lipnja 2002.
113. “Alzheimerova bolest u starijih ljudi”
 doc.dr.sc. TOMISLAV BABIĆ, dr.med prof.dr.sc. PREDRAG ZAREVSKI, dr.med., dr.med. ZDRAVKO PECOTIĆ, prim.mr.sc. SPOMENKA TOMEK-ROKSANDIĆ, dr.med.
 24. rujna 2002.
114. “Klimakterij i postmenopauza – zdravstvena zaštita starijih žena”
 prof.dr.sc. VELIMIR ŠIMUNIĆ dr.med
 22. listopada 2002.
115. “Gerontološki zdravstveno-statistički ljetopis za Hrvatsku 2001./2002. godina u zaštiti zdravlja starijih ljudi”
 prof.dr.sc. ANTE BILIĆ dr.med., zamjenik ministra zdravstva
 prim.mr.sc. SPOMENKA TOMEK-ROKSANDIĆ, dr.med. sa suradnicima Centra za gerontologiju
 29. siječnja 2003.
116. “Zdravstvena zaštita inkontinentnih gerijatrijskih bolesnika u Austriji i Njemačkoj”
 prof.dr.sc. HELMUT G. MADERSBACHER dr.med
 3. veljače 2003.

117. "Parkinsonova bolest u starijih ljudi"
 prof.dr.sc. MAJA RELJA dr.med
 18. ožujka 2003.
118. "Prva starijih osiguranika iz osnovnog i dopunskog zdravstvenog osiguranja"
 LJUBICA ĐUKANOVIĆ, dipl.iur., ravnateljica HZZO
 7. travnja 2003.
119. "Velike boginje – bioterorizam – ranjive skupine djeca i stariji ljudi"
 prof.dr.sc. DARKO ROPAC dr.med, IVO AFRIĆ, dipl.iur. i prof.dr.sc. IVAN JANKO VODOPIJA dr.med
 15. travnja 2003.
120. "Liječenje boli u gerijatrijskih bolesnika"
 prim. dr. MARIJANA PERSOLJI-GUDELJ dr.med
 20. svibnja 2003.
121. "Eutanazija da ili ne? "
 prof.dr.sc. VALENTIN POZAIĆ dr.med
 3. lipnja 2003.
122. "Program primarne, sekundarne i tercijarne prevencije za starije ljude"
 prim.mr.sc. SPOMENKA TOMEK-ROKSANDIĆ dr.med i suradnici
 1. listopada 2003.
123. "Gerijatrijska klinika u Graz-u i stjecanje diplome iz gerijatrije u Austriji"
 Prim.dr.med. ERIC STOISER i dr.med. MARIANNE SCALA,Graz, Austrija
 11. studeni 2003.
124. "Nove spoznaje o cijepljenju protiv influence i pneumokoknih bolesti u starijih ljudi"
 prof.dr.sc. ILIJA KUZMAN dr.med i prim.mr.sc. ŽELJKO BAKLAIĆ dr.med
 9. prosinca 2003.
125. "Antioksidansi i oligoelementi u starijih bolesnika"
 prim.dr.sc. JOSIP ČULIG, dr.med.
 27. siječnja 2004.
126. "Laboratorijske pretrage u starijih osoba"
 prof.dr.sc. ANA STAVLJENIĆ-RUKAVINA dr.med
 17. veljača 2004.
127. „Rehabilitacija sustava za kretanje osoba starije životne dobi”
 prof.dr.sc. ĐURĐA BABIĆ-NAGLIĆ dr.med
 30. ožujka 2004.

128. „Nove spoznaje o genima starenje”
 prof.dr.sc. MIROSLAV RADMAN dr.med / doc.dr.sc. IVICA
 RUBELJ dr.med.
 7. travnja 2004.
129. „Gerontotehnologija u zdravstvu”
 dr.sc. LJILJANA KALITERNA-LIPOVČAN dr.med
 18. svibnja 2004.
130. „Laparoskopija u starijih žena”
 doc.dr.sc.prim. MIROSLAV KOPJAR dr.med
 8. lipnja 2004.
131. „Stalna pokretljivost u zaštiti zdravlja starijih osoba”
 prof.dr.sc. MIRKO KORŠIĆ dr.med , prim.mr.sc. SPOMENKA
 TOMEK-ROKSANDIĆ dr.med , dr.sc. NEVENKA BLAŽIĆ-ĆOP
 dr.med, MIRJANA GRUBIŠIĆ, vft., KATARINA KAUZLARIĆ-
 SEKELJ, dr.med., MARIO KASOVIĆ, prof.kin., SLAĐANA
 DIVKOVIĆ, dr.med., prof.dr.sc. JADRANKA MOROVIĆ-
 VERGLES dr.med
 8. rujna 2004.
132. „Reumatoidni artritis osteoartritis u starijih osoba”
 prof.dr.sc. JADRANKA MOROVIĆ-VERGLES dr.med, prim.mr.sc.
 SPOMENKA TOMEK-ROKSANDIĆ dr.med , prof.dr.sc. NADA
 ČIKEŠ dr.med, prof.dr.sc. ĐURĐA BABIĆ-NAGLIĆ dr.med , prof.
 dr.sc. BOŽIDAR ĆURKOVIĆ dr.med.
 12. listopada 2004.
133. „Prevenција, dijagnostika i liječenje kolorektalne novotvorine u starijih
 osoba”
 prof. dr. sc. RONALD PULANIĆ dr.med
 16. studenog 2004.
134. „Nove spoznaje o prevenciji, dijagnostici, liječenju i rehabilitaciji
 moždanog udara u starijih ljudi”
 prof.dr.sc. VIDA DEMARIN dr.med
 15. veljače 2005.
135. „Problemi prevencije i liječenja šećerne bolesti u starijih osoba”
 prof.dr.sc. ŽELJKO METELKO dr.med
 15. ožujka 2005.
136. „Gerontologija i gerijatrija u Švedskoj”
 prof.dr.sc. NENAD BOGDANOVIĆ dr.med
 Svjetski dan zdravlja - 7. travnja 2005.
137. „Rana dijagnostika zdravstvenog poremećaja u andropauzi”
 mr.sc. ANTE RELJIĆ dr.med
 10. svibnja 2005.

138. „Suvremeni postupci u sprječavanju, ranom otkrivanju i liječenju raka kestenjače (prostata),,
prof.dr.sc. MIRKO ŠAMIJA dr.med i suradnici
7. lipnja 2005.
139. „Indikacije za fizikalnu terapiju starijih osoba u obiteljskoj medicini”
– Okrugli stol
prof.dr.sc. MIROSLAV HAŠPL dr.med, prof.dr.sc. JADRANKA MOROVIĆ-VERGLEŠ dr.med , dr. KATARINA SEKELJ-KAUZLARIĆ dr.med, prim.dr.sc. SPOMENKA TOMEK-ROKSANDIĆ dr.med , PAVICA GORUPIĆ, vft., MIRJANA GRUBIŠIĆ, vft.
8. rujna 2005.
140. „Suzbijanje boli u gerijatrijskog bolesnika”
prim.dr. MARIJANA PERSOLI-GUDELJ dr.med, prim.dr. MIRJANA HUIĆ dr.med i GORAN PERKO dr.med
18. listopada 2005.
141. „Rana dijagnostika i liječenje suhog oka u starijih bolesnika”
prim.dr. NADEŽDA BILIĆ dr.med
22. studenog 2005.
142. „Primarna prevencija za starije (anti aging) u dermatovenerologiji”
prof.dr.sc. SANJA GREGURIĆ-MATEŠA dr.med
Svjetski dan zdravlja - 7. travnja 2006.
143. „Psihogerijatrija u Švicarskoj”
prof.dr.sc. IVANKA RADMAN dr.med, Švicarska
19. svibnja 2006.
144. „Amputacija ekstremiteta i protetička rehabilitacija gerijatrijskog bolesnika”
prim.dr.sc. MIROSLAV JELIĆ dr.med
6. lipnja 2006.
145. “Lomovi kostiju u starijih osoba”
prof.dr.sc. MARKO PEĆINA dr.med
10. listopad 2006.g.
146. “Primarna zdravstvena zaštita i Gerontološki centri”
dr. ZVONIMIR ŠOSTAR
14. studeni 2006.g.
147. „Zdravstvena zaštita i zdravstveno osiguranje starijih osoba ,,
dr.sc. VEĆESLAV BERGMAN dr.stom.,,ravnatelj HZZO
5. prosinac 2006.g.
148. „Primarna i sekundarna prevencija kardiovaskularnih bolesti u starijih“
prof.dr.sc. MIJO BERGOVEC dr.med
23. veljača 2007.g.

149. „Slabosti sluha i slušanja u starijih osoba“
 prof.dr.sc. Damir Gortan dr.med
 20. ožujka 2007.g.
150. (jubilara) “Gerontološko javnozdravstvena zaštita s datotekom Hrvatske 2004.-2006. godina u zaštiti zdravlja starijih ljudi”
 prof.dr.sc. NEVEN LJUBIČIĆ dr.med, mr.sc. VERA BABIĆ, dr. ZVONIMIR ŠOSTAR, prof.dr.sc. MATE LJUBIČIĆ dr.med,doc. dr.sc. JOSIP ČULIG dr.med, prim.mr.sc. SPOMENKA TOMEK-ROKSANDIĆ, dr.med.
 17. travnja 2007.g.
151. ”Postupci plastične kirurgije u gerijatriji”
 Prof.dr.sc.ZDENKO STANEC dr.med
 15. svibnja 2007.
152. „Prevenција, dijagnostika i liječenje hipertenzije u gerijatrijskih bolesnika”
 Doc.dr.sc.BOJAN JELAKOVIĆ dr.med
 12.lipanj 2007.
153. ”Gerijatrija – medicina starije dobi”
 Prof.dr.sc. ZIJAD DURAKOVIĆ dr.med
 2.listopad 2007.
154. „Nove spoznaje u prevenciji, dijagnostici i liječenju osteoporoze u starijih osoba“
 Prof.dr.sc. MIRKO KORŠIĆ dr.med
 13. studeni 2007.
155. „Rana dijagnostika Alzheimerove bolesti u gerijatrijskih bolesnika”
 Prof.dr.sc. GORAN ŠIMIĆ dr.med
 4. prosinac 2007.
156. „MRSA – aktualni gerijatrijski problem“
 prof.dr.sc. SMILJA KALENIĆ dr.med
 12. veljače 2008.
157. „Nove spoznaje u dijagnostici, liječenju i prevenciji glavobolja u gerijatrijskih osiguranika „
 prof.dr.sc. VIDA DEMARIN dr.med
 18. ožujka 2008.
158. „Gerontološkojavnnozdravstveni pokazatelji po županijama Hrvatske i Grada Zagreba“
 prim.mr.sc. SPOMENKA TOMEK-ROKSANDIĆ dr.med sa suradnicima CZG ZZJZGZ-a
 8. travnja 2008.
159. „Omega 3 masne kiseline“
 akademik ŽELJKO REINER
 13, svibnja 2008.

160. „Ergonomija i osobe treće životne dobi“
prim.dr. LADISLAV KRAPAC dr.med
3. lipnja 2008.
161. „Biološki lijekovi u imunoloških gerijatrijskih bolesnika”
prof.dr.sc. JADRANKA MOROVIĆ-VERGLES, dr.med.
14. listopada 2008.
162. „Nove spoznaje o genomu starenja“
Prof. dr.sc. IVICA RUBELJ,dr.med
11.studenog 2008
163. Mini-simpozij iz gerontostomatologije
Dr.sc.VEČESLAV BERGMAN, Prof.dr.V.CAREK,Prof.dr.sc.
KSENIJA JORGIĆ- SRDJAK.,Dr.sc.DUBRAVKA OGRAJŠEK-
ŠKUNCA
9.prosinac 2008.
164. „Zdravstvena Reforma u zaštiti zdravlja starijih osoba“.
Dr. ANTE-ZVONIMIR GOLEM dr.med.zamjenik ministra zdravstva
24.veljače 2009
165. „Gerontološke zdravstvene norme u stacionarima domova za starije“
Prim.mr.sc.SPOMENKA-TOMEK-ROKSANDIĆ dr.med.,MARICA
LUKIĆ dipl.med.techn., mr.sc.NADA TOMASOVIĆ- MRČELA
dr.med.,dr. VLASTA VUČEVAC.,MARA ŽUPANIĆ dipl.med.techn.i
ANA DEUCHT vms
8.travanja 2009
166. „Uloga Validatora u zaštiti zdravlja psihogerijatrijskih bolesnika“.
KATIJANA HARASIĆ dipl.med.techn.autorizirani trener Integrativne
validacije, Baar im Kanton Zug
02.lipnja 2009
167. „Gerontološki centri-Zagrebački model izvrsnosti rada za starije“
mr. VIŠNJA FORTUNA, prim.mr.sc.SPOMENKA TOMEK-
ROKSANDIĆ dr.med.
01.listopada 2009.
168. „Alzheimerova bolest u psihogerijatriji“
Doc.dr.sc.NINOSLAV MIMICA dr.med .
10.studeni 2009.
169. „4 Stupnja gerijatrijske zdravstvene njege –sestrinska dokumentacija
u domovima za starije“ .
Prim.dr.sc.SPOMENKA TOMEK-ROKSANDIĆ.dr.med., MARICA
LUKIĆ dipl.med.techn., ANA DEUCHT bacc.med.techn.,MARA
ŽUPANIĆ dipl.med.techn.
26.siječnja.2010.

170. „Reumatoidni artritis u gerijatriji“
Doc.dr.sc. JOŠKO MITROVIĆ dr.med.,gerijatar
23.veljače 2010.
171. „Nove spoznaje u dijagnostici i liječenju ateroskleroze u gerijatrijskih bolesnika“
Akademik ŽELJKO REINER
25.svibnja 2010.
172. „Perspektive gerontološke zaštite“,
mr.sc.VIŠNJA FORTUNA, prim.dr.sc.SPOMENKA TOMEK
ROKSANDIĆ dr.med.
29.rujna 2010.
173. „Šum u uhu u starijih osoba“
Prof.dr.sc. DAMIR GORTAN dr.med.,
16.studeni 2010.
174. „Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege-kompetencije gerijatrijske sestre u domu za starije“
MARA ŽUPANIĆ dipl.med.techn.;MARICA LUKIĆ dipl.med.techn.
ANA DEUCHT bacc.med.techn.
14.prosinca 2010.
175. „Metabolički sindrom u gerijatriji“
Prof.dr.sc. ZIJAD DURAKOVIĆ,dr.med.
22.veljače 2011
176. „Smjernice gerijatrijske farmakoterapije“
Prof.dr.sc.ZIJAD DURAKOVIĆ,dr.med.
15.ožujaka 2011.
177. “Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrijskom dokumentacijom i opća/obiteljska medicina u domu za starije”
Prim.dr.sc.SPOMENKA TOMEK-ROKSANDIĆ,dr.med.,
DRAGICA ŠIMUNEC,bacc.med. techn.,
ANA DEUCHT,bacc.med.techn., MARICA LUKIĆ,dipl.med.techn.,
MARA ŽUPANIĆ,dipl.med.techn.
12.travnja 2011.
178. “Zlostavljanje u starijih osoba”
Dc.dr.sc. SILVIJA RUSAC, dipl.soc.rad.
17.svibnja 2011.
179. “Hrvatske smjernice za prehranu starijih osoba”
Prof.dr.sc. ŽELJKO KRZNARIĆ,dr.med.
04. listopada 2011.
180. „ Organizacija psihogerijatrijske zaštite u Švicarskoj”
Dr.sc. IVANKA RADMAN
06. prosinca 2011.

**CENTAR ZA GERONTOLOGIJU
ZAVODA ZA JAVNO ZDRAVSTVO GRADA ZAGREBA
REFERENTNI CENTAR MINISTARSTVA ZDRAVSTVA I SOCIJALNE
SKRBI HRVATSKE ZA ZAŠTITU ZDRAVLJA STARIJIH OSOBA
ZAGREB, MIROGOJSKA CESTA 16, TEL. 4696-164 ; FAX: 4678-016
e-mail: gerontologija@zjz-zagreb.hr**

Ur.br.:III-899/1

Zagreb, 28.02.2008.

**UPITNIK O GERONTOLOŠKIM NORMAMA U
DOMOVIMA ZA STARIJE / PSIHIČKI BOLESNE
ODRASLE OSOBE***

1. NAZIV DOMA ZA STARIJE I NEMOĆNE OSOBE / ZAVODA		
OSNIVAČ USTANOVE		
Ravnatelj (ime i prezime, stručna sprema)		
tel. /mob.	fax.	E-mail:
ADRESA navedite adrese svih postojećih lokacija i podružnica		

2. DJELATNICI I KORISNICI U DOMU ZA STARIJE / ZAVODU	
UKUPAN BROJ DJELATNIKA	
UKUPAN BROJ KORISNIKA	
STAMBENI DIO (ukupan broj)	
STACIONARNI DIO (ukupan broj)	
DNEVNI BORAVAK ZA STARIJE (ukupan broj)	

* ispunjene podatke ovjerava ravnatelj ustanove

2.a. FUNKCIONALNA SPOSOBNOST KORISNIKA STACIONARA DOMA*	
POKRETNOST (FIZIČKI STATUS)	Ukupan broj korisnika
1. sasvim pokretan	
2. ograničeno pokretan (koristi povremeno pomagalo – štap ili štake ili ortopedske klupice)	
3. trajno ograničeno pokretan (koristi trajno invalidska kolica)	
4. trajno nepokretan	
Ukupan broj	
SAMOSTALNOST (PSIHIČKI STATUS)	
1. sasvim samostalan	
2. ograničeno samostalan (povremene psihičke poteškoće)	
3. trajno nesamostalan (trajne psihičke poteškoće)	
4. ne može se odgovoriti	
Ukupan broj	

* za svakog individualnog korisnika stacionara potrebno je ubilježiti i pokretnost i samostalnost, znači oba obilježja funkcionalne sposobnosti !

3. TIM LIJEČNIKA OPĆE MEDICINE	Doktor medicine (ime i prezime, specijalnost)	Medicinska sestra (ime i prezime, stupanj sprema)
ADRESA ORDINACIJE		TEL.
Ugovoreni zdravstveni djelatnik: DA - NE	Naznačite (x) Povremeni tim _____ Stalni tim _____	Ordinacija smještena: - u domu _____ - izvan doma _____
Način financiranja tima (molimo zaokružiti):		
1. UGOVOR S HZZO-om		2. NA PRORAČUNU DOMA ZDRAVLJA
OSTALO: (molimo navesti)		

4. Glavna med. sestra / voditelj zdravstvene njege (ime i prezime, stupanj spreme)			
tel. /mob.		fax	
		e-mail	
	VIŠA MEDICINSKA SESTRA	MEDICINSKA SESTRA - SSS	NJEGOVA- TELJICE
4.A. Broj medicinskih sestara na stacionaru doma:			
4.B. Broj medicinskih sestara u stambenom dijelu doma:			

STRUKTURA DJELATNIKA U DOMU ZA STARIJE / ZAVODU	VSS	VŠS	SSS	NSS
Socijalni djelatnik				
Konzilijarni specijalist (npr. psihijatar, neurolog, stomatolog, kardiolog...) navesti koji				
Fizioterapeut				
Radni terapeut				
Gerontokineziolog				
Domaćica				
Kuharice i pomoćno osoblje u kuhinji				
Spremačica				
Tehničko i ostalo osoblje (vozači i sl.)				
Ekonom				
Skladištar				
Frizer				
Pediker				
Osoblje uprave i računovodstva				
UKUPAN BROJ DJELATNIKA				

IZVOR: CZGZJZ "Dr. A. Štampar"

Prof.dr.sc. Mate Ljubičić
Prim.mr.sc. Željko Baklaić, dr.med.
Prim.dr.sc. Spomenka Tomek Đ Roksandić
Dr. Zvonimir Šostar
Mr. Višnja Fortuna
Dr. Marijan Gjukić

18. HRVATSKI FOND ZA GERIJATRIJSKU ZDRAVSTVENU NJEGU

Alarmantne demografske promjene koje su se javile u Srednjoj Europi osamdesetih godina dvadesetog stoljeća pogodile su svom žestinom Hrvatsku na prijelazu u dvadeset i prvo stoljeće. Pad broja poroda u zadnjih 30 godina sa 70 000 na nešto iznad 40 000 uz stabilnu smrtnost od 50 000 umrlih na godišnjoj razini te uz značajni pomak dobi umiranja prema dubokoj starosti vodi Hrvatsku u demografski i socijalni kolaps.

Hrvatska kao i sve države od Poljske do Slovenije nema potencijala za primjenu učinkovite useljeničke i integracijske politike koju primjenjuju svjetske velesile. Hrvatska se mora okrenuti vlastitim rješenjima i trajno podići broj poroda sa sadašnjih 1,4 na 2,1 porod po obitelji ili 60 000 poroda na godišnjoj državnoj razini te **trajno produljiti radni vijek primjenom geroprofilaktičnih mjera za osiguranje zdravog aktivnog starenja**. Ako Hrvatska, ne riješi trajni demografski disbalans možemo prognozirati slijedeće stanje. Udio mladeži do dvadesete godine života past će s 22% 2010. godine na svega 15% u 2050. godini, ali će zato porasti broj osoba starije od 65 godina sa sadašnjih 17% na 30% ukupnog pučanstva u 2050 godini.

Sadašnji model financiranja zdravstvene zaštite starijih osoba, osobito gerijatrijskih bolesnika u srednoj starosti od 75-84 godine i starijih od 85 godina (duboka starost), kojima je nužna trajna gerijatrijska zdravstvena njega, već 2025. godine, doživjeti će drastičan nesrazmjer u zadovoljenju zdravstvenih potreba. Zato predlažemo do **najkasnije 2019.** godine uvođenje **Hrvatskog fonda za gerijatrijsku zdravstvenu njegu** u visini od 1% bruto plaće i 0,5% bruto mirovine s postupnim rastom do 2% u 2050.godini iz plaće i na plaću, odnosno 1% bruto mirovine.

Imajući u vidu četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege ovisno o potrebama starijih bolesnih osoba od 90 minuta do 5 sati dnevno i procjene da 20% 75 – 84

godišnjaka treba takvu njegu a čak 50% starijih osoba od 85 godina ovisne su od tuđoj pomoći. To znači Hrvatska će po procjeni za 2025. godine imati gotovo 16% udjela osoba navedene dobi u kućnoj gerijatrijskoj njezi. U ovaj broj nisu uključene nesamostalne funkcionalno onesposobljene bolesne starije osobe koje će popunjavati kapacitete sadašnjih i sve veći broj privatnih domova za starije osobe.

Novi fond za gerijatrijsku zdravstvenu njegu nije konkurencija fondu zdravstvene zaštite ili dopunskom zdravstvenom osiguranju već njihova nužna nadopuna.

Održivi model socijalne države za srednju Europu uključivo Hrvatsku do 2025. godine mora sadržavati slijedeće sastavnice, koje se u dijelu zapadne Europe već primjenjuje:

- **produljenje radnog vijeka sa 65 na 69 godina života muškarci i 67 žene (s iznimkom nekih specifičnih radnih mjesta)**
- ukidanje gornje dobne granice za radno, funkcionalno sposobne i voljne djelatnike
- zadržati 20% izdvajanja iz plaće za Mirovinski fond (10 + 10)
- **središnji državni proračun mora financirati sve mirovine koje nisu izašle iz radnog odnosa**
- **fond obveznog zdravstvenog osiguranja zadržati u okviru 14% (7 + 7) izdvajanja iz plaće i 7% izdvajanja iz bruto mirovine**
- **fond za gerijatrijsku zdravstvenu njegu financirati s 2% izdvajanja iz plaće (1 + 1) i 1% iz bruto mirovine**

Predloženi model može osigurati socijalnu sigurnost u državama s trajnim demografskim disbalansom u korist starijeg produktivnog pučanstva zadržavanjem radnih mjesta i osiguranjem aktivnog, zdravog starenja, a time i većeg zapošljavanja mlađih, kao i sprječavanja mogućeg međugeneracijskog sukoba.

19. SAŽETI PRIKAZ HRVATSKIH SMJERNICA ZA PREHRANU OSOBA STARIJE DOBI, DIO I

Dr sc.Vranešić Bender Darija, prof.dr.sc. Krznarić Željko, akademik Reiner Željko, prim.dr.sc. Tomek-Roksandić Spomenka, prof.dr.sc. Duraković Zijad, prof. dr.sc.Kaić-Rak Antoinette, prof.dr.sc.Smolej Narančić Nina, Bošnjir Jasna. (Hrvatske smjernice za prehranu osoba starije dobi. Liječ Vjesn 2011; 133:231-240)

Hrvatsko pučanstvo stari, a udio osoba starijih od 65 godina procjenjuje se na više od 17%. Ovaj postotak jedan je od najviših u ionako staroj populaciji Europe. Smatra se da de do 2050. godine u Hrvatskoj više od 30% pučanstva biti staro 65 i više godina.

Također, u razvijenim zemljama 75% svih smrtnih ishoda događa se u starijih osoba u srednjoj starosti od 75 i više godina. Zbog toga primjena i evaulacija geroprofilaktičnih programa, primarne, sekundarne i tercijarne prevencije za starije ,a koji uključuje primjenu prehrambenih normi za starije dobiva prioritarno značenje.

U Hrvatskoj ne postoje jedinstvene smjernice i prehrambeni standardi koji bi bili namijenjeni starijem pučanstvu.

