

SVEUČILIŠTE U RIJECI
MEDICINSKI FAKULTET

Željka Cindrić

MODEL PLANIRANJA I UPRAVLJANJA U SUSTAVU ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI U
REPUBLICI HRVATSKOJ

Doktorski rad

Rijeka, 2026.

SVEUČILIŠTE U RIJECI
MEDICINSKI FAKULTET

Željka Cindrić

MODEL PLANIRANJA I UPRAVLJANJA U SUSTAVU ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI U
REPUBLICI HRVATSKOJ

Doktorski rad

Mentorica: prof. dr. sc. Daniela Malnar

Rijeka, 2026.

UNIVERSITY OF RIJEKA
FACULTY OF MEDICINE

Željka Cindrić

A PLANNING AND MANAGEMENT MODEL FOR THE HOME HEALTH CARE SYSTEM
IN CROATIA

Doctoral thesis

Mentor: prof. dr. sc. Daniela Malnar

Rijeka, 2026.

Mentorica rada: prof. dr. sc. Daniela Malnar

Doktorska disertacija obranjena je dana _____ na Medicinskom fakultetu u Rijeci, pred povjerenstvom u sastavu:

- 1.
- 2.
- 3.

Rad ima

UDK: _____

ZAHVALA

Od srca zahvaljujem svojoj mentorici prof. dr. sc. Danieli Malnar, dr. med, na nesebičnoj podršci, strpljenju i razumijevanju tijekom cijelog procesa izrade ove disertacije. Njezina stručnost, dostupnost i iskrena vjera u mene bili su mi oslonac u trenucima sumnje i izazova, ali i poticaj da ustrajem i dam svoj maksimum. Hvala joj što je prepoznala moj trud i pomogla mi da ga usmjerim u kvalitetan znanstveni rad.

Posebno zahvaljujem svim sudionicima istraživanja koji su svojim vremenom, otvorenošću i povjerenjem omogućili realizaciju ovog rada. Bez njihove spremnosti na suradnju, ova disertacija ne bi bila moguća.

Veliku i iskrenu zahvalnost dugujem svojoj obitelji. Njihova bezuvjetna ljubav, strpljenje i podrška bili su moj temelj kroz sve izazove. U trenucima umora i nesigurnosti, oni su bili moja snaga i motivacija da nastavim dalje.

Hvala i mojim prijateljima i kolegama koji su bili uz mene, pružali riječ podrške kada je bilo najpotrebnije i dijelili sa mnom i lakše i teže trenutke ovog puta.

Ova disertacija nije samo rezultat mog rada, već i odraz svih ljudi koji su me na ovom putu podržavali i vjerovali u mene.

SAŽETAK

U kontekstu sve većeg značaja zdravstvene njege u kući u Republici Hrvatskoj, osobito zbog demografskih promjena i rastućih potreba korisnika, nameće se potreba za jasnijim uvidom u postojeći način organizacije i upravljanja ovom djelatnosti.

Cilj istraživanja: Cilj ovog istraživanja bio je prikazati postojeće stanje i način organiziranja zdravstvene njege u kući u Republici Hrvatskoj te na temelju dobivenih rezultata predložiti unapređenja tog sustava. Ovo je prvo sveobuhvatno istraživanje tog tipa u Hrvatskoj, usmjereno na analizu planiranja i upravljanja ljudskim resursima u zdravstvenoj njezi u kući.

Materijali i metode: Istraživanje je kvantitativno i obuhvatilo je 60 ustanova za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju te 526 djelatnika unutar Mreže javne zdravstvene službe. Podaci su prikupljeni dvama standardiziranim upitnicima (dio IBenC europskog istraživačkog projekta) prilagođenih lokalnom kontekstu. Proučeni su aspekti poput strategije upravljanja kadrovima, organizacijske strukture, radnih uvjeta i zadovoljstva zaposlenika.

Rezultati: Analiza je otkrila ključne nedostatke u upravljanju ljudskim resursima. Ustanove nemaju zajedničku strategiju ni jedinstven model zapošljavanja i razvoja osoblja već se značajno razlikuju u organizaciji rada. Istaknuta je razlika između urbanih i ruralnih ustanova. Ruralne institucije imaju manje upravnih resursa i ograničenije mogućnosti stručnog usavršavanja. Zaposlenici u zdravstvenoj njezi u kući uglavnom su srednje dobi i izražavaju zadovoljstvo radnim mjestom, ali povremeno iskazuju visoke razine stresa. Radni uvjeti i raspodjela poslova izravno utječu na zadovoljstvo i učinkovitost osoblja. Rezultati odgovaraju trendovima iz drugih europskih studija o dugotrajnoj skrbi, koje također ukazuju na fragmentiranost sustava i nedostatak koherentne politike.

Zaključak: Rezultati sugeriraju da sustav zdravstvene njege u kući u Hrvatskoj treba sustavne reforme poput uvođenja nacionalnih standarda upravljanja ljudskim resursima, poboljšanje radnih uvjeta te jačanje mehanizama podrške djelatnicima. Takve mjere povećale bi kvalitetu skrbi i stabilnost kadra. Unapređenje organizacije, oslanjajući se na dokaze ovog istraživanja, može dovesti do pravednijeg i održivijeg modela pružanja zdravstvene njege u kući.

Ključne riječi: Hrvatska; kvaliteta zdravstvene skrbi; ljudski resursi; radna snaga; zdravstvena njega u kući.

SUMMARY

In the context of the growing importance of home healthcare in the Republic of Croatia, particularly due to demographic changes and the increasing needs of service users, there is a clear need for a more detailed insight into the current organization and management of this sector.

Objective: The aim of this study was to describe the status and organization of home healthcare nursing in the Republic of Croatia and based on the findings, to propose improvements to the system. This is the first comprehensive study of its kind in Croatia, focusing on human resource planning and management in home nursing care.

Materials and Methods: This quantitative study included 60 home healthcare and rehabilitation institutions and 526 employees within the Network of Public Health Services. Data were collected using two standardized questionnaires (from the European IBenC research project) adapted to the Croatian context. Domains analyzed included human resource management strategies, organizational structure, working conditions, and employee job satisfaction.

Results: The analysis identified key shortcomings in human resource management. Institutions lack a shared strategy and a unified model for recruitment and staff development, and organizational practices vary substantially. Differences between urban and rural institutions were evident—rural providers reported fewer managerial/administrative resources and more limited opportunities for continuing professional development. Home-care employees were predominantly middle-aged and relatively stable in employment, yet periodically high stress levels were reported. Working conditions and task allocation were found to directly affect staff satisfaction and effectiveness. The findings align with trends reported in other European long-term care studies, which likewise indicate system fragmentation and the absence of a coherent policy.

Conclusion: The results suggest that Croatia's home healthcare nursing system requires systematic reforms, including national standards for human resource management, improved working conditions, and stronger support mechanisms for staff. Such measures could enhance care quality and workforce stability, contributing to a more equitable and sustainable model of home nursing care delivery.

