

Ana Stavljenić-Rukavina*
Spomenka Tomek Roksandić**

KVALITETA INTEGRIRANE SKRBI ZA OSOBE STARIJE DOBI

Sažetak

Istraživanje kvalitete integrirane socijalne i zdravstvene skrbi u domovima za osobe starije dobi provedeno je u domovima za starije u Zagrebu u suradnji Libertas međunarodnog sveučilišta i Referentnog centra za gerontologiju MZ u Nastavnom zavodu za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar” s ciljem provjere primjene normi Zakona o kvaliteti u zdravstvenoj i socijalnoj skrbi (NN 157/13). Multidimenzionalni karakter života osoba starije dobi u institucijskom smještaju odnosi se na procjenu fizičkih funkcija, emocionalnog psihološkog stanja, socijalne i somatske komponente života. Koristeći kao alat valorizirani upitnik koji su ispunjavale odgovorne osobe ustanova dobiveni su podaci o osnovnim pokazateljima kvalitete prvenstveno zdravstvene skrbi o starijim osobama korisnicima doma. Rezultati ovog istraživanja ukazali su na dva područja integrirane skrbi u kojima treba bolja koordinacija između zdravstvenog osoblja domova i obiteljske medicine kao što je područje bolje kontrole dijabetesa i farmakoterapije. Istraživanje nije obuhvatilo niz drugih usluga koje pružaju domovi za starije kao ni analizu implementacije kvalitete u privatnim domovima ili udomiteljskim obiteljima što će slijediti u nastavku istraživanja.

Ključne riječi: socijalna skrb, zdravstvena skrb, domovi za osobe starije dobi, integrirana skrb

1. Uvod

Sve veći udio starijeg stanovništva u većini razvijenih zemalja potaknuo je brojna pitanja osiguranja kvalitete života osoba starije životne dobi, bez obzira na to žive li u svom domu, posebnoj ustanovi ili udomiteljskim obiteljima. Kvaliteta te skrbi, cijena socijalne i zdravstvene zaštite za starije osobe, pitanje poboljšanja kvalitete, odgovornosti i održivosti sustava dugotrajne socijalne skrbi i osiguranje gerijatrijske

* prof. dr. sc. Ana Stavljenić Rukavina, dr. med., Libertas međunarodno sveučilište, astavljenic@libertas.hr

** doc. dr. sc. Spomenka Tomek Roksandić, dr. med., Referentni centar za gerontologiju MZ, Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar”, spomenka.tomek-roksandic@stampar.hr

zdravstvene zaštite za tu populaciju postali su jedan od prioriteta u zemljama Europske Unije (Strategija zdravog starenja i akcijski plan primjenjiv za Europu u razdoblju od 2012. – 2016., 2012).

Dok je u razvijenim zemljama EU-a u zadnjim godinama skrb o starijoj populaciji bila više usmjerena podršci prema što dužem boravku u vlastitom domu, uz razvijanje usluga socijalne skrbi i zdravstvene zaštite, u tranzicijskim je zemljama češće rješenje institucijski smještaj. 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 nedostatnoj kvaliteti usluga u svim trima modelima: neadekvatni smještaj, nemogućnost održavanja socijalnih kontakata, nepoštovanje privatnosti, nepoštovanja individualnih potreba pojedinaca u domovima za starije osobe i drugo. Između tih dvaju rješenja, Hrvatska nastoji podići sve veću svijest i potrebu razvijanja obaju pristupa, osobito gerontoloških centara, a u određenim slučajevima smještaj starijih osoba u udomiteljske obitelji kao zamjene za vlastiti dom (isto).

Mreža gerontološke skrbi u Hrvatskoj uspostavljena je po županijama (gerontološki centri), a u lokalnoj zajednici na razini primarne zdravstvene zaštite. Gerontološki centar provodi integralnu multidisciplinarnu skrb o starijim osobama s ciljem održavanja programa aktivnog starenja u njihovom prebivalištu, koordinirano na nacionalnoj razini kroz Nacionalni strateški okvir zaštite zdravlja starijih osoba. Centri su funkcionalno u vezi s domovima za starije osobe ili svoje zadaće obavljaju samostalno. U okviru potreba gerontoloških centara razvili su se programi edukacije za nove profile djelatnika poput gerontonegovateljica i gerontodomačica (isto).