Svjesni navedenih činjenica i posljedične nužnosti za oblikovanjem smjernica za prehranu osoba starije dobi u Hrvatskoj, autori-experti su uz podršku stručnih društava (Hrvatsko društvo za kliničku prehranu Hrvatskog liječničkog zbora (HLZ-a), Hrvatsko društvo za gerontologiju i gerijatriju (HDGG) HLZ-a, Hrvatsko antropološko društvo, Hrvatsko društvo za aterosklerozu HLZ-a) te relevantnih institucija Centra za gerontologiju ZJZ-a dr.A.Štampar, Ureda Svjetske zdravstvene organizacije u Hrvatskoj, Akademija medicinskih znanosti Hrvatske – Kolegij za javno zdravstvo - Odbor za prehranu), organizirali izradu smjernica koje su predstavljene na 179. GERONTOLOŠKOJ TRIBINI Centra za gerontologiju 4. listopada 2011. u HLZ-u. Smjernice su prezentirali akademik Željko REINER, prof.dr.sc.Željko KRZNARIĆ, prof.dr.sc.Antoinette KAIĆ-RAK, dr.sc Darija VRANEŠIĆ BENDER, prof.dr.sc.NinaSMOLEJ NARANČIĆ, prim.dr.sc.Spomenka

TOMEK-ROKSANDIĆ, u nazočnosti 239 liječnika ,medicinskih sestara i dugih stručnjaka koji skrbe u zaštiti zdravlja starijih.

Starenje uzrokuje brojne tjelesne i psihološke promjene koje mogu utjecati na nutritivne potrebe i nutritivni status. Prisustvo kroničnih bolesti te uzimanje lijekova može uzrokovati neravnotežu između potrebe za nutrijentima i prehrambenog unosa, što vodi ka nastanku malnutricije ili lošeg statusa uhranjenosti. Brojna istraživanja ukazuju kako je malnutricija učestali problem među osobama starije dobi. Stoga redovita procjena nutritivnog statusa čini bitan dio zdravstvene skrbi za osobe starije dobi. Pritom je važno uzeti u obzir odrednice geroantropometrije.

Fiziološke promjene vezane uz starenje utječu na potrebe za nutrijentima. Energetske potrebe i potrebe za makronutrijentima se snižavaju, međutim, potrebe za mikronutrijentima su jednake ili više nego tijekom zrele dobi. Dodatno, brojne psihosocijalne i socioekonomske promjene koje prate starenje mogu utjecati na prehrambeni unos.

Planiranje obroka je važan dio nutritivne njege osoba starije dobi, a od velike važnosti mogu biti i dodaci prehrani te oralni nutritivni dodaci (enteralni pripravci) koji se propisuju kod dijagnosticirane ili prijetede malnutricije.

Radna skupina koju su sačinjavali internisti, gerontolozi, antropolozi, nutricionisti i ostali stručnjaci, posebno upudeni u liječenje gerijatrijskih bolesnika izradila je Hrvatske smjernice za prehranu osoba starije dobi. Izrada smjernica temeljena je na dokazima iz relevantne medicinske literature te kliničkim iskustvima članova radne skupine.

Smjernice za prehranu osoba starije dobi – zaključci:

1. Osobama starijim od 65 godina treba rutinski procijeniti nutritivni status jednom godišnje, a osobama starijim od 75 godina po potrebi i češće od jednom godišnje. Procjenu provodi izabrani liječnik u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, odnosno nutritivni timovi (liječnik, medicinska sestra, nutricionist, farmaceut) u bolnicama i domovima za starije i nemodne.
2. Za procjenu nutritivnog statusa osoba starije dobi preporučuju se validirane metode – NRS 2002 za hospitaliziranu populaciju, MNA za domove umirovljenika i opdu populaciju te MUST za sve osobe starije dobi.
3. Prigodom antropometrijskih mjerenja treba uzeti u obzir odrednice geroantropometrije. Opseg potkoljenice važna je mjera gubitka količine mišidnog tkiva zbog smanjene tjelesne aktivnosti. Smanjeni opseg potkoljenice i nadlaktice bolje su povezani s pothranjenošću nego što je to BMI, a povezanost je izraženija u bolesnih. Kao granična vrijednost BMI koja ukazuje na rizik pohranjenosti za osobe starije dobi je 22 kg/m². Vrijednosti indeksa tjelesne mase od 25,0-29,99 kg/m² ne smatraju se nepovoljnima jer ne nose rizik povedane smrtnosti. Uz BMI, za procjenu uhranjenosti starijih osoba preporučaju se dodatna antropometrijska obilježja (visina koljena, opsezi nadlaktice i potkoljenice te kožni nabori

na nadlaktici i leđima) i to posebno kod nemogućnosti izravnog mjerenja visine i težine starije osobe.

4. Energetski unos niži je u osoba starije dobi. Dnevne energetske potrebe smanjuju se za 10 % u dobi od 51 - 75 godina, a nakon toga smanjuju se za još 10% po desetljeđu.
5. Omjer makronutrijenata koji služi kao orijentir za planiranje dnevne prehrane krede se u rasponu 10 – 35 % energije iz bjelančevina, 20-35% energije iz masti i 45 – 65 % energije iz ugljikohidrata. Kod bolesti koje zahtijevaju promjene omjera makronutrijenata valja korigirati zadane omjere.
6. Udjeli mikronutrijenata u prehrani osoba starije dobi propisani su DRI vrijednostima u ovisnosti o dobi. Posebnu pozornost potrebno je posvetiti mogućem nedostatku kalcija, vitamina D, B12 i folne kiseline.
7. Pripremu i planiranje obroka potrebno je prilagoditi fiziološkim promjenama u osoba starije dobi te bolestima koje nose specifične promjene vezane uz prehranu. Dnevni raspored obroka potrebno je uskladiti s energetskim udjelima propisanim preporukama.
8. Potrebno je osigurati dostatnu količinu tekućine. Količinu vode u pravilu računamo tako da se u prosjeku osigura oko 30 ml/kg vode na dan, odnosno da se osigura 100 ml/kg za prvih 10 kg, 50 ml/kg za idućih 10 kg i 15 ml/kg na ostalu tjelesnu težinu. Važno je voditi računa da se i pothranjenim osobama osigura barem 1500 ml tekućine dnevno, osim kada je to kontraindicirano i kada je potrebno ograničiti unos tekućine.
9. Oralno primijenjeni enteralni pripravci indicirani su u pothranjenih osoba starije dobi ili osoba koje su izložene riziku od malnutricije. Preporučuje se primijeniti ih rano kod potvrđenog nedostatnog unosa hrane, nenamjernog gubitka tjelesne mase od 5 % tijekom 3 mjeseca ili 10 % tijekom 6 mjeseci ili kada je BMI ispod 22 kg/m².

Izvor: Vranešić Bender D, Krznarić Ž, Reiner Ž, Tomek-Roksandić S, Duraković Z, Kaić-Rak A, Smolej Narančić N, Bošnjir J. Hrvatske smjernice za prehranu osoba starije dobi. Liječ Vjesn 2011; 133:231-240

SAŽETI PRIKAZ HRVATSKIH SMJERNICA ZA PREHRANU OSOBA STARIJE DOBI, DIO II - KLINIČKA PREHRANA

Krznarić Ž, Vranešić Bender D, Ljubas Kelečić D., Reiner Ž, Tomek-Roksandić S, Kekez D, Pavić T. (Hrvatske smjernice za prehranu osoba starije dobi-dio II,(klinička prehrana). Liječ Vjesn 2011;133:299–307)

Malnutricija i sarkopenija često se javljaju u osoba starije dobi koje su hospitalizirane ili su smještene u institucijama. Takav loš nutritivni status povećava pobol i smrtnost te negativno utječe na svakodnevne aktivnosti, funkcije i kvalitetu života. Uporaba enteralne i parenteralne prehrane opravdana je kod pothranjenih bolesnika starije dobi, i u bolnici i kod kuće. Bolesnici starije dobi dijele indikacije s bolesnicima ostalih dobnih skupina, iako se veće značenje kod ovih bolesnika daje kvaliteti života. U ovim Smjernicama predstavljamo indikacije i posebna razmatranja pri primjeni enteralne i parenteralne prehrane u osoba starije dobi te smjernice za kliničku prehranu kod tri česta patološka zbivanja u gerijatriji: dekubitalnih ulkusa, disfagije i demencije.

SMJERNICE ZA KLINIČKU PREHRANU OSOBA STARIJE DOBI – ZAKLJUČCI:

1. Populacija gerijatrijskih bolesnika posebno je sklona razvoju malnutricije, sarkopenije i nastanku krhkosti, osobito u svezi sa učestalim komorbidnim stanjima. Hospitaliziranim gerijatrijskim bolesnicima treba rutinski procjenjivati nutritivni status korištenjem preporučenih validiranih metoda (NRS 2002, MNA, MUST). Temeljem uvida u nutritivni status i anamnestičke podatke, nutritivni tim propisuje nutritivnu potporu.
2. U bolesnika koji su pothranjeni ili imaju rizik nastanka malnutricije i sarkopenije, korištenje oralno primjenjenih enteralnih pripravaka povećava unos energije, bjelančevina i mikronutrijenata, održava i poboljšava nutritivni status te poboljšava preživljenje. U osoba starije dobi sa sarkopenijom poželjni su visokoproteinski pripravci, a dodatnu korist osigurava i dodatak beta-hidroksi-beta-metil butirata (HMB), mineralnih tvari i vitamina, posebice vitamina D.
3. Unos neprobavljivih vlakana uobičajenom prehranom, oralnim enteralnim pripravcima i enteralnom prehranom može pridonijeti normalizaciji funkcije probavnog sustava.

4. Enteralna prehrana uvijek se razmatra kao prvi oblik hranjenja u gerijatrijskih bolesnika koji ne mogu koristiti uobičajenu hranu ili dijetne modifikacije a imaju očuvanu funkciju probavnog sustava. Kada se procjenjuje da će hranjenje enteralnim putem trajati više od 4 tjedna primjenjuje se perkutana endoskopska gastrostoma (PEG). Enteralna prehrana započinje se 3 sata nakon postavljanja PEG-a.
5. Oralno primjenjeni enteralni pripravci, posebice s visokim sadržajem bjelančevina (ili dodatni terapijski pripravci koji sadrže beta-hidroksi-beta-metil-butirat (HMB) kao i glutamin i arginin u terapijskim dozama) mogu smanjiti rizik nastanka dekubitalnih ulkusa, a preporučuju se i radi olakšavanja cijeljenja dekubitusa.
6. U gerijatrijskih bolesnika s teškom neurološkom disfagijom preporučuje se korištenje i što ranije uvođenje enteralne prehrane kako bi se osigurao unos energije i nutrijenata te poboljšao nutritivni status. Pritom se kod dugotrajne nutritivne potpore preferira PEG nad nazogastričnom sondom jer se povezuje s nižom stopom neuspjeha i boljim nutritivnim statusom bolesnika. Oralno primijenjena dijeta i specijalni pripravci promijenjene teksture su nutritivna terapija izbora u bolesnika s neurološkom disfagijom kojima nije indicirana enteralna prehrana putem sonde.
7. U gerijatrijskih bolesnika s demencijom, oralno primjenjeni enteralni pripravci i hranjenje putem sonde mogu voditi ka poboljšanju nutritivnog statusa, dok se u bolesnika s terminalnom demencijom ne preporučuje hranjenje putem sonde. U gerijatrijskih bolesnika s depresijom, enteralna prehrana može koristiti tijekom prevladavanja razdoblja teške anoreksije i nedostatka motivacije.
8. Najčešće indikacije za primjenu parenteralne prehrane kod starije populacije su prije svega nemogućnost odgovarajućeg nutritivnog i energetskog unosa peroralnim ili enteralnim putem, kod gladovanja duljeg od 3 dana, kada su peroralni i/ili enteralni unos hrane nemogući ili kontraindicirani, odnosno kada procijenimo da je predviđena korist veća od potencijalnog rizika. Parenteralnu prehranu treba smatrati medicinskim tretmanom, a ne osnovnom njegovom.
9. U skrbi bolesnika starije životne dobi osobitu pozornost potrebno je posvetiti etičkim pitanjima, poštujući u punoj mjeri autonomiju bolesnika, omogućujući dobrobit i izbjegavajući štetu primjenom različitih oblika nutritivnog liječenja.

Izvor: Krznarić Ž, Vranešić Bender D, Ljubas Kelečić D., Reiner Ž, Tomek-Roksandić S, Kekez D, Pavić T. Hrvatske smjernice za prehranu osoba starije dobi-dio II, (klinička prehrana). Liječ Vjesn 2011;133:299–307

20. TEST ZNANJA O SMJERNICAMA ZA PREHRANU OSOBA STARIJE DOBI

UPUTA – Na lijevoj polovini otisnuto je 10 tvrdnji od kojih su neke istinite, a neke nisu. Označite tvrdnju (podvucite) **TOČNO** ako mislite da je tvrdnja ispravna, a **NETOČNO**, ako mislite za njezinu neispravnost. Odgovarajte sami sebi i uvjerite se koliko znate, a koliko griješite. Dok čitate tvrdnje i odgovarate, nemojte okretati stranicu na kojoj su objašnjenja, to učinite tek kad odgovorite na sve tvrdnje.

TVRDNJE

1. Unatoč velikoj učestalosti malnutricija u starijih osoba često izostaje kao dijagnoza i rijetko se liječi.

Točno **Netočno**

2. Granična vrijednost BMI koja upućuje na rizik od pohranjenosti za osobe starije dobi jest 20 kg/m²

Točno **Netočno**

3. Dnevne energetske potrebe smanjuju se za 10% u dobi od 41 do 65 godina, a nakon toga smanjuju se za još 10% po desetljeću.

Točno **Netočno**

4. Enteralni pripravci primijenjeni oralnim putem indicirani su kod potvrđenog nedostatnog unosa hrane, nenamjernoga gubitka tjelesne mase od 5% tijekom 3 mjeseca ili 10% tijekom 6 mjeseci ili kada je BMI ispod 22 kg/m²

Točno **Netočno**

5. Cilj kliničke prehrane u osoba starije dobi je poboljšanje funkcije i kvalitete života, uzimajući u obzir promjene u životnim okolnostima, te poboljšanje ishoda i ubrzanje oporavka.

Točno **Netočno**

6. Obrazac ili alat za procjenu nutritivnog statusa naziva se MRS 2002 (Malnutrition Risk Screening 2002).

Točno **Netočno**

7. Sarkopenija je progresivni gubitak mišićne mase, a smatra se da taj fenomen starenja započinje oko 35-te godine.

Točno **Netočno**

8. Enteralna prehrana uvijek je prvi izbor kada je riječ o artificijelnoj prehrani, budući da je njezina primjena fiziološki prihvatljivija, ima manje komplikacija i u pravilu je jeftinija od parenteralne prehrane.

Točno **Netočno**

9. U osoba starije dobi sa sarkopenijom poželjni su visokoproteinski pripravci, a dodatnu korist osigurava i dodatak beta-hidroksi-beta-metil butirata (HMB), mineralnih tvari i vitamina, posebice vitamina D.

Točno **Netočno**

10. Oralno primijenjena dijeta i specijalni pripravci promijenjene teksture nutritivna su terapija izbora u bolesnika s neurološkom disfagijom kojima nije indicirana enteralna prehrana putem sonde.

Točno **Netočno**

OBJAŠNENJA

1. **TOČNO.** Unatoč velikoj učestalosti malnutricija u starijih osoba često izostaje kao dijagnoza i rijetko se liječi, kako u Hrvatskoj, tako i u drugim zemljama svijeta.
2. **NETOČNO** Granična vrijednost BMI koja upućuje na rizik od pohranjenosti za osobe starije dobi jest 22 kg/m^2 što se razlikuje od graničnih vrijednosti za ostatak populacije jer se u ovome slučaju uzimaju u obzir odrednice geroantropometrije.
3. **NETOČNO** Dnevne energetske potrebe smanjuju se za 10% u dobi od 51 do 75 godina, a nakon toga smanjuju se za još 10% po desetljeću.
4. **TOČNO** Enteralni pripravci primijenjeni oralnim putem indicirani su kod potvrđenog nedostatnog unosa hrane, nenamjernoga gubitka tjelesne mase od 5% tijekom 3 mjeseca ili 10% tijekom 6 mjeseci ili kada je BMI ispod 22 kg/m^2
5. **TOČNO** Cilj kliničke prehrane u osoba starije dobi je poboljšanje funkcije i kvalitete života, uzimajući u obzir promjene u životnim okolnostima, te poboljšanje ishoda i ubrzanje oporavka.

6. **NETOČNO** Obrazac ili alat za procjenu nutritivnog statusa naziva se NRS 2002 (Nutrition Risk Screening 2002).
7. **NETOČNO** Sarkopenija je progresivni gubitak mišićne mase i snage, a smatra se da taj fenomen starenja započinje oko 45-te godine.
8. **TOČNO** Enteralna prehrana uvijek je prvi izbor kada je riječ o artifičijelnoj prehrani, budući da je njezina primjena fiziološki prihvatljivija, ima manje komplikacija i u pravilu je jeftinija od parenteralne prehrane.
9. **TOČNO** U osoba starije dobi sa sarkopenijom poželjni su visokoproteinski pripravci, a dodatnu korist osigurava i dodatak beta-hidroksi-beta-metil butirata (HMB), mineralnih tvari i vitamina, posebice vitamina D.
10. **TOČNO** Oralno primijenjena dijeta i specijalni pripravci promijenjene teksture nutritivna su terapija izbora u bolesnika s neurološkom disfagijom kojima nije indicirana enteralna prehrana putem sonde.

IZVOR: Hrvatske smjernice za prehranu osoba starije dobi, dio I., D. Vranešić Bender, Ž. Krznarić, Ž. Reiner, S. Tomek-Roksandić, Z. Duraković, A. Kaić- Rak, N. Smolej Narančić, J. Bošnir, Liječ Vjesn 2011;133:1-10 ;Hrvatske smjernice za prehranu osoba starije dobi, dio II.- klinička prehrana, Ž. Krznarić i suradnici, Liječ Vjesn 2011; 133:299-307.

TEST POREMEĆAJA MOKRENJA (za gerijatrijskog osiguranika)

UPUTA: Kraj svakog pitanja zaokružite jedan odgovor, a rješenja potražite u tekstu ispod upitnika.

- | | | |
|---|----|----|
| 1. Imate li česte upale mokraćnog mjehura (osjećaj pečenja, učestalo mokrenje)? | DA | NE |
| 2. Otječe li Vam ponekad nehotično mokraćna | | |
| a. pri smijanju, kihanju ili kašljanju? | DA | NE |
| b. prilikom naprezanja? | DA | NE |
| c. prilikom ležanja? | DA | NE |
| d. uvijek? | DA | NE |
| e. ponekad, npr. za vrijeme prehlade? | DA | NE |
| 3. Prekidate li zbog potrebe za mokrenjem noćno spavanje? | DA | NE |
| 4. Upotrebljavate li zaštitu za intimno rublje zbog nehotičnog bježanja mokraćne? | DA | NE |
| 5. Idete li češće od pet puta dnevno na WC? | DA | NE |
| 6. Osjećate li često nesnosan nagon za mokrenjem, iako ste se neposredno prije pomokrili? | DA | NE |
| 7. Je li Vam teško zaustaviti mlaz mokraćne kad čujete da voda teče iz pipe? | DA | NE |
| 8. Kaplje li Vam mokraćna još malo nakon što je voda prestala teći iz pipe? | DA | NE |
| 9. Jeste li imali terapijske zahvate na mokraćnom mjehuru ili bolujete od bolesti prostate? | DA | NE |
| 10. Bolujete li od sljedećih bolesti: | | |
| a. šećerna bolest? | DA | NE |
| b. multipla skleroza? | DA | NE |
| c. moždani udar? | DA | NE |
| d. bolesti leđne moždine? | DA | NE |
| e. Alzheimerova bolest? | DA | NE |
| f. Parkinsonova bolest? | DA | NE |
| 11. Jeste li imali više od jednog porođaja? | DA | NE |

TUMAČENJE ODGOVORA:

- *pozitivan odgovor (DA) na manje od 3 pitanja: **KOD SLIJEDEĆE POSJETE** Vašem liječniku pokažite ovaj upitnik . Odmah počnite primjenjivati Keglove vježbe!*
- *pozitivan odgovor (DA) na 3 do 5 pitanja: **ŠTO JE PRIJE MOGUĆE** porazgovajte sa svojim liječnikom i pokažite ovaj upitnik. Liječnik će poduzeti odgovarajuće mjere da se otkrije uzrok Vaših poteškoća, kao i provesti odgovarajuće liječenje. Odmah počnite primjenjivati Keglove vježbe!*
- *pozitivan odgovor (DA) na više od 5 pitanja: **ODMAH** se posavjetujte sa svojim liječnikom i pokažite ovaj upitnik kako bi se što prije otkrio uzrok Vaših problema, kao i započelo odgovarajuće liječenje i umanjile smetnje. Odmah počnite primjenjivati Keglove vježbe!*

IZVOR: CZG ZJZ „Dr.A.Štampar”

KEGLOVE VJEŽBE

Keglove vježbe nazvane su prema dr. Arnoldu Kegelu, ginekologu koji ih je osmislio. Vježbe pomažu ojačati mišiće dna zdjelice. Kada se osnaže, mišići zdjelice bolje podržavaju uretru te se koriste pri liječenju inkontinencije. U žena, nakon porođaja, oporavljaju tonus mišića.

Keglove vježbe uključuju voljno stezanje pubokoksigealnog mišića - **mišića koji zaustavlja mlaz mokraće**. Za lakše razlikovanje tog mišića od ostalih treba pokušati zaustaviti mlaz mokraće dva do tri puta prilikom mokrenja. Kada se jednom spozna koji su to mišići, nije poželjno često zadržavati mokraću, jer to može voditi urinarnim infekcijama.

IZVOĐENJE VJEŽBI:

- stezanje mišića i zadržavanje u stisnutom položaju uz sporo brojanje do tri.
- opuštanje mišića uz sporo brojanje do pet
- ponovno stezanje mišića te postupno zadržavanje stisnutog mišića uz brojanje do deset

Preporučuje se ponoviti vježbe **tri puta dnevno**. Rezultati su vidljivi za šest do osam tjedana. Kako bi se ostvario odgovarajući učinak, vježbe treba izvoditi redovito.

Trening mišića zdjeličnog dna

.....bilo kada i bilo gdje ,stalna tjelesna aktivnost za starije žene!

Vježbe kojima se osnažuju mišići zdjeličnog dna nevidljive su za okolinu, stoga su one u našoj svakodnevnici, na poslu i kućanstvu, potpuno prihvatljive.

Na primjer: za vrijeme obavljanja kućnih poslova, za stajanja u redu u trgovini, za čekanja kod semafora da se upali zeleno svjetlo, u vožnji dizalom, prilikom čitanja, gledanja televizora ili telefoniranja.

OBRADA: Centar za gerontologiju, Zavod za javno zdravstvo „Dr. A.Štampar”

REFERENTNI CENTAR MINISTARSTVA ZDRAVLJA HRVATSKE

ZA ZAŠTITU ZDRAVLJA STARIJIH OSOBA,

ZAGREB, MIROGOJSKA CESTA 16, TEL. 4696-164 ; FAX: 4678-016 e-mail: gerontologija@stampar.hr

TEST ZNANJA ZA PREPOZNAVANJE NASILJA NAD STARIJOM OSOBOM U OBITELJI

GODINA ROĐENJA _____ SPOL: M Ž ZANIMANJE _____

UPUTA – na lijevoj polovini otisnuto je deset tvrdnji i mitova od kojih su neke istinite, a neke nisu. Označite tvrdnju (podvucite) **TOČNO** ako mislite da je ispravna, a **NETOČNO** ako mislite da je netočna tj. neispravna. Odgovarajte sami sebi i uvjerite se koliko znate, a koliko griješite.

TVRDNJE I MITOVI

1. Stare ljude najčešće zlostavljaju nepoznati ljudi.
TOČNO NETOČNO
2. Zlostavljanje starijih osoba se događa samo u nižim društvenim slojevima.
TOČNO NETOČNO
3. Starije osobe uvijek preziru svoje zlostavljače i prijavljuju zlostavljanje.
TOČNO NETOČNO
4. Nasilje nad starijim osobama je ozbiljan društveni problem.
TOČNO NETOČNO
5. Starije i mlađe odrasle osobe reagiraju slično na zlostavljanje.
TOČNO NETOČNO
6. Djeca koja zlostavljaju ostarjele roditelje su najvjerojatnije i sama bila zlostavljana.
TOČNO NETOČNO
7. Modeli prevencije i intervencije u slučajevima zlostavljanje djece ne mogu se primijeniti na slučajeve zlostavljanja starijih.
TOČNO NETOČNO

8. Prouzročenje osjećaja straha ili ograničavanje slobode kretanja ili komuniciranja s trećim osobama ne predstavlja nasilje nad starijim osobama.