Keywords: Croatia; home health nursing; human resource; quality of care; working conditions.

SADRŽAJ

1. UVOD I PREGLED PODRUČJA ISTRAŽIVANJA	1
1.1. Zdravstvena njega u kući u Republici Hrvatskoj	1
1.2. Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj	5
1.3. Geografija i sociogeografija.....	6
1.4. Ekonomski kontekst	6
1.5. Zdravstveno stanje.....	7
1.6. Organizacija	7
1.7. Planiranje.....	10
1.7.1. Formiranje zdravstvene politike, provedba i evaluacija	10
1.7.2. Planiranje na središnjoj razini.....	10
1.7.3. Planiranje na razini županije.....	10
1.8. Zdravstveni informacijski sustav	11
1.9. Uredbe	11
1.10. Izdaci za zdravstvo	12
1.10.1. Izvori prihoda i financijski troškovi	12
1.10.2. Pregled zakonskog sustava financiranja	13
1.11. Fizički resursi	14
1.11.1. Planiranje i evidentiranje ljudskih resursa	14
1.11.2. Medicinske sestre.....	15
1.12. Primarna zdravstvena zaštita	15
1.13. Ukidanje koncesija i uvođenje privatne prakse.....	16
1.14. Strateški plan za ljudske potencijale	17
1.14.1. Upravljanje ljudskim resursima.....	17
1.15. Kvaliteta zdravstvene zaštite	18
1.16. Ishodi zdravstvenog sustava.....	22
1.17. Opis zdravstvene njege u kući po zemljama i ključnim domenama	22
1.18. Dugotrajna skrb u Hrvatskoj	39
1.19. Formalna dugotrajna skrb u Hrvatskoj.....	41
2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA.....	43

3. MATERIJAL I METODE.....	44
3.1. Metodologija istraživanja.....	44
3.2. Statistička analiza.....	46
3.3. Uzorak i istraživanje.....	46
4. REZULTATI	48
4.1. Sociodemografski podaci	48
4.2. Zdravlje, dobrobit i psihosocijalni čimbenici.....	51
4.3. Radno mjesto kao cjelina	63
4.4. Donošenje odluka u ustanovi	65
4.5. Putovanje djelatnika do pacijenata.....	69
4.6. Zadovoljstvo na radnom mjestu	74
4.7. Struktura ustanove i značajke osoblja	77
5. RASPRAVA.....	88
5.1. Prijedlog nacionalnog modela planiranja i upravljanja izveden iz rezultata i OECD/EU dokaza 94	
5.2. Teorijske implikacije disertacije	97
5.3. Ograničenja.....	98
6. ZAKLJUČAK.....	99
LITERATURA	101
ILUSTRACIJE	113
Popis slika.....	113
Popis tablica.....	114
POPIS POKRATA.....	115
PRIVITCI	117
Prilog 1 Upitnik 1- Značajke djelatnika u zdravstvenoj skrbi	117
Prilog 2 Upitnik 2: Značajke ustanova (organizacija) za zdravstvenu njegu u kući	136
ŽIVOTOPIS	153

1. UVOD I PREGLED PODRUČJA ISTRAŽIVANJA

1.1. Zdravstvena njega u kući u Republici Hrvatskoj

Zdravstvena njega u kući predstavlja ključnu zdravstvenu uslugu koja se pruža na primarnoj razini, i to putem registriranih i ovlaštenih ustanova koje se bave zdravstvenom njegom.

Ovaj oblik zdravstvene usluge omogućuje bolesnicima, posebno onima s kroničnim bolestima, invaliditetom ili poteškoćama u kretanju, da primaju zdravstvenu njegu u vlastitom domu, čime se poboljšava kvaliteta života korisnika i smanjuje pritisak na bolničke kapacitete. Međutim, učinkovitost zdravstvene njege u kući uvelike ovisi o modelu planiranja i upravljanja koji se primjenjuje unutar sustava.

Model planiranja i upravljanja u sustavu zdravstvene njege u kući uključuje niz ključnih elemenata: od procjene potreba pacijenata, raspodjele resursa, koordinacije zdravstvenih djelatnika do evaluacije i kontinuiranoga unapređenja kvalitete usluga. U Republici Hrvatskoj ovaj je sustav u stalnom razvoju, suočen s izazovima kao što su nedostatak kvalificiranog osoblja, neujednačena dostupnost usluga na nacionalnoj razini te ograničeni financijski resursi.

Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18), članak 110., ustanove za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju imaju ovlaštenje pružati zdravstvenu njegu i rehabilitaciju bolesnika te provoditi fizikalnu terapiju u kući. Također, ove ustanove mogu privremeno pružati stacionarnu njegu i rehabilitaciju pacijentima kojima je potrebna takva skrb [1].

Prema Odluci o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (NN 56/17), standardni broj osiguranih osoba za pružanje zdravstvene njege u kući utvrđen je na 3500 osiguranika po jednoj medicinskoj sestri/tehničaru [2].

Na temelju izvješća dostavljenih za 2023. godinu evidentirano je 1054 zdravstvenih djelatnika koji su radili u području zdravstvene njege u kući. Ovaj broj uključuje 133 prvostupnika/prvostupnica sestrištva, 147 prvostupnika/prvostupnica fizioterapije, 649 medicinskih sestara/tehničara sa srednjom stručnom spremom, 109 fizioterapeutskih tehničara sa srednjom stručnom spremom te 14 medicinskih sestara/tehničara s visokom stručnom spremom i dva doktora znanosti [3].

Nažalost, broj osiguranika po zdravstvenom djelatniku u području zdravstvene njege u kući prelazi predviđenih 3500, s obzirom na podatke o broju osiguranika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Na ovaj je način 61 059 osoba koristilo usluge zdravstvene njege u kući tijekom 2023. godine, a zabilježeno je i 24 942 novih korisnika [3]. Prema Natječaju za sklapanje ugovora o provođenju primarne zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja za potrebe popune Mreže javne zdravstvene službe (objavljeno 9. rujna 2025.) nedostaje 50 medicinske sestre/tehničara [4].

Provođenjem fizikalne terapije u kući omogućuje se dugotrajna rehabilitacija pacijentima koji nisu u mogućnosti obavljati terapiju ambulantno, a boluju od kroničnih neuroloških, reumatoloških i ortopedskih bolesti. Kao uvjet provođenja fizikalne terapije u kući, potreban je nalaz specijalista (neurologa, fizijatra, ortopeda ili reumatologa) kojeg liječnik obiteljske medicine šalje na Liječničko povjerenstvo HZZO koje odlučuje o ispravnosti zahtjeva [5]. Dostupnost usluge nije jednako pokrivena na cijelom područje Hrvatske, posebice je primjetan nedostatak u ruralnim područjima (Gračac, Vukovar, Korenica, Otok Pag, Čabar, Delnice, Buzet, Vrbovsko, Otok Rab, Obrovac, Sinj, Županija) [6].