Koncept „kvalitete skrbi” još je uvijek teško mjerljiv, prije svega u kontekstu skrbi u domovima za starije osobe. Tradicionalno, tri područja skrbi temeljem kojih je moguće procijeniti kvalitetu u institucijskom smještaju su: struktura, proces i ishod. Struktura se odnosi na smještajne kapacitete uključujući fizičko okruženje i opremu. Proces, vidljivo iz imena, bavi se provođenjem skrbi, a ishod označava krajnji rezultat skrbi. Ta tri područja međusobno su povezana u pružanju skrbi. Smještajni kapaciteti olakšavaju bolje provođenje procesa skrbi, što u konačnici daje bolji ishod skrbi. Analiza i evaluacija svih triju područja kvalitete (strukture, procesa i ishoda) neophodni su za donošenje mjera za poboljšanje kvalitete (Donabedian, 1988). Većina stručnjaka slaže se da je lakše mjeriti i procjenjivati procese nego li ishode skrbi te da u osoba starije životne dobi dobro provođenje procesa skrbi ne osigurava uvijek najbolji ishod, no ipak dobra stručna praksa povećava mogućnost da se postigne željeni ishod.

2. Pokazatelji kvalitete

Pokazatelji kvalitete su dobro odabrani alati pomoću kojih se nakon ispravne analize i tumačenja mogu donijeti određene odluke za poboljšanje kvalitete provedbe skrbi (Thomson et al., 1997). Oni su dobar alat za praćenje, evaluaciju i poboljšanje pruženih usluga. Neutralni su i svrha im je da pružaju objektivnu informaciju te upozoravaju na određena problematična područja, koja treba pažljivo istražiti i evaluirati (Harrigan, 2000; www.chsra.wisc.edu, 7. studenog 2017). Vezani su uz pojedinu skupinu standarda socijalne i zdravstvene skrbi. Pojedini je indikator vredniji što je jača uzročno posljedična veza između strukture, procesa i ishoda, a samim time tom se indikatoru kvalitete poklanja veće značenje (Donabedian, 1988). Učinkovita i sveobuhvatna procjena kvalitete skrbi treba pokrivati što više područja, a instrumenti provjere trebaju se razvijati i integrirati u rutinsku stručnu praksu.

Institucijska skrb starijih osoba cjelovita je i u kontekstu kvalitete zdravstvene zaštite. Kvaliteta skrbi podrazumijeva mnogo širi raspon aktivnosti nego tradicionalna zdravstvena zaštita, poput bolničke zdravstvene zaštite, jer korisnici u tom prostoru i žive. U institucijskoj skrbi se područje kvalitete života isprepliće s kvalitetom socijalne skrbi. Korisnicima je manje važna njega, a više osjećaj doma (O'Reilly, Maria et al., 2007). Zato pojedini autori savjetuju da se kvaliteta institucijske skrbi procjenjuje na temelju pokazatelja koji procjenjuju opći zdravstveni status, funkcionalni status, mentalno zdravlje, udobnost smještaja, emocionalni status, privatnost i autonomiju (Wiener, Joshua et al., 2007). Isti autori predlažu da se kvaliteta kliničke zaštite procjenjuje učestalošću dekubitusa, inkontinencije, pravilnom hidratacijom, učestalošću infekcije, integritetom kože i polifarmacijom odnosno prevencijom pojavnosti „4N” (nepokretnost, nesamostalnost, inkontinenciju i nestabilnost) (Courtney i Spencer, 2000; *Developing Quality of Care Indicators for the Vulnerable Elderly: The ACOVE Project*, 2004). Australija je država s najdužom tradicijom provjere kvalitete skrbi u institucijskom smještaju starijih osoba.

Na temelju analize mnogih anketa i podataka i studija objavljenih 2005. – 2013. pokazano je da je korisnicima najvažnije pravo izbora svog liječnika, odgovarajuća prehrana, mobilnost i zubozdravstvena zaštita (Arling et al., 2005; Rubenstein et al., 2011; Sequist et al., 2012). Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) također naglašava važna područja kvalitete života u domovima za starije osobe (Strategija zdravog starenja i akcijski plan primjenjiv za Europu u razdoblju od 2012. – 2016., 2012). SZO definira kvalitetu života kao percepciju pojedinaca o njihovom položaju u životu kroz kontekst kulturoloških i vrijednosnih sistema u kojem žive te u odnosu na njihove ciljeve, standarde i potrebe. Definicija uključuje u osam domena fizičko zdravlje, psihološki status, razinu neovisnosti, pravilnu prehranu, socijalne kontakte, faktore okoliša, zdravstveno ponašanje i duhovne potrebe.

