



**Kvaliteta
dugotrajne skrbi
starijih osoba**



Kvaliteta dugotrajne skrbi starijih osoba



- * Standard je **osobina** kvalitete
- * Normativ je **mjerilo**, pravilo
- * Indikator je objektivno mjerilo sljedivosti standarda

Uvod

Rastući udjel starijeg stanovništva većini razvijenih zemalja potaknuo je pitanja u vezi osiguranja kvalitete skrbi osoba starije životne dobi, u bilo kojem od tri oblika smještaja se ona odvijala: u **institucionalnom smještaju**, skrbi u okviru **udomiteljskih obitelji** ili u **vlastitom domu**. Kvaliteta te skrbi, cijena socijalne i zdravstvene skrbi za starije osobe, pitanje poboljšanja kvalitete, odgovornosti i održivosti sustava socijalne skrbi za tu populaciju postali su jedan od prioriteta u zemljama Europske Unije (1).

Dok je u razvijenim zemljama EU (EU 15) u zadnjim desetljećima skrb o starijoj populaciji više usmjerena prema podršci što dužem boravku u vlastitom domu, uz razvijanje usluga socijalne i zdravstvene skrbi, u tranzicijskim zemljama je češće rješenje institucijski smještaj. Hrvatska je danas između ta dva rješenja s tendencijom sve veće svijesti o potrebi razvijanja oba pristupa, te u određenim slučajevima smještaja starijih osoba u udomiteljske obitelji kao zamjene za vlastiti dom.

Pitanje kvalitete dugotrajne skrbi za starije osobe razlikuje se od zemlje do zemlje, kao i unutar pojedine države, a kvaliteta usluga često ne zadovoljava potrebe pojedinaca. Postoji mnogo prigovora i primjera koji govore o nedovoljnoj kvaliteti usluga u sva tri modela: neadekvatnog smještaja, nedostatka održavanja socijalnih kontakata, nepoštivanja privatnosti, nepoštivanja individualnih potreba pojedinaca u domovima za starije osobe i t.d. Nijedan od navedena tri modela zasad nema razvijen **sustav osiguranja kvalitete** ili ugrađen sustav procjene kvalitete, na temelju znanstveno utvrđenih kriterija, koji bi omogućio ocjenu kvalitete skrbi koja se sada pruža, te pružio egzaktnu platformu za strategiju poboljšanja kvalitete.

Po županijama je u Hrvatskoj uspostavljena mreža gerontološke skrbi (gerontološki centri) u lokalnoj zajednici na razini primarne zdravstvene zaštite. Gerontološki centar provodi integralnu multidisciplinarnu skrb o starijim osobama s ciljem održavanja aktivnog starenja u njihovim prebivalištim. Centri mogu biti funkcionalno u vezi s domovima za starije osobe ili obavljati svoje zadaće samostalno. Cijeli niz dodatnih aktivnosti se danas razvija u okviru tih centara (gerontodomačice, gerontoservis i sl.) ovisno o potrebama u lokalnoj zajednici.

Standardi gerijatrijske skrbi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i institucijskoj skrbi su opsežno opisani u II dopunjenom izdanju knjige Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom i postupnikom opće/obiteljske medicine u domu za starije osobe u izdanju Centra za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo „Dr Andrija Štampar“ 2012. godine (2) pa se u daljem tekstu niz indikatora kvalitete referira na navedene standarde.

Koncept „kvalitete skrbi“ je teško mjeriti, posebno u kontekstu skrbi u domovima za starije osobe. Tradicionalno, tri područja skrbi iz kojih je moguće sagledati kvalitetu u institucijskom smještaju su: struktura, proces i ishod. Struktura se odnosi na smještajne kapacitete uključujući fizičko okruženje i opremu. Proces, kako mu ime

govori, bavi se time kako se provodi skrb, a ishod označava krajnji rezultat skrbi. Ta su tri podrčja međusobno povezana u pružanju skrbi: smještajni kapaciteti olakšavaju bolje provođenje procesa skrbi a to u konačnici daje bolji ishod. Najbitnije je pri tom nakon povratne informacije o sva tri područja kvalitete (strukturi, procesu i ishodu) tražiti pravi odgovor u mjerama za poboljšanje kvalitete koje se procjenjuju u obliku **indikatora kvalitete** (3).

Međutim, kvaliteta skrbi u domovima za starije i nemoćne uključuje pitanja stila života kao i pitanje zdravstvene skrbi. Osobitost institucijskog smještaja starijih osoba je istovremena komponenta socijalne i zdravstvene skrbi. Tako i osiguranje kvalitete osoba starije životne dobi uključuje indikatore socijalne i zdravstvene skrbi, multidisciplinarna je kategorija: u pitanju standarda kvalitete i mjerila kvalitete izgrađuje posebni model u kojem se pristupa kroz multidisciplinarni okvir imajući u vidu specifičnost i vulnerabilnost te populacije. Većina stručnjaka se slaže da je lakše mjeriti i procjenjivati procese nego li ishode, a u osoba starije životne dobi dobro provođenje procesa skrbi ne garantira uvijek najbolji ishod, no ipak dobra stručna praksa povećava mogućnost da se postigne željeni ishod.