TOČNO **NETOČNO**

9. Porast broja zlostavljanih starijih osoba se povećava sukladno sve većem udjelu starijih osoba.

TOČNO **NETOČNO**

10. Njegovatelji starije osobe zbog prekomjerne konzumacije alkohola mogu zanemariti skrb o starijoj osobi.

TOČNO **NETOČNO**

OBJAŠNJENJA

1. **NETOČNO** - U najvećem broju slučajeva zlostavljanja starijih u obitelji počinitelji su njemu poznate osobe, najčešće bračni partneri ili drugi članovi obitelji.
2. **NETOČNO** - Nasilje nad starijim osobama se događa u svim društvenim slojevima neovisno o socioekonomskom položaju.
3. **NETOČNO** - Situacije zlostavljanja su kompleksne. Stariji ljudi koji su izloženi zlostavljanju ili zanemarivanju mogu biti razmeđu između osjećaja i brige za osobu (npr. supruga ili dijete) i svijesti da su zlostavljani ili zanemareni. Neprijavljivanje nasilja otežava opća tolerancija na nasilje u društvu, prihvaćanje niza predrasuda i neznanja o starenju, neinformiranost, te strah i sram starije osobe.
4. **TOČNO** - Zbog toga što je nasilje nad starijima skriveno i što ga je teško ispitivati, vrlo je teško odrediti njegovu čestinu. Ipak, nasilje nad starijima predstavlja društveni problem i njegove se posljedice očituju u različitim područjima društvenog života kao što su povećani zdravstveni troškovi, povećani troškovi socijalne skrbi, pravosudnog sustava itd.
5. **NETOČNO** - Starije žrtve su sklonije ozljedama, češće će trebati gerijatrijska zdravstvena skrb i prije će izgubiti povjerenje u počinitelja nasilnog ponašanja nego mlađe žrtve. Neki stariji ljudi (osobito starije žene koje zlostavljaju bračni partneri) žive s zlostavljanjem dugi niz godina i

stoga se suočavaju s kumulativnim učinkom nanošenja štete. To ih značajno pogađa fizički i emocionalno.

6. **NETOČNO** - Gerontološkopsihološka istraživanja govore o krugu zlostavljanja gdje djeca koja su zlostavljana odrastaju i sama u zlostavljače, ali nekoliko studija sugerira da zlostavljanje djece stvara odrasle koji zlostavljaju svoju djecu i/ili bračne partnere, ali ne roditelje.
7. **TOČNO** - Modeli prevencije i intervencije ne mogu se primijeniti i na slučajeve zlostavljanja djece i starijih osoba budući postoje osnovne razlike u ova dva tipa zlostavljanja. Djeca i odrasli se razlikuju u stupnju kompetencije, privatnosti i prava na autonomiju. Stoga korištenje istih modela u ta dva slučaja zlostavljanja ne bi imalo smisla.
8. **NETOČNO** - Prema čl. 4 Zakona o zaštiti od nasilja u obitelji, navedeni oblici ponašanja spadaju u obiteljsko nasilje, konkretno u psihičko nasilje.
9. **TOČNO** - National Center on Elder Abuse (SAD) objavio je podatke o trendu kretanja prijavljenih slučajeva. Tako je 1986. godine bilo 117,000 slučajeva, a 2001. godine 470,000, što pokazuje porast od čak 30,1% (Kennedy, 2005.).
10. **TOČNO** - Istraživanje provedeno na području SAD-a je pokazalo da 44% muškaraca i 14% žena koji su počinili neki oblik nasilja prema svojim starijim roditeljima je ovisno o alkoholu ili drugim psihoaktivnim tvarima, dok je žrtvi koje prekomjerno konzumiraju alkohol bilo svega 7% (Greenberg i sur., 1990.; prema WHO, 2005.).

IZVOR: Doc. dr. sc. Silvia Rusac, Pravni fakultet, Studijski centar socijalnog rada, Katedra za socijalnu gerontologiju i Centar za gerontologiju ZJZ Dr A.Štampar-Referentni centar za zaštitu zdravlja starijih osoba MZ RH

TEST ZNANJA O FIZIOLOŠKOM STARENJU

PAŽLJIVO PROČITAJTE SVE PONUĐENE ODGOVOR I ZAOKRUŽITE SAMO JEDNO ABECEDNO SLOVO KOJE PREDSTAVLJA TOČAN ODGOVOR !

TOČAN ODGOVOR MOŽE PREDSTAVLJATI SAMO JEDNU TOČNU TVRDNJU ILI AKO IH IMA VIŠE ZBROJ SVIH ABECEDNIH SLOVA ISPRED TOČNIH TVRDNJI.

1. Starije osobe sklonije su padovima zbog :

- a) učinaka određenih lijekova koje koriste
- b) ortostatske hipotenzije
- c) neprilagođenog okoliša i obuće
- d) poremećaja vida i sluha
- e) a+c+d
- f) sve navedeno je točno

2. Osjetilo vida osoba u dubokoj starosti se mijenja :

- a) oko se teže adaptira na svjetlo i slabi oštrina vida
- b) leća postaje sposobnija za akomodaciju
- c) smanjuje se produkcija suza
- d) a+c
- e) sve navedeno je točno

3. Kod starijeg čovjeka:

- a) pojačava se osjet za okus
- b) mišićna masa se smanjuje, a povećava se količina masti u tijelu
- c) koža postaje suha sa manje kolagena i elastičnog tkiva
- d) bazalni metabolizam se povećava
- e) a+b +c
- f) b+c

4. **Promjene u dišnom sustavu starijih osoba su :**

- a) smanjuje se količina trepetljika dišnog sustava i obrana protiv udahnutih čestica,
- b) rezidualni volumen pluća je povećan
- c) površina alveola se ne smanjuje
- d) vitalni kapacitet pluća je u starosti nepromijenjen
- e) a+b
- f) sve navedeno je točno

5. **Kod starijih osoba moguće je trovanje s lijekovima:**

- a) zbog smanjenja mikrosomalne aktivnosti jetre pojačava se osjetljivost na neke lijekove
- b) jer dolazi do smanjenja glomerularne filtracije i tubularnih funkcija bubrega
- c) zbog nepoštivanja gerontološkog pristupa u primjeni farmakoterapije
- d) b+c
- e) sve navedeno je točno

6. **Kognitivni poremećaj i gubitak memorije tijekom starenja:**

- a) ne pojavljuje se kod zdravih starijih osoba
- b) može se pojaviti u starijih koje su psihički neaktivne
- c) aktivno, zdravo starenje učinkovito smanjuje gubitak pamćenja
- d) sve navedeno je točno

7. **Probavni sustav starijih osoba karakteriziran je :**

- a) smanjenom peristaltikom kolona uz sklonost opstipaciji, koja je česta kod starijih ljudi
- b) motilitet jednjaka se smanjuje te s godinama izaziva gubitak želje za hranom
- c) sa starenjem se ne mijenja sekrecija želuca
- d) a+b
- e) sve navedeno je točno

8. **Debljina u starijih osoba:**

- a) u svrhu prevencije debljine u starijih osoba preporuča se smanjiti unos kalorija hranom za oko 15 % od 45- 65 godine te povećati fizičku aktivnost

- b) opseg struka (M do102 cm, Ž do 88 cm) je dobar pokazatelj abdominalne debljine u gerontoantropometriji, i značajniji je prediktor mortaliteta nego BMI
- c) sedentarni način života starije osobe i usporavanje bazalnog metabolizma tijekom procesa starenja osobe povećavaju sklonost starije osobe prema debljini
- d) a+c
- e) sve navedeno je točno

9. Sluh starijih osoba:

- a) u početku slabi osobito za više frekvencije
- b) progresivnije opada kod žena nego kod muškaraca
- c) ako je oslabljen, može dovesti do socijalne izolacije i depresije
- d) a+c
- e) sve navedeno je točno

10. Promjene reproduktivnog sustava u starijih osoba :

- a) prostata ne mijenja masu sa starenjem
- b) kod žena je količina estrogena u urinu smanjena, a gonadotropina povećana
- c) vaginalne stijenke postaju tanje, gube elasticitet i smanjuje se lubrikacija
- d) b+c
- e) sve navedeno je točno

11. Za srčano-žilni sustav većine starijih osoba:

- a) u bolesnih starijih osoba krvne žile otvrdnu i postaju deblje što može dovesti do povišenja krvnog tlaka
- b) baroreceptori koji registriraju promjene krvnog tlaka postaju manje osjetljivi, pa nagle promjene položaja mogu dovesti do ortostatske hipotenzije
- c) rad srca se povisivanjem dobi povećava
- d) a+b
- e) sve navedeno je točno

12. **Fiziološko starenje je:**

- a) biološko starenje nije istovjetno s kronološkom dobi
- b) prevencijom negativnog zdravstvenog ponašanja u starijoj dobi može se spriječiti nastanak bolesti tijekom starenja
- c) razvoj depresije u starije osobe je normalna pojava fiziološkog starenja
- d) a+b
- e) sve navedeno je točno

13. **Komplikacije koje nazivamo „4 N u gerijatriji“ (nepokretnost, nestabilnost, nesamostalnost i nekontrolirano mokrenje) moguće je izbjeći:**

- a) primjenom Programa primarne, sekundarne i tercijarne prevencije za starije osobe
- b) sprječavanjem negativnog zdravstvenog ponašanja u starijih osoba
- c) učinkovitom primjenom zdravstvene zaštite za starije osobe
- d) nije moguće izbjeći jer su “4N u gerijatriji” sastavni dio fizioloških procesa starenja
- e) a+b+c

14. **U cilju prevencije bolesnog starenja i što učinkovitije primjene zdravstvene zaštite za starije osobe, liječnik specijalist opće/obiteljske medicine izvršit će sveobuhvatnu gerijatrijsku procjenu :**

- a) u kojoj se primjenjuje individualni gerontološki bio-psiho-socijalni pristup(utvrđivanje zdravstvenog stanja i funkcionalne sposobnosti)
- b) za koju je dovoljna anamneza i heteroanamneza
- c) koja se donosi isključivo na temelju priložene medicinske dokumentacije gerijatrijskog bolesnika
- d) a+c

TOČNI ODGOVORI:

1 - f, 2-d, 3-f, 4-e, 5-e, 6-d, 7-d, 8-e, 9-d, 10-d, 11-d, 12-d, 13-d, 14-a

Izvor: CENTAR ZA GERONTOLOGIJU ZJZ Dr A. Štampar - REFERENTNI CENTAR MINISTARSTVA ZDRAVLJA HRVATSKE ZA ZAŠTITU ZDRAVLJA STARIJIH OSOBA

GERIJATRIJSKA SKALA DEPRESIJE (SKRAĆENI OBLIK)

1. JESTE LI ZADOVOLJNI SVOJIM ŽIVOTOM?
DA **NE**

2. NEMATE VIŠE INTERESA ZA SVOJE AKTIVNOSTI?
DA **NE**

3. OSJEĆATE LI KAKO JE VAŠ ŽIVOT NEISPUNJEN?
DA **NE**

4. ČESTO VAM JE DOSADNO?
DA **NE**

5. JESTE LI VEĆINU VREMENA DOBROG RASPOLOŽENJA?
DA **NE**

6. STRAHUJETE KAKO VAM SE MOŽE NEŠTO LOŠE DOGODITI?
DA **NE**

7. OSJEĆATE LI SE SRETNIM VEĆINU VREMENA?
DA **NE**

8. OSJEĆATE LI SE ČESTO BESPOMOĆNO?
DA **NE**

9. PROVODITE LI NAJVEĆI DIO VREMENA KOD KUĆE I TEŠKO PRIHVAĆATE NOVE STVARI I SPOZNAJE?
DA **NE**

10. IMATE LI VIŠE PROBLEMA U PAMĆENJU NEGO VEĆINA DRUGIH LJUDI?
DA **NE**

11. KAKO JE LIJEPO BITI ŽIV ČAK I BOLESTAN?
DA **NE**

12. OSJEĆATE LI SE BEZVRIJEDNO (OVAKVI KAKVI STE SADA)?

DA NE

13. OSJEĆATE LI SE PUNI ENERGIJE I VOLJE ZA AKTIVNOŠĆU?

DA NE

14. VAŠA SITUACIJA JE BEZNADNA?

DA NE

15. SMATRATE LI KAKO SE VEĆINA LJUDI BOLJE OSJEĆA NEGO VI?

DA NE

IZVOR:

Prilagođeno od Sheikh JI, Yesavage Ja:”Geriatric depression scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version ,“ in Clinical Gerontology : A Guide to Assessment and Intervention, edited by TL Brink, Binghamton, NY, Haworth press, 1986,pp.165-173.Beers MH, Berhow R:Merck Manual of geriatrics 2000:315.

Prijevod i obrada: CZG ZJZ “DR. A. ŠTAMPAR“

TUMAČENJE ODGOVORA:

ODGOVORI: Ukupno 15 bodova

NA PITANJA BR. **1, 5, 7, 11, 13.** ZA ODGOVOR **NE - JEDAN BOD**

ZA OSTALA PITANJA BR. 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 ZA ODGOVOR **DA - JEDAN BOD**

NEMA DEPRESIJE: 0-4 boda

DEPRESIJA SREDNJEG INTENZITETA: 5-9 boda

DEPRESIJA VELIKOG INTENZITETA: 10-15 bodova

21. ZNAČENJE PRIMJENE SESTRINSKE DOKUMENTACIJE GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE U DOMOVIMA ZA STARIJE OSOBE

**Ana Deucht, bacc.med.techn., Slavica Garić, bacc.med.techn.,
Mira Jelić,dipl.med.techn., Ivana Telebar,bacc.med.techn.,**

**Marica Lukić, dipl.med.techn., Mara Županić, dipl.med.
techn.**

UVOD

Centar za gerontologiju ZJZ“ Dr.Andrija Štampar“Referentni centar MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba, u suradnji s HKMS te Medicinskim fakultetom Sveučilišta u Zagrebu, Katedrom za obiteljsku medicinu,HDZGIG HLZ-a, izradio je **Program primjene 4 stupnja gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije osobe,primjenom specifične primarne zdravstvene zaštite za gerijatrijske bolesnike.**

Stručnu skupinu CZG ZJZ Dr A. Štampar, zaduženu za izradbu Programa gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije, sačinjavali su stručnjaci iz zdravstvene gerontologije s voditeljicom prim.dr.sc. Spomenka Tomek-Roksandić dr.med., Marica Lukić dipl.med.techn., Ana Deucht, bacc.med.techn., prof.dr.sc.Sanja Blažeković-Milaković dr.med., dr.sc. Nada Tomasović Mrčela dr.med., Mara Županić dipl.med.techn., dr. Vlasta Vučevac., Franica Pavković bacc.med.techn., Vesna Mioković bacc. med.techn.

Izradba tog programa omogućuje osiguranje djelatnosti tima liječnika opće/obiteljske medicine i ravnomjernu zastupljenost **većeg broja medicinskih sestara ovisno o zdravstvenoj potrebi po individualnom gerijatrijskom bolesniku stacionarno smještenom u domu za starije osobe.** Time se osigurava kategorija gerijatrijskog osiguranika za primjenu 4 stupnja gerijatrijske zdravstvene njege indiciranu njegovim zdravstvenim stanjem i funkcionalnom onesposobljenošću.

U cilju evaluacije provedbe gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije, bilo je nužno izraditi jedinstvenu sestrinsku dokumentaciju za gerijatrijskog bolesnika.

Tako je po prvi puta u Hrvatskoj, donesena **povijesna potvrda** u prosincu 2009. godine **Hrvatske komore medicinskih sestara o prihvaćanju sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije osobe, kao standard Hrvatske komore medicinskih sestara sukladno članku**

27.stavak1.t.4. Zakona o sestrinstvu („Narodne Novine“ broj 121/03 i 117/08).

Također je Hrvatska komora medicinskih sestara podržala ,izmjenu i dopunu, Centra za gerontologiju na Prijedlog izmjene Plana i programa mjera zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja , po točki 1.6.koja glasi:**Program gerontološke zdravstvene zaštite za osobe starije od 65 godina.**

KONKRETAN PRIMJER PROVEDBE U DOMOVIMA ZA STARIJE U GRADU ZAGREBU

Sljedom toga, pokrenuta je primjena standardizirane sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege u Domovima za starije.

Centar za gerontologiju ZJZ, „Dr.Andrija Štampar“-Referentni centar Ministarstva zdravlja Republike Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih osoba u suradnji s Hrvatskim društvom za gerontologiju i gerijatriju Hrvatskog liječničkog zbora, organizirao je 24. studeni 2011.g. raspravu Glavnih medicinskih sestara Domova za starije osobe Grada Zagreba na temu: Primjenu četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom u zagrebačkim domovima za starije. Na sastanku su nazočili: Voditeljica Referentnog centra Ministarstva zdravlja Republike Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih osoba **Prim.dr.sc.Spomenka Tomek-Roksandić, Marica Lukić, dipl.med.techn., Stela Mravak dipl.oec., Viša savjetnica Gradskog Ureda za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom gđa Ljiljana Vrbić, dipl.soc.rad.,**

Ana Deucht, bacc.med.techn., Glavna sestra Doma za starije osobe Sveta Ana, predsjednica Stručnog razreda zdravstvene njege za socijalnu skrb pri HKMS, Kornelija Gjurin, med.sestra, Dom za starije osobe Centar, zamjenica Glavne sestre Slavice Garić, bacc.med.techn., Ivana Bukša, bacc.med.techn., Glavna sestra Doma za starije osobe Peščenica, Gordana Jurjević, bacc.med.techn., Glavna sestra Doma za starije osobe Medveščak, Mira Jelić, dipl.med.techn., Glavna sestra Doma za starije osobe Sveti Josip, Romana Bastalić, bacc.med.techn., Glavna sestra Doma za starije osobe Dubrava, Mirjana Kovač, bacc.med.techn., Glavna sestra Doma za starije osobe Park, Marjana Marković, bacc.med.techn., Dom za starije osobe

Trešnjevka, Jadranka Petanjek, bacc.med.techn., Dom za psihički bolesne odrasle osobe Zagreb, Ivana Telebar, bacc.med.techn., Glavna sestra Doma za starije osobe Varaždin, Darinka Sušec, bacc.med.techn., Glavna sestra Doma za starije osobe Sisak, Barbara Ptičak, med.sestra Glavna sestra Privatnog Doma za starije osobe Pojatno, Marica Šimunović, bacc.med.techn., Vlasnica Privatnog Doma za starije osobe Pojatno, Marina Kelava, bacc.med.techn., Glavna sestra Doma za psihički bolesne odrasle osobe Jalžabet, Nikolina Kadežabek, bacc.med.techn., Glavna sestra Privatnog Doma za starije osobe Brezovica, Dubravka Ograjšek-Škunca, dr.dent, med.spec.stom., dr.sc.Nada Tomasović Mrčela, dr.med.

Prim.dr.sc.Tomek-Roksandić, voditeljica Referentnog centra Ministarstva zdravlja Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih osoba **uvodno je istaknula značenje i potrebu specifičnog zanimanja gerijatrijske medicinske sestre kako za Hrvatsku tako i za Europsku uniju u razvoju tržišta i gerontološko javnozdravstvenog menadžmenta. Takva koncepcija je presudna u razvoju gerijatrijske/gerontološke zdravstvene njege, s posebnim značajem za timsku suradnju u pružanju i praćenju zdravstveno-socijalnih potreba gerijatrijskih osiguranjika na razini PZZ gdje je gerijatrijska medicinska sestra samostalna kompetentna i odgovorna za primjenu gerijatrijske zdravstvene njege u praksi.**

Prim.dr.sc. Spomenka Tomek-Roksandić,dr.med. je istaknula ograman trud i rad pri izradbi gerijatrijskog udžbenika **Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom i postupnikom opće/obiteljske medicine u domu za starije osobe** u kojoj su sudjelovale gerijatrijske medicinske sestre s predsjednicom stručnog razreda zdravstvene njege za socijalnu skrb pri HKMS, Anom Deucht, bacc.med.techn., te izrazila veliko zadovoljstvo i zahvalnost u izradbi jedinstvene sveobuhvatne preventivne i profesionalne sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege koja je osnova sestrinskog stručnog i profesionalnog djelovanja.

U raspravi je analizirana primjena jedinstvene sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege, koja je osnova za evaluaciju svakodnevnog rada time i vrednovanja gerijatrijske medicinske sestre.

Sestrinska dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege omogućuje kategorizaciju gerijatrijskih bolesnika, time i osiguranje pružanja individualnih usluga gerijatrijske zdravstvene njege za gerijatrijskog osiguranika prema njihovim individualnim potrebama i navikama u zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba.

Ana Deucht,bacc.med.techn., je obavijestila sve nazočne da se 25. listopada 2011. održao sastanak u Domu za starije osobe Medveščak, na temu primjene

sestrinske dokumentacije na kojem je bila prisutna gospođa Ljiljana Vrbić iz Gradskog ureda za socijalnu skrb i osobe s invaliditetom, Ravnateljica Doma za starije osobe Medveščak gđa Krasanka Glamuzina, Direktor i djelatnik firme Dogma, i Glavne sestre Domova za starije osobe Grada Zagreba.

Razlog zajedničkog sastanka je nedostatna elektronička aplikacija sestrinske gerijatrijske dokumentacije za provođenje dnevne evidencije peroralne i parenteralne terapije i drugih usluga gerijatrijske zdravstvene njege.

Unošenje podataka i vođenje dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege i terapije elektroničkom aplikacijom je postavljena na način da se za svakog korisnika upisuju najmanje tri i više puta svi lijekovi koji su ordinirani tog dana. Dakle trebalo bi tri puta dnevno upisivati deset vrsta lijekova koje korisnik dobiva što nije moguće.

Elektronična aplikacija omogućiti će gerijatrijskoj medicinskoj sestri uvid o već unešenoj vrsti lijeka, a unosi podatke o vremenu, količini, načinu davanja te tko je dao lijek.

Kod pružanja gerijatrijske zdravstvene njege osim kupanja nije moguće evidentirati cjelokupni program smjernica za osobnu higijenu (djelomično pranje, tuširanje, brijanje, njega usta i zubala, njega nosa i uha, njega kose, intimna njega jutarnja i večernja, njega noktiju, odijevanje, higijena nogu, higijena ruku, pranje kose i drugo). Također nije moguće evidentirati ostale aktivnosti od hranjenja, hidracije i nepraktično je što korisnici nisu svrstani u kategorije stambenog i stacionarnog dijela po katovima i odjelima (odnosno razvrstani po abecednom redu).

Predstavnici Dogme su uvažili primjedbe Glavnih medicinskih sestara i zaključili da se program može promijeniti kako bi se olakšao svakodnevni rad.

Gđa. Vrbić se složila s primjedbama Glavnih medicinskih sestara Domova za starije i naglasila da zasada nema financijskih sredstava za proširenje i prilagodbu aplikacije koju je izradila Dogma za Domove za starije osobe Grada Zagreba.

Na sastanku Glavne medicinske sestre su iznijele i druge probleme sa kojima se susreću u svakodnevnoj praksi, a to je komunikacija između liječnika Hitne medicinske pomoći i dežurne medicinske sestre iz Doma za starije osobe.

Dežurna medicinska sestra pozivom Hitne službe, često dobiva ordiniranu terapiju od dežurnog liječnika Hitne pomoći za određenog korisnika/bolesnika usmeno telefonom. Kada medicinska sestra zamoli dežurnog liječnika da se predstavi, jer sestra zna da ne smije davati lijekove ordinirane usmeno odnosno da lijek mora biti pismeno napisan i potpisan, dežuran liječnik hitne pomoći ne želi

reći svoje ime s opaskom ,ovaj poziv i razgovor se snima. To se događa u svim Domovima za starije s čim su se složile sve nazočne Glavne medicinske sestre.

Marica Lukić,dipl.med.techn., je u raspravi istaknula da sistematizirana Sestrinska dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege pruža pomoć medicinskim sestrama u svakodnevnoj praksi i drugim stručnjacima koji skrbe za starije osobe te omogućuje stručno praćenje i razumjevanje planirane i sveobuhvatne gerijatrijske njege i predstavlja osnovu za evaluaciju rada.

Sveobuhvatna sistematizirana, preventivna,individualna i profesionalna sestrinska dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege unapređuje komunikaciju, profesionalnu odgovornost, unapređuje kvalitetu gerijatrijske zdravstvene njege te omogućuje provedbu zakonskih obaveza,pravne zaštite,standarda sestrinske prakse i kontrolu troškova u zdravstvenosocijalnim institucijama.

Iz iskustva zemalja europske unije sestrinska dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege provodi se u pisanom obliku, razlog tomu je održavanje kvalitetne komunikacije i uspostavljanje procesa odnosa medicinskih sestara i drugih stručnjaka sa gerijatrijskim korisnikom i članovima njegove obitelji.

Prim.dr.sc.Tomek-Roksandić izrazila je zahvalnost Gradskom Uredu za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom na financijskoj potpori za izradbu elektroničke aplikacije sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije.

Na sastanku se ustanovilo da podatke za pojedine obrazce sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege, gerijatrijske medicinske sestre unose elektronski u wordu ili ručno pisanj dokumentaciji gerijatrijske zdravstvene njege.

Predložilo se dostaviti Izvješće sa sastanka u Gradski Ured za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom, gdje bi se upoznalo s dopunama programa prema zahtjevima Glavnih medicinskih sestara Domova za starije Grada Zagreba.

Većina domova za starije osobe unosila je samo dio podatke gerijatrijske zdravstvene njege u obliku elektroničke aplikacije što je djelomično po standardu gerijatrijske zdravstvene njege koju je prihvatila Hrvatska komora medicinskih sestara kao nacionalni standard gerijatrijske zdravstvene njege sukladno zakonu o sestinstvu.

Međutim, radi se o kontinuiranom procesu primjene i unapređenja sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege u domovima. Značenje primjene sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege

u domovima za starije omogućuje i učinkovitiji rad liječnika specijalista u gerontološkoj i gerijatrijskoj zdravstenoj zaštiti, te unapređuje zaštitu zdravlja starijih osoba.

Prijedlozi za daljnju primjenu sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege

Poznato je da je gerijatrijska zdravstvena njega u Domovima za starije i nemoćne osobe specifična, te zahtjeva uvođenje novih modela u sestrinskoj dokumentaciji i primjeni standard procesa gerijatrijske zdravstvene njege.