Iz navedenog proizlazi da se multidimenzionalni karakter kvalitete života osoba starije dobi odnosi na procjenu fizičkih funkcija, emocionalnog psihološkog stanja, socijalne i somatsko psihološke funkcije. Naposljedku kvaliteta zdravstvenog stanja se ocjenjuje dužinom života, socijalnim mogućnostima pod utjecajem bolesti, liječenja ili politikama socijalne skrbi.

3. Istraživanje pokazatelja kvalitete u domovima za starije u Zagrebu

Pravilnikom o standardima kvalitete socijalnih usluga od 17. travnja 2014. na temelju Zakona o kvaliteti u zdravstvenoj i socijalnoj skrbi, NN 157/13/ započeto je uvođenje standarda kvalitete socijalnih usluga koji su prethodno usaglašeni i trebali bi biti instrument za licenciranje pružatelja usluga socijalne skrbi za osobe starije dobi. U Zagrebu je u 11 domova za starije osobe trajno smješteno više od 2 500 osoba starije dobi, a značajni broj osoba boravi u dnevnom boravku domova. Svi domovi imaju za teže oboljele osobe posebni odjel za stacionarnu zdravstvenu skrb. Tijekom 2014. i 2015., nakon provedene edukacije, uvedeni su standardi socijalne skrbi i pokrenuto je praćenje pokazatelja skrbi.

U suradnji s Referentnim centrom za gerontologiju MZ u Nastavnom zavodu za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar” pokrenuto je istraživanje s ciljem analize primjene nekoliko standarda kvalitete i pokazatelja kvalitete u stacionarnom smještaju osoba starije dobi u javnim ustanovama koje je osnovao Grad Zagreb. Istraživanje je provedeno koristeći kao alat prethodno valorizirani upitnik koji su ispunjavale odgovorne osobe ustanove. Istraživanje je bilo usmjereno na područja pokazatelja općeg zdravstvenog stanja, pokazatelje odgovarajuće farmakoterapije i prevencije rizika (pad, dekubitus).

U okviru standarda fizičkog i psihičkog stanja korisnika svakoj se osobi prije ulaska u sustav institucijske skrbi procjenjuje zdravstveno stanje, funkcionalna sposobnost u odnosu na samostalnost i fizičku pokretljivost, farmakoterapija, rizik od pada, rizik za razvoj dekubitusa, tjelesna težina, hidratacija, psihičko stanje, postojanje boli. Zdravstveno stanje provjerava se redovito u odgovarajućim razdobljima. Isto pravilo vrijedi i za ostale oblike skrbi (gerontološki centri, udomiteljstvo, vlastiti dom), gdje su korisnici skrbi u djelatnosti specifične službe i/ili obiteljske medicine. Plan zdravstvene gerijatrijske njege priprema se individualno, tako da odgovara potrebama korisnika i njegovom zdravstvenom i kognitivnom stanju u dogovoru s korisnikom i/ili njegovim skrbnikom. Njega se provodi prema postupniku (Strategija zdravog starenja i akcijski plan primjenjiv za Europu u razdoblju od 2012. – 2016., 2012). Pokazatelji općeg zdravstvenog stanja analizirani su sukladno uputama navedenim u tablici 1. (Developing Quality of Care Indicators for the Vulnerable Elderly: The ACO-VE Project, 2004; Wiener, Joshua et al., 2007).

Tablica 1: Pokazatelji općeg zdravstvenog stanja

Pokazatelji 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. Stanje funkcionalne onesposobljenosti	Broj korisnika koji su u proteklih 6 mjeseci od prijema u ustanovu imali pregled kod doktora zbog nepokretnosti i/ili nesamostalnosti	Broj korisnika primljenih u ustanovu u proteklih 6 mjeseci
1.3. Incidencija depresije	Broj korisnika koji su u proteklih 6 mjeseci od prijema u ustanovu imali pregled kod liječnika zbog simptoma depresije i kojima je postavljena ta dijagnoza.	Broj korisnika primljenih u ustanovu u proteklih 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 HbA1c < 7 %	Ukupni broj korisnika s dijagnozom dijabetesa u ustanovi u razdoblju od tih 6 mjeseci

Rezultati analize pokazali su da je samo 0,6 % korisnika izgubilo na težini što je u okviru očekivanja fizioloških promjena u odnosu na dob ispitanika. Simptome depresije razvilo je 0,9 % osoba, a kognitivni poremećaji zabilježeni su kod 0,4 % korisnika doma. Pogoršanje dijabetesa kao zdravstvenog problema zabilježeno je u 17 % korisnika doma. Ostali zdravstveni pokazatelji nisu odstupali od standarda. Navedeni rezultati analize upitnika ukazuju na potrebu češće kontrole osoba koje imaju dijabetes od strane liječnika obiteljske medicine i koordinacije skrbi sa zdravstvenim osobljem u domu.