Indikatori kvalitete

- Indikatori kvalitete su alati priređeni sa svrhom da potiču poboljšanje kvalitete provedbe skrbi. Najčešće se definiraju kao: Indikatori kvalitete nisu direktne mjere za kvalitetu: oni su alat kojim se podržava poboljšanje kvalitete (4)
- Indikatori kvalitete su vodiči za praćenje, evaluaciju i pobošanje pruženih usluga. Oni su neutralni i svrha im je da pružaju objektivnu informaciju (5).
- Indikatori kvalitete su upozorenja koja pokazuju moguća problematična područja koja treba pažljivo istražiti i evaluirati (6).

Oni su jedna od komponenata općeg programa kvalitete koji se sastoji od niza mehanizama kvalitete poput standarda, smjernica, provjere, istraživanja, monitoringa, mjerenja i aktivnosti za poboljšanje (3).

Indikatori kvalitete nisu direktne ili definitivne mjere kvalitete, već oni upućuju na područja skrbi koja treba prioritetno razmotriti i poboljšati. Indikatori kvalitete su dobro poznati u bolničkom zdravstvenom sustavu, a u području skrbi osoba starije životne dobi i domu ili institucionalnom smještaju nisu standardizirani i svekoliko prisutni premda za to postoje mnoge inicijative u raznim zemljama. Većina indikatora koji se primjenjuju u području kliničke zdravstvene skrbi mogu se prilagoditi i primjeniti i za institucijski smještaj osoba starije dobi. Dio tih indikatora je primjenjiv u izvaninstitucijskom boravku.

Pojedini indikator je to vrijedniji što je jača uzročno posljedična veza između između strukture, procesa i ishoda, a samim time se tom indikatoru kvalitete poklanja više povjerenja (3). Učinkovite procjena kvalitete skrbi treba pokrivati što više područja,

a instrumenti provjere trebaju se razviti tako da su integrirati u rutinsku stručnu praksu.

Mjerenje kvalitete skrbi starijih osoba je znatno teže nego kada su u pitanju mlađe osobe. Ponajprije, starije osobe imaju različite poglede i prioritete u odnosu na skrb: ne daju uvijek prednost onoj skrbi koja produžava život: ako se ne mogu u svakom pogledu brinuti za sebe, posebice ako nemaju članova obitelji ili prijatelja koji će to učiniti umjesto njih, upitno je žele li zbilja koristiti sve mogućnosti koje produžavaju život. Posebno ako kod toga izostaje osjećaj udobnosti.

Institucijska skrb starijih osoba je cjelovita i u kontekstu kvalitete zdravstvene skrbi; ona korisnicima znači prostor u kome žive, pa zato kvaliteta skrbi podrazumijeva mnogo širi raspon aktivnosti nego tradicionalna zdravstvena skrb, poput bolničke zaštite. U institucijskoj skrbi se područje kvalitete života isprepliće s kvalitetom skrbi. Korisnicima je manje važna njega a više osjećaj doma (Raynes i suradnici(7). Zato pojedini autori (8) savjetuju da se kvaliteta institucijske skrbi procjenjuje na temelju indikatora koji procjenjuju opći zdravstveni status, funkcionalni status, mentalno zdravlje, udobnost smještaja, emocionalni status, privatnost i autonomiju. Isti autori sugeriraju da se kvaliteta zdravstvene kliničke skrbi procjenjuje učestalošću dekubitusa, inkontinencije, menađmentom hidratacije, učestalošću infekcije, integritetom kože i polifarmacijom.

Većina studija o kvaliteti skrbi za osobe starije životne dobi uzima u obzir rezultate ACOVE studije koja u 22 područja preporučuje indikatore kvalitete skrbi usmjerene na mjerenje kvalitete procesa skrbi i ishoda skrbi, a indikatori kvalitete pokrivaju četiri domene: prevenciju, dijagnozu, terapiju i sljedivost skrbi (8, 9).

Sistematska pretraga svih studija (Medline baza putem Scopus i Pub Med) i rezultata primjene tih indikatora do 2010. godine pokazala je veliku varijabilnost između i unutar pojedinih indikatora. Originalna područja ACOVE studije su:

pravilna primjena lijekova, kronična bol, kontinuitet skrbi, demencija, depresija, diabetes, palijativna skrb, mobilnost i padovi, gubitak sluha, kronična bolest srca, bolnička skrb, hipertenzija, ishemička bolest srca, malnutricija, osteoporoza, osteoartritis, upala pluća, dekubitus, moždani udar, fibrilacija atriya, urinarna inkontinencija i smetnje vida.

Grupa autora je analizirala 278 indikatora te rangirala one koji na temelju primjene znanstvenih kriterija bili stabilni i time zaslužili preporuku za primjenu u svakodnevnoj praksi (8,13).