Obaveza u standard procesu gerijatrijske zdravstvene njege je primjena jedinstvene SESTRINSKE DOKUMENTACIJE koja je neophodna za svakog gerijatrijskog korisnika. Uvođenjem sestrinske dokumentacije u Domove za starije i nemoćne prvenstveno ima za cilj poboljšati kvalitetu pruženih usluga. Sastavljena je sukladno standardu procesa gerijatrijske zdravstvene njege na način da medicinske sestre primjereno kompetencijama procjenjuju stanje korisnika te na osnovu procjene dijagnosticiraju problem i određuju opseg sestrinske skrbi prema individualnim potrebama gerijatrijskog korisnika. Predviđena je za upotrebu u svakodnevnom radu. Sestrinska dokumentacija pruža sestrama jednu novu dimenziju, a to je SESTRINSTVO – ZDRAVSTVENA NJEGA TEMELJENA NA DOKAZIMA.

Za provedbu četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom gerijatrijske zdravstvene njege uključeni su svi Domovi za starije u gradu Zagrebu i pojedini privatni Domovi po županijama Hrvatske. Početak je bio veliki izazov sa puno prepreka koje se nastojalo rješavati „u hodu“, a sve u cilju kontinuiranog poboljšanja kvalitete gerijatrijske zdravstvene njege.

Pristup zaštiti starijih ljudi je cjelovit (holistički pristup) i osigurava unapređenje svih oblika zdravstvene skrbi: od prevencije (sprečavanja), dijagnostike (otkrivanja), liječenja do rehabilitacije i evaluacije (fizičke, psihičke, socijalne) funkcionalno onespoblijenih starijih ljudi.

Republika Hrvatska s postotkom od 17,1 (statistika iz 2004.) starijih ljudi od 65 godina suočena je s izazovom planiranja društvenog razvoja.

Standardi zdravstvene njege općenito su važeće i prihvaćene norme koje definiraju područje zadaća (djelovanja) i kvalitetu gerijatrijske zdravstvene njege. Standardi zdravstvene njege utvrđuju usluge s obzirom na područje djelatnosti, koje bi stručni djelatnici trebali općenito pružati u konkretnoj situaciji te propisuju i opisuju kako bi usluga trebala izgledati.

U Republici Hrvatskoj dosadašnja praksa ukazuje da se ne primjenjuju standardi/ modeli gerijatrijske zdravstvene njege na razini primarne zdravstvene zaštite kako u institucijskoj tako i u izvaninstitucijskoj skrbi. Obzirom da je standard gerijatrijske zdravstvene njege važan instrument poboljšanja kvalitete skrbi starih ljudi, ukazala se potreba izrade istih. Kako bi se mogla evaluirati provedba gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije bilo je nužno izraditi sestrinsku dokumentaciju za gerijatrijskog bolesnika. Stoga je Referentni centar Ministarstva zdravlja RH za zaštitu zdravlja starijih osoba, u suradnji s HKMS te Medicinskim fakultetom Sveučilišta u Zagrebu, Katedrom za obiteljsku medicinu, HDZGIG HLZ-a, izradio **Program primjene 4. stupnja gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije osobe, primjenom specifične primarne zdravstvene zaštite za gerijatrijske bolesnike.**

U prosincu 2009. godine **Hrvatska komora medicinskih sestara** donosi potvrdu **o prihvaćanju sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije osobe, kao standard Hrvatske komore medicinskih sestara sukladno članku 27. stavak 1. t.4. Zakona o sestrinstvu** („Narodne Novine”broj 121/03 i 117/08).

Za provedbu uključeni su svi Domovi za starije u gradu Zagrebu i pojedinim privatnim Domovima po županijama Hrvatske. Strategija planiranja započeta je sa definiranjem odgovora na neka tehnička ali i kadrovska i druga pitanja kao što su:

- POTICAJ I MOTIVACIJA (ogromnu dokumentaciju učiniti prihvatljivom – najprije odabir lakših lista, te listu po listu itd)
- OSNIVANJE TIMOVA (odabir voditelja, koristili smo pozitivna razmišljanja pojedinaca koji su pomagali u motivaciji drugih)
- INDIVIDUALNA EDUKACIJA (osobe s više znanja prenosile i educirale one s manje znanja)
- GRUPNA EDUKACIJA (unutar i izvan Doma)
- RAZUMJEVANJE RAVNATELJA (velika potpora i podrška)
- CENTAR ZA GERONTOLOGIJU ZAVODA ZA JAVNO ZDRAVSTVO „Dr.A.Štampar“
- REFERENTNI CENTAR MINISTARSTVA ZDRAVLJA za zaštitu zdravlja starijih osoba - stručna pomoć i podrška.
- FINANCIJSKA POTPORA GRADA ZAGREBA (izrada sestrinske dokumentacije jednim dijelom u elektronskom obliku)
- NABAVA RAČUNALA

- IZMJENA ISKUSTAVA, KORIŠTENJE POSTOJEĆEG ZNANJA
- TRAJNA EDUKACIJA
- STALNO ISTICANJE VAŽNOSTI VOĐENJA SESTRINSKE DOKUMENTACIJE GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE.

Nakon velikog, sustavnog i dugotrajno uloženog truda danas u Domu se provodi sestrinsku dokumentaciju gerijatrijske zdravstvene njege dijelom u elektronskom obliku, a dijelom u pisanom obliku.

Dijelovi/obraci sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege u elektronskom obliku su:

- *MATIČNI OBRAZAC* (sadržava osobne podatke o korisniku , odabranom liječniku , skrbnicima itd.)
- *BIOGRAFIJA KORISNIKA* (popunjavamo kod dolaska korisnika u Dom; podatke uzimamo od korisnika ili rodbine, ispitivanje ciljanih i individualnih potreba, navika, i želja za gerijatrijskom zdravstvenom negom)
- *SESTRINSKA ANAMNEZA* , *Prvo ispitivanje i procjenjivanje potreba za gerijatrijskom zdravstvenom negom, sveobuhvatna procjena stanja gerijatrijskog korisnika i individualnih potreba u 12 aktivnosti svakodnevnih ljudskih potreba.*
- *FIZIKALNI PREGLED sestrinski problemi/resursi* (upisujemo kod dolaska korisnika u Dom – evidencija i utvrđivanje stupnja funkcionalne sposobnosti starije osobe: procjenjivanje pokretnosti i samostalnosti i ostali anamnestički podaci po obrascima)
- *PLAN PROCESA GERIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE NJEGE*(*problemi/resursi, ciljevi, mjere/intervencije gerijatrijske zdravstvene njege*)
- *BORAVCI U BOLNICI*
- *ORTOPEDSKA POMAGALA*
- *SESTRINSKE INTERVENCIJE* (svakodnevna evidencija kupanja korisnika, promjena pelena, uložaka, brijanja, vrijednosti GUK-a, krvnog tlaka, pulsa, tjelesne temperature, izlučevine, primjena parenteralne terapije, inzulina, promjena kanile, stome , katetera, sonde, previjanja, promjena položaja..)
- *TRAJNO PRAĆENJE POSTUPAKA* (upisuju se medicinsko – tehnički i dijagnostički postupci koji su ordinirani, planirani i obavljani tijekom boravka u Domu i hospitalizacije)

- *KATEGORIZACIJA KORISNIKA* (kroz četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege).

Dijelovi/liste sestrinske dokumentacije u pisanom obliku su:

- *TERAPIJSKI OBRAZAC* (uz potpis liječnika koji ordinira terapiju i medicinske sestre koja daje terapiju)
- *BRADEN LJESTVICA ZA PROCJENU DEKUBITUSA*
- *LISTA PRAĆENJA DEKUBITUSA*
- *PROTOKOL PREHRANE*
- *OBRAZAC ZA PREVENCIJU PADA*
- *IZVIJEŠĆE O INCIDENTU*
- *PROCJENA BOLI*
- *UNOS I IZUČIVANJE TEKUĆINE*
- *TRAJNO PRAĆENJE STANJA GERIJATRIJSKOG KORISNIKA*
- *SESTRINSKO OTPUSNO PISMO ZA GERIJATRIJSKOG KORISNIKA*
- *OBRAZCI GERIJATRIJSKE NJEGE / U TRI SMJENE*

Svi elektronski pohranjene informacije (sestrinske liste) pružaju mogućnost evaluacije za određene kategorije, u određenom vremenskom razdoblju, za pojedinog korisnika ili grupe korisnika i sl..

Najčešće prepreke pri planiranju i uvođenju sestrinske dokumentacije u domu su sljedeće: tehnički nedostaci, nedostatak stručni djelatnika ili znanja, nepoznavanje rada na računalu, nedostatak vremena, pristup novom načinu rada, nerazumijevanje medicinskih sestara za potrebom uvođenja sestrinske dokumentacije, različitost timova (sestre i njegovateljice), isključenost pojedinih članova tima, nedostatak motivacije te manjak pomoćnog osoblja.

Primjena sestrinske dokumentacije za pružanje gerijatrijske zdravstvene njege u Domovima za starije i nemoćne omogućava praćenje kvalitete i količine provedenih postupaka, praćenje stanja korisnika, unapređuje kvalitetu gerijatrijske zdravstvene njege i povećava zadovoljstvo korisnika, pruža osnove za edukaciju medicinskih sestara te omogućava sestrinska istraživanja.

Svaki postupak je evidentiran i potpisan (za što su medicinske sestre pokazale veliku motiviranost) što osigurava pravnu i zakonsku zaštitu i racionalizaciju troškova u zdravstvu.

Uvođenje sestrinske dokumentacije u početku je bio dodatni posao za medicinske sestre, koji danas one same opisuju kao olakšanje u svakodnevnom radu.

Nakon uvođenja sestrinske dokumentacije došlo se do zaključka da medicinska sestra u Domu ima veliku i zahtjevnu ulogu - zadovoljiti individualne potrebe korisnika s obzirom na dobivenu kategorizaciju što omogućava implementacija četiri stupnja gerijatrijske njege.

Zaključno se može reći da primjena standardizirane sestrinske dokumentacije za pružanje gerijatrijske zdravstvene njege i uvođenje softverskog sistema uvelike doprinosi kontinuiranom unapređenju kvalitete sestrinske dokumentacije i zadovoljstvu korisnika i stručnih djelatnika.

Prednosti elektronski vođene sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege

1. Brži unos podataka, čitljiv , razumljiv i dostupan za sve članove tima.
2. Ušteda papira i bespotrebno umnožavanje dokumentacije.
3. Mogućnost elektronskog umrežavanja za više ustanova jedinstvenih standarda sestrinske dokumentacije.
4. Bolja i transparentna obrada i dostupnost podataka za razna statistička izvješća i istraživanje u sestrinstvu.
5. Sigurna i pregledna pohrana podataka – arhiva.
6. Brža i adekvatna preglednost obrazaca iz dokumentacije za inspekcijski nadzor.
7. Motiviranost osoblja za samo potvrđivanje svog vlastitog rada i pružene zdravstvene skrbi korisniku, motivacija za daljnjom edukacijom.
8. Omogućen je individualni pristup korisniku i individualno planiranje njege, individualnu primjenu sestrinskih intervencija i postavljanje ciljeva.
9. Bolja pravna zaštita osoblja u skrbi i njezi jer je dokumentacija zaštićena, sigurnije su pohranjeni unošeni podaci, dokumentacija nije uništiva.
10. Sestrinska dokumentacija u e-obliku je shvaćena kao obveza medicinskim sestrama za unos podataka, sestre pristupaju ozbiljnije odgovornije i stručnije.
11. Prednost je u verziji ispisa, što znači ciljani pregled i dostupnost podataka u slučaju odlaska korisnika na liječnički pregled ili hospitalizaciju.
12. Podrška od strane informatičara programera u slučaju tehničkih problema s unosom podataka.

Prijedlozi za unapređenje primjene sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije

1. Dokumentacija mora biti sažeta, ograničena na bitne aspekte, a ne epsko djelo,
2. Dokumentacija mora biti primarni izvor za one koji su uključeni u njegu i skrb bolesnika u cilju osiguranja kvalitete skrbi. Voditi dokumentaciju prvenstveno kao dokaz u pravnom postupku je sekundarna funkcija. Ako je zdravstvena skrb i njega vidljiva, razumljivo je nema straha od dokazivanja.
3. Sestrinska dokumentacija mora biti razumljiva za stručnjake tj. za članove tima koji su posredno ili neposredno uključeni u skrb, a ne za laike i druge osobe van zdravstvene skrbi.
4. Izmijeniti međusobna iskustva u timu, odjelima ili drugim ustanovama u cilju provjere naučenog, spoznaje nečeg novog i jačanju timske suradnje.
5. Pogreške pri primjeni sestrinske dokumentacije vidjeti kao motiv za unapređenje standarda sestrinske prakse a ne kritički postupati.
6. Dozvoliti kreativne formulacije pojedinih članova tima ako se ideje pokažu tijekom izvođenja sestrinske prakse kao bolja informacija o korisniku nego što je zadana važećim standardima,
7. Izbjegavati dupliranje pri vođenju sestrinske dokumentacije (jednim dijelom u e-obliku a jednim dijelom u pisanom obliku kroz obrasce), nastaviti s elektronskim umrežavanjem ostalih obrazaca.

Jednako tako ovakav način vođenja sestrinske dokumentacije također je pokazao da zahtjeva veći broj medicinskih sestara od postojećeg broja zaposlenih.

U praksi se uvidjelo da su medicinske sestre naišle na različite probleme ali i prednosti primjenom sestrinske dokumentacije u e- obliku. Važno je da su svim članovima tima svi podaci vidljivi i dostupni, što povećava motivaciju i odgovornost osoblja a izbjegava se nesigurnost i greške u postupcima s korisnikom. Sestrinska dokumentacija je odraz kvalitete gerijatrijske zdravstvene njege u domovima a ne samoj sebi svrha. Dobro primijenjena sestrinska dokumentacija olakšava rad medicinskoj sestri a loše vođena otežava procese rada. U domovima sestrinska dokumentacija ima posebnu ulogu, jer korisnik sam plaća naše usluge i postaje zahtjevniji. Uvjereni smo da je primjena kompjuterizirane sestrinske dokumentacije pravi korak u budućnost. Osoblje podržava program, jer pruža mogućnost većoj profesionalizaciji sestrinske prakse. Osim toga sestrinskom dokumentacijom gerijatrijske zdravstvene njege imamo puno učinkovitiju kontrolu kvalitete pruženih usluga, može se gledati prema naprijed i spoznati važnost sestrinske

profesije. Sestrinska dokumentacija je jedan proces, kontinuirano se usavršava i evaluira. Kroz primjenu sestrinske dokumentacije stječu se nova saznanja u sestrinskoj praksi i ona je *promjenjiva*. Kontinuitet i kvaliteta pružene gerijatrijske zdravstvene skrbi i njege ovisi o kompletnom timu : liječnik, gerijatrijska medicinska sestra, socijalna radnica, fizioterapeut ,radni terapeut,njegovatelj i gerijatrijski korisnik.

Zaključak:

Kad postojeća sestrinska dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege u elektronskom obliku /Firme Dogma/ uz financijsku potporu Grada Zagreba,

bude usklađena sa Gerijatrijskim udžbenikom „Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom i postupnikom opće/obiteljske medicine u domu za starije osobe“, tada ćemo dobiti jedinstven oblik sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege za primjenu u svakodnevnoj praksi.

Hrvatska komora medicinskih sestara prema preporuci Stručnog vijeća, prihvaća sestrinsku dokumentaciju gerijatrijske zdravstvene njege kao standard Hrvatske komore medicinskih sestara sukladno Zakonu o sestrinstvu („Narodne novine „broj 121/03 i 117/08).

Izvor :Spomenka Tomek Roksandić i suradnici; Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom i postupnikom opće/obiteljske medicine u domu za starije osobe starijih osoba, Centar za gerontologiju ZJZ „Dr.Andrija Štampar“-Referentni centar Ministarstva zdravlja za zaštitu zdravlja;Zagreb 2011: 1 - 360.

22. LITERATURA

- Ajdkovčić, M., Rusac, S., Ogresta, J. (2008). Izloženost nasilju starijih osoba u obitelji. *Revija za socijalnu politiku*, 15(1): 3-22.
- American Federation of Aging Research <http://www.afar.org>
- Anetzberger, J. (2005). Clinical Management of Elder Abuse: General Considerations. *The Clinical Gerontologist*, 28(1/2): 27-41.
- Bauer, J.M., Vogl, T., Wicklein, S., Trögner, J., Mühlberg, W., Sieber, C.C. (2005) Comparison of the Mini Nutritional Assessment, Subjective Global Assessment, and Nutritional Risk Screening (NRS 2002) for nutritional screening and assessment in geriatric hospital patients. *Z Gerontol Geriatr*, 38: 322-327.
- Baumgartner, R.N., Stauber, P.M., McHugh, D., Koehler, K.M., Garry, P.J. (1995) Cross-sectional age differences in body composition in persons 60+ years of age. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 50: 307-316.
- Beers MH, Berhow R: *Merck Manual of Geriatrics*, 3rd 2000
- Beers MH, Berkow R. Prevention of disease and disability. U: Beers MH, Berkow R, ur. *The Merck Manual of Geriatrics*. West Point: Merck Research Laboratories; 2002,
- Boldy, D., Horner, B., Courchley, K., Davey, M. i Boylen, S. (2005). Addressing elder abuse. Western Australian case study. *Australasian Journal on Ageing*, 2A(1): 3-8.
- Borkan, G.A., Hulst, D.E., Gerzhof, S.G., Robbins, A.H., Silbert, C.K. (1983) Age changes in body composition revealed by computed tomography. *Journal of Gerontology*, 38: 673-677.
- Brown, H. (2006). *Nasilje nad osjetljivim skupinama*. Zagreb: Ibis grafika.
- Budak A, Tomek-Roksandić S: *Racionalizacija zdravstvene djelatnosti: kućno liječenje, njega i rehabilitacija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti*. Dani primarne zdravstvene zaštite, 1994. Labin: 1994; str.35-41.
- Budak A. *Primarna zdravstvena zaštita starih osoba u Hrvatskoj*. U: Tomek-Roksandić S, Budak A, ur. *Smjernice za zaštitu zdravlja starijih ljudi 1999*. Zagreb: Akademija medicinskih znanosti Hrvatske et al; 1999, str.20-25.
- Budak, A., Bartolović, D. i Grahovac, V. (1987). *Stari ljudi i obitelj*. U: *Zbornik, Dani primarne zdravstvene zaštite*. Labin: Dom zdravlja Labin, 163-170.
- Buzina, R., Grgić, Z., Kovačević, M., Maver, H., Momirović, K., Rudan, P., Schmutzer, Lj., Štampar-Plasaj, B. (1975) *Praktikum biološke antropologije – Antropometrija*; Antropologijska biblioteka, svezak 1, SIZ za zapošljavanje Zagreb i Sekcija za biološku antropologiju ZLH, Zagreb.

- Buzina, R., Grgić, Z., Kovačević, M., Maver, H., Momirović, K., Rudan, P., Schmutzer, Lj., Štampar-Plasaj, B. (1984) Praktikum biološke antropologije – Morfološka i funkcionalna Antropometrija; Antropologijska biblioteka, svezak 10, RSIZ za zapošljavanje Hrvatske i Sekcija za biološku antropologiju ZLH, Zagreb.
- Campbell, A.J., Spears, G.F., Brown, J.S., Busby, W.J., Borrie, M.J. (1990) Anthropometric measurements as predictors of mortality in a community population aged 70 years and over. *Age and Aging*, 19: 131-135.
- Centar za gerontologiju ZJZ dr Andrija Štampar <http://stampar.hr>
- Chapman, I.M. (2008) Obesity in old age. *Front Horm Res Basel*, Karger, 36: 97-106.
- Chumlea, W.C., Guo, S.S., Roche, A.F., Steinbaugh, M.L. (1988) Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. *J Am Diet Assoc*, 88: 564-568.
- Chumlea, W.C., Guo, S.S., Vellas, B.J., Guigoz, Y. (1995) Techniques of assessing muscle mass and function (sarcopenia) for epidemiological studies of the elderly. *Journals of gerontology*, 50A: 45-54.
- Chumlea, W.C., Roche, A.F., Mukherjee, D. (1987) Nutritional assessment of the elderly through anthropometry. *Ross Laboratories, Columbus, Ohio*.
- Chumlea, W.C., Roche, A.F., Rogers, E. (1984b) Replicability of anthropometry in the elderly. *Hum Biol*, 56: 329-337.
- Chumlea, W.C., Roche, A.F., Steinbaugh, M.L. (1985) Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. *J Am Geriatr Soc*, 33: 116-120.
- Chumlea, W.C., Roche, A.F., Webb, P. (1984a) Body size, subcutaneous fatness and total body fat in older adults. *Int J Obes*, 8: 313-317.
- Chumlea, W.C., Vellas, B., Guo, S.S. (1998) Malnutrition or healthy senescence. *Proceedings of the Nutrition Society*, 57: 593-598.
- Chung, H. i Jang, C. (2000). Investigating elderly protective act trough elder abuse. *Community Dev*, 91: 269-285.
- Collins, K.A. (2006). Elder Maltreatment. A Review. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 130: 1290 – 1296.
- Cook, Z., Kirk, S., Lawrenson, S., Sandford, S. (2005) Use of BMI in the assessment of undernutrition in older subjects: Reflecting on practice. *Proceedings of the Nutrition Society*, 64: 313-317.
- Council of Europe (1992). *Violence against elderly people*. Strasbourg: Council of Europe Press.
- Coyne, A.S., Reichman, W. E. i Berbig, L. J. (1993). The relationship between dementia and elder abuse. *American Journal of Psychiatry*, 150(4): 643-646.

- Čudina-Obradović, M. i Obradović, J. (2006). Psihologija braka i obitelji, Zagreb: Golden Marketing.
- de Onis, M., Habicht, J.-P. (1996) Anthropometric reference data for international use: Recommendations from a WHO Expert Committee. *Am J Clin Nutrition*, 64: 650-658.
- Despot Lučanin, J. (2003). Iskustvo starenja. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Donini, L.M., Felice, M.R., de Bernardini, L., Ferrari, G., Rosano, A., de Medici, M., Cannella, C. (1998) Body weight estimation in the Italian elderly. *J Nutr Health Aging*, 2: 92-95.
- Državni zavod za statistiku (2009). Statističke informacije 2009. Zagreb: Državni zavod za statistiku, 17-19.
- Duraković Z, Gerijatrija-medicina starije dobi, C-T-Poslovne informacije d.o.o.,Zagreb.
- Duraković, Z. (1999) Starenje i promjena ustroja i funkcije organa. *Medix*, 27/28: 53-56.
- Duraković, Z. (2007) Funkcijske i somatske promjene. U: Gerijatrija; Medicina starije dobi (Duraković, Z. i sur.), C-T. – Poslovne informacije d.o.o., Zagreb.
- Duraković, Z. i sur. (2007). Gerijatrija - Medicina starije dobi. Zagreb: C.T.-Poslovne informacije, d.o.o.
- ESC Committee for Practice Guidelines To improve the quality of clinical practice and patient care in Europe. European Guidelines on CVD Prevention. Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 2003; 10 Suppl 1: 1-78.
- Fallon, P. (2006). Elder abuse and/or neglect. Centre for Social Research and Evaluation, Ministry of Social Development.
- Fisher, B.S. i Reagan, S.L. (2006). The extent and Frequency of Abuse in the Lives of Older Women and Their Relationship With Health Outcomes. *The Gerontologist*, 46(2): 200-209.
- Fulmer, T., Guadagno, L. i Bolton, M.M. (2004). Elder Mistreatment in Women. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 33(5): 657-663.
- Fulmer, T., Paveza, G., Abraham, I. i Fairchild, S. (2000). Elder neglect assesment in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 21(5): 436-443.
- Gibson, R.S. (1990) Principles of nutritional assessment. Oxford University Press, Oxford.
- Gordon, C.C., Bradtmiller, B. (1992) Interobserver error in a large scale anthropometric survey. *Am J Hum Biol*, 4: 253-263.
- Guidelines for Health Care for the Elderly 1999, Akademija medicinskih znanosti

- Guigoz, Y. (2006) The Mini Nutritional Assessment (MNA(R)): Review of the literature – What does it tell us? *J Nutr Health Aging*, 10: 466-487.
- Guigoz, Y., Vellas, B., Garry, P.J. (1996) Assessing the nutritional status of the elderly: the Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev*, 54(Suppl): 59-65.
- Guigoz, Y., Vellas, B., Garry, P.J. (1997) Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. U: *Nutrition in the elderly: The Mini Nutritional Assessment (MNA)* (Albarede, J., ur.), (3rd ed.) Serdi Publishing Company, Paris, str. 15-59.
- Himes, J.H., Roche, A.F., Siervogel, R.M. (1979) Compressibility of skinfolds and the measurement of subcutaneous fatness. *Am J Clin Nutr*, 32: 1734-1740.
- Holt, M.G. (1993). Elder sexual abuse in Britain: preliminary findings. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 5(2): 63-71.
- Hrvatska enciklopedija (1999) Leksikografski zavod Miroslav Krleža, Zagreb.
- Hrvatske, Zagreb, 1999: 1-316.
- Hrvatskog društva ekonomista, Inženjerski biro; Opatija, 2006:397-413.
- Hudson, M.F. (1999). Elder Abuse, Some African American Views. *Journal of Interpersonal Violence* 14(9): 915-939.
- Jelliffe, D.B., Jelliffe, E.F.P. (1989) *Community nutritional assessment*. Oxford University Press, Oxford.
- Johnson, I.M. (1995). Family members' perceptions of attitudes toward elder abuse. *Journal of Contemp Hum Services*, 6: 220-229.
- Jones, H. i Powell, J.L. (2006). Old age, vulnerability and sexual violence: implications for knowledge and practice. *International Nursing Review*, 53: 211-216.
- Jones, J.M. (2002) The methodology of nutritional screening and assessment tools. *J Hum Nutr Diet*, 15: 59-71.
- Jurčić Lj: Regionalna politika; Ekonomska politika Hrvatske u 2007; Opatija, 2006: 208-211
- Kennedy, R.D. (2005). Elder Abuse and Neglect: The Experience, Knowledge, and Attitudes of Primary Care Physicians. *Family Medicine*, 37(7): 481-485.
- Krznarić Ž, Vranešić Bender D, Ljubas Kelečić D., Reiner Ž, Tomek-Roksandić S, Kekez D, Pavić T. Hrvatske smjernice za prehranu osoba starije dobi-dio II,(klinička prehrana).*Liječ Vjesn* 2011;133:299–307
- Kuller, L.H. (1999) Invited commentary on „Prospective study of intentionality of weight loss and mortality in older women: The Iowa Women's Health Study“ and „Prospective study of intentional weight loss in overweight white men aged 40-64 years“. *Am J Epidemiol*, 149: 515-416.