Grad Zagreb u Republici Hrvatskoj ima najveći broj pacijenata s zdravstvenom njegom u kući u 2023. godini dok Međimurje ima najmanji broj pacijenata. Grad Zagreb ima najveći broj postupaka po glavi stanovnika u zemlji, a zbog velike populacije ovakav je ishod i očekivan s obzirom na njegov status glavnoga i najvećeg grada u Hrvatskoj. Najveći broj postupaka ovdje je obavljen u svim dobnim skupinama, međutim, broj je postupaka obavljenih na starijim osobama najveći. To ukazuje na veću potražnju za zdravstvenom skrbi u urbanim područjima, što uključuje zdravstvenu njegu u kući, medicinske zahvate i druge vrste zdravstvene skrbi. Suprotno tome, Međimurska županija ima najmanji broj korisnika zdravstvene njege u kući od bilo koje županije u zemlji. Osim toga, manji broj postupaka može značiti manju dostupnost ili potražnju za zdravstvenom njegom u kući u usporedbi s većim županijama [4].

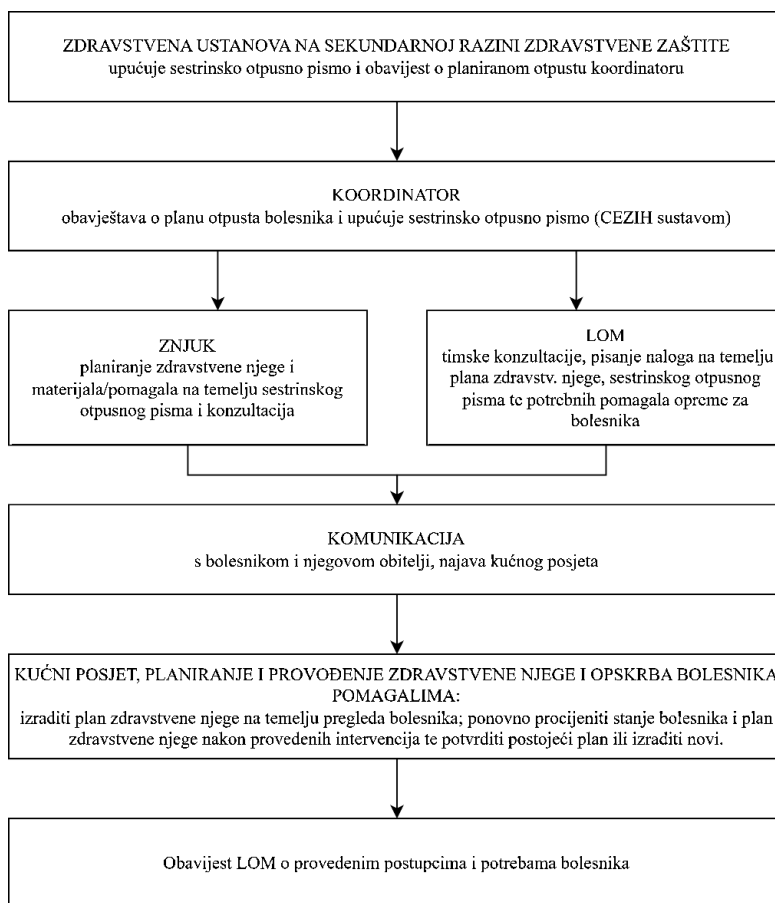
Ukupan broj evidentiranih bolesti u zdravstvenoj njezi u kući povezani su sa starijim osobama, posebno onima između 65 i 74 godina života te onima koji imaju 75 i više godina života. U ovoj populaciji broj osoba s dijagnozom bolesti povećava se s godinama, što je uobičajeno jer starije osobe imaju veću prevalenciju kroničnih bolesti i drugih zdravstvenih problema. Primjerice, u dobnoj skupini osoba starijih od 75 godina ukupan broj dijagnosticiranih bolesti iznosi 11 494, što je najveći broj od svih dobnih skupina. Kod specifičnih bolesti, najveći broj dijagnoza povezan je

s bolestima živčanog sustava, koje uključuju razne neurološke poremećaje [7]. Druga značajna kategorija bolesti koja je dokumentirana u većem broju bolesti su krvožilnog sustava, koje uključuju bolesti srca, moždani udar i slična stanja. Ova stanja također su najčešća kod starijih osoba [7].

Prema Pravilniku o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na zdravstvenu njegu u kući, osigurane osobe ostvaruju pravo na zdravstvenu njegu kada je takav postupak medicinski indiciran u skladu s odredbama ovog Pravilnika [1]. Zdravstvena njega osigurane osobe provodi se u svrhu poboljšanja njezinoga zdravstvenog stanja i sprječavanja njegovog pogoršanja. Provođenje zdravstvene njege uključuje i poduku osigurane osobe te članova njezine obitelji o provođenju postupaka zdravstvene njege. Osigurana osoba ostvaruje pravo na zdravstvenu njegu na osnovi utvrđenih sljedećih stanja:

- nepokretnosti ili teške pokretnosti (osigurane osobe koje za kretanje trebaju pomoć druge osobe ili koriste pomagala za kretanje)
- kronične bolesti u fazi pogoršanja ili komplikacije, uz uvjet da izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite u djelatnosti opće/obiteljske medicine, odnosno zdravstvene zaštite predškolske djece (u daljnjem tekstu: izabrani doktor) istodobno provodi liječenje u kući te da indicira i potrebu provođenja zdravstvene njege u kući
- prolaznih ili trajnih zdravstvenih stanja kod kojih nije moguće samozbrinjavanje
- nakon složenijih operativnih zahvata koji zahtijevaju previjanje i njegu rane te skrb za stome
- kod osigurane osobe u terminalnoj fazi bolesti [1].

Provođenje zdravstvene njege može se propisati maksimalno pet puta tjedno tijekom 30 dana, iznimno u trajanju od 90 dana kod najtežih bolesnika, posebno onih s definiranim trajnim stanjima, a prema dijagnozama utvrđenim u Popisu bolesti i stanja. Zdravstvenu njegu provodi medicinska sestra/medicinski tehničar u privatnoj praksi ili medicinska sestra / medicinski tehničar, radnik ustanove za zdravstvenu njegu u kući koji sa Zavodom imaju sklopljen ugovor za provođenje zdravstvene njege u kući. Zdravstvenu njegu zdravstveni radnici provode samostalno u skladu s uputama izabranog doktora [1].



Slika 1: Dijagram postupaka kontinuiranog provođenja skrbi zdravstvene njege u kući

Izvor: <https://znjuk.hr/wp-content/uploads/2018/11/Smjernice-za-postupke.pdf> (preuzeto 16.09.2025.)