Prema toj studiji i primjeni ACOVE indikatora izgleda da je kvaliteta skrbi starijih osoba općenito slaba. Najčešće korišteni indikatori nisu i najstabilniji. Među najstabilnijim indikatorima su primjena lijekova, gubitak sluha, kontinuitet skrbi i padovi.

Postoje nadalje velike varijabilnosti u specifičnim individualnim potrebama starije populacije u različitim zemljama i kulturama, te se indikatori kvalitete skrbi modificiraju prema specifičnim potrebama u pojedinoj zemlji tako da su jednako primjenjivi kako

u domu korisnika tako i institucijskoj skrbi. Treba međutim prihvatiti i činjenicu da dobra provedba skrbi koja se mjeri jednim indikatorom kvalitete ne garantira jednako dobru praksu koja se mjeri drugim indikatorom. Primjerice procjena kvalitete života se radi na temelju upitnika i drugih sličnih alata što je značajno kompleksnije nego sakupljanje podataka indikatora u kliničkoj, posebno vezano uz određivanje brojnika i nazivnika. Zato će biti korisni oni indikatori u primjeni koji potiču i jačaju procese stalnog poboljšanja procesa skrbi.

Zemlja s najdužom tradicijom provjere kvalitete skrbi u institucijskom smještaju starijih osoba, Australija, ima mnogo podataka o primjenjivosti i vrijednosti pojedinih indikatora i na temelju analize mnogih anketa i podataka u studiji objavljenoj 2012. godine (13) ukazuje na to da je korisnicima najvažnije :

- imati pravo izbora svog doktora,
- odgovarajuću prehranu,
- mobilnost,
- zubozdravstvenu zaštitu,

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) također naglašava važna područja kvalitete života u domovima za starije osobe (1). SZO definira kvalitetu života kao percepciju pojedinaca o njihovom položaju u životu u kontekstu kulturoloških i vrijednosnih sistema u kojem žive te u odnosu na njihove ciljeve, standarde i potrebe. Definicija uključuje šest domena

- fizičko zdravlje
- psihološki status
- razina neovisnosti,
- socijalni kontakti
- okolišni faktori
- duhovne potrebe

Iz navedenog proizlazi da se multidimenzionalni karakter kvalitete života odnosi na procjenu fizičkih funkcija, emocionalno psihološko stanje, socijalne i somatsko psihološke funkcije. Naposljetku kvaliteta zdravstvenog stanja se ocjenjuje dužinom života modificiranog povredama, socijalnim mogućnostima pod utjecajem bolesti, povreda, liječenja ili politikama skrbi.

Indikatore se nadalje može koristiti u praćenju trendova (poboljšanja/pogoršanja), procesa i ishoda u tokom vremena (incidencija) i neposrednog događaja u jednoj vremenskoj točki (prevalencija).

Incidencijom dobivamo podatak o broju događaja koji su zabilježeni u jednom vremenskom razdoblju, kako bi dobili sliku o učinkovitosti poboljšanja ili strategija koje su bile implementirane u nekom vremenskom razdoblju- primjerice broj korisnika koji su razvili dekubitus u proteklom mjesecu. Prevalencija se odnosi na stanja koja se ne zbivaju tokom vremena i gdje je dosegnuta određena razina prihvatljivosti stanja- primjer

za to je broj korisnika koji uzimaju u određenom danu 9 i više lijekova. Indikatori često proizlaze iz standarda ili smjernica i pokazuju koliko se dobro primjenjuju standardi primjer: incidencija i prevalencija dekubitusa su prihvaćene su kao indikatori primjene smjernica za higijenu kože te su primjer i za indikatore procesa (% korisnika kod kojih je izvršena procjena rizika za razvoj dekubitusa) ili indikator ishoda (% korisnika koji su razvili dekubitus) .

Sakupljanje i analiza indikatora

Većina rezultata indikatora je izražena u postocima s brojnikom i nazivnikom: na primjer broj korisnika kod kojih je izvršena procjena rizika od pada u trenutku prijema u ustanovu u odnosu na ukupni broj korisnika skrbi koji su primljeni u jednom vremenskom razdoblju. Podaci se mogu sakupljati u pravom vremenu ili retrospektivno, ali prednost se daje podacima koji se prikupljaju u pravom vremenu. Razlog tome je što se za retrospektivno prikupljanje troši više vremena za pregled dokumentacije, premda su rezultati retrospektivnih pregleda točniji. Rezultati analize trebaju poticati kontinuirano poboljšanje, posebno ako se tokom vremena opaze varijacije u nalazima indikatora. Ipak, ako se i primjene odgovarajući indikatori, sud o kvaliteti ne smije se dati samo na temelju podataka o indikatorima.