- Kwok, T., Whitelaw, M.N. (1991) The use of armspan in nutritional assessment of the elderly. *J Am Geriatr Soc*, 39: 492-496.
- Kyle, U.G., Genton, L., Pichard, C. (2002) Body composition: what's new? *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, 5: 427-433.
- Lachs, M.S., Williams, C.S., O'Brien, S., Pillemer, K.A. i Charlson, M.E. (1998). The mortality of elder mistreatment. *JAMA*, 280:428-432.
- Lipovšćak M, Perko G, Tomek-Roksandić S, Radašević H, Čulig J, Ljubičić M, Strnad M. Usporedba gerijatrijskog mortaliteta Hrvatske i potencijalno izgubljene godine života (2000.-2004.). U: *Medicus 2*, Vol 14; Zagreb, 2005: 273-286.
- Ljubičić M, Baklaić Ž, Tomek-Roksandić S. Hrvatski demografski disbalans i potencijalni međugeneracijski sukob. U: *Medicus 2*, Vol 14; Zagreb, 2005: 356-357.
- Locher, J.L., Roth, D.L., Ritchie, C.S., Cox, K., Sawyer, P., Bodner, E.V., Allman, R.M. (2007) Body mass index, weight loss, and mortality in community-dwelling older adults. *Journal of Gerontology*, 62A: 1389-1392.
- Madrid International Plan of Action on Ageing (2002.) Report of the Second World Assembly on Ageing (<http://www.un.org>.)
- Manders, M., de Groot, C.P., Blauw, Y.H., Dhonukshe-Rutten, R.A., van Hoeckel-Prüst, L., Bindels, J.G., Siebelink, E., van Staveren, W.A. (2009) Effect of a nutrient-enriched drink on dietary intake and nutritional status in institutionalised elderly. *Eur J Clin Nutr*, 63: 124-1250.
- McCreadie, C. (1996). *Elder Abuse: An Update on Research*. London: Institute of Gerontology University of London.
- McDowell, M.A., Fryar, C.D., Ogden, C.L., Flegal, K.M. (2008) Anthropometric reference data for children and adults: United States, 2003-2006. National health statistics reports no. 10, National Center for Health Statistics, Hyattsville, Maryland.
- medicine u zaštiti zdravlja starijih ljudi. U: *Hrvatski dani primarne zdravstvene*
- Mlinarević M. Elementi marketinške orijentacije u strategiji razvoja komunalnih poduzeća. U: *Ekonomska politika Hrvatske u 2007. - Zbornik radova XIV. tradicionalnog savjetovanja Hrvatskog društva ekonomista*, Inženjerski biro; Opatija, 2006: 198-207.
- National Institutes of Health, NIH (1998) Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults: The evidence report. *Obes Res*, 6(Suppl): 51S-209S.
- National Research Council (2003). *Elder Abuse and Neglect: History and Concepts*. U: Bonnie, R.J., Wallace, R., B. (ur.) *Elder Mistreatment: Abuse, Neglect and Exploitation in an Aging America*. Committee on National Statistics and Committee on Law and Justice, Division on Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: The National Academies press.

Neno, R. i Neno, M. (2005). Identifying abuse in older people. *Nursing Standard*, 20(3): 43-47.

Netherlands Society of Clinical Geriatrics <http://www.nvkg.nl>

Nijs, K.A., de Graaf, C., Siebelink, E., Blauw, Y.H., Vanneste, V., Kok, F.J., van Staveren, W.A. (2006) Effect of family-style meals on energy intake and risk of malnutrition in Dutch nursing home residents: A randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 61: 935-942.

O'Keeffe, M. i sur. (2007). UK Study of Abuse and Neglect of Older People Prevalence Survey Report. National Centre for Social Research, King's College London.

Oh, J., Kim, H. S., Martins, D. i Kim, H. (2006). A study of elder abuse in Korea. *International Journal of Nursing Studies*, 43: 203-214.

Omran, M.L., Morley, J.E. (2000) Assessment of protein energy malnutrition in older persons, part I: History, examination, body composition, and screening tools. *Nutrition*, 16: 50-63.

Paris, B.E., Meier, D.E., Goldstein, D., Weiss, M. i Fein, D.E. (1995). Elder abuse and neglect: How to recognize the warning signs and intervene. *Geriatrics*, 50 (4): 47-51.

Patterson, C. (1994). Secondary prevention of elder abuse. U: Canadian task force on the periodic health examination. Toronto, Ontario: Canadian Task Force.

Pavleković, G. (2003). Međuprofesionalna suradnja u rješavanju problema nasilja nad ženom u obitelji. U: Ajduković, M., Pavleković, G. *Nasilje nad ženom u obitelji*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć, 241-249.

Pečjak, V. (2001). *Psihologija treće životne dobi*. Zagreb: Prosvjeta.

Perko G, Radašević H, Mihok D, Tomek-Roksandić S. Prevention of pneumonia – avoidable cause of death in old age. *Wiener Medizinische Wochenschrift* 2004; 154 Suppl: 55.

Perko, G. i sur. (2005.). Četiri javnozdravstvena problema u zaštiti zdravlja starijih osoba u Hrvatskoj. *Medicus*, 1(2): 205- 217.

Pillemer, K. i Finkelhor, D. (1988). The Prevalence of Elder Abuse: A Random Sample Survey. *The Gerontologist*, 28(1): 51-57.

Pillemer, K. i Prescott, D. (1989). Psychological effects of elder abuse: a research note. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1: 65-74.

Price, G.M. Uauy, R., Breeze, E., Bulpitt, C.J., Fletcher, A.E. (2006) Weight, shape, and mortality risk in older persons: Elevated waist-hip ratio, not high body mass index, is associated with a greater risk of death. *Am J Clin Nutr*, 84: 449-460.

Plan razvoja javnog zdravstva za razdoblje 2011-2015.godine; NN 49/ 2011

- Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti; NN 61/2011.
- primarne zdravstvene zaštite, Labin 1995, Dom zdravlja Labin 1995; 263-272.
- Quinn, M.J. i Tomita, S.K. (1997). Elder abuse and neglect: Causes, diagnosis and intervention strategies. New York: Springer.
- Reay, C.A. i Browne, K.D. (2002). The effectiveness of psychological interventions with individuals who physically abuse or neglect their elderly dependents. *Journal of Interpersonal Violence*, 17: 416-431.
- Reis, M. i Nahmiash, D. (1997). Abuse of seniors: Personality, stress and other indicators. *Journal of Mental Health and Aging*, 3: 337-356.
- Roksandić S, Babić T, Budić N. Zdravstvena prava za starije osobe u Republici Hrvatskoj. U: *Medicus* 2, Vol 14; Zagreb, 2005: 313-322.
- Rusac, S. (2006). Nasilje nad starijim osobama. *Ljetopis Studijskog centra socijalnog rada*, 13(2): 331-346.
- Rusac, S. (2009). Počinitelji nasilja nad starijim osobama u obitelji. *Socijalna psihijatrija*, 37: 129-136.
- Rusac, S. (2010). Nasilje nad starijim osobama u obitelji na području Grada Zagreba. *Ljetopis socijalnog rada*, 16 (3): 573-594 .
- Saletti, A., Lindgren, E.Y., Johansson, L., Cederholm, T. (2000) Nutritional status according to mini nutritional assessment in an institutionalized elderly population in Sweden. *Gerontology*, 46: 139-145.
- Sekelj-Kauzlarić K. Gerontologija – europska praksa i UEMS. U: *Medicus* 2, Vol 14; Zagreb, 2005: 361.
- Sergi, G., Perissinotto, E., Pisent, C., Buja, A., Maggi, S., Coin, A., Grigoletto, F., Enzi, G., ILSA Working Group (2005) An adequate threshold for body mass index to detect underweight condition in elderly persons: the Italian Longitudinal Study of Aging (ILSA). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 60: 866-871.
- Škarić-Jurić, T., Smolej Narančić, N., Barbalić, M., Miličić, J., Turek, S., Vrhovski-Hebrang, D., Čubrilo-Turek, M., Rudan, I., Rudan, P. (2006) Distribucija čimbenika rizika za kardiovaskularne bolesti u osoba starijih od 65 godina u Republici Hrvatskoj. U: *Knjiga sažetaka: 2. Hrvatski gerontološki kongres s međunarodnim sudjelovanjem (Anić, B., Tomek-Roksandić, S., ur.), Liječnički vjesnik*, 128(Suppl 1): 64-65.
- Smolej Narančić (2006) Antropometrija - od zamisli do primjene. U: *Hrvatski antropometrijski sustav; Podloga za nove hrvatske norme za veličinu odjeće i obuće (Ujević, D. ur.)*. Tekstilno-tehnološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb.

- Smolej Narančić, N. (1999) Nutritional status of the population in Dalmatia, Croatia. *Coll Antropol*, 23: 59-68.
- Smolej Narančić, N., Žagar, I. (2000) Overweight and fatness in in Dalmatia, Croatia: Comparison with the U.S. population reference. *Coll Antropol*, 24: 411-421.
- Spitek-Zvonarević, V. (2006). Zlostavljanje u starijoj dobi-trajne mete nasilja. *Narodni zdravstveni list*, 560-561
- Stanga, Z. (2009) Basics in clinical nutrition: Nutrition in the elderly. e-SPEN, the European e-journal of Clinical Nutrition and Metabolism, 4: e289-299.
- starijih ljudi. *Liječ Vjesn* 1994; 116: 245-250.
- Teaster, P.A. i Roberto, K.A. (2004). Sexual abuse of older adults: APS cases and outcomes. *Gerontologist*, 44: 788-796.
- The European Masters Programme in Gerontology <http://www.eumag.org>
- Tomek-Roksandić S, Šostar Z, Fortuna V. Zagrebački model uspješne prakse izvaninstitucijske skrbi za starije osobe – Gerontološki centri. U: *Knjiga sažetaka 2. Hrvatski gerontološki kongres s međunarodnim sudjelovanjem. Liječ Vjesn, Zagreb, 2006; 128, Suppl. 1: 30.*
- Tomek-Roksandić S, Antropometrijske osobine stogodišnjaka, doktorska disertacija, Sveučilište u Zagrebu, 2009.
- Tomek-Roksandić S, Budak A, Katalinić D, Vorko-Jović A: Novi pristup u primarnoj
- Tomek-Roksandić S, Budak A. Health Status und Use of Health Services by the Elderly in Zagreb, Coatia. *Croat Med J* 1997;38: 183-188.
- Tomek-Roksandić S, Budak A: Health Status und Use of Health Services by the Elderly in Zagreb, Coatia. *Croat Med J* 1997;38(3): 183-188.
- Tomek-Roksandić S, Budak A: Smjernice za zaštitu zdravlja starijih ljudi 1999.
- Tomek-Roksandić S, Cota-Bekovac M: Potrebe za zaštitom starih ljudi, U: Duraković i sur.: *Medicina starije dobi*, Zagreb, Naprijed 1990., 423-429.
- Tomek-Roksandić S, Čulig J, Šostar Z, Ljubičić M, Ivanda T. Centri za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo i Gerontološki centri. U: *Medix* 70; Zagreb, 2007:145-152.
- Tomek-Roksandić S, Goran P, Mihok D, Puljak A, Radašević H, Čulig J, Šostar Z, Ljubičić M. Gerontološki centri izvaninstitucijska skrb za starije osobe – šansa razvoja hrvatskog gospodarstva u 2006. godini. U: Veselica V et al, ur. *Ekonomska politika Hrvatske u 2006. Opatija: Inženjerski biro; 2005, str. 574 – 595.*
- Tomek-Roksandić S, Katalinić D, Mayer V, Perasić J. Zdravo starenje i preventivna zdravstvena zaštita, Starost i starenje-izazov današnjice. *Makarska; 1995, str.199-208.*
- Tomek-Roksandić S, Ljubičić M, Smolej-Narančić N, Fortuna V, Vuletić S, Škarić-Jurić T, Lukić M, Vračan S, Županić M, Šimunec D, Duraković Z, Štimac D, Majić

T, Šostar Z: Produljenje radnog vijeka geroprofilaksa i gospodarski razvoj Hrvatske: Ekonomska politika Hrvatske u 2011.godini. Izlazak iz recesije ili daljnja stagnacija, Hrvatsko društvo ekonomista, Inženjerski biro; Opatija 2010, 481-504

Tomek-Roksandić S, Ljubičić M, Smolej-Narančić N, Gjurić M: Znanje o osnovama starenja i starosti osigurava aktivno i produktivno starenje: Ekonomska politika Hrvatske u 2010; Opatija, 2009: 349-370

Tomek-Roksandić S, Ljubičić M, Baklaić Ž, Šostar Z, Tomasović Mrčela N, Radašević H. Uloga vrhovnog zdravstvenog menadžmenta za starije osobe u Hrvatskoj. U: Ekonomska politika Hrvatske u 2009. - Zbornik radova XVI. tradicionalnog savjetovanja Hrvatskog društva ekonomista, Inženjerski biro; Opatija, 2008:395-422.

Tomek-Roksandić S, Lukić M, Štimac D, Vračan S, Sigl G, Majić T, Fortuna V, Šostar Z: Gerontološkojavnozdravstveni menadžment: Knjiga sažetak 2.hrvatskog kongresa preventivne medicine i unapređenja zdravlja, Zagreb; 2010; 161-162

Tomek-Roksandić S, Perko G, Čulig J, Lazić Đ, Budak A: Glavna uloga obiteljske

Tomek-Roksandić S, Perko G, Ivanda T, Mihok D, Puljak A, Radašević H. Zaštita zdravlja starijih osoba – javnozdravstveni prioritet u Gradu Zagrebu i Hrvatskoj. Zdravlje u Gradu Zagrebu. Hrvatski časopis za javno zdravstvo. HZZJZ. Vol.2, br. 8, 7. listopada 2006. Zagreb.

Tomek-Roksandić S, Perko G, Lamer V, Radašević H, Fučkan N, Škes M, Kurtović Lj. Gerontološki zdravstveno-statistički pokazatelji o zdravstvenim potrebama starijih ljudi. U: Tomek-Roksandić S, Čulig J, ur. Gerontološki zdravstveno-statistički ljetopis za Hrvatsku 2001./2002. godina. (II. dopunjeno izdanje) Zagreb: Zavod za javno zdravstvo Grada Zagreba-Centar za gerontologiju; 2003, str. 5-516.

Tomek-Roksandić S, Perko G, Ljubičić M, Radašević H, Puljak A, Mihok D, Kovačić L, Šošić Z. Gerontologija – uža specijalizacija iz javnog zdravstva. U: Medicus 2, Vol 14; Zagreb, 2005: 341-345.

Tomek-Roksandić S, Perko G, Mihok D, Puljak A, Radašević H, Čulig J, Ljubičić M. Značenje Centara za gerontologiju županijskih zavoda za javno zdravstvo i Gerontološki centara u Hrvatskoj. U: Medicus 2, Vol 14; Zagreb, 2005: 177-193.

Tomek-Roksandić S, Perko G, Mihok D, Puljak A, Radašević H, Škes M, Vračan S, Kurtović Lj, Fortuna V, Tomić B, Despot Lučanin J, Šimunović D, Šostar Z, Širanović V. Gerontološki centri 2004. Zagrebački model uspješne prakse za starije ljude (II. dopunjeno izdanje), Zagreb; 2005: 1-204.

Tomek-Roksandić S, Perko G, Mihok D, Puljak A, Radašević H, Tomić B, Škes M, Kurtović Lj, Vračan S, Bach T. Gerontološki zdravstveno-statistički pokazatelji za Hrvatsku 2002./2003. godine. U: Tomek-Roksandić S, Čulig J, ur. Gerontološki

zdravstveno-statistički pokazatelji za Hrvatsku 2002./2003. godine. Zagreb: Zavod za javno zdravstvo Grada Zagreba-Centar za gerontologiju; 2004:6-918

- Tomek-Roksandić S, Perko G, Mihok D, Radašević H, Puljak A, Čulig J, Budak A. Primarna zdravstvena zaštita za starije ljude prioritet unapređenja (reforme) hrvatskog zdravstva. U: Mazzi B, ur. Zbornik – O učincima reforme zdravstva i novog Zakona o z.z. na organizaciju P.Z.Z. i statusa obiteljskog doktora. Treći Kongres H.D.O.D.-H.L.Z. Rovinj: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora; 2003: str. 125-144.
- Tomek-Roksandić S, Perko G, Puljak A, Mihok D, Radašević H, Čulig J, Šostar Z, Ljubičić M, Turek S. Zdravstveni management za starije osobe. U: Knjiga sažetaka 2. Hrvatski gerontološki kongres s međunarodnim sudjelovanjem. Liječ Vjesn, Zagreb, 2006; 128, Suppl. 1: 27-28.
- Tomek-Roksandić S, Perko G, Puljak A, Mihok D, Radašević H, Grgić M, Čulig J. Zdravstvene potrebe i funkcionalna sposobnost starijih ljudi u Hrvatskoj. U: Sažeci radova sa znanstvenog skupa: Demografska kretanja u Hrvatskoj. Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti; Zagreb, 2006: 25-27.
- Tomek-Roksandić S, Perko G, Puljak A, Mihok D, Radašević H, Ljubičić M. Gerontološka djelatnost – javnozdravstveni prioritet provedbe Centara za gerontologiju županijskih (regionalnih) zavoda za javno zdravstvo i Gerontoloških centara u Hrvatskoj. U: Knjiga sažetaka 2. Hrvatski gerontološki kongres s međunarodnim sudjelovanjem. Liječ Vjesn, Zagreb, 2006; 128, Suppl. 1: 19-22.
- Tomek-Roksandić S, Perko G, Puljak A, Mihok D, Radašević H, Strnad M, Tomić B, Ljubičić M. Centri za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo i Gerontološki centri u Hrvatskoj. U: Baklajić Ž, ur. Zdravstveno stanje i zdravstvena zaštita pučanstva starije životne dobi u Republici Hrvatskoj. Zagreb; Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2005, 1: 78-91.
- Tomek-Roksandić S, Perko G, Radašević H, Mihok D, Čulig J. The Program of preventive health measures for the elderly in Primary, secondary and tertiary health care. Wiener Medizinische Wochenschrift 2004; 154 Suppl: 54
- Tomek-Roksandić S, Perko G, Radašević H, Mihok D, Čulig J. The Program of preventive health measures for the elderly in Primary, secondary and tertiary health care. 44. Osterreichischer Geriatriekongress mit internationaler Beteiligung. BadHofgastein, 20-24.Marz. 2004. Wien. Wiener Medizinische Wochenschrift 2004; 154: 54.
- Tomek-Roksandić S, Perko G, Škes M, Mihok D, Puljak A, Radašević H, Fortuna V, Šostar Z. Vizija i misija Gerontološkog centra – Izvaninstitucijske skrbi za starije osobe. Organizacija zdravstva. Hrvatski časopis za javno zdravstvo. HZZJZ. Vol.2, br. 8, 7. listopada 2006. Zagreb.
- Tomek-Roksandić S. Potrebe za zaštitom zdravlja. U: Duraković Z. i sur. Gerijatrija - medicina starije dobi, Zagreb, 2007; 545-552.
- Tomek-Roksandić S, Skupnjak B, Ljubičić M, Ivanda T, Čulig J, Baklajić Ž, Babić V.: Produljenje radnog vijeka po tržišnim načelima – izazov razvoja hrvatskog

gospodarstva u 2007 godini; Ekonomska politika Hrvatske u 2007; Opatija, 2006: 397-414

- Tomek-Roksandić S, Radašević H, Mihok D, Škes M, Vračan S, Tomić B, Lipovšćak M, Puljak A, Marić-Bajs M. Gerontološko zdravstveno-statistički pokazatelji za Hrvatsku 2004.-2006. godine. U: Tomek-Roksandić S, Majić T, ur. Gerontološko javnozdravstveno-statistički pokazatelji za Hrvatsku 2004.-2006. godina. Zagreb: Zavod za javno zdravstvo Grada Zagreba - Centar za gerontologiju; 2007/2008:7-1185
- Tomek-Roksandić S, Tomasović-Mrčela N, Smolej Narančić N, Sigl G. Functional Ability of Elderly in Institutional and Non-Institutional Care in Croatia, Coll. Antropol.34,2010 (3);841-846.
- Tomek-Roksandić S, Vorko-Jović A. Aktualnost obiteljske medicine u zaštiti zdravlja
- Tomek-Roksandić S, Žuškin E, Duraković Z, Smolej-Narančić N, Mustajbegović J, Pucarín-Cvetković J, Mišigoj Duraković M, Doko Jelinić J, Turčić N, Milošević M: Ljudski vijek: Doživjeti i nadživjeti 100 godina? Arhiv za higijenu rada i toksikologiju; Zagreb; Vol 60, 2009; 375-385
- Tomek-Roksandić S. Javnozdravstveni pristup u zaštiti zdravlja starijih ljudi. U: Tomek-Roksandić S, Budak A, ur. Smjernice za zaštitu zdravlja starijih ljudi 1999. Zagreb: Akademija medicinskih znanosti Hrvatske et al; 1999, str. 1-19.
- Tomek-Roksandić S. Učestalost i prevencija kroničnih bolesti u starijih osoba. U: Vorko-Jović A. i sur. Epidemiologija kroničnih nezaraznih bolesti. Zagreb, 2007: 39-48.
- Tomek-Roksandić S: Edukacija o zaštiti zdravlja starijih ljudi – Gerontološka tribina
- Tomek-Roksandić S: Program zdravstvenih mjera i postupaka u zaštiti zdravlja starijih ljudi – javnozdravstveni pristup. U: Strategije razvoja skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj, Vlada Republike Hrvatske, Zagreb, 1999: str.193-199.
- Tomek-Roksandić, S. (2009) Antropometrijske osobine stogodišnjaka. Doktorska disertacija. Prirodoslovno-matematički fakultet, Sveučilište u Zagrebu, Zagreb.
- Tomek-Roksandić, S. i sur. (2005). Gerontološki centri 2004.: zagrebački model uspješne prakse za starije ljude (drugo dopunjeno izdanje). Zagreb: Zavod za javno zdravstvo Grada Zagreba, Centar za gerontologiju.
- Tomek-Roksandić, S. i sur. (2005). Značenje centara za gerontologiju županjskih zavoda za javno zdravstvo i gerontoloških centara u Hrvatskoj. Medicus, 14(2): 177-193.
- Tomek-Roksandić, S. i sur. (2007). Produljenje radnog vijeka po tržišnim načelima – izazov razvoja hrvatskog gospodarstva u 2007. godini. Ekonomska politika Hrvatske u 2007., 397-414.
- Tomek-Roksandić, S. i sur. (2009). Ljudski vijek: doživjeti i nadživjeti 100 godina? Arhiv za higijenu rada i toksikologiju; 60(3): 375-386.

- Tomek–Roksandić, S. i Vorko–Jović, A.. (1994). Aktualnost obiteljske medicine u zaštiti zdravlja starijih ljudi. *Liječnički vjesnik*, 116: 245-250.
- Tomek-Roksandić, S., Majić, T. (ur.) (2007/2008) Gerontološko javnozdravstveno-statistički pokazatelji za Hrvatsku 2004.-2006. godina. Zavod za javno zdravstvo Grada Zagreba, Centar za gerontologiju, Zagreb.
- Tomek-Roksandić S, Šostar Z, Fortuna V; Ur.: Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestriškom dokumentacijom i postupnikom opće /obiteljske medicine u domu za starije osobe , Zagreb, 2011: 15-349.
- Tomek-Roksandić S, Tomasović-Mrčela N, Smolej Narančić N, Sigl G. Functional Ability of Elderly in Institutional and Non-Institutional Care in Croatia, *Coll. Antropol.*34,2010 (3);841-846.
- Tomek-Roksandić S. Učestalost i prevencija kroničnih bolesti u starijih osoba. U: Vorko-Jović A. i sur. *Epidemiologija kroničnih nezaraznih bolesti*. Zagreb, 2007: 39-48.
- Ulijaszek, S.J., Kehr, D.A. (1999) Anthropometric measurement error and the assessment of nutritional status. *Br J Nutr*, 82: 165-177.
- Ulijaszek, S.J., Mascie-Taylor, C.G.N., ur. (1994) *Anthropometry: The individual and the population*. Cambridge University Press, Cambridge.
- United Nations: *Population Aging and Development 2009*: New York, 2009.
- United Nations: *World Population Ageing 1950-2050: Department of Economic and Social Affairs, Population Division*. United Nations Publication, New York; 2002.
- Vedriš M. Industrijska politika i hrvatska ekonomija – spontanitet ili organiziranost nacionalnog gospodarskog razvoja. U: *Ekonomska politika Hrvatske u 2007. - Zbornik radova XIV. tradicionalnog savjetovanja Hrvatskog društva ekonomista*, Inženjerski biro; Opatija, 2006:83-101.
- Vida, S., Monks, R.C. i Des Rosiers, P. (2002). Prevalence and Correlate of Elder Abuse in a Geriatric Psychiatry Service. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47: 459-467
- Vogel W: Jubiläumskongress in Potsdam – 25 Jahre DGG: *European Journal of Geriatrics*: Euro J Ger Vol: 2010, 53
- Vojnić D, Jurčić Lj: Qou Vadis Croatia – neke karakteristike momenta razvoja u svjetlu turbulentnih događanja u zemlji i svijetu – kako dalje?- Hrvatska na putu u Europsku Uniju: *Ekonomska politika Hrvatske u 2010*; Opatija, 2009: 1-30
- Vranešić Bender D, Krznarić Ž, Reiner Ž, Tomek-Roksandić S, Duraković Z, Kaić-Rak A, Smolej Narančić N, Bošnjir J. Hrvatske smjernice za prehranu osoba starije dobi. *Liječ Vjesn* 2011; 133:231-240
- WHO (1995) *Physical status: The use and interpretation of anthropometry: Report of a WHO Expert Committee*. Technical Report Series no. 854, WHO, Geneva.