Demografski i društveni trendovi sve više povećavaju potražnju postupaka zdravstvene njege u kući. Tehnološke i farmaceutske inovacije omogućuju osobama s kroničnim bolestima dulji život. Također, društveni čimbenici pridonose većoj potražnji. Promjena obiteljske strukture i kasniji odlazak u mirovinu smanjuje pružanje neformalne skrbi. Vršiti se pritisak na zdravstveni sektor za povećanje ponude zdravstvenih usluga, što je jeftinija alternativa institucionalizaciji i potiče neovisnost [8]. Potražnja se povećala i zbog raznolikosti patologija i potrebnih medicinsko / tehničkih postupaka. S druge strane, resursi zdravstvene njege u kući ograničeni su i suočavaju se s izazovom dizajniranja i upravljanja učinkovitijim sustavima pružanja zdravstvene njege [9].

U većini europskih zemalja djelatnost zdravstvene njege u kući uključuje ustanove koje se prvenstveno bave kvalificiranom zdravstvenom njegom i rehabilitacijom pod nadzorom liječnika koja se može promatrati i kao mreža zdravstvenih usluga koja uključuje pacijenta (tko traži zdravstvenu njegu - pacijent, obitelj, bolnica ili liječnik), osoba uključena u logističku provedbu (koordinator zadužen za procjenu materijalnih i ljudskih potreba), financijski aspekt (osiguranje), tim za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju (medicinske sestre / tehničari, liječnici, fizioterapeuti). Integracija i koordinacija ove mreže usluga je složen zadatak i menadžeri se moraju suočiti s mnogim logističkim odlukama prilikom planiranja. S obzirom na to da su ove usluge postale središnji element u kreiranju zdravstvenih politika u Europi vrlo je malo studija koje su usmjerene na dizajn i planiranje zdravstvene njege u kući [9]. Jedna od glavnih prepreka razvoju skrbi u kući na društvenoj razini neučinkovito je upravljanje. Jasno je da neadekvatan menadžment i organizacija rezultiraju nezadovoljstvom zdravstvenih djelatnika, pacijenata i obitelji pacijenata, kao i nevoljkošću društva da prihvati ovu vrstu skrbi. Financijske poteškoće predstavljaju još jedan izazov za zdravstvenu njegu u kući. Prihodi ustanova često su manji od njihovih tekućih troškova. Razumijevanje potreba pružatelja skrbi i primatelja skrbi neophodno je za optimizaciju usluga zdravstvene skrbi koje se pružaju kod kuće.

U Republici Hrvatskoj do sada nije provedena temeljita procjena djelatnosti zdravstvene njege u kući.

1.2. Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj

Zdravstveni sustav bazira se na sustavu obveznoga zdravstvenog osiguranja i centraliziran je. Za izradu i provedbu zdravstvene politike te njezino planiranje i procjenu kao i reguliranje glavnih kapitalnih ulaganja u javnom vlasništvu nadležno je Ministarstvo zdravstva. Nacionalna zdravstvena strategija, čija je posljednja verzija izdana 2021. godine, obuhvaća razdoblje od 2021. do 2027. godine glavni je instrument za dugoročno planiranje Ministarstva zdravstva. Pored toga, Ministarstvo regulira standarde kvalitete za javne i privatne pružatelje zdravstvenih usluga [9].

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) krovna je organizacija za sustav obveznoga zdravstvenog osiguranja u zemlji. Osim toga, nudi dobrovoljno i dopunsko osiguranje koje pokriva doplate u sustavu obveznoga zdravstvenog osiguranja [10].

Povećao se broj privatnih pružatelja usluga, zamjetno u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, stomatološkim uslugama te specijaliziranim klinikama, no većina zdravstvenih ustanova (naročito one koje pružaju sekundarnu i tercijarnu skrb) i dalje su u vlasništvu države [11]. Većina ordinacija primarne zdravstvene zaštite privatizirane su, a one koje su u vlasništvu države funkcioniraju unutar domova zdravlja [12]. Medicinskim institutima, općim bolnicama, sveučilišnim bolničkim centrima i domovima zdravlja onemogućeno je poslovanje radi dobiti [13]. Svaka županija te grad Zagreb moraju imati po jedan dom zdravlja [14].

Prava pacijenata postaju sve priznatija, no još uvijek nedostaju usporedni podaci o pružateljima usluga, što uzrokuje posljedice za kršenje prava pacijenata. Korisnici zdravstvenog sustava mogu izabrati svog stomatologa i liječnika primarne zdravstvene zaštite [15].

1.3. Geografija i sociogeografija

Hrvatska se nalazi na dodiru srednje i jugoistočne Europe. Ima ukupnu površinu veličine 56 594 km², na sjeveru graniči sa Slovenijom i Mađarskom, a na istoku i jugu sa Srbijom, Bosnom i Hercegovinom te Crnom Gorom. Oblikovana je kao potkova i ima tri glavne zemljopisne regije: panonsku regiju na istoku, središnju planinsku regiju i primorsku regiju s brojnim otocima na jugu. Također ima raznoliku klimu i topografiju. Hrvatska je strateški smještena uz brojne glavne paneuropske prometne koridore i njihove odvojke [16].

Prema procjeni broja stanovnika za 2024. godinu (prema podacima Državnog zavoda za statistiku, prosinac 2025.), u Hrvatskoj je 2024. godine živjelo 3 874 350 stanovnika. Struktura stanovništva pokazuje trend progresivnog starenja jer je udio osoba starijih od 65 godina iznosio 23,29% (u odnosu na 17,7% u Popisu 2011. godine). Udio mlađih od 14 godina u opadanju je, od 13,77% prema Popisu 2011. godine do 14,3% prema Popisu 2021. godine [17].

1.4. Ekonomski kontekst

Učinci pandemije COVID-19 odrazili su se u padu BDP-a od 8,4% u 2020. godini, što rezultira nerazmjernim oslanjanjem gospodarstva na turizam. Inicijative Vlade rezultirale su ogromnim povećanjem javnog duga kao i velikim proračunskim disbalansom. Prije COVID-19 epidemije, Hrvatska je imala poteškoća u gospodarskom sustizanju ostatka EU-a nakon financijske krize

2008. godine. Trebalo je više od deset godina (do 2019. godine) da obujam gospodarske proizvodnje nakon recesije i skromnog oporavka nadmaši razinu prije krize [18].

Hrvatska je dodatno zaostajala za ostalim državama u srednjoj i istočnoj Europi (osobito Češkoj, Mađarskoj, Poljskoj, Slovačkoj i Sloveniji) u područjima upravljanja, poslovnog okruženja i pokazatelja ljudskog kapitala tijekom 2010. [19].

Hrvatska također ima značajnu regionalnu podijeljenost, s velikim razlikama u razinama BDP-a između županija, posebice između glavnoga grada Zagreba i ostatka države. Unatoč epidemiji COVID-19 stopa osoba u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti u Hrvatskoj opada (s 24,1% u 2018. na 23,3% u 2019. i 23,2% u 2020.), ali ostaje nešto viša od prosjeka EU (20,9% u 2019.) [20].