Opće prihvaćeni kriteriji za odabir indikatora su:

- Indikator odgovara izabranom području/standardu kvalitete
- O indikatoru postoji izvor podataka iz literature
- Dobro je definiran
- Ima jasnu namjenu
- Odgovara dionicima
- Jednostavan je za prikupljanje
- Pouzdan je i validan
- Dobar je da se temeljem njega mogu poduzimati mjere poboljšanja
- Indikator izbjegava nesvrshodne i nepotrebne postupke

Indikatori o kvaliteti skrbi osoba starije životne dobi, njihovoj ocjeni temeljem istraživanja vrijednosti svakog od njih moglo bi se preporučiti prihvaćanje jednog minimalnog seta indikatora i kriterija kvalitete skrbi za starije osobe koji se mogu primjeniti u svim oblicima smještaja od vlastitog doma do institucijskog smještaja u Hrvatskoj.

Minimalni set kriterija kvalitete skrbi za starije osobe bi uključili najmanje one koji prate fizičko i psihičko stanje zdravlja, stanje uhranjenosti, primjenu farmakoterapije, kontrolu eliminacije mokraće i stolice, infekcije, rizik padova i dekubitalnog ulkusa, te opću kvalitetu života.

1. Fizičko i psihičko zdravlje

Fizičko i psihološko zdravlje su ključni element kvalitete života te zahtijevaju nadzor i upravljanje. U okviru standarda fizičkog i psihološkog stanja korisnika svakoj se osobi prije ulaska u sustav institucijske skrbi procjenjuje zdravstveno stanje, farmakoterapija, rizik od pada, rizik za razvoj dekubitusa, tjelesna težina, hidratacija, psihičko stanje, postojanje boli. Zdravstveno stanje se provjerava redovito u odgovarajućim razdobljima. Isto pravilo vrijedi i za ostale oblike skrbi (gerontološki centri, udomiteljstvo, vlastiti dom) gdje su korisnici skrbi u domeni specifične službe i/ili obiteljske medicine. Plan zdravstvene njege se priprema individualno tako da odgovara potrebama korisnika i njegovom zdravstvenom i kognitivnom stanju u dogovoru s korisnikom i/ili njegovim skrbnikom. Njege se provodi prema postupniku (2).

Široki je spektar potreba osoba starije životne dobi, od vrlo oskudnih do vrlo opsežnih ovisno o stanju zdravlja, socijalnom statusu i drugim čimbenicima. U području praćenja kvalitete skrbi je zato važno u minimalnom setu indikatora obuhvatiti najučestalije potrebe koje su istovremeno obuhvaćene specifičnim standardom njege ili skrbi.

Depresija je česta u starijoj životnoj dobi. Dijagnoza depresije je kompleksna i postavlja je specijalist- konzultant institucije ili se korisnik prima s tom dijagnozom iz odgovarajuće bolničke ustanove. Ako se depresija razvija tijekom skrbi simptomi



funkcionalne depresije se prepoznaju kao negativističke izjave i ponašanje, uznemirenost ili odbijanje usluga skrbi, zlovoljno raspoloženje, pospano stanje tijekom cijelog dana, razmišljanje o smrti i/ili suicidalno ponašanje, gubitak tjelesne težine. Kod pojave tih simptoma obavezno se poziva odgovarajući specijalist koji obavlja pregled i pretrage te postavlja dijagnozu.

Kognitivni poremećaji se također relativno česti i mogu se razviti tokom boravka u ustanovi/ ili domu. Prepoznaju se po simptomu smanjene sposobnosti donošenja odluka ili privremenih i povremenih poremećaja pamćenja.

U praćenje općeg zdravstvenog stanja su uključeni dijabetes i hipertenzija kao stanja koja najčešće zahtjevaju liječničku intervenciju. Stručni standardi su u domeni liječnika i medicinske sestre koji skrbe o korisnicima ustanove, a indikatori kvalitete praćenja njihovog stanja su u domeni zaposlenika ustanove. Poznato je da osobe s dijabetesom znaju sami kontrolirati glukozu u krvi prema uputama svog doktora. Ipak kada su u pitanju osobe starije dobi i lošijeg psihičkog statusa kontrolu glukoze treba provesti druga stručna osoba, a osobama na insulinskoj terapiji potrebno je kontrolirati HbA1c svakih 6 mjeseca i unositi te podatke u medicinsku dokumentaciju. U slučajevima kad koncentracija HbA1c prijeđe 7% potrebno je obavijestiti doktora koji je odgovoran za tog korisnika.