- WHO (2002). The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse. Geneva: World Health Organization.
- Wilber, K.H. i Reynolds, S.L. (1996.) Introducing a framework for defining financial abuse of the elderly. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 8(2): 61-80
- Živičnjak, M., Szivovicza, L., Pavičić, L., Smolej-Narančić, N., Jančićević, B., Miličić, J., Rudan, P. (1997) The aging process: An analysis of the latent structure of body morphology (in males). *Coll Antropol*, 21: 117-126.
- Köter Ilka: *Altenpflege Zeitgemäß und zukunftsweisend*, Stuttgart, Thieme 1990., 2005.
- Köther Ilka: *Gnamm Else : Altenpflege in Ausbildung und Praxis*, Stuttgart, Thieme, 2000.
- C.Conzen, J.Freund, G.Overlander: *Pflege management heute München-Jena*, Urban-Fischer, 2009.
- Fiechter Verena, Meier Martha: *Pflegeplanung Eine Anleitung für die Praxis*, Basel, Recom, 1993
- Kim/McFarland/Mc Lane: *Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen*, Ullstein Medical 1999.
- Priručnik Korešić Jasminka: *Pflegestandards, Altenpflege*, Heidelberg, Springer, 2005.
- Brief Synopsis of the Nursing Minimum Data Set: (MNDS), 2003.
- ICPN Beta 2 2001.
- Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2005-2006, NANDA, 2005.
- Subir Chowdhury: *Management 21C Financial Times Prentice Hall*, München 2000.
- Liliane Juchli: *Krankenpflege Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung und Pflege Kranker*, Stuttgart, Thieme, 1983.
- S.Tomek-Roksandić; Ž.Krznarić; D.Vranešić-Bender; J.Hančević *Prevenција dekubitusa (L89) u gerijatriji primjenom pravilne prehrane za starije*, Zagreb 2009.
- Gerontološko javnozdravstveni statistički pokazatelji za Hrvatsku 2004 - 2006.; Zagreb 2007 / 2008.
- Tomek – Roksandić S. i suradnici: *Živjeti zdravo aktivno produktivno starenje* Zagreb, 2005.
- Gordana Fućkar: *Uvod u sestrinske dijagnoze* Zagreb 1996.
- Milka Rogić, *Vodič za medicinske sestre*, HKMS, Zagreb, 2009.
- Zbornik radova: *Znanjem do izvrsnosti, Zdravstveno veleučilište Opatija*, 2010



Svjetska zdravstvena organizacija

REGIONALNI URED ZA Europu

Devetnaesti stalni pod-odbor
Regionalnoga odbora za Europu
Druga sjednica

EUR/RC61/SC(2)/BD2
113074
8. studeni 2011.

Stockholm, Švedska, 14.-15. studeni 2011

IZVORNIK NAPISAN NA:
ENGLESKOM JEZIKU

NA HRVATSKI JEZIK PREVELA:
PROF.DR. SC. VLATKA BRUMEN

23. Strategija zdravoga starenja i akcijski plan primjenjiv na Europu u razdoblju od 2012.-2016. godine

Ovaj dokument predstavlja prvu radnu verziju predložene *Strategije zdravoga starenja i akcijskoga plana primjenjivoga na Europu u razdoblju od 2012.-2016. godine*. Njegova valjanost ističe u času kada nacrt ove Strategije i akcijskoga plana bude definitivan.

**SVJETSKA ZDRAVSTVENA ORGANIZACIJA; REGIONALNI
URED ZA EUROPU**

Scherfigsvej 8, DK-2100 Kopenhagen 0, Danska Telefon: +45 39 17 17 17; Faks: +45 39 17 18 18

E-mail: rc@euro.who.int Web: <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/governance>

Sadržaj

Stranica

Pregled	405
Proces	406
Vremenski slijed i ključna događanja	408
I. dio: Nužnost, kontekst i proces	408
Nužnost	408
Zdravo starenje u Europi: izazovi i mogućnosti	409
Potreba i mogućnost da se djeluje odmah	410
Rukovodeća načela i opseg djelovanja	411
Poveznice	413
Vizija, općenita svrha i ciljevi	415
II. dio: Prioritetna strateška područja djelovanja	416
1. strateško područje djelovanja: Zdravo starenje tijekom životnoga vijeka	416
2. strateško područje djelovanja: Suportivna okružja	418
3. strateško područje djelovanja: Zdravstveni sustavi i sustavi dugoročne skrbi prilagođeni populacijama koje stare	420
4. strateško područje djelovanja: Jačanje baza statističkih pokazatelja i intenziviranje istraživanja	422
III. dio: Prioritetne i suportivne intervencije	425
1. prioritetna intervencija: Sprječavanje mogućnosti pada	425
2. prioritetna intervencija: Promicanje tjelesne aktivnosti	426
3. prioritetna intervencija: Procjepljivanje osoba starije životne dobi i prevencija zaraznih bolesti koju se provodi u zdravstvenim ustanovama	427
4. prioritetna intervencija: Potpora javnosti laicima koji skrbe za osobe starije životne dobi, s težištem na kućnoj njezi, uključujući tu i samozbrinjavanje	428
5. prioritetna intervencija: Stvaranje gerijatrijskih i gerontoloških kapaciteta u redovima zdravstvenih i socijalnih radnika	429
1. suportivna intervencija: Sprječavanje društvene izolacije i isključenosti iz društva ..	429
2. suportivna intervencija: Strategije osiguranja kvalitetne skrbi za osobe starije životne dobi, uključujući tu i skrb za dementne osobe i palijativnu skrb za kronične bolesnike	430
3. suportivna intervencija: Sprječavanje zlostavljanja osoba starije životne dobi	431

Pregled

Ovaj dokument započinje opisom procesa pripreme radne verzije i prikazom programa konzultacija provedenih u svezi predložene Strategije zdravoga starenja i akcijskoga plana primjenjivoga na Europu u razdoblju od 2012.-2016. godine. Glavni dio ovoga dokumenta čini prva radna verzija spomenute Strategije i akcijskoga plana.

Ova Strategija i akcijski plan donose prijedlog strateških područja djelovanja i prioriternih intervencija koje će činiti nadopunu Nove europske zdravstvene politike - Zdravlje 2020. Ovo je prva europska strategija koja na dosljedan način združuje sve najvažnije elemente radnoga programa Europskoga ureda SZO-e koji se tiču problematike starenja, i to kroz četiri strateška područja djelovanja i pet prioriternih te tri suportivne intervencije. Akcijski plan zamišljen je kao smjernica državama članicama Europske unije različite prihodovne razine, odnosno različitoga stupnja do sada razvijene politike zbrinjavanja osoba starije životne dobi te različitoga stupnja demografske tranzicije.

Srž ovoga prijedloga čini popis prioriternih intervencija koje, provede li ih se na primjeren način, dokazano poluče brze uspjehe, pri čemu je njihov napredak dostižan i mjerljiv čak i u relativno kratkom vremenskom roku. Štoviše, prednost je dana intervencijama koje su dokazano isplative.

Strategija i akcijski plan izneseni su u tri dijela, pri čemu su temeljna načela njihova osmišljavanja i način prezentacije preuzeti od uspješnoga modela Akcijskoga plana za provedbu europske strategije prevencije i kontrole nezaraznih bolesti u razdoblju od 2012.-2016. godine. U prvome se dijelu govori o nužnosti, utemeljenju i kontekstu ove strategije i akcijskoga plana. U drugome se dijelu predlažu četiri prioriterna područja djelovanja sukladna glavnim crtama radne verzije strategije Zdravlja 2020., koja se oslanjaju na postojeće metodološke alate i instrumente te strateška opredjeljenja i postavljene ciljeve Regionalnoga ureda SZO-e za Europu, što uključuje i metodološke alate i instrumente razvijene na globalnoj razini. U trećemu se dijelu predlaže pet prioriternih i tri suportivne intervencije koje zdravo starenje stavljaju u njegov širi društveni kontekst.

U sljedećoj će radnoj verziji ovoga dokumenta u poglavlju „Upravljanje utemeljeno na rezultatima“ biti obrađeni načini mjerenja uspješnosti provedbe ove strategije i akcijskoga plana te praćenja i nadzora nad njom. Uz već postojeća poglavlja, Strategija i akcijski plan imat će i dva dodatka: jedan u kojemu će biti obrađene **financijske implikacije** i drugi u kojemu će biti nabrojani **dionici**

i partneri kojima politika zdravoga starenja koju će se provoditi u Europi predstavlja primarni interes te će stoga biti uključeni u prateće konzultacije. Uz to, daljnji razvoj Strategije i akcijskoga plana bit će poduprt sažetim dokumentima u kojima će biti navedene činjenice i brojčani podaci o starenju u Europi te date kratke pisane upute i smjernice politike koja se tiče četiriju strateških područja djelovanja.

Proces

Sekretarijat moli Stalni pododbor Regionalnoga odbora SZO-e (SCRC; od eng. Standing Committee of the Regional Committee) da dade smjernice za daljnju doradu ove radne verzije Strategije i akcijskoga plana. Jesu li, primjerice, kriteriji na kojima se temeljilo iskazivanje prioriteta i suportivnih akcija primjereni i sveobuhvatni? Koje su preporuke glede iskazanih prioriteta (smanjenja njihova broja), odnosno eventualnih izmjena i dopuna popisa predloženih akcija koje trebaju provesti SZO i države članice u svakome od četiriju strateških područja djelovanja? Je li popis (i broj) aktivnosti koje treba provesti SZO i onih koje trebaju provesti države članice valjano uravnotežen?

Složenost problematike i politike zdravoga starenja koja zadire u niz raznorodnih sfera, iziskuje konzultacije s nizom dionika i partnera relevantnih za razvoj ove Strategije i akcijskoga plana, tim više što ne postoji strategija starenja novijega datuma proklamirana od strane SZO-e na koju bi se ovaj dokument mogao osloniti i nadgraditi. No, osim „Zdravlja 2020.“, kao uporišta za razvoj ove Strategije služe širok spektar metodoloških alata i instrumenata koje je razvila SZO, nacionalne strategije zdravoga starenja te europske inicijative širokoga obuhvata, što uključuje i organizacije-dionike procesa koje djeluju diljem Europe. U okviru ovoga procesa prikupljena su i saznanja o razvojnim procesima i dostupnim istovjetnim strategijama i akcijskim planovima koji se provode u drugim regijama u nadležnosti SZO-e (Sveamerička zdravstvena organizacija, PAHO; od eng. *Pan American Health Organisation*, Regionalni ured SZO-e zadužen za istočno Sredozemlje, EMRO; od eng. *Eastern Mediterranean Regional Office*).

Pri daljnjim će se revizijama voditi računa o specifičnim potrebama i dosegu strateškoga razvoja problematike zdravoga starenja na globalnoj razini, za koji se očekuje da će ga Izvršni odbor i Skupština SZO-e podržati i odobriti 2012. godine, a koji bi mogao pokrenuti istovjetni proces strateškoga razvoja na globalnoj razini. Ovaj Regionalni ured tijesno će surađivati s kolegama u Središnjem uredu i drugim Regionalnim uredima SZO-e, kako bi se dalo potporu usvajanju politike zdravoga starenja na globalnoj razini, na koju bi ova Europska strategija i akcijski

plan mogli imati utjecaja. Ovaj prijedlog predstavlja dopunu napora koje u ovom cilju na međunarodnoj razini ulažu partnerske organizacije kakve su Europska komisija, Gospodarska komisija UN-a za Europu (UNECE; od eng. *United Nations Economic Commission for Europe*), Organizacija za gospodarsku suradnju i razvoj (OECD; od eng. *Organisation for Economic Cooperation and Development*) i Svjetska banka, a s kojima će Regionalni ured SZO-e tijesno surađivati.

U pripremi i razvoju ove Strategije i akcijskoga plana Regionalni ured napose će surađivati s Europskom komisijom. O mogućnosti zajedničkih akcija, poput onih u strateškom području „Supportivna okružja“, trenutno se raspravlja u okviru donošenja radnoga plana Europske komisije, što je dovelo do EU inicijativa poput posvećivanja godine 2012. problematici aktivnoga starenja i međugeneracijskoj solidarnosti na tlu Europe (*EU European Year 2012 for Active Ageing and Intergenerational Solidarity*) te preliminarnoga europskoga inovativnoga partnerstva u cilju promicanja aktivnoga i zdravoga starenja (*Pilot European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing*). Drugi primjer su pokazatelji zdravoga starenja kojima je svrha nadopuniti *Interaktivni geografski informacijski sustav atlasa zdravstvenih nejednakosti i njihovih društvenih odrednica* (*Interactive Geographical Information System of Atlases on Inequalities in Health and their Social Determinants*), razvijen u suradnji s Glavnim direktoratom za zaštitu zdravlja i zaštitu potrošača (SANCO), kao i razvoj zajedničkoga globalnoga indikatora u suradnji s Eurostatom i, u širem kontekstu, OECD-om.

Strategija i akcijski plan ovoga Regionalnoga ureda osmišljeni su na način da predstavljaju dopunu inicijativama za aktivno starenje koje je pokrenula Europska komisija. Pri ovoj „podjeli poslova“ Europska je komisija usredotočena na problematiku istraživanja, inovacije, tehnologije i tržišta rada te šire društveno-političke aspekte. Ovaj Regionalni ured usredotočit će se na javnozdravstvene aspekte isplativih prioritetnih intervencija kojima se zdravo starenje promiče za trajanja cjelokupnoga životnoga vijeka te na jačanje sustava zdravstvene zaštite, i to stoga što su nužnosti i prioriteti kojima mora odgovoriti ovaj Ured veći te je u okviru svojih ovlasti u mogućnosti povezati se s postojećim globalnim i regionalnim strategijama i akcijskim planovima, poput onih koji se tiču prevencije nezazarnih bolesti koja je od ključnoga značaja za uspješnu provedbu politike zdravoga starenja.

U okviru ove Strategije i akcijskoga plana, ovaj Regionalni ured će se u svome radu nadalje usredotočiti na države koje nisu članice EU-e, među kojima je velik broj onih koje će se u skorjoj budućnosti suočiti s problemom rapidnoga starenja populacije, ali pritom još uvijek imaju šansu svoje zdravstvene sustave i sustave socijalne skrbi prirediti za takav razvoj događaja i prilagoditi ih potrebama

populacija koje stare, koristeći pritom primjere dobre prakse i iskustva drugih država, čiju će razmjenu ovaj Regionalni ured pripomoći i potaknuti.

Vremenski slijed i ključna događanja

U ovome se odlomku predlažu vremenski slijed i ključna događanja sukladna programu rada i rasporedu sastanaka SCRC-a, o kojima će se raspraviti u okviru širega konzultacijskoga procesa.

Rujan/Listopad 2011.: Odabir koautora dokumenta, dostavljanje usklađenih programa rada na kojima valja temeljiti obole pojedinim strateškim područjima; prva cjelovita radna verzija

14.-15. studeni 2011.: Prva konzultacija s SCRC-om u Stockholmu

Siječanj 2012.: Druga potpuna radna verzija predviđena za podastiranje na sastanku SCRC-a u ožujku i regionalnom konzultacijskom sastanku u veljači

U tjednu od 20. veljače: Regionalni konzultacijski sastanak s nacionalnim referalnim centrima (*focal points*) održan u Kopenhagenu

Veljača do sredine travnja 2011.: Konzultacije putem Interneta

Ožujak 2011.: Konzultacije sa SCRC-om oko druge radne verzije dokumenta

Sredina svibnja 2012.: 3. revidirana verzija priređena za SCRC

Sredina lipnja 2012.: Završna radna verzija priređena za RC62

10.-14. rujan 2012.: Presentiranje državama članicama/usvajanje od strane država članica tijekom sastanka Regionalnoga odbora RC62 na Malti

I. dio: Nužnost, kontekst i proces

Nužnost

Na svojoj 61. sjednici održanoj u rujnu 2011. godine, Regionalni odbor potvrdio je nužnost razvoja nove *Europske zdravstvene politike, zdravlje 2020.* koja će se “napose usredotočiti na politiku i intervencije koje su djelotvorne i u najvećoj mjeri pozitivno utječu na zdravlje i blagostanje stanovništva Regije”.

Valjane politike zdravoga starenja neophodne su za ostvarivanje ciljeva „Zdravlja 2020.“, postavljenih u odgovor na brzo starenje populacije koja naseljava europski prostor pod nadležnošću SZO-e, kao i druga bitna zdravstvena i društvena pitanja i izazove prepoznate i navedene u „Zdravlju 2020.“, poput povećane potrebe za

međusektorskim djelovanjem u cilju ostvarenja javnozdravstvenih ciljeva i borbe protiv nezaraznih bolesti epidemijskih razmjera kojima smo svjedokom u ovoj regiji. Politike zdravoga starenja ključne su za prevenciju bolesti, invalidnosti i izostanka blagostanja s kojima se učestalo susreće u starijim dobnim skupinama.

Sve veći broj dokaza govori u prilog tome da se u cilju stvaranja zdravstvenoga sustava usredotočenoga na bolesnika i prilagođenoga potrebama osoba starije životne dobi, dade učiniti puno više negoli do sada, kako bi se ovim dobnim skupinama omogućilo bolju „pokrivenost“ sustavom zdravstvene zaštite i olakšalo pristup javnozdravstvenim službama. Zdravo starenje uistinu je od presudnoga značaja za buduću održivost sadašnjih razina bogatstva i socijalne zaštite, što uključuje i doprinos obitelji i dobrovoljni rad, a isto tako i za stvaranje uvjeta za udovoljavanje specifičnim potrebama radničke populacije Europe koja se suočava s problemom starenja.

Osim na „Zdravlje 2020.“, radna verzija ove strategije i akcijskoga plana oslanja se i na niz relevantnih rezolucija i na ranija postignuća kako na globalnoj razini, tako i na razini europske regije. Godine 1999., Skupština Svjetske zdravstvene organizacije je u svojoj rezoluciji WHA52.7 o aktivnom starenju, države članice pozvala da svojim stanovnicima starije životne dobi osiguraju najviši dostižni stupanj zdravlja i socijalnog blagostanja, dok je u svojoj nedavno donesenoj rezoluciji WHA58.16 jedno od težišta stavila i na razvoj službi primarne zdravstvene zaštite naklonjenih osobama starije životne dobi.

Uz to, Generalna skupština Ujedinjenih naroda je u nekoliko svojih rezolucija (58/134 i 59/150) vladama, organizacijama Ujedinjenih naroda i drugim dionicima procesa uputila poziv da u svoje programe rada uključe problematiku i aspekte relevantne za osobe starije životne dobi. Na *Drugoj globalnoj skupštini o starenju* održanoj u Madridu, Španjolska, godine 2002., usvojen je Madridski međunarodni akcijski plan posvećen starenju (MIPAA; od eng. *Madrid International Plan of Action on Ageing*). Kao doprinos tome sastanku, SZO je razvila dokument nazvan *Aktivno starenje: okvirna politika*. Iste godine, na ministarskoj konferenciji UNECE-a posvećenog starenju i održanoj u Berlinu, usvojena je Regionalna strategija provedbe MIPPA-a u Europi.

Zdravo starenje u Europi: izazovi i mogućnosti

Medijan dobi stanovništva koje naseljava europsku regiju najveći je na svijetu. Stanovništvo niza europskih zemalja uistinu ima tu privilegiju da je očekivano trajanje života njegovih pripadnika jedno od najduljih na svijetu. No trendovi porasta dugovječnosti su nejednoliki, a jaz između i unutar država europske regije neprestance se produbljuje. Dok velik broj ljudi ne samo da živi dulje,

već i zdravije, postoje brojne važne dvojbe i nedoumice glede zdravstvenih perspektiva i funkcionalnoga stanja stanovništva koje stari, što nameće potrebu dobro utemeljenih javnozdravstvenih politika koje bi pozitivne trendove zdravoga starenja učinile održivima i u budućnosti.

Nadalje, radno-aktivno stanovništvo brojnih zapadnoeuropskih zemalja rapidno stari, a predviđa se da će udio ovisne (neproduktivne) u odnosu na radno-aktivnu (produktivnu) populaciju rasti do neslučenih razmjera. Stanovništvo ubrzano stari i u zemljama istočne Europe i zemljama članicama Zajednice nezavisnih država (CIS; od eng. *Commonwealth of Independent States*), u kojima se za manje od dva desetljeća predviđa porast medijana životne dobi od 10 godina.

U odgovor na globalne trendove starenja, SZO zdravo i aktivno starenje definira kao proces koji „ljudima omogućuje da svoja stremljenja ka postizanju tjelesnoga, društvenoga i duševnoga blagostanja ostvaruju za trajanja cijeloga životnoga vijeka te da sudjeluju u društvenim zbivanjima, osiguravajući im u isto vrijeme, kada im je to potrebno, odgovarajuću zaštitu, sigurnost i skrb.”

Zdravo starenje stoga ima nekoliko dimenzija:

- Ono je odgovor na narasle potrebe i očekivanja ostarjele populacije vezane uz poboljšanje razine zdravlja, zdravstvene i socijalne zaštite; ova očekivanja vezana su uz zdravstvene i socijalne službe.
- Ono uzima u obzir sve veći broj dokaza o nedostatnostima i manjkavostima kvalitete i dostupnosti nadležnih službi.
- Zdravo starenje iznimno je velik doprinos otklanjanju izrazitih razlika u zdravstvenom stanju i stupnju blagostanja koje postoje između država Regije i pojedinih socioekonomskih skupina.
- Zdravo starenje ostvaruje međudjelovanje s političkim konceptima, a u cilju sprječavanja rizika osiromašenja osoba starije životne dobi koji je u Europi i nadalje vrlo raširen.

Potreba i mogućnost da se djeluje odmah

Združeni učinci sve manjih šansi za demografski prosperitet i negativnih gospodarskih perspektiva posljedičnih sadašnjoj fiskalnoj krizi, kojima smo svjedoci u nizu zemalja, učinili su provedbu politika aktivnoga starenja još hitnijom. Mnoge države već su započele provoditi takvu politiku, a njezina provedba potpomognuta je nizom metodoloških alata i instrumenata relevantnih za zdravo starenje koje je razvila SZO, poput onih koji se koriste u svrhu prevencije i kontrole nezaraznih bolesti te jačanja pozicije javnozdravstvenih službi i sustava zdravstvene zaštite, a čiji jednoobrazni radni okvir čini „Zdravlje 2020“.

U brojnim slučajevima ipak i nadalje postoji šansa za demografski prosperitet, uz dosizanje vršnoga udjela radno-aktivne populacije u bliskoj budućnosti. Odlaganje provedbe politika zdravoga starenja u sadašnjim vremenima gospodarske krize, dugoročno se može pokazati skupljim i zapravo kontraproduktivnim za održivost politika blagostanja sagledanih na širem planu.

S druge, „svjetlije“ strane, kako se u Europi na ovom području provodi čitav niz inovativnih političkih inicijativa, saznanja i dokazi o njihovoj djelotvornosti iz dana u dan su sve brojniji. Ova Strategija i akcijski plan imaju za cilj dati radni okvir koji će omogućiti učinkovitije preuzimanje mjera dokazano djelotvornih na području problematike starenja, uključujući tu i isplative intervencije kakve su strategije prevencije bolesti prilagođene ciljnim dobnim skupinama.

Ova Strategija i akcijski plan razvijat će se u vremenima kada se problematika zdravoga starenja nalazi na visokome mjestu ljestvica prioriteta iskazanih u programima političkoga djelovanja kako u Europi, tako i u svijetu. Godine 2012. bilježi se 10. obljetnica donošenja Madridskoga međunarodnoga akcijskoga plana posvećenoga starenju koji su usvojili Ujedinjeni narodi te 30. obljetnica prvoga Međunarodnoga akcijskoga plana posvećenoga starenju. Na razini Europske unije predviđeno je da godina 2012. bude obilježena kao Europska godina posvećena zdravome starenju i solidarnosti među generacijama. Ova Strategija i akcijski plan činit će srž aktivnosti koje će ovaj Regionalni ured SZO-e poduzeti u odgovor na poziv Europske komisije upućen svim partnerima angažiranim na području problematike aktivnoga i zdravoga starenja, da u godinama koje dolaze udruže snage u ostvarenju zajedničkih ciljeva.