3.1. Standardi i pokazatelji kvalitete farmakoterapije

Svakom se korisniku kod prijema 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 liječnika 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 liječnicima medicine koji pružaju korisnicima zdravstvenu zaštitu. Novi lijek se propisuje starijoj osobi kad za to postoji jasna indikacija. Indikacija, naziv lijeka i propisana doza lijeka upisuju se u medicinsku

dokumentaciju osobe. Upis u dokumentaciju omogućava održavanje odgovarajućeg kontinuiteta skrbi i evaluaciju učinkovitosti 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. listi lijekova, u kojoj su upisani lijekovi i doze te način uzimanja lijekova. Pravilna raspodjela uzimanja lijekova značajna je za održavanje zdravlja i smanjuje incidenciju neželjenih nuspojava lijeka. U više studija ustanovljeno je kako starije osobe gotovo u 70 % slučajeva ne uzimaju na pravilan način bar jedan od propisanih lijekova, a čak 32 % 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 do 3,5. INR se provjerava svakih 6 tjedana i upisuje u dokumentacijsku listu. Korisnicima koji uzimaju diuretike potrebno je kontrolirati koncentraciju kalija jednom tjedno. Nalaz se upisuje u dokumentacijsku listu. Lista lijekova provjerava se i upotpunjuje ili mijenja jednom tjedno. U slučaju potrebe konzultira se osobni liječnik korisnika ili liječnik koji skrbi o svim korisnicima ustanove.

Tablica 2: Pokazatelji farmakoterapije (Developing Quality of Care Indicators for the Vulnerable Elderly: The ACOVE Project, 2004).

Pokazatelji farmakoterapije Institucijski smještaj	Brojnik	Nazivnik
2.1. Postotak korisnika koji imaju potpunu dokumentaciju : Listu lijekova i potpis odgovornog liječnika 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 (%): profilaksa 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

Rezultati analize upitnika vezano uz farmakoterapiju pokazali su da 17 % osoba starije dobi uzima 9 i više lijekova dnevno. Istovremeno treba naglasiti da je prisutan veliki raspon u uzimanju više vrsta lijekova, 0–80%. Značajno je da 82 % osoba koje borave u domu za starije ima potpunu medicinsku dokumentaciju te da je farmakoterapija dobro kontrolirana od strane liječnika i zdravstvenog osoblja doma jer u medicinskim kartonima nema podataka o nuspojavama lijekova.

3.2. Prevencija rizika

Incidencija padova i težina posljedica pada u osoba iznad 60. godine života značajno je 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.

Rizici se procjenjuju na temelju standarda gerijatrijske zdravstvene njege (Strategija zdravog starenja i akcijski plan primjenjiv za Europu u razdoblju od 2012. – 2016., 2012).

Tablica 3: Pokazatelji rizika (Rubenstein et al., 2011).

Pokazatelji 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

Iz analize upitnika može se zaključiti da je u svim ustanovama značajna pažnja posvećena prevenciji rizika od pada jer 76 % korisnika doma ima u svojoj medicinskoj dokumentaciji procjenu rizika od pada i povreda. Zato je i samo 0,8 % korisnika imalo frakturu kao posljedicu pada u ustanovi. Jednako tako je 0,6 % korisnika razvilo dekubitalni ulkus tijekom proteklih tri mjeseca.

4. Rasprava i zaključci

Uspostavljanje sustava kvalitete integrirane socijalne i zdravstvene skrbi u institucijskom smještaju za starije osobe u svim trima područjima (struktura, proces, ishod), prema rezultatima ovog istraživanja znatno je unapređivalo u odnosu na vrijeme prije revizije pravilnika. U domovima za starije osobe koje su javne ustanove u gradu Zagrebu prati se osnovni set standarda i pokazatelja zdravstvene skrbi koja zajedno sa standardima socijalne skrbi čini jedan set integriranih standarda i odgovarajućih pokazatelja integrirane skrbi (www.mspm.hr, svibnja 2010). Integracija socijalne i zdravstvene skrbi za osobe u starijoj dobi kao i osobe s invaliditetom proteklih je godina postala jedna od značajnih tema kako u institucijama Europske unije tako i Svjetske zdravstvene organizacije te OECD-a. Uz uspostavljanje standarda kvalitete značajne

su aktivnosti u području definiranja pokazatelja kvalitete koji na najbolji način mogu dati procjenu kvalitete pojedinih segmenata skrbi i preporuke za poboljšanje.