Tablica 1. **Indikatori općeg zdravstvenog stanja** (8,10)

Indikatori općeg zdravstvenog stanja / izraženo u %	Brojnik	Nazivnik
1.1. Stanje uhranjenosti	Broj korisnika koji su (neželjeno) izgubili više od dva kg u posljednjih mjesec dana	Ukupni broj dana ležanja korisnika u ustanovi u posljednjih mjesec dana
1.2. Incidencija depresije	Broj korisnika koji su u proteklih 6 mjeseci od prijema u ustanovu imali pregled kod doktora zbog simptoma depresije i kojima je postavljena ta dijagnoza.	Broj korisnika primljenih u ustanovu u proteklih 6 mjeseci
1.3. Incidencija procjene bolova	Broj korisnika koji su primljeni u ustanovu u proteklih 6 mjeseci i koji su bili na pregledu kod doktora zbog intenzivno izražene boli	Ukupni broj korisnika primljenih u razdoblju od 6 mjeseci.
1.4. Incidencija kognitivnih poremećaja	Broj korisnika koji su od proteklog pregleda u roku od 6 mjeseci razvili simptome kognitivnog poremećaja	Ukupni broj korisnika u ustanovi na dan pregleda u navedenom razdoblju
1.5. Dijabetes	Broj korisnika s dijagnozom dijabetesa koji u šestomjesečnoj kontroli imaju konc. HbA1c < 7%	Ukupni broj korisnika s dijagnozom dijabetesa u ustanovi u razdoblju od tih 6 mjeseci
1.6. Hipertenzija	Broj korisnika s dijagnozom hipertenzije i prosječnim RR u tri mjeseca <140/90	Ukupni broj korisnika s hipertenzijom u ustanovi u ta tri mjeseca
1.7. Zadovoljstvo korisnika zdravstvenom skrbi (anketa)	Broj korisnika koji su zadovoljni zdravstvenom skrbi u godinu dana	Ukupni broj korisnika koji su vratili ispunjenu anketu

2. Indikatori kvalitete odgovarajuće farmakoterapije

Svakom se korisniku kod prijama provjerava broj i vrsta lijekova koje prima i osigurava odgovarajuća farmakoterapija kada je to potrebno. Kod prijema je važno zabilježiti sve podatke o farmakoterapiji koje je osoba primala od svog obiteljskog doktora ili podatke iz odgovarajuće dokumentacije, ako se premješta iz druge stacionarne ustanove. Preporuča se bar dva razgovora o farmakoterapiji prvih dana te posebna pitanja o dodatnim sredstvima koja se ne propisuju na recept a korisnici ih često kupuju. Podaci o farmakoterapiji trebaju biti dostupni doktorima medicine koji pružaju korisnicima zdravstvenu skrb. Novi lijek se propisuje starijoj osobi kad za to postoji jasna indikacija.

Indikacija, naziv lijeka i propisana doza lijeka se upisuju u medicinsku dokumentaciju osobe. Upis u dokumentaciju omogućava održavanje odgovarajućeg kontinuiteta skrbi i evaluaciju efikasnosti propisane terapije.

Sve osobe kojima se propiše novi lijek trebaju dobiti edukaciju o tome koja je svrha lijeka, kako se uzima lijek i koje su moguće nuspojave. Svi korisnici skrbi koji primaju više lijekova moraju imati u dokumentaciji tzv Listu lijekova u kojoj su upisani lijekovi i doze te režim uzimanja lijekova. Pravilna raspodjela uzimanja lijekova je značajna za održavanje zdravlja i smanjuje incidenciju neželjenih nuspojava lijeka. U više studija je ustanovljeno da starije osobe gotovo u 70% slučajeva ne uzimaju na pravilan način bar jedan od propisanih lijekova a čak 32% čak nije uzelo bar jedan od propisanih lijekova. U listi lijekova su osim propisanih lijekova navedena sva pomoćna ljekovita sredstva koje korisnik uzima (vitamini i sl.)

Dio korisnika su na farmakoterapiji koju je potrebno kontrolirati laboratorijskim testovima. Korisnicima na dugotrajnoj terapiji warfarinom, odnosno kod prevencije tromboembolije, treba održavati INR raspon između 2,0 i 3,0, a oni s visokim rizikom (ugrađena valvula) trebaju imati INR od 2,5-3,5. INR se provjerava svakih 6 tjedana i upisuje u dokumentacijsku listu.

Korisnicima koji uzimaju diuretike potrebno je kontrolirati koncentracija kalija jednom tjedno. Nalaz se upisuje u dokumentacijsku listu. Lista lijekova se provjerava i upotpunjuje ili mijenja jednom tjedno. U slučaju potrebe konzultira se osobni liječnik korisnika ili liječnik koji skrbi o svim korisnicima ustanove.

Sve navedeno uz male modifikacije izražavanja indikatora odgovara i gerontološkoj skrbi u izvaninstitucijskom smještaju.