Rukovodeća načela i opseg djelovanja

Rukovodeća načela

Strategija će se osnivati na temeljnim načelima iskazanim u gore-navedenim dokumentima globalne naravi i dokumentima usvojenim na razini europske regije. Nadalje, uz načela usvojena i iskazana u dokumentu „Zdravlje 2020.“, ova strategija rukovodit će se temeljnim vrijednostima na kojima počivaju načela Ujedinjenih naroda primjenjiva na osobe starije životne dobi (*United Nations Principles for Older Persons*). Druga ključna rukovodeća načela su kako slijedi:

- **Pristupi koji podrazumijevaju aktivno sudjelovanje:** Uključivanje osoba starije životne dobi u kreiranje politike i njezino vrednovanje, pokazuje se ključnim za osmišljavanje uspješnih inicijativa i njihovu provedbu
- **Osnaživanje uloge lokalne zajednice i bolesnika:** Aktivno uključivanje lokalne zajednice, dobrovoljne inicijative i skrb koju pružaju laici ključni su za uspjeh strategija zdravoga starenja.

- **Potreba za međusektorskim djelovanjem:** Društvene odrednice zdravoga starenja, ali i odgovornost za skrb za osobe starije životne dobi te razvijanje strategije zdravoga starenja i rukovođenje njezinom provedbom, obično su zajednička zadaća i odgovornost ministarstava zdravstva i drugih nadležnih tijela, u pravilu različito pozicioniranih na hijerarhijskoj ljestvici državne uprave. Uz to, u ovu su problematiku uključeni i drugi dionici i dobrovoljne aktivnosti na različitim razinama.
- **Uvažavanje specifičnosti vezanih uz spol:** U starijoj životnoj dobi postoje važne razlike u ulogama i iskustvima muškaraca u odnosu na žene. Žene mogu biti značajnije pogođene samačkim životom i siromaštvom „pod stare dane“, a dio života koji provode uz neki oblik funkcionalnoga ograničenja u prosjeku je dulji negoli u muškaraca. U isto vrijeme, velika većina pružatelja kako profesionalnih, tako i laičkih oblika skrbi upravo su žene, koje su, čak i kada se vodi računa o njihovoj u prosjeku višoj životnoj dobi, nedvojbeno ujedno i češće one o kojima se skrbi. Ovi i drugi aspekti iziskuju da se pri osmišljavanju politika zdravoga starenja uvažavaju specifikumi vezani uz spol, i to u svim područjima strateškoga djelovanja i svim oblicima prioritarnih intervencija.
- **Težište na jednakosti uz posvećivanje posebne pozornost vulnerabilnim, odnosno zaknutim skupinama starijih osoba:** Nejednakosti se gomilaju tijekom života. Politike zdravoga starenja stoga doprinose zatvaranju jaza nastaloga zbog razlika povezanih sa zdravstvenim stanjem.
- **Održivost i ograničenost resursa:** Ono što zabrinjava velik broj država koje trenutno provode reformu svojih zdravstvenih sustava i svoje javnozdravstvene službe prilagođavaju potrebama stanovništva starije životne dobi, jest fiskalna održivost. Isplativost i pitanja održivosti, kao i politike primjenjive na države bilo koje prihodovne razine, stoga čine važna mjerila kojima se rukovodilo pri osmišljavanju ove Strategije i akcijskoga plana.

Opseg djelovanja

Opseg ove Strategije i akcijskoga plana osmišljen je dvosmjerno:

Četiri predložena prioritarna područja djelovanja prilično sveobuhvatno „pokrivaju“ političke aspekte zdravoga starenja; ona su slijednici ranije predloženih strateških pristupa, poput onoga „Aktivno starenje: okvirna politika“ koji datira iz 2002. godine.

Pet prioriternih i tri suportivne intervencije odabrane su u nakani da se odrede prioriteti i odabere akcije koje:

- su u europskoj regiji ostvarive u ograničenom vremenskom razdoblju;
- su relevantne za države svih prihodovnih razina, bez obzira na stupanj razvijenosti politika zdravoga starenja;
- prema dostupnim bazama podataka, imaju značajan utjecaj na zdravlje i blagostanje osoba starije životne dobi;
- omogućuju premošćivanje najdubljih jazova u dostupnosti kvalitetnih i učinkovitih intervencija;
- predstavljaju odraz i odgovor na glavne razloge za zabrinutost koju redovito iskazuju bolesničke skupine, obitelji osoba kojima je potrebna njega i skrb i druge relevantne interesne skupine;
- su dokazano isplative;
- dokazano opravdavaju usklađeni odgovor relevantnih društvenih čimbenika na ovu problematiku koja društvu predstavlja teret, i to korištenjem učinkovitih metodoloških alata koje je moguće prilagoditi specifičnim potrebama pojedinih država, bez obzira na dosegnuti stupanj njihova razvoja.
- Nužno je osmisliti globalne i regionalne strategije koje će udovoljiti potrebama država članica.

Poveznice

Zdravo starenje je problematika koja zadire u brojne raznorodne sfere te je povezana s nizom drugih strateških područja i postojećih akcijskih planova. Razinu zdravlja i blagostanja osoba starije životne dobi može se iz temelja promijeniti i značajno unaprijediti ukoliko se pri provedbi ovakvih akcijskih planova vodi računa o specifičnim potrebama ove populacije, njihovim problemima i razlozima za zabrinutost te zaprekama koje moraju premostiti da bi im nadležne službe postale dostupne.

Neke od glavnih poveznica navedene su u odlomcima koji slijede.

Nezarazne bolesti

Očigledno je da se programi prevencije i kontrole nezaraznih bolesti i strategije zdravoga starenja koje se provode tijekom životnoga vijeka uvelike preklapaju. U teme i probleme od zajedničkoga interesa (često navedene u nacionalnim strategijama) spadaju: prehrana i pretilost; tjelesna aktivnost i tjelovježba; uživanje duhana i alkohola. Težište prvoga od strateških područja djelovanja predloženih u

ovome dokumentu, usmjereno je na nezarazne bolesti, pri čemu pristupe njihovoj prevenciji i kontroli valja prilagoditi specifikumima osoba starije životne dobi.

Duševne bolesti

Duševno zdravlje predstavlja ključni, često zapostavljeni aspekt zdravstvene i društvene skrbi za osobe starije životne dobi, uključujući tu i preventivne aktivnosti. Radna verzija Akcijskoga plana posvećenoga duševnom zdravlju koju je sačinio ovaj Regionalni ured, trenutno je u postupku revizije tijekom kojega se provode konzultacije s državama članicama koje se već bave ovom problematikom. Duševno zdravlje kao jedan od aspekata zdravoga starenja, predstavlja problematiku koja zadire u raznorodne sfere, a u ovoj joj je Strategiji i akcijskome planu posvećen niz aktivnosti i prioritetnih intervencija.

Prevenција nasilja i ozljeđivanja

Ozljeđe su značajnim razlogom obolijevanja i onesposobljenosti koji opterećuju osobe starije životne dobi, napose kada je riječ o najstarijim dobnim skupinama. Zlostavljanje vremesnih osoba problem je kojemu je više pozornosti posvećeno tek tijekom posljednjega desetljeća, a danas predstavlja područje intenzivne razmjene međunarodnih saznanja i iskustava u kojoj SZO kontinuirano igra značajnu ulogu.

Zarazne bolesti

Saznanja o dobrobiti provođenja valjanih strategija procjeppljivanja osoba starije životne dobi (napose strategija procjeppljivanja protiv gripe i upale pluća) sve su brojnija, a njihovo uvažavanje sve veće. Dobrobiti ovih strategija ne očituju se samo na razini ostarjele populacije, već i na razini zdravstvenoga osoblja i socijalnih radnika koji s njima dolaze u doticaj. Shodno navedenom, jedna takva prioritetna intervencija predložena je i u ovome akcijskome planu.

Jačanje sustava zdravstvene zaštite

Složene zdravstvene potrebe i potrebe za skrbi koje imaju kronični bolesnici starije životne dobi, iziskuju pružanje dobro koordiniranih i visokokvalitetnih usluga namijenjenih ovoj populacijskoj skupini. Središnja zadaća procesa osnaživanja zdravstvenih sustava i njihova prilagođavanja potrebama osoba starije životne dobi, jest osmišljavanje odgovarajućih strategija reforme istodobnim povećanjem vrijednosti novca i mjerama koje financiranje sustava zdravstvene zaštite čine održivim.

Vizija, općenita svrha i ciljevi

Vizija

Europska regija pod nadležnošću SZO-e, naklonjena osobama starije životne dobi, u kojoj pripadnici svih dobnih skupina uživaju dobrobiti suportivnoga, prilagođenoga društvenoga okruženja te s pravom mogu očekivati visokokvalitetne, njihovim potrebama prilagođene, dobro koordinirane zdravstvene usluge i usluge socijalne skrbi, pružene kako potrebitim osobama, tako i njihovim obiteljima koje im za čitavoga životnoga vijeka omogućuju da održe najvišu moguću razinu zdravlja i funkcionalnih sposobnosti te da dostojno žive i dostojno preminu.

Ciljevi

- Omogućiti većem broju ljudi da dulje žive bez zdravstvenih tegoba i suprotstaviti se sve većim nejednakostima koje se javljaju u starijoj životnoj dobi;
- Osobama kojima je potrebna njega i potpora omogućiti veću dostupnost kvalitetnih službi zdravstvene zaštite i socijalnih službi, kako bi se očekivano trajanje života u dobrom zdravlju u većoj mjeri ujednačilo kako unutar država članica, tako i među njima;
- Osobama starije životne dobi omogućiti da i nadalje budu u potpunosti uključene u društvo i da žive dostojanstveno, neovisno o njihovom zdravstvenom stanju i stupnju ovisnosti o drugim osobama;
- Doprinijeti nadilaženju bilo kakvih oblika diskriminacije po dobi i stereotipnih shvaćanja starenja.

Svrha

- Promicati poticajna okruženja i omogućiti da se aktivnosti usmjerene na promidžbu zdravlja i sprječavanje bolesti djelovanjem na čimbenike rizika svojstvene osobama starije životne dobi, sagleda i shvati kao aktivnosti koje valja provoditi za cijeloga životnoga vijeka;
- O snažiti zdravstvene sustave tako da omogućće zdravo starenje te osobama starije životne dobi ponude kvalitetniju i pravičniju zdravstvenu i socijalnu skrb;
- O snažiti baze podataka o zdravstvenim politikama i politikama socijalne skrbi koju se populacijama koje stare pruža u Europi.

II. dio: Prioritetna strateška područja djelovanja

Četiri nastavno navedena prioritetna područja djelovanja međusobno se nadopunjuju i na više su načina povezana s drugim strategijama i akcijskim planovima SZO-e s kojima se također nadopunjuju i međusobno osnažuju (takav jedan plan jest, primjerice, akcijski plan prevencije i kontrole nezaraznih bolesti). Ona su odraz specifične potrebe SZO-e za stvaranjem veće europske regije sastavljene od zemalja čije se stanovništvo nalazi u različitim stadijima starenja. Ona se u konačnici temelje i oslanjaju na ranije radne okvire koje je podastrla SZO, konkretno na okvirni program iz 2002. godine nazvan „Zdravo starenje: radni okvir za akciju“ i inicijative koje su države članice rado preuzimale. Najbolji primjer ovakvih inicijativa jest pokret „Gradovi naklonjeni osobama starije životne dobi“.

1. strateško područje djelovanja: Zdravo starenje tijekom životnoga vijeka

Utemeljenje

Zdravstveno stanje i stupanj aktivnosti u starijoj životnoj dobi, rezultat su načina življenja i aktivnosti koje pojedinac poduzima za cjelokupnoga životnoga vijeka. Pristup zdravome starenju koji podrazumijeva kontinuirana doživotna nastojanja, potiče ljude da utječu na to kako će starjeti time što zdravije načine življenja usvajaju već u mlađoj životnoj dobi te time što se prilagođavaju promjenama vezanim uz dob.

Težište ove Strategije i akcijskoga plana stavljeno je na intervencije namijenjene osobama „ranije starije dobi“, dakle osobama starijim od 50 godina, kao i na prevenciju, uključujući tu i sekundarnu i tercijarnu prevenciju koja se provodi u starijih dobnih skupina. Sve je veći broj dokaza da se promidžba zdravlja i zdravstveni odgoj te prevencija bolesti provode u nedostatnoj mjeri, što vrijedi i za sekundarnu prevenciju koja u starijim dobnim skupinama može biti kako učinkovita, tako i isplativa.

U nacionalnim strategijama i akcijskim radnim programima, zdravo starenje obično podrazumijeva intervencije usmjerene na prevenciju i kontrolu niza nezaraznih bolesti, njihovih odrednica i čimbenika rizika koji su s njima najčešće povezani, pri čemu se posebnu pozornost poklanja smjernicama namijenjenim osobama starije životne dobi koje se tiču prehrane, tjelesne aktivnosti, sigurnoga okružja, prestanka pušenja, konzumacije alkohola, pretilosti, vida i sluha te duševnoga zdravlja. Sva ova tematska područja obrađena su u specifičnim odnosnim strategijama i akcijskim planovima koji se provode na regionalnoj i globalnoj razini, a četiri glavne nezarazne bolesti i s njima povezani rizični čimbenici detaljno su obrađeni u nedavno donesenom Akcijskom planu provedbe

europske strategije prevencije i kontrole nezaraznih bolesti, primjenjivom na razdoblje od 2012.-2016. godine.

Stoga su ova strategija i akcijski plan usredotočeni na nekoliko prioriternih intervencija, čime se izbjegava ponavljanje ključnih sastavnica postojećih strategija, primjerice „Okvirne konvencije o kontroli uživanja duhana“ (FCTC; od eng. *Framework Convention on Tobacco Control*), strategije borbe protiv prekomjernog

uživanja alkohola i strategije očuvanja duševnoga zdravlja, pri čemu se imalo na umu važnost dostatnoga uključivanja zdravstvenih aspekata svojstvenih osobama starije životne dobi u provedbu spomenutih strategija, što u praksi nije uvijek slučaj (primjeri za to su gotovo sveprisutna nedostatnost odgovarajućega probira, akcija otkrivanja i susljednoga liječenja tuberkuloze, HIV-a/AIDS-a, odnosno depresije u osoba starije životne dobi).

U okviru ove Strategije i akcijskoga plana, jasno težište ovoga strateškoga područja djelovanja usmjereno je na:

1. Usredotočenje politike zdravoga starenja na sve relevantne aktivnosti koje imaju za cilj promidžbu zdravlja, zdravstveni odgoj i prevenciju bolesti te
2. Povećanje broja osoba starije životne dobi obuhvaćenih ciljanim prioriternim intervencijama i povećanje dostupnosti ovih intervencija starijim osobama.

Ciljevi

Ustrojavanje službi zaduženih za promicanje zdravlja, zdravstveni odgoj i prevenciju bolesti u cilju postizanja zdravoga starenja, poglavito namijenjenih odraslim osobama starijim od 50 godina (osobama rane starije dobi).

Aktivnosti koje će poduzeti SZO

- Načiniti smjernice za korištenje znanstveno utemeljenih oblika promicanja zdravlja i ustrojavanje zdravstvenih službi ciljano namijenjenih osobama starijim od 50 godina, utemeljene na primjerima dobre prakse država članica, s težištem na nezaraznim bolestima, bolestima čiju se pojavu može spriječiti procjepivanjem, ozljedama i duševnome zdravlju.
- Osigurati utemeljenje politike zdravoga starenja na postojećim regionalnim aktivnostima usmjerenim na promidžbu zdravlja, zdravstveni odgoj i prevenciju bolesti, uključujući tu i međusektorsku politiku, i to unutar ukupnoga radnoga okvira nazvanoga „Zdravlje 2020.“. Pobrinuti se za to da se pri provedbi relevantnih regionalnih akcijskih planova u potpunosti povede računa o specifičnim potrebama osoba starije životne dobi.
- Osigurati metodološke alate koje valja koristiti pri praćenju aspekata provedbe vezanih uz spol, primjerice specifičnosti svojstvenih ženama

(uravnoteženje obveza koje nameće radno mjesto i obveza u kućanstvu, samozbrinjavanje i zaštita i samozaštita zdravlja) te pri praćenju niza rizičnih čimbenika kojima su izložene osobe starije od 50 godina.

- Pomoći državama članicama da razviju instrumente vrednovanja i praćenja provedbe politika zdravoga starenja kroz preventivne aktivnosti i službe koje promiču zdravlje i provode zdravstveni odgoj te poticati međusobnu razmjenu iskustava, učenje iz iskustava drugih država i međusobne usporedbe rezultata.
- U izvješću o regionalnim aktivnostima koje valja podastrijeti do 2016. godine, izvijestiti o napretku ostvarenom u pojedinoj državi glede provedbe specifičnih mjera predviđenih u ovome području djelovanja.
- Razviti metodološke alate usmjerene na povećanje saznanja i svijesti osoba starijih od 50 godina o njihovim pravima i mogućnostima uključivanja u aktivnosti (i pristupa službama) koje su usmjerene na prevenciju bolesti i zdravstveni odgoj te metodološke alate kojima se potiče zdravstveno „opismenjavanje“ ovih dobnih skupina u za njih relevantnim zdravstvenim područjima.

Aktivnosti koje će poduzeti države članice

- Pri provedbi aktivnosti koje su se obvezale provesti u okviru strateškoga područja djelovanja „Promicanje zdravlja i prevencija bolesti“, predviđenoga akcijskim planom suzbijanja i kontrole nezaraznih bolesti, posebnu pozornost posvetiti potrebama i posebnim rizicima s kojima se suočavaju osobe starije od 50 godina.
- Obuhvat preventivnih aktivnosti proširiti na najstarije dobne i posebne populacijske skupine. Osigurati da osobama ograničenih funkcijskih kapaciteta koje žive bilo kod kuće, bilo u odgovarajućim institucijama, ne bude onemogućen pristup ovim službama, odnosno da taj pristup ne bude otežan brojnim njima gotovo nepremostivim zaprekama, uključujući tu i zapreke financijske naravi.
- Osnažiti ili ustrojiti sustave nadzora i posebne istraživačke programe, kako bi se pratilo proces preuzimanja smjernica SZO-e, ishode njihove primjene u praksi i društvene odrednice uspješnosti ovakvih akcija.

2. strateško područje djelovanja: Suportivna okružja

Utemeljenje

Suportivno okružje osigurano na razini zajednice, ujedno osigurava postojanje važnih društvenih odrednica zdravoga starenja. Stvaranje zdravih i suportivnih okružja koja osiguravaju zdravlje i blagostanje svih dobnih skupina, istaknuto je

kao jedan od ciljeva/rukovodećih načela „Zdravlja 2020“. Kada je riječ o osobama starije životne dobi, ovo se napose odnosi na okolišne čimbenike u smislu građevinsko-arhitektonskoga okoliša, transporta, potpore aktivnom sudjelovanju u društvenim zbivanjima i uključenosti u društvo, kao i na komunikaciju i informiranost. Uz to, važne odluke koje izravno utječu na rad zdravstvenih i socijalnih službi namijenjenih osobama starije životne dobi, obično se donose na lokalnoj razini. Međutim, razlikama u mogućnosti zdravoga starenja moguće je učinkovito se pozabaviti i na razini zajednice.

Posljednjih su se godina u gradovima pojavili i razvili dojmpljivi vertikalno ustrojeni pokreti koji u svojim nastojanjima donošenja politike i iznalaženja metodoloških alata koji će ih učiniti gradovima u većoj mjeri naklonjenim osobama starije životne dobi, streme uspostavljanju međusobne suradnje i suradnje sa SZO-om. U ovom su kontekstu osmišljeni i usvojeni strukturirani metodološki alati i postupci samo-vrednovanja te načina nadzora i praćenja, koji osobama starije životne dobi i njihovim predstavnicima osiguravaju ključnu ulogu u osmišljavanju i provedbi istih. U europskoj regiji ovakav vid potpore osigurava Mreža zdravih gradova koji omogućuju zdravo starenje, koju je uspostavila SZO (*WHO Healthy Cities Subnetwork on Healthy Ageing*). Ženevski ured SZO-e uspostavio je globalnu mrežu gradova naklonjenih osobama starije životne dobi, a nedavno je započeo proces usklađivanja i uspostavljanja suradnje između ovih dvaju inicijativa, kako bi se istražilo mogućnost njihova sinergijskoga djelovanja i združilo resurse koji SZO-i stoje na raspolaganju.

Ciljevi

U proces razvijanja strategija preinačivanja gradova u gradove u još većoj mjeri naklonjene osobama starije životne dobi uključiti još veći broj gradova, osobama starije životne dobi osigurati suportivna okružja kako bi se zaštitilo njihovo zdravlje i blagostanje te poticati uključivanje osoba starije životne dobi u rad njihovih lokalnih zajednica, omogućujući im da igraju aktivnu ulogu u oblikovanju njihova društvenog okruženja i kreiranju lokalne politike kojom se uređuju pitanja relevantna za starije dobne skupine.

Aktivnosti koje će poduzeti SZO

- Doprinijeti daljnjem razvoju metodoloških alata koji se koriste pri vrednovanju te smjernica za stvaranje suportivnoga okoliša na razini grada/ lokalne zajednice, utemeljenih na postojećim metodološkim alatima koje su osmislili i kojima se služe Regionalni i Središnji ured SZO-e.
- Provjeriti korisnost „Mogućnosti zdravoga starenja“ za planiranje na razini zajednice, primjerice korisnost smjernica utemeljenih na dokumentu SZO Europa, osmišljenom kao smjernica i metodološki alat koji valja koristiti pri kreiranju zdravstvene politike i nazvanom “Mogućnosti zdravoga

starenja: Smjernice za prikupljanje saznanja o zdravstvenom stanju lokalne populacije starije životne dobi“ (koji datira iz 2008. godine). Temeljem ovoga pregleda, radna verzija izmijenjenih i dopunjenih smjernica bit će spremna za objavljivanje do godine 2013.

- U suradnji s gradovima koji već sudjeluju u ovome pokretu, ojačati rukovodeću poziciju SZO-e u europskim gradovima naklonjenim osobama starije životne dobi, i to u suradnji s globalnom mrežom takvih gradova.

Aktivnosti koje će poduzeti države članice

- Poticati i zagovarati preuzimanje modela i sudjelovanje u pokretu gradova naklonjenih osobama starije životne dobi.
- Dati potporu jednoobraznim pristupima lokalnim sustavima vrednovanja i jednoobraznom prikupljanju podataka o zdravstvenom stanju ostarjele populacije na lokalnoj razini, a u suradnji sa SZO-om.

3. strateško područje djelovanja: Zdravstveni sustavi i sustavi dugoročne skrbi prilagođeni populacijama koje stare

Utemeljenje

U nastojanju da dođu u doticaj sa službama koje će im omogućiti kvalitetnu zdravstvenu zaštitu i dugoročnu skrb, osobe starije životne dobi i prečesto nailaze na važne zapreke u kakve spada i sudjelovanje u podmirivanju troškova zdravstvene zaštite vlastitim novcem. U brojnim slučajevima, zdravstveni sustavi se u svojim nastojanjima na nadiđu dobnu diskriminaciju i stvore odgovarajuće ljudske i financijske resurse koji će im omogućiti da udovolje rastućim potrebama populacija koje stare, susreću s brojnim izazovima. U ovom je kontekstu od posebnoga značaja obučiti dostatan broj zdravstvenih djelatnika, kako bi isti usvojili odgovarajuća znanja iz područja gerijatrije i gerontologije.

S druge, „svjetlije“ strane, valja istaći da postoji sve veći broj dokaza koji svjedoče o učinkovitim i isplativim načinima skrbi za starije osobe, uključujući tu i granična područja koja zadiru kako u domenu zdravstvene zaštite, tako i u domenu zdravstvene skrbi. Upravo ta granična područja predstavljaju operativne prostore koji nude mogućnosti unaprjeđenja međusektorske suradnje i suradnje tijela državne uprave različitih razina.

Pravodobno djelovanje kojim se nastoji preduhitriti moguće buduće nestašice ljudskih resursa te povećanje učinkovitosti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi koju se pruža osobama starije životne dobi, uključujući tu i povećanje dostupnosti primarne i sekundarne prevencije, predstavljaju ulaganja od vitalne važnosti koja

u budućnosti mogu doprinijeti održivosti javnoga financiranja zdravstvenoga sustava kao aspekta koji u vremenima rastuće gospodarske nesigurnosti i fiskalnih ograničenja postaje jednim od gorućih pitanja.

Ovo područje strateškoga djelovanja na značajan je način povezano s osnaživanjem kapaciteta zdravstvenih sustava u borbi protiv nezaraznih i kroničnih bolesti te s uspostavljanjem mehanizama koordinacije zdravstvene zaštite, s kojima ostvaruje sinergijske učinke. Sve naprijed spomenute aktivnosti moraju biti osmišljene na način da udovoljavaju posebnim potrebama osoba starije životne dobi, uključujući tu i potrebe najstarijih dobnih skupina i potrebe osoba suočenih s opadanjem vlastitih duševnih sposobnosti.

Cilj

Osnažiti kapacitete zdravstvenih sustava kako bi mogli udovoljiti potrebama stanovništva koje stari i poboljšati razinu zdravlja i stupanj blagostanja osoba starije životne dobi osiguravanjem odgovarajućih službi i mehanizama financijske i socijalne zaštite, kako bi takve osobe mogle sačuvati zdravlje i bile sposobne živjeti bez tuđe pomoći onoliko dugo koliko je to moguće. Spriječiti da zdravstvene i funkcijske tegobe budu razlogom isključenosti iz društva.