Ovo je istraživanje provedeno kao pilot projekt u domovima za starije koji su u nadležnosti grada Zagreba prije implementacije na sve ostale domove i institucije koje skrbe o osobama starije dobi. Iako je uključen dio standarda i pokazatelja kvalitete od sveukupnog panela pokazalo se da je primjena zakonske regulative u implementaciji sustava kvalitete u području socijalne skrbi pokrenuta i nakon dvije godine od revizije pravilnika ide uzlaznim tokom. Rezultati ovog istraživanja ukazali su na dva područja integrirane skrbi u kojima treba bolja koordinacija između zdravstvenog osoblja domova i obiteljske medicine kao što je područje bolje kontrole dijabetesa i farmakoterapije. Istraživanje nije obuhvatilo niz drugih usluga koje pružaju domovi za starije kao ni analizu implementacije kvalitete u privatnim domovima ili udomiteljskim obiteljima što će biti obuhvaćeno u nastavku istraživanja.

Literatura

1. Arling, Greg et al. 2005. Future development of nursing home quality indicators. *Gerontologist*, 45 (2): 147–156.
2. Courtney, Mary i Spencer, Lyndall. 2000. Clinical Indicators of Quality in Residential Aged Care Facilities. What is the best? *Collegian*, 7 (2): 14–19.
3. Donabedian, Avedis. The Quality of Care. How Can it Be Assessed? 1988. *Journal of the American Medical Association*, 260 (12): 1743–1748.
4. Harrigan, MaryLou. 2000. *Quest for Quality in Canadian Health Care: Continuous Quality Improvement*. Vancouver: Harrigan consulting.
5. O'Reilly, Maria et al. 2007. How is quality being monitored in Australian residential aged care facilities? A narrative review. *International Journal for Quality in Health Care*, 19 (3): 177–182.
6. Rubenstein, Laurence et al. 2011. Quality indicators for the management and prevention of falls and mobility problems in vulnerable elders. *Annals of Internal Medicine*, 155 (8): 686–693.
7. Sequist, Thomas et al. 2012. Measuring chronic care delivery: patient experiences and clinical performance. *International Journal for Quality in Health Care*, 24 (3): 206–213.
8. Strategija zdravog starenja i akcijski plan primjenjiv za Europu u razdoblju od 2012. – 2016. 2012. U: *Četiri stupa gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom i postupnikom opće/obiteljske medicine u domu za starije osobe*, ur. Tomek-Roksandić, Spomenka et al., 403–431, Zagreb: Referentni centar Ministarstva zdravlja RH za zaštitu zdravlja starijih osoba.
9. Thomson, Richard et al. 1997. Maryland Hospital Quality Indicator Project in the United Kingdom: An Approach for Promoting Continuous Quality Improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 6 (1): 49–55.
10. Wiener, Joshua et al. 2007. *Quality Assurance for Long-term Care: The Experiences of England, Australia, Germany and Japan*. Washington: AARP.

Internetski izvori

11. CHSRA: Center for Health System research and Analysis. www.chsra.wisc.edu. 7. studenog 2017.
12. Developing Quality of Care Indicators for the Vulnerable Elderly: The ACOVE Project. 2004. Santa Monica: RAND Corporation. https://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB4545-1.html.
13. Standardi kvalitete socijalnih usluga u djelatnosti socijalne skrbi sa smjernicama za provedbu. www.mspm.hr. Svibnja 2010.



Quality of integrated elderly care

Abstract

The study on integrated social and health care quality for elderly was conducted elderly homes in the city of Zagreb in cooperation between Libertas International University and Reference Center for Gerontology MOH in the Public Health Institute "Dr. AndrijaŠtampar. The aim of the study was investigation of quality standards implementation which was prescribed by the Law on Quality in Health and Social Welfare. The multidimensional nature of quality of life in elderly in institutional accommodation refers to the assessment of physical functions, the emotional psychological state, social and somatic component of life. Using a standardized questionnaire as a tool filled by responsible persons of the institutions, data obtained for basic quality indicators ordered by Law were analyzed as a starting point for the decision on risk prevention and quality improvement within the elderly homes. The results of this study pointed out two risk areas of integrated care where better coordination is needed between elderly home staff and family doctor in the pharmacotherapy and diabetes control and regulation. This first study on the implementation quality standards and evaluation of quality indicators in integrated care for elderly reveals important risk points for some users of elderly homes but allow at the same time the implementation of better model for the care improvement.

Keywords: social care, healthcare, homes for the elderly, integrated care