Tablica 2. **Indikatori farmakoterapije** (8,10)

Indikatori farmakoterapije Institucijski smještaj	Brojnik	Nazivnik
2.1. Postotak korisnika koji imaju potpunu dokumentaciju: Listu lijekova i potpis odgovornog doktora medicine	Broj korisnika koji imaju potpunu dokumentaciju o farmakoterapiji	Ukupni broj korisnika koji primaju lijekove
2.2. Postotak korisnika koji primaju 9 i više lijekova	Broj korisnika koji primaju 9 i više lijekova na zadnji dan u svakom kvartalu	Broj korisnika u ustanovi na posljednji dan u svakom kvartalu
2.3. Farmakoterapija antikoagulantnim lijekovima (%): profilaaksa tromboembolije	Broj korisnika koji su na terapiji warfarinom i imaju INR u preporučenom intervalu na dan kontrole. Postoji zapis o promjeni doze	Ukupni broj korisnika na terapiji warfarinom na dan kontrole

3. Prevencija rizika

Incidencija padova i težina posljedica pada u osoba iznad 60.godine života je značajno teža nego u osoba mlađe dobi, a komplikacije su često uzrokom smrtnog ishoda. Oko 5% padova ima za posljedicu frakturu koja zahtjeva hospitalizaciju. Povrede su u toj dobi često posljedica komorbiditeta (osteoporoze) nedostatka ravnoteže zbog neuroloških smetnji i sl. _

Poremećaji eliminacije u obliku inkontinencije mogu biti posljedica težih kognitivnih poremećaja, neuroloških i drugih bolesti. Važno je kod prijema u ustanovu kao i kod svih periodičkih pregleda procijeniti rizik za razvoj inkontinencije bilo mokraćnog mjehura ili crijeva jer kao posljedica mogu nastupiti promjene kože i često je uzrokom razvoja dekubitusa.

Infekcije urinarnog trakta su također više zastupljene u starijoj dobi a posebno kod rizičnih stanja kao što je primjena trajnog katetera ili inkontinencije.

Rizici se procjenjuju na temelju standarda gerijatrijske zdravstvene njege (2) a prevencija rizika se provodi na isti način u izvan institucijskoj skrbi. Indikatori kvalitete za to područje su također isti za sve oblike skrbi uz modifikaciju nazivnika.

Tablica 3. **Indikatori rizika** (12)

Indikatori rizika	Brojnik	Nazivnik
3.1. Procjena rizika pada	Broj korisnika kojima je kod prijema i kvartalno procijenjen rizik od pada	Ukupni broj korisnika u ustanovi na dane procjene rizika
3.2. Incidencij fraktura kao posljedice pada	Broj korisnika s novom frakturom kao posljedicom pada u proteklih tri mjeseca	Broj korisnika kojima je registriran pad u ustanovi u protekla tri mjeseca (bez posljedica)
3.3. Incidencija dekubitusa	Broj korisnika koji su razvili jedan ili više dekubitalnih ulkusa u roku od tri mjeseca	Ukupni broj dana ležanja korisnika u ustanovi u protekla tri mjeseca
3.4. Povrede	Broj povreda (prijelom, povreda koja zahtjeva šivanje) koje su nastale kao posljedica nedovoljno sigurnog okruženja korisnika u razdoblju od 6 mjeseci	Ukupni broj dana ležanja korisnika u ustanovi u proteklih 6 mjeseci
3.5. Prevalencija inkontinencije	Broj korisnika koji su inkontinentni bilo zbog mokraćnog mjehura ili crijeva kod pregleda	Ukupni broj korisnika u ustanovi (isključeni svi komatozni ili kognitivno poremećeni) na dan pregleda.
3.6. Prevalencija urinoinfekcija	Broj korisnika koji su od proteklog pregleda do ovog dana imali urinoinfekciju	Ukupni broj korisnika u ustanovi u istom razdoblju

4. Socijalni i emocionalni status

Svaki korisnik gerontološke skrbi treba kontinuirano primati odgovarajuću njegu do kraja svog života poštujući fizičke, emocionalne, socijalne i duhovne potrebe, uvažavajući njegov dignitet i autonomiju.

Korisnik ima pravo donošenja odluke o svojim socijalnim kontaktima u i izvan ustanove, kao i izvan institucijskom smještaju, te odrediti način podrške i uključivanja u skrb svoje obitelji i prijatelja. Donošenje odluke u vezi socijalnih kontakata znači da je imao priliku raspraviti s osobljem ustanove ili drugim odgovornim osobama obim i način održavanja kontakata, te donijeti odluku koja postaje sastavni dio plana skrbi slijedećih šest mjeseci. Nakon tog perioda ponavlja se postupak.

Obitelj/ skrbnik korisnika ima pravo dolaziti na konzultacije, razgovarati s osobljem ustanove, a osoblje mu treba objasniti njegovu ulogu i odgovornost, što se također uključuje u plan skrbi.

Istraživanja su pokazala da je za kvalitetu života korisnika važno i zadovoljstvo osoblja ustanove. Zato je važno provođenje ispitivanja zadovoljstva korisnika kao i osoblja jednom godišnje. Izvor podataka za ovaj indikator skrbi su ankete.