1.5. Zdravstveno stanje

U razdoblju od 2000. do 2024 godine očekivano trajanje života podiglo se sa 74,6 na 79,1 godina, što je povećanje od četiri i pol godine. Utjecajem pandemije COVID-19 u razdoblju od 2019. do 2020. godine dolazi do smanjenja očekivanog trajanja života s padom od 0,8, odnosno 77,8 godina dosegnuvši razinu iz 2013. dok je pad na razini EU-a bio 0,7. Usporedno s time vidljivo je i odstupanje Hrvatske od EU prosjeka prema rodnom kriterijima, pri čemu je prosjek EU-a 5,2 godine razlike između žena i muškaraca u korist žena dok je Hrvatski prosjek 5,8 godine u 2024. godini. [21].

1.6. Organizacija

Zakon o zdravstvenoj zaštiti donesen 2018. godine osigurava pravne regulative u području zdravstvenog sustava. Ministarstvo zdravstva voditelj je zdravstvenog sustava te stvara zdravstvenu politiku koju planira i nadgleda. Također izrađuje i javnozdravstvene programe i regulira kapitalna ulaganja u pružatelje zdravstvenih usluga u javnom vlasništvu. U primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti financiranje se bazira se na sveobuhvatnosti, kontinuitetu, ali i pristupačnosti i univerzalnosti. Pristupačnost se kontrolira s ciljem da se svima omogući ravnopravan pristup zdravstvenim uslugama. U primarnoj zdravstvenoj zaštiti principima prevencije, liječenja, rehabilitacije i palijativne skrbi poboljšava se načelo sveobuhvatnosti [14].

U Republici Hrvatskoj zdravstveni sustav smatra se javnim sustavom, a Ministarstvo zdravstva ima značajnu ulogu u njegovoj organizaciji, ali i druge institucije i agencije imaju ulogu u njegovom djelovanju. Zdravstvena politika provodi se interdisciplinarno jer zdravlje stanovništva ne ovisi isključivo o zdravstvenoj skrbi već ovisi i o socijalnim, ekonomskim, obrazovnim i okolišnim čimbenicima. Ministarstvo zdravstva odgovorno je za zdravstvenu politiku i uključeno je u stvaranje zakonodavstva, planiranje i nadzor zdravstvene skrbi; prati sustav zdravstvenog osiguranja, mrežu zdravstvenih ustanova, javno zdravstvo te sigurnost i kvalitetu zdravstvenih usluga. Druge javnozdravstvene ustanove također su dio Ministarstva zdravstva, uključujući Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ) koji je zadužen za istraživanje zdravlja stanovništva, prikupljanje zdravstvenih statistika, razvoj preventivnih programa i provođenje epidemiološkog praćenja. Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike povezano je sa zdravljem putem sustava socijalne skrbi, zaštite ranjivih skupina, osoba s invaliditetom i dugotrajne skrbi.

Zdravstvene i socijalne usluge često se preklapaju, posebno u skrbi za starije osobe, kronično bolesne i osobe s invaliditetom, zbog čega je važna suradnja između ovih dvaju područja kako bi se postigao sveobuhvatan pristup zdravlju. Ministarstvo znanosti, obrazovanja i mladih ima značajnu ulogu u području zdravstva obrazovanjem zdravstvenih djelatnika, znanstvenim istraživanjima i širenjem znanja o zdravstvu. Medicinski, farmaceutski i zdravstveni studiji dio su sustava visokog obrazovanja, a znanstvena istraživanja u području medicine i javnog zdravstva izravno doprinose stvaranju zdravstvenih politika i praksi. Ministarstvo financija sudjeluje u zdravstvenom sustavu pružanjem financijske pomoći za zdravstvo i zdravstveno osiguranje. Dugoročna održivost zdravstvenog sustava ovisi o državnom proračunu, doprinosima za osiguranje i upravljanju troškovima u zdravstvenim ustanovama. Na zdravlje stanovništva utječu i aktivnosti Ministarstva gospodarstva i Ministarstvo zaštite okoliša i zelene tranzicije, posebno u pogledu zaštite okoliša, kvalitete zraka, vode i hrane jer čimbenici okoliša imaju neizravan utjecaj na javno zdravlje. Partnerstvo između ovih ministarstava i Ministarstva zdravstva ključno je za sprečavanje bolesti uzrokovanih onečišćenjem ili klimatskim promjenama. Sve navedeno pokazuje da je zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj rezultat usklađenog djelovanja više institucija i agencija. Ovakav međuresorni pristup omogućuje sveobuhvatnije razumijevanje zdravlja kao društvene vrijednosti i preduvjeta održivog razvoja društva.

Početne ideje o reformi zdravstvenog sustava kreira Ministarstvo zdravstva. U raspravu su uključene organizacije relevantne za raspravu, poput strukovnih udruga ili udruga pacijenata, a pristup *online* raspravi omogućen je i cijeloj javnosti. Nakon pripreme prijedlog se podnosi Saboru, koji ga može prihvatiti, odbiti ili zatražiti nadopunu. Nadopuna bi uključivala raspravu između Sabora i drugih strana uključenih u razvoj prijedloga (Ministarstva zdravstva, stručnjaka ili javnosti). Same ideje nisu ograničene isključivo na prijedloge Ministarstva već ih mogu predložiti i zastupnici u Saboru. Planiranje na središnjoj razini delegirano je Ministarstvu zdravstva. Nacionalna zdravstvena strategija dugoročni je alat za planiranje koji postoji od 2021. godine. Trajanje ovog plana (2021. - 2027.) dulje je od dokumenata politike EU u vezi sa zdravljem (2014. - 2018.) i Svjetske zdravstvene organizacije (WHO, 2020.). Ovaj dokument opisuje primarna načela koja treba uzeti u obzir, uključujući prioritete, ciljeve i zadatke mjera zdravstvene zaštite unutar određenoga vremenskog razdoblja u zdravstvenom sustavu. Ostali dokumenti planiranja slijede primarnu strategiju. Misija Nacionalnoga zdravstvenog plana opisati je osnovne odgovornosti i ciljeve zdravstvenog sustava, identificirati prioritetna područja i opisati zdravstvene probleme određenih demografskih skupina. Temelj Nacionalnoga zdravstvenog plana usvajanje je plana i programa zdravstvene zaštite Ministarstva zdravstva kojim se određuju zdravstveni proizvodi i usluge koje će se pružati građanima. Izradu i provedbu zdravstvenih programa temeljenih na statistikama provode javne zdravstvene ustanove u županiji za svoja područja. Sadržaj ovih inicijativa mora biti u skladu s Nacionalnim zdravstvenim programom i mora biti prilagođen svakoj specifičnoj regiji. Na razini lokalne samouprave potrebno je izraditi godišnje i trogodišnje zdravstvene planove za županiju, a ti planovi moraju uključivati i zdravstveno vijeće. Ministarstvo zdravstva izdvaja i druga sredstva za pomoć u ostvarivanju ciljeva uz konvencionalno financiranje zdravstvene zaštite. Rast suradnje između sektora i društva u cjelini potiče međusektorsku suradnju u zdravstvenom sustavu, što je dio i Nacionalne zdravstvene strategije i Europske strategije "Zdravlje 2020". Praksa međusektorske suradnje u raznim strateškim dokumentima potiče suradnju između različitih organizacija, uključujući medije, nevladine organizacije, institucije i vladu [22].