Aktivnosti koje će poduzeti SZO

- Doprinijeti istraživanju, dokumentiranju i širenju saznanja o primjerima dobre prakse inovativnih modela financiranja i koordiniranoga pružanja usluga osobama starije životne dobi, napose onih koji se nalaze na međašu sustava zdravstvene zaštite i sustava socijalne skrbi.
- Doprinijeti sintetiziranju i širenju saznanja o primjerima dobre prakse provođenja kvalitetnih inicijativa usmjerenih ka unaprjeđenju zdravstvene zaštite i socijalne skrbi koju se pruža osobama starije životne dobi.
- Dokumentirati i vrednovati inovacije u pristupu informacijama i pružanju usluga osobama starije životne dobi, uključujući tu i zdravstvene savjete putem Interneta (*eHealth*) kojima se podupiru nastojanja da osobe s funkcijskim ograničenjima žive u zajednici onoliko dugo koliko je to moguće.
- Širiti saznanja o primjerima dobre prakse osmišljavanja nacionalnih strategija starenja, s posebnim težištem na aspektima specifičnim za spol te ljudskim pravima osoba starije životne dobi.
- Integrirati sve aspekte planiranja i osnaživanja ljudskih resursa specifično ustrojenih na način da mogu udovoljiti potrebama populacija koje stare, u sve metodološke alate koji se općenito koriste pri planiranju ljudskih resursa, kao i u sve instrumente praćenja rezultata takvoga planiranja.
- Istražiti sinergije koje se ostvaruju s prioritarnim strateškim područjem djelovanja zacrtanim u sklopu akcijskoga plana prevencije i kontrole

nezaraznih bolesti, napose one koje se tiču koordinacije zaštite i skrbi koju se pruža kroničnim bolesnicima.

Aktivnosti koje će poduzeti države članice

- Poticati zdravstveno „opismenjavanje“ osoba starije životne dobi i njihovih obitelji te rad mreža volonterskih organizacija koje pružaju potporu takvim nastojanjima.
- Ustrojiti suportivne mjere kojima se podupire pružanje skrbi u vlastitome domu i rad dragovoljaca-laika (vidi opis prioritetne intervencije broj 4).
- Osigurati da ciljani programi zbrinjavanja bolesti primjereno obuhvate najstarije dobne skupine i vulnerabilne osobe starije životne dobi.
- U okviru općenitih strategija zdravoga starenja ustrojiti strategiju integriranoga praćenja i koordinacije zdravstvenih i društvenih potreba kroničnih bolesnika i osoba s funkcionalnim ograničenjima, uključujući tu i sustavne programe poboljšanja postojećega stanja.
- Unaprijediti radne uvjete i smanjiti fluktuaciju osoblja koje pruža usluge osobama starije životne dobi.
- Povećati kapacitet anketnih istraživanja i sustava nadzora nad populacijama koje stare.
- Obnoviti i preinačiti programe obuke profesionalnog osoblja kako bi ono bilo kadro primjereno rješavati gerijatrijsku i gerontološku problematiku te unaprijediti planiranje kapaciteta u budućim naraštajima radne snage.
- Sveobuhvatne društvene i gerijatrijske procjene.
- Svekolika dostupnost zdravstvene zaštite (financijska zaštita) uz zakonodavstvo koje pri propisivanju načina i visine sudjelovanja u troškovima takve zaštite štiti kućanstva s niskim primanjima, kakva su ona brojnih ostarjelih osoba.
- Osigurati mehanizme i političke saveze različitih razina državne uprave i različitih regija, kako bi se osiguralo koordinaciju zdravstvene zaštite i socijalne skrbi koju se pruža kroničnim bolesnicima starije životne dobi i ostarjelim osobama kojima je potrebna dugoročna skrb.

4. strateško područje djelovanja: Jačanje baza statističkih podataka i intenziviranje istraživanja

Utemeljenje

U zadnjih deset godina, u europskoj regiji pod nadležnošću SZO-e ostvaren je značajan napredak u razmjeni rezultata istraživačkoga rada i primjera dobre

prakse zdravstvene politike primjenjive na stanovništvo koje stari. No podaci o takvoj politici i njezinoj učinkovitosti još uvijek su manjkavi te se nameće hitna potreba za daljnjim promicanjem sustavnoga pregleda, sinteze i širenja spoznaja, a radi ustrojavanja zdravstvene politike usmjerene na različite ciljane skupine. Težište valja staviti na širenje učinkovitih politika koje doprinose zatvaranju jaza uzrokovanoga nejednakim zdravstvenim stanjem i nejednakom dostupnošću nadležnih službi, koji postoji i između zemalja Regije i unutar njih.

Osim toga, i nadalje nisu otklonjene značajne manjkavosti sustava prikupljanja i obrade podataka, slijedom čega su manjkava i saznanja o zdravstvenim i društvenim trendovima u populacijama koje stare, primjerice saznanja o bazičnim trendovima funkcionalnoga statusa i životnih uvjeta osoba starije životne dobi. Na razini Regije, proces usklađivanja ovih podataka nalazi se u različitim fazama, ovisno o tome o kojim je statističkim domenama riječ.

U nekim je statističkim domenama ostvaren znatan napredak, poput onoga ostvarenoga u domeni longitudinalnih istraživanja (SHARE; SAGE), registra osoba kojima je potrebna dugoročna skrb, a u dijelu Regije i u domeni vođenja evidencija o rashodima i radno-aktivnoj populaciji, što drugim zemljama može poslužiti kao model. Ovaj napredak ishodio je značajnim novim saznanjima i dokazima o učinkovitosti politika zdravoga starenja, što najbolje govori o tome u kojoj je mjeri važno ustrojiti sustave prikupljanja relevantnih podataka i uskladiti ih na međunarodnoj razini.

Cilj

Ojačati tehničke kapacitete država članica i Regionalnoga ureda, kako bi isti bili kadri pratiti i vrednovati zdravstveno stanje i funkcijski status osoba starije životne dobi te mogućnost njihova pristupa službama zdravstvene zaštite i socijalne skrbi.

Aktivnosti koje će poduzeti SZO

Aktivnosti za koje je predloženo da ih provodi SZO, uklapaju se u općenitu viziju Združenoga europskoga zdravstvenoga informacijskoga sustava (*Joint European Health Information System*) i podupiru sustav globalnoga nadzora zdravstvenoga stanja koji uspostavlja SZO i sustave izvješćivanja koje zagovaraju Ujedinjeni narodi, u kojem je kontekstu predviđeno da agencije koje prikupljaju podatke na međunarodnoj razini i vrše usporedbe među pojedinim zemljama (napose Europska komisija i OECD) pojedine podatkovne module koriste zajednički;

- Identificirati i susljedno zagovarati zatvaranje najvažnijih jazova u prikupljanju statističkih podataka i istraživačkome radu kao neophodnih smjernica pri kreiranju politike zdravoga starenja;

- Zagovarati korištenje instrumenata i metodoloških alata koje je osmislila SZO: Međunarodne klasifikacije funkcionalnosti, invalidnosti i zdravstvenoga stanja (ICF; od eng. *International Classification of Functioning, Disability and Health*), istraživanja posvećenoga starenju i zdravlju (studija SAGE) te uspostavljanje poveznice prema sustavu nadzora nad nezaraznim bolestima (bolje razlučivanje podataka obzirom na dob i spol koje valja postići unutar ovih nadzornih sustava, uključujući tu i odnosne podatke o starijim dobnim skupinama); praćenje društvenih odrednica i zdravstvenih nejednakosti među osobama starije životne dobi;
- Suradivati s Europskim savjetodavnim odborom za istraživanja u zdravstvu, kako bi se identificiralo manjkavosti podataka o politici zdravoga starenja i njezinoj učinkovitosti te odredilo prioritete ciljeve istraživanja posvećenih starenju i zdravlju;
- Podastrijeti smjernice za ustrojavanje i prikupljanje zdravstvenih pokazatelja i pokazatelja starenja u zemljama koje nisu članice EU-e, promicanjem postojećih metodoloških alata i statističkih normi novijega datuma;
- Intenzivirati suradnju s inicijativom za prikupljanje podataka na regionalnoj i globalnoj razini i doprinos takvim inicijativama, poput onih koje su, u suradnji sa Središnjim uredom SZO-e, zajednički pokrenuli OECD i Eurostat;
- Povećati broj suradnih centara SZO-e i intenzivirati suradnju na ovom području kako s nacionalnim, tako i s međunarodnim partnerima.
- Usuglasiti se oko definicija i indikatora zdravoga starenja u suradnji s međunarodnim partnerima kakvi su UNECE, Europska komisija i OECD;
- Pokrenuti izdavanje publikacije „Činjenice i brojevi podaci o zdravom starenju i dugoročnoj skrbi“, koja bi imala za cilj pratiti trendove u europskoj regiji, a izlazila bi svake dvije godine, počevši od godine 2012.

Aktivnosti koje će poduzeti države članice

Aktivnosti koje će poduzeti države članice imat će sljedeće ciljeve:

- Poboľjšati nadzorne kapacitete i sustave praćenja zdravstvenih resursa i resursa socijalne skrbi i njihovo korištenje od strane osoba starije životne dobi te njihovu dostupnost potonjim osobama raslojavanjem ove populacijske skupine u podskupine prema (petogodišnjim rasponima) životne dobi i spolu te vrednovanjem zdravstvenoga stanja starijih osoba, napose praćenjem funkcijskoga statusa ove populacije.
- Države članice će ulagati u longitudinalna istraživanja koja će imati za cilj praćenje trendova zdravstvenoga stanja i funkcijskoga statusa populacija koje stare;

- Nacionalna izvješća o situaciji u kojoj se nalaze ostarjele osobe, njihovom zdravstvenom stanju i ostvarenom stupnju blagostanja, sačinat će se u redovitim vremenskim intervalima, a bit će utemeljena na recentnim administrativnim podacima i istraživačkim rezultatima;
- Države članice će osnovati centar izvrsnosti koji će se baviti istraživanjima iz domene politika i strategija zdravoga starenja i njihove provedbe, uključujući tu i nadzor nad demografskom, socijalnom i zdravstvenom situacijom u kojoj se nalaze osobe starije životne dobi;
- Nacionalni programi prevencije i zbrinjavanja kroničnih bolesti udovoljavat će specifičnim, znanstveno opravdanim zahtjevima shodnim značajkama starije životne dobi.

III dio: Prioritetne i suportivne intervencije

Pri odabiru predloženih prioriternih intervencija imalo se na umu sljedeće kriterije:

- One su relevantna potpora ukupnoj viziji programa H2020, što uključuje i širenje baze podataka.
- One se temelje na postignućima država članica i ranijim radnim okvirima SZO-a koji se tiču starenja.
- One se na više načina međusobno osnažuju.
- Postoje dokazi njihove isplativosti.
- Ove aktivnosti od značaja su za države svih prihodovnih razina.
- One doprinose budućoj održivosti sustava zdravstvene zaštite i socijalnoga blagostanja; u obzir su uzeti današnji problemi fiskalne naravi i ograničenja s kojima se suočava veći dio Europe, za koje se očekuje da će u srednjoročnom razdoblju dominirati europskim prostorom.

1. prioritetna intervencija: Sprječavanje mogućnosti pada

Cilj

Smanjiti teret bolesti i invalidnosti koji osobama starije životne dobi nameću slučajni padovi.

Logičko utemeljenje

Padovi koje pretrpe starije osobe i ozljede kojima takvi padovi često ishode, uvelike su uzrokom opterećenja bolešću i invalidnošću koje se bilježi među osobama starije životne dobi koje nastanjuju Europu. Rizik od padova strmo

raste razmjerno životnoj dobi. Ozljede zadobivene pri takvim padovima (poput prijeloma bedrene kosti) obično iziskuju bolničko liječenje i skupe intervencije, uključujući tu i rehabilitaciju. Takve ozljede u velikom su broju slučajeva uzrokom funkcijskih ograničenja koja ishode potrebom za dugoročnom skrbi, uključujući tu i zaprimanje u starački dom.

Krhkost kostiju i slabost organizma same po sebi znatno povećavaju rizik od padova koji se mogu zbiti u svim okruženjima: prema izvješćima, padove svake godine pretrpi 30-40% štićenika staračkih domova. Postoje međutim uvjerljivi dokazi da je većinu padova moguće spriječiti. Neki od tih načina sprječavanja padova pokazali su se isplativim mjerama pa čak i mjerama uštede, o čemu svjedoče primjeri dobre prakse uspješnoga provođenja strategija prevencije padova u različitim okruženjima, pod uvjetom da ta provedba ima potporu javne politike.

Aktivnosti

- Podići razinu svijesti opće populacije o učinkovitim mjerama sprječavanja padova starijih osoba, koje mogu pridonijeti poboljšanju ravnoteže tijela i spriječiti padove;
- Podići razinu svijesti opće populacije o najvažnijim rizičnim čimbenicima povezanim s padovima;
- Poboljšati obuku laika koji skrbe za ostarjelu populaciju na razini zajednice i povećati dostupnost relevantnih informacija;
- Povećati dostupnost preventivnih mjera visokorizičnim skupinama starije životne dobi (npr. štitnika za kukove);
- Mjere prevencije padova uključiti u zadane okvire kvalitete zdravstvene zaštite i socijalne skrbi koju se pruža osobama starije životne dobi.

2. prioritetna intervencija: Promicanje tjelesne aktivnosti

Cilj

Promicati povećanje tjelesne aktivnosti starijih osoba kako putem lokalne zajednice, tako i putem društvenih aktivnosti.

Logičko utemeljenje

Razina tjelesne aktivnosti jedan je od najpouzdanijih pretkazivača zdravoga starenja, napose u skupinama pozne životne dobi.

Aktivnosti

- Poticati suradnju i razmjenu iskustava i primjera dobre prakse provođenja učinkovitih mjera kojima se povećava razinu tjelesne aktivnosti osoba starije životne dobi;

- Osobe starije životne dobi uključiti u vrednovanje i redizajniranje javnoga transporta, kako bi postao primjereniji njihovim potrebama.

3. prioritetna intervencija: Procjepljivanje osoba starije životne dobi i prevencija zaraznih bolesti koju se provodi u zdravstvenim ustanovama

Cilj

Smanjiti zdravstvene rizike (pobol i smrtnost) osoba starije životne dobi, posljedične manjkavom procjepljivanju protiv uobičajenih zaraznih bolesti te pridonijeti smanjenju troškova i održivosti zdravstvene zaštite koju se pruža ovim dobnim skupinama.

Logičko utemeljenje

Sve je veći broj dokaza o povećanju broja oboljelih od bolesti koje je moguće spriječiti procjepljivanjem, a rezultat su upravo neodgovarajućega procjepljivanja osoba starije životne dobi. Dapače, u nizu slučajeva nedostatno je i procjepljivanje zdravstvenih (i socijalnih) radnika koji rade sa starijim osobama. Ovakvoj smo situaciji svjedocima unatoč činjenice da postoje uvjerljivi dokazi o pozitivnom utjecaju procjepljivanja na smanjenje stopa pobola i smrtnosti u starijim dobnim skupinama, i to ne samo u visokorizičnim skupinama štićenika staračkih domova, već u različitim okružjima. U starijih osoba koje nisu institucionalizirane, već žive u lokalnoj zajednici, uočeno je da se primjerenim procjepljivanjem stopu smrtnosti svih uzroka u ovim dobnim skupinama može smanjiti za do 50%.

Uz to, procjepljivanje protiv pneumokoknih infekcija i gripe sve se više smatra učinkovitom mjerom „sekundarne prevencije“ koju je potrebno osigurati starijim osobama koje boluju od kroničnih nezaraznih bolesti, napose koronarne bolesti srca ili ateroskleroze.

Aktivnosti

- Poduprijeti države članice u njihovim nastojanjima osiguravanjem metodoloških alata i instrumenata koji omogućuju procjenu troškova obolijevanja starijih osoba od bolesti koje je moguće spriječiti procjepljivanjem (i procjenu dobrobiti takvoga procjepljivanja), utemeljenih na postojećim metodološkim alatima koje je osmislila i kojima se koristi SZO;
- Sintetizirati i podastrijeti dostupne dokaze o isplativosti procjepljivanja osoba starije životne dobi i poticati suradnju među državama članicama,

usmjerenu na razmjenu primjera dobre prakse i iskustava stečenih u prevenciji gore-navedenih bolesti koje je moguće spriječiti procjepljivanjem.

4. prioritetna intervencija: Potpora javnosti laicima koji skrbe za osobe starije životne dobi, s težištem na kućnoj njezi, uključujući tu i samozbrinjavanje

Cilj

Učiniti laičku brigu za starije osobe, koju pružaju članovi obitelji i prijatelji, održivom i poboljšati zdravstveno stanje i stupanj blagostanja onih kojima je takva skrb potrebna, kao i onima koji za njih skrbe.

Logičko utemeljenje

U svim državama Europe, čak i onima u kojima briga za ostarjele osobe ima najveću potporu javnosti, kućna njega većinom je povjerena laicima. Javna potpora skrbi koju pružaju laici stoga vjerojatno predstavlja jedinstveni i najvažniji pokazatelj politike starenja i mjeru njezine učinkovitosti kojom se može pridonijeti budućoj održivosti zdravstvene i socijalne zaštite populacija koje stare. Unatoč važnosti ovoga pokazatelja, statistički sustavi i metodološki alati koje se rabi pri usporedbi rezultata postignutih u različitim državama, često nisu „na visini zadatka“ te ne osiguravaju primjereno praćenje i analizu trendova u ovoj domeni skrbi za starije osobe.

Aktivnosti

- Osmisliti strategije obuke odraslih osoba starije životne dobi u cilju njihova osposobljavanja za samozbrinjavanje i samo-pomoć te strategije obuke njegovatelja-laika i prilagoditi programe obuke o samozbrinjavanju i samo-pomoći;
- Širiti saznanja o primjerima dobre prakse i poticati međunarodnu razmjenu znanja i iskustava;
- U suradnji s drugim međunarodnim organizacijama osnažiti bazu podataka i zagovarati poboljšanje međunarodnoga sustava nadzora nad obiteljskom situacijom i laičkom skrbi te njihovo vrednovanje i provođenje analize trendova.

5. prioritetna intervencija: Stvaranje gerijatrijskih i gerontoloških kapaciteta u redovima zdravstvenih i socijalnih radnika

Cilj

Mogućnost provođenja obuke i prenošenja gerijatrijskih i gerontoloških znanja, razmjerna je mjeri u kojoj se zdravstvena zaštita i socijalna skrb sve više usredotočuju na osobe starije životne dobi.

Logičko utemeljenje

Nacionalni, regionalni i lokalni kapaciteti provođenja obuke iz gerijatrije i gerontologije nedostatni su u brojnim aspektima i na brojnim razinama. Ova konstatacija odnosi se kako na manjkavo gerijatrijsko znanje liječnika opće prakse i drugih zdravstvenih djelatnika, tako i na nedostatnost specijalističke obuke samih specijalista-gerijatarata. Obilje dokaza svjedoči o teškoj dostupnosti i nedostatnoj kvaliteti zdravstvene zaštite koje predstavljaju posljedicu ovakvih nedostatnosti. Iako su potonje u brojnim slučajevima prepoznate već pred niz godina, napredak se često sporo ostvaruje, slijedom čega raste hitna potreba za ovom prioritetnom intervencijom.

Aktivnosti

- Nacionalne smjernice za provođenje obuke iz gerijatrije; definiranje standarda gerijatrijske obuke;
- Planiranje gerijatrijskih i gerontoloških kapaciteta kao integralnoga dijela ukupnoga planiranja potrebnoga broja zdravstvenih i socijalnih radnika koji će skrbiti za populacije koje stare;
- Doprinijeti zatvaranju jaza u kapacitetima i obučenosti zdravstvenih i socijalnih radnika, koji postoje kako između pojedinih zemalja, tako i unutar njih te unutar Regije promicati djelovanje međunarodnih mreža;
- Poticati međunarodnu razmjenu primjera dobre prakse vrednovanja i promicanja trajne obuke usmjerene na povećanje kompetentnosti skrbi koju zdravstveni i socijalni radnici pružaju osobama starije životne dobi.

1. suportivna intervencija: Sprječavanje društvene izolacije i isključenosti iz društva

Cilj

Smanjiti usamljenost, društvenu izolaciju i isključenost iz društva koje predstavljaju važne negativne društvene odrednice i rizične čimbenike koji narušavaju zdravlje i blagostanje osoba starije životne dobi.

Logičko utemeljenje

Usamljenost, društvena izolacija i isključenost iz društva predstavljaju važne negativne društvene odrednice i rizične čimbenike koji ishode lošim zdravstvenim stanjem osoba starije životne dobi. Oni negativno utječu na sve aspekte zdravlja i blagostanja, od duševnoga zdravlja pa do rizika da se ukaže potreba za hitnim prijemom u bolnicu zbog bolesnih stanja koja je inače moguće izbjeći i spriječiti, poput teške dehidracije ili pothranjenosti. Inovativnim načinima borbe protiv društvene izolacije trenutno se u brojnim slučajevima pribjegava u nedostatnoj mjeri, a razmjena međunarodnih iskustava i suradnja na ovom području tek su u začetku. Rješavanje ovoga problema iziskuje rezolutne međusektorske pristupe. U svim državama, rizik od društvene izolacije veći je u ostarjelih žena negoli u ostarjelih muškaraca. Većina intervencija predstavlja kombinaciju javnozdravstvenih aktivnosti i dobrovoljnoga rada, uz aktivaciju vlastitih potencijala osoba starije životne dobi i njihovih obitelji/lokalnih zajednica.

Aktivnosti

- Promicati uključivanje osoba starije životne dobi u civilno društvo i jačati ulogu dobrovoljnoga rada;
- Poticati međugeneracijske odnose kroz pozitivne medijske napise i kampanje kojima se podiže razinu svijesti javnosti o ovom problemu;
- Povećati dostupnost inovativnih modela potpore starijim osobama kojima se učinkovito suprotstavlja društvenoj izolaciji, uključujući tu i tele-veze sa socijalnim radnicima te pristup tehnologijama koje potiču razmjenu međugeneracijskih iskustava i obuku koja starije osobe osposobljava da se tim tehnologijama koriste, čime se premošćuje i zemljopisna razdvojenost članova obitelji.

2. suportivna intervencija: Strategije osiguranja kvalitetne skrbi za osobe starije životne dobi, uključujući tu i skrb za dementne osobe i palijativnu skrb za kronične bolesnike

Cilj

Poboljšati kvalitetu zdravstvene skrbi za osobe starije životne dobi, napose one oboljele od teških kroničnih bolesti i one s funkcionalnim ograničenjima, s posebnim težištem na skrbi za dementne osobe i palijativnoj skrbi za kronične bolesnike.

Logičko utemeljenje

Osobe svih životnih dobi koje boluju od teških kroničnih bolesti i imaju funkcionalnih ograničenja, često iziskuju složenu zdravstvenu skrb koja uključuje primarnu zdravstvenu zaštitu, specijaliziranu zdravstvenu zaštitu i socijalnu skrb. Dokazi o lošoj kvaliteti skrbi koja se pruža ovim osobama i nedostatku koordinacije aktivnosti koje se poduzimaju u ovome kontekstu, sve su brojniji. Štoviše, za osobe koje su institucionalizirane ili im je potrebna dugoročna kućna njega, osobna sigurnost i pristupačnost kvalitetnih usluga primarne zdravstvene zaštite može prerasti u veliki problem, napose ako su im osobne mogućnosti i osobni resursi ograničeni. Procesi koji teže osiguranju kvalitete zdravstvene zaštite i donošenju smjernica za njezino ustrojavanje i provođenje ovih programa u ustanovama koje osiguravaju dugoročnu i trajnu skrb, u brojnim su državama tek u začetku, što nameće potrebu međunarodne razmjene primjera dobre prakse i iskustava stečenih u nastojanjima da se strategije usmjerene na poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite uspješno provedu.

Aktivnosti

- Poticati međunarodnu suradnju na području mjerenja kvalitete zdravstvene zaštite i razmjenu primjera najbolje prakse inicijativa za poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite na različitim upravnim razinama;
- Obuka i prijenos znanja te smjernice za pokretanje inicijativa usmjerenih na poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite koju se pruža u uvjetima ograničenih mogućnosti i resursa te u okviru zdravstvenih sustava zemalja u tranziciji.

3. suportivna intervencija: Sprječavanje zlostavljanja osoba starije životne dobi

Cilj

Spriječiti zlostavljanje osoba starije životne dobi.

Logičko utemeljenje

Zlostavljanje osoba starije životne dobi značajan je uzrok ozljeda, bolesti i očaja. Nedavno je procijenjeno da je u europskoj regiji pod nadležnošću SZO-e zlostavljanju svake godine izloženo barem 4 milijuna osoba starije životne dobi. Nasilje i zanemarivanje predstavljaju grubo kršenje ljudskih prava. Opseg ovoga problema prepoznat je i sustavno izučavan tek u zadnja dva desetljeća, i to u nizu okruženja u kojima žive osobe starije životne dobi. Opseg ovoga problema, no isto tako i dijapazon inicijativa kojima se isti nastoji razriješiti, a koje su međunarodne organizacije i drugi dionici ovoga procesa pokrenuli na svim razinama upravnim

razinama, iziskuju bolju međunarodnu suradnju koja će dati smjernice i omogućiti razmjenu primjera najbolje prakse.

Aktivnosti

- Nacionalne politike i planovi usmjereni na sprječavanje zlostavljanja osoba starije životne dobi, koje moraju biti integralnim dijelom međusektorskih strategija zdravoga starenja i koje se oslanjaju na najnovija iskustva stečena dobrom praksom te regionalne i međunarodne smjernice i rukovodstvo;
- Inicijative pokrenute u cilju poboljšanja kvalitete podataka o zlostavljanju starijih osoba i kvalitete nadzora nad ovom pojavom te jačanje istraživačkih kapaciteta usmjerenih na iznalaženje učinkovitih intervencija;
- Podizanje razine svijesti o problemu zlostavljanja osoba starije životne dobi i ciljana ulaganja usmjerena na sprječavanje takvoga zlostavljanja.

IZVOR: CZG ZJZ Dr. A. Štampar, Referentni centar Ministarstva zdravlja RH za zaštitu zdravlja starijih osoba.