Tablica 4. **Indikatori socijalnog stanja** (6)

Indikatori socijalnog stanja	Brojnik	Nazivnik
4.1. Socijalni kontakti izraženo u %	Broj novih korisnika koji su unutar 4 tjedna odlučili o svojim socijalnim kontaktima u i izvan ustanove, a što je postalo dio plana skrbi u ustanovi	Broj novih korisnika primljenih u ustanovu unatrag 6 mjeseci
4.2. Provjera socijalnih kontakata	Broj korisnika koji su imali svoje odabrane socijalne kontakte u proteklih 6 mjeseci	Broj korisnika koji žive u ustanovi, a koji su bili podobni za socijalne kontakte
4.3. Uloga obitelji i skrbnika	Broj korisnika primljenih u ustanovu, a čijim je članovima obitelji /skrbnicima u roku od 4 tjedna ponuđena mogućnost konzultacije s osobljem ustanove o planu skrbi.	Ukupni broj korisnika primljenih u razdoblju od 6 mjeseci a koji su ostali u ustanovi najmanje 4 tjedna.
4.4. Iskustvo i zadovoljstvo korisnika	Broj korisnika koji su iskazali zadovoljstvo sa skrbi u ustanovi u godišnjoj anketi	Ukupni broj korisnika koji su vratili ispunjenu anketu
4.5. Zadovoljstvo osoblja	Broj zaposlenih koji su izrazili zadovoljstvo skrbi u anketi	Broj zaposlenih koji su vratili ispunjenu anketu

5. Usluge

Korisnici imaju pravo i mogućnost izbora usluga: obroka hrane, vrste dijetalne prehrane i rekreacije. Kod prijema u ustanovu imaju mogućnost uvida u popis usluga, te izbora usluga za sebe koje se upisuju u plan skrbi.

Tablice 5. **Indikator usluga** (6)

Indikator usluga	Brojnik	Nazivnik
5.1. Izbor obroka hrane	Broj novih korisnika koji su unutar 4 tjedna odlučili o svojim obrocima hrane koji su upisani u plan skrbi	Broj novih korisnika primljenih u ustanovu unatrag 6 mjeseci
5.2. Rekreacija	Broj korisnika koji su odabrali svoje rekreativne aktivnosti kod prijema i koje su upisane u plan skrbi	Broj novih korisnika primljenih u ustanovu unatrag posljednjih 6 mjeseci
5.3. Provjera obroka hrane i rekreacije	Broj korisnika koji primaju odabrane izbore obroka i rekreacije upisane u plan skrbi unatrag 6 mjeseci.	Ukupni broj korisnika koji žive u ustanovi unutar posljednjih 6 mjeseci i koji su podobni za provjeru izbora hrane i rekreacije.

6. Poštivanje privatnosti i osobnosti

Osjećaj privatnosti i poštivanja osobnosti, postupanje osoblja prema korisnicima s uvažavanjem su kritični elementi koji doprinose kvaliteti života korisnika. U mnogim slučajevima riječ je jednostavno o osnovnom lijepom ponašanju; omogućavanju privatnih prostorija za intervju i posjete, traženju dopuštenja prije ulaska u sobu korisnika, poštivanje osobne imovine korisnika usluge itd. U slučaju kada priroda usluga nalaže ometanje osobne privatnosti korisnika usluge, poput pružanja intimnih i invazivnih medicinskih usluga ili usluga osobne higijene, osoblje treba primjeniti te postupke na stručan način i s poštovanjem.

Važno je da organizacija ima sustav vrijednosti koji poštuje prava svakog korisnika usluga i etički kodeks koji usmjerava osoblje da se ponaša na odgovarajući način. Osoblje se educira o tome kako postupati s korisnicima na način da oni kod toga osjećaju poštivanje svoje autonomije, slobode odlučivanja i neovisnosti, te da su kao osobe važni dio ustanove. Istraživanja su pokazala da korisnici počinju osjećati pripadnost ustanovi već nakon četiri tjedna boravka.

Ugodno okruženje je također važno za kvalitetu života korisnika skrbi. Ono mora biti čisto, komforno, sigurno i osigurano tako da smanjuje rizik od povreda.

Tablica 6. **Indikator poštivanja privatnosti** (8)

Indikator poštivanja privatnosti	Brojnik	Nazivnik
6.1. Poštivanje privatnosti	Broj korisnika koji su u godišnjoj anketi izrazili zadovoljstvo u pogledu poštivanja privatnosti i osobnosti	Ukupni broj korisnika koji su vratili ispunjenu anketu
6.2. Osjećaj pripadnosti ustanovi	Broj novih korisnika koji su unutar 4 tjedna od prijema razvili osjećaj pripadnosti i odlučili ostatu u ustanovi	Broj novih korisnika primljenih u ustanovu unatrag 6 mjeseci a koji su ostali najmanje 4 tjedna
6.3. Edukacija zaposlenika (%)	Broj novih zaposlenika koji su prošli tečaj trajne edukacije o specifičnostima svog radnog mjesta kod zaposlenja, poštivanju prava korisnika na privatnost i osobnost.	Broj novih zaposlenika primljenih u ustanovu unatrag posljednjih 6 mjeseci
6.4. Etički kodeks	Broj zaposlenika koji su godišnjom provjerom znanja o etičkom ponašanju odgovorili pozitivno na 80% pitanja	Ukupni broj zaposlenika koji su pristupili provjeri znanja u toku godine dana
6.5. Stav korisnika prema okruženju (%)	Broj korisnika koji su se u godišnjoj anketi izjasnili da su zadovoljni s svojom sigurnošću i osiguranjem .	Broj korisnika koji su vratili ispunjenu anketu