Pored i dalje prevladavajućeg dijela pružatelja u javnom vlasništvu primjetan je porast privatnih pružatelja unutar primarne zdravstvene zaštite, ali i u specijaliziranim klinikama i stomatološkim uslugama. Privatni pružatelji primjetni su i kod dopunskog osiguranja koje pokriva određene troškove usluga [23].

1.7. Planiranje

1.7.1. Formiranje zdravstvene politike, provedba i evaluacija

Inicijalna predlaganja reforme zdravstvenog sustava izrađuje Ministarstvo zdravstva. U raspravu se uključuju odgovarajuće organizacije poput strukovnih komora ili udruga pacijenata, ali i omogućava se pristup internetskom savjetovanju koje je dostupno cijeloj javnosti. Nakon izrade prijedlog se dostavlja Saboru koji prijedlog može prihvatiti, odbiti ili tražiti doradu. Dorada bi označavala dijalog između Sabora i ostalih strana koje su sudjelovale u izradi samog prijedloga (Ministarstvo zdravstva, stručnjake ili javnost). Same prijedloge ne mora izdati samo Ministarstvo već ih mogu predložiti i članovi Sabora [22].

1.7.2. Planiranje na središnjoj razini

Planiranje na središnjoj razini pripada nadležnosti Ministarstva zdravstva. Nacionalna zdravstvena strategija instrument je za dugoročna planiranja, a najnoviji plan izdan je 2021. godine. Djelovanje tog plana (2021. - 2027.) [24] preklapa se s političkim dokumentima EU-a i WHO-a. Tim dokumentom definiraju se sve glave smjernice kao što su prioriteti, ciljevi te ciljevi mjera unutar zadanog razdoblja u zdravstvenom sustavu. Ostali planski dokumenti u skladu su s glavnom strategijom. Nacionalni zdravstvenim planom određuju se osnovne dužnosti i ciljevi zdravstvenog sustava te se identificiraju prioritetna područja i definiraju zdravstveni zahtjevi pojedinih demografskih skupina [24]. Ministarstvo zdravstva na temelju nacionalnoga zdravstvenog plana donosi plan i program mjera zdravstvene zaštite pomoću kojeg se određuje katalog zdravstvenih proizvoda i usluga koje se trebaju osigurati građanima [24].

1.7.3. Planiranje na razini županije

Izradu i provedbu županijskih zdravstvenih programa na temelju zdravstvenih statistika izrađuju županijski zavodi za javno zdravstvo za svoja područja djelovanja. Sadržaj tih programa mora biti usklađen s Nacionalnim zdravstvenim programom te mora biti personaliziran za svako određeno područje. Na razini lokalne samouprave potrebna je izrada godišnjih i trogodišnjih zdravstvenih županijskih planova koji su dužni i formirati zdravstvena vijeća. Dodatna sredstva osigurava Ministarstvo zdravstva za podršku ciljeva pored redovitog financiranja zdravstva [14].

1.8. Zdravstveni informacijski sustav

Različite službe i mreže zadužene su za prikupljane i obradu informacija koje su značajne za zdravstveni sustav. Nacionalni registri prikupljaju podatke o javnozdravstvenim problemima poput prevencije određenih bolesti i njezine incidencije i osiguravaju nadzor. Postoji veliki broj registara koji pokrivaju brojna područja poput Registra za rak, Registra osoba s invaliditetom, Registra psihoza i Registra liječenih ovisnika o psihoaktivnim drogama te dodatni registri koje pokrivaju informacije vezane za zdravstvene resurse. Razvitkom Nacionalnoga javnozdravstvenog informacijskog sustava došlo je do povezivanja svih registara. Centralni zdravstveni informacijski sustav kojim upravlja HZZO, u vlasništvu Ministarstva zdravstva, jedan je od ključnih izvora informacija [25]. Centralni zdravstveni informacijski sustav integrirani je i standardizirani sustav koji omogućuje dijeljenje zdravstvenih informacija potrebnih za pružanje zdravstvene zaštite na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini. Dostava podataka u centralni informacijski sustav postupna je i u realnom vremenu čime omogućava česta ažuriranja Nacionalnoga javnozdravstvenog sustava [25].

1.9. Uredbe

Na temelju Ustava svim građanima zajamčeno je pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa zakonom. Dodatno reguliranje i usklađivanje pravnih okvira s važećim standardima EU-a pridoneseni su ulaskom Hrvatske u Europsku uniju. Jedni od najvažnijih zakona koji reguliraju zdravstveni sustav jesu Zakon o zdravstvenoj zaštiti iz 2018. (s izmjenama i dopunama 2019. i 2020.) [14] i Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju iz 2013. [26].

Zakonom o zdravstvenoj zaštiti uređena su ustrojstva zdravstvenog sustava, prava i odgovornosti korisnika zdravstvenih usluga, dužnosti zdravstvenih ustanova te standardi nadzora nad zdravstvenim ustanovama. Prava i dužnosti osiguranika obveznoga zdravstvenog osiguranja propisani su Zakonom o obveznom osiguranju [26], a prava pacijenata Zakonom o zaštiti prava pacijenata [15].

U veljači 2019. godine donesen je Zakon o zdravstvenim podacima i informacijama. Zakonom se nastoji unaprijediti zaštita osobnih podataka koje prikuplja Centralni zdravstveni informacijski sustav unutar prikupljanja, upravljanja ili dostupnosti kartona korisnika. Zakonom se također određuje potreba za osnivanjem tijela za eZdravstvo [25].

Zakonskim propisima regulira se pružanje zdravstvene skrbi za pojedine usluge. Neki su od vrlo važnih zakona: Zakon o liječništvu, Zakon o sestrinstvu, Zakon o ljekarništvu i Zakon o stomatološkoj djelatnosti [27–30]. Zakonom o kvaliteti zdravstvene zaštite iz 2018. određuje se standard kvalitete zdravstvene skrbi [31]. Zakonom o socijalnoj skrbi određuju se prava i obveze primatelja socijalnih usluga [32].

1.10. Izdaci za zdravstvo

Naspram udjelu BDP-a utrošenog na zdravstvenih sustav Republika Hrvatska nalazi se ispod prosjeka EU-a, među četiri je posljednje zemlje. Udio BDP-a Hrvatske jest 7,1%, a EU-a je 10,0% u 2023. godini. Prema udjelu javnog novca potrošenog na zdravstveni sustav (85%) Hrvatska se nalazi iznad prosjeka. Iznad prosjeka EU nalazi se i prema plaćanju dobrovoljnoga zdravstvenog osiguranja (5,7%). No, udio plaćanja zdravstvenih usluga korisnika (15%) niži je u odnosu na prosjek EU-a (20%) [21].

1.10.1. Izvori prihoda i financijski troškovi

Dva glavna izvora financiranja HZZO-a jesu financiranje iz državnog proračuna (12,4%) i doprinosi za obvezno zdravstveno osiguranje, koji su činili 79,5% svih prihoda u 2021. godini. Naplate naknada, upravljanja HZZO-om i financiranje zdravstvene zaštite koje omogućuju osnovno održavanje sistema financiraju se novcem obveznoga zdravstvenog osiguranja i državnog proračuna. Ostali prihodi HZZO-a koji uglavnom dolaze od dopunskoga zdravstvenog osiguranja, plaćanja usluga stranih državljana, obveznog automobilskog osiguranja te plaćanja pacijenata koji nemaju obvezno zdravstveno osiguranje čine oko 8% prihoda [33].

Posljedično prema Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju iz 2013. godine HZZO prestaje biti dio državnog proračuna. Cilj toga bilo je povećanje transparentnosti i autonomnosti kod raspodjele sredstava i njegove potrošnje. Novac od obveznoga zdravstvenog osiguranja, dopunskoga zdravstvenog osiguranja te ostali prihodi HZZO-a uklonjeni su iz državnog proračuna. Za sve sastavnice financijskog plana koje se odnose na primitke i izdatke HZZO-a potrebno je odobrenje Sabora [26].

Radno aktivno stanovništvo koje iznosi 37% stanovništva (2021.) jedino je zaslužno za iznos doprinosa obveznoga zdravstvenog osiguranja [17].

Programom obveznoga zdravstvenog osiguranja osigurava se dostupnost svim građanima Republike Hrvatske. Sudjelovanje u dodatnom plaćanju ne odnosi se na određene skupine stanovništva (osobe s invaliditetom, djecu, trudnice, preventivnu skrb za školsku djecu i studente, preventivnu skrb za starije osobe, oboljele od HIV-a, oboljele od raka, kronične psihijatrijske bolesnike, dijalizu, transplantacije, hitnu medicinu, liječene u kući i cijepljenje) [10,34].

Od 2003. godine dolazi do ograničenja na dostupnost usluga i rasta participacije za gotovo sve usluge. Također, moguće je dopunsko zdravstveno osiguranje, koje primarno pokriva dodatne troškove osnovnoga zdravstvenog osiguranja. Mogućnost besplatnog osiguranja imaju određene skupine ljudi (npr. osobe s invaliditetom, donori organa, česti darivatelji krvi, studenti i osobe s niskim primanjima) te se njihova participacija plaća iz državnog proračuna [34]. Nacionalnu zdravstvenu mrežu, koja se sastoji od klinika, bolnica i ambulantnih službi, definira Ministarstvo zdravstva. Na temelju ove mreže HZZO sklapa ugovore s institucijama, odnosno individualnim pružateljima zdravstvenih ustanova koje se nalaze pod okriljem obveznoga zdravstvenog osiguranja. Nacionalna zdravstvena mreža ne navodi imena zdravstvenih ustanova već potreban broj timova [34]. Kako bi se dodatno motivirali zdravstveni djelatnici za unapređenja standarda skrbi i zadovoljstva pacijenata te promicanje određenih vrsta liječenja, uvedeni su novi modeli plaćanja [24]. Novi model za bolnice uveden 2015. s fiksnim i varijabilnim dijelom te poticajnim dijelom bonusa za određena ostvarenja, a u 2013. za privatnu zdravstvenu zaštitu uveden je model u četirima glavnim djelatnostima.

1.10.2. Pregled zakonskog sustava financiranja

Većina stanovništva osigurana je osnovnim zdravstvenim osiguranjem (obavezno zdravstveno osiguranje). Pokrivanje dodatnog troška moguće je dodatnim zdravstvenim osiguranjem ili financiranjem samih korisnika. Dodatna participacija iz državnog proračuna plaća se osobama mlađim od 18 godina, studentima, vojnim osobama, braniteljima, nezaposlenima, osobama s invaliditetom i darivateljima krvi (s više od 35 davanja za muškarce i 25 davanja za žene) [35]. Zdravstveni sustav generalno se naplaćuje kombinacijom javnih (porezima i doprinosima od osiguranja) i privatnim (plaćanje iz "vlastitog džepa" i dopunskim zdravstvenim osiguranjem) izvora. Najveći dio prihoda dolazi iz obveznoga zdravstvenog osiguranja koji većinski uplaćuju zaposleni, samozaposleni i poljoprivrednici. Plaćanjem na temelju doprinosa članova obitelji ili od središnje ili lokalne vlasti daje se sudjelovanje u osiguranju ranjivim kategorijama ljudi [10].

HZZO novčana sredstva preraspodjeljuje prema sklopljenim ugovorima s pružateljima usluga. Novac prikupljen dodatnim zdravstvenim osiguranjem odvojen je od prihoda obaveznoga zdravstvenog osiguranja [10]. Prema Zakonu o obaveznom zdravstvenom osiguranju 100% pokriva HZZO pokriva za određene zdravstvene usluge i određene demografske skupine [35]. To su preventivne i kurativne zdravstvene usluge za djecu, učenike i redovite studente; ortopedska pomagala i druga medicinska pomagala za djecu do 18 godina (u skladu s općim aktima HZZO-a); preventivne i kurativne zdravstvene usluge za žene u području planiranja obitelji, praćenja trudnoće i poroda; preventivna skrb za osobe s invaliditetom i osobe starije od 65 godina; obvezna cijepljenja; imunoprofilaksa i kemoprofilaksa; prevencija i liječenje zaraznih bolesti; laboratorijske/dijagnostičke pretrage unutar primarne zdravstvene zaštite; liječenje kroničnih psihijatrijskih bolesnika; liječenje bolesnika s rakom; liječenje profesionalnih bolesti i ozljeda; kemoterapija i radioterapija; transplantacija organa; hitna pomoć; kućne posjete, zdravstvena njega u kući; palijativna skrb; i sanitetski prijevoz za posebne kategorije pacijenata. U svim navedenim područjima prema potrošnji Hrvatska je iznad prosjeka EU-a [26].

1.11. Fizički resursi

Uspoređujući Hrvatske fizičke resurse s ostalim europski zemljama Hrvatska se nalazi iznad prosjeka. Prema broju bolničkih kreveta na 1000 stanovnika posjeduje 5,7, a prosjek EU-a jest 5,1 (2023.). Gledajući namjenu tih kreveta u Hrvatskoj prevladavaju kreveti za dugotrajnu njegu te je vidljivo da se broj kreveta namijenjen za liječenje nalazi ispod prosjeka EU-a [12,21].

1.11.1. Planiranje i evidentiranje ljudskih resursa

Registriranje i licenciranje u strukovnoj komori uvjet je za mogućnost rada u zdravstvenom sustavu. Svako zanimanje ima svoju komoru: liječnici, stomatolozi, farmaceuti, medicinske sestre/tehničari, primalje, medicinski biokemičari, fizioterapeuti, te ostali (osoblje sanitarnog nadzora, radiološki tehničari, radni terapeuti i djelatnici medicinskog laboratorija). Nadzor nad registracijom, licenciranjem i kontinuiranim medicinskim obrazovanjem nadziru odgovarajuće strukovne komore te u skladu s time propisuju novčane kazne i provode stegovne postupke. HZJZ provodi Registar zdravstvenih radnika u koji su dužni svi pružatelji zdravstvenih ustanova dostaviti podatke o svojim djelatnicima (ime, dob, zanimanje, datum početka i prestanka radnog odnosa te promjene u položaju ili stupnju obrazovanja) [36].

1.11.2. Medicinske sestre

Prema podacima iz 2023. godine Republika Hrvatska ima oko 4,6 medicinskih sestara na 1000 stanovnika dok je prosjek u Europskoj uniji 8,4 medicinske sestre na 1000 stanovnika. Zemlje poput Njemačke i Norveške imaju između 10 i 12 medicinskih sestara na 1000 stanovnika, što je znatno više nego u Hrvatskoj. Nedostatak medicinskih sestara u Hrvatskoj doveo je do izuzetno dugog rasporeda smjena s malo pauza, što je dovelo do visoke razine stresa i umora. U sustavu nedostaje preko 4000 medicinskih sestara, a mnoge od njih migriraju u druge zemlje EU zbog niskih plaća i loših uvjeta rada [28].

Obrazovanje medicinskih sestara provodi se na srednjoškolskoj razini te na razini visokog obrazovanja gdje je omogućeno završavanje prijediplomskog, odnosno magistarskog stupnja obrazovanja, ali i na poslijediplomskoj razini doktorskog studija. Završetkom minimalno srednjoškolskog obrazovanja smjera za medicinsku sestru / tehničara potrebno je zatražiti licencu Hrvatske komore medicinskih sestara [28].

Medicinske sestre također su dužne vidom kontinuirane edukacije u razdoblju od šest godina skupiti 90 bodova, odnosno 15 bodova svake godine. Ako se ne ispune zadovoljeni uvjeti, potrebna je ponovna evaluacija pri Hrvatskoj komori medicinskih sestara [28].

1.12. Primarna zdravstvena zaštita

Usluge primarne zdravstvene zaštite pružaju medicinske sestre / tehničari i liječnici s kojima je HZZO sklopio ugovor o obavljanju te djelatnosti. Promjena liječnika primarne zdravstvene zaštite jest slobodna i besplatna [21]. Radi podizanja kvalitete pružanja usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti uvedena je specijalizacija iz obiteljske medicine koju su svi liječnici primarne zdravstvene zaštite morali završiti do 2015. godine [37].

U 2021. godini bilo je 2616 timova u primarnoj zdravstvenoj zaštiti [3].

Zdravstvena zaštita na primarnoj razini obuhvaća i pruža se djelatnostima:

- opća/obiteljska medicina
- zdravstvena zaštita predškolske djece
- zdravstvena zaštita žena
- patronažau zdravstvena zaštita

- zdravstvena njega u kući bolesnika
- stomatološka zdravstvena zaštita (polivalentna)
- higijensko-epidemiološka zdravstvena zaštita
- preventivno-odgojne mjere za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata
- laboratorijska dijagnostika
- ljekarništvo
- hitna medicinska pomoć.

Pružanje primarne zdravstvene zaštite provodi se u samostalnim ordinacijama, većim jedinicama s više ordinacija ili u županijskim domovima zdravlja [10,11].

Od 2013. godine, kada je HZZO počeo novčano stimulirati sve liječnike obiteljske medicine koji žele osnovati grupnu praksu, broj skupnih ordinacija i multidisciplinarnih timova u primarnoj zdravstvenoj zaštiti raste. Raspodjela timova jest da najviše 25% zaposlenih u domovima zdravlja, a najmanje 75% obavlja djelatnost samostalno ili grupno.

Pronalaženje zamjena za zdravstvene radnike koji su odsutni zbog korištenja godišnjeg odmora ili bolovanja, kako bi se osiguralo nesmetano pružanje primarne zdravstvene zaštite izazov je u mnogim dijelovima zemlje. Također je problem nedostatak komunikacije između liječnika, zajednice, ljekarnika, medicinskih sestra te ostalih zdravstvenih djelatnika. Postoji i manjak povjerenja u primarnu zdravstvenu zaštitu, te pacijenti više vjeruju bolničkim liječnicima i pokušavaju izravno doći do njih. Glavna je prepreka što su primarna, sekundarna i tercijarna razina autonomne jedna od druge te posljedično nedostaje međusobne komunikacije i integracije.

1.13. Ukidanje koncesija i uvođenje privatne prakse

Zakonom o zdravstvenoj zaštiti iz 2019. nastavila se privatizacija primarne zdravstvene zaštite smanjenjem važnosti županijskih domova zdravlja kao važnih sudionika u određivanju načina organiziranja primarne zdravstvene zaštite [14]. Ukidanjem koncesija te uvođenjem privatnih praksi odobrenih od Ministarstva zdravstva omogućeno je stvaranja suradnje s lokalnom i regionalnom vlasti, sveučilištima i drugima.

1.14. Strateški plan za ljudske potencijale

Strateškim planom ljudskih potencijala u zdravstvu za 2021. - 2027. prepoznat je nedostatak upravljanja ljudskim potencijalima kao primarnih problema vezanih za razvoj ljudskih potencijala. Za poboljšanje procjena ponude i procjena potreba potreban je cjelovit sustav praćenja ljudskih potencijala u zdravstvenom sustavu. Da bi se postigao dovoljan i adekvatan kadar, predviđa se osnivanje organizacije koja bi se bavila tim pitanjem.

1.14.1. Upravljanje ljudskim resursima

Upravljanje ljudskim resursima predstavlja jedan od ključnih segmenata modernoga poslovnog svijeta. Populariziranje termina "upravljanje ljudskim resursima" započelo je sredinom 1980-ih godina, a od tada je doživjelo značajan rast i transformaciju. Glavni razlozi sve većeg interesa i ulaganja u upravljanje ljudskim resursima bili su brzo promjenjiva tehnologija, promjenjiva uloga klijenata, globalizacija tržišta te promjenjiva uloga samih