Prije navedeni indikatori kvalitete su namijenjeni institucijskom smještaju. Kada se radi o boravku starije osobe u izvan institucijskom smještaju, u svom domu ili udomiteljskom smještaju pojedini indikatori nisu primjenjivi. Naime broj osoba nije dovoljno velik da bi se mogao primjeniti opis indikatora (brojnik i nazivnik). U takovim slučajevima preporuča se procjena kvalitete skrbi longitudinalnim praćenjem odabranih indikatora u definiranim vremenskim razdobljima. Svako odstupanje od prije utvrđenog prosjeka ili kriterija se analizira sa svrhom odluke o potrebi poduzimanja mjera za poboljšanje. Odgovorna osoba za gerontološku skrb u domu korisnika ili udomiteljstvu, odnosno zdravstveni radnik koji skrbi o psihofizičkom zdravlju korisnika, dužni bi bili voditi evidenciju o mjerilima kvalitete.

OECD studija o kvaliteti dugotrajne skrbi starijih osoba u devetnaest zemalja ukazala je na različitosti strukture i troškova skrbi za starije osobe, razlike u udjelu troškova u odnosu na BDP i razlike u primjenjenim modelima u tim zemljama. Studija



je također ukazala na to da osobe starije dobi za koje je skrb organizirana u vlastitom domu žive duže i da su zdravije. Zaključeno je također da je važno provoditi politiku poboljšanja kvalitete uz multidisciplinarni tim socijalne i zdravstvene skrbi u lokalnoj zajednici, koordinirano na nacionalnoj razini kroz nacionalni strateški okvir. Troškovi takove skrbi su većim dijelom iz javnih izvora a manjim dijelom privatnih odnosno osobnih. No još uvijek dio starije populacije i u razvijenim zemljama više koristi institucijski smještaj (1).

Literatura:

1. Strategija zdravog starenja i akcijski plan primjenjiv za Europu u razdoblju od 2012.-2016. Godine. Svjetska zdravstvena organizacija; Regionalni ured za Europu. Prijevod u Četiri stupa gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom i postupnikom opće/obiteljske medicine u domu za starije osobe. Urednici: Spomenka Tomek-Roksandić, Zvonimir Šostar i Višnja Fortuna. Referentni centar Ministarstva zdravlja RH za zaštitu zdravlja starijih osoba. Zagreb, 2012.str 403-431
2. Četiri stupa gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom i postupnikom opće/obiteljske medicine u domu za starije osobe. Urednici: Spomenka Tomek-Roksandić, Zvonimir Šostar i Višnja Fortuna. Referentni centar Ministarstva zdravlja RH za zaštitu zdravlja starijih osoba. Zagreb, 2012.
3. Donabedian A. The Quality of Care. How Can it Be Assessed? 1988 Journal of the American Medical Association 260(12), 1743–8.
4. Thomson, R.G., McElroy, H. & Kazandjian, V.A. (1997) Maryland Hospital Quality Indicator Project in the United Kingdom: An Approach for Promoting Continuous Quality Improvement. 2008; Quality in Health Care:6:49–55.
5. Harrigan, M. (2000) Quest for Quality in Canadian Health Care: Continuous Quality Improvement (2nd Ed.)
6. CHSRA Center for Health System research and Analysis, University of Wisconsin System 2011. :QI Domains and descriptions www.chsra.wisc.edu
7. O'Reilly M, Courtney M, Edwards H. How is quality being monitored in Australian residential aged care facilities? A narrative review. 2007. Int J Qual Health Care;19:177-82.
8. Wiener JM, Tilly J, Howe A, et al. 2007. Quality Assurance for Long-term Care: The Experiences of England, Australia, Germany and Japan. Washington, DC: AARP; 2007.9.
9. Courtney M, Spencer L. 2000. Clinical Indicators of Quality in Residential Aged Care Facilities. What is the best? Collegian 7(2), 14–19
10. Developing quality of care indicators for vulnerable elderly. The ACOVE project. 2001; Ann Intern Med ;135(Suppl.):684-758
11. Arling G, Kane RL, Lewis T, et al 2005; Future development of nursing home quality indicators. Gerontologist; 45:147-56.
12. Rubenstein LZ, Powers CM, MacLean Catherine Quality indicators for the management and prevention of falls and mobility problems in vulnerable elders. Ann Intern Med. 2001;135:686-693
13. Sequist Thomas D. Von Glahn T, Li Angela, Rogers W H. and Gelb Safran Dana
Editor's choice: Measuring chronic care delivery: patient experiences and clinical performance 2012; Int J Qual Health Care ; 24(3): 206-213

LOGO!?

www.?????????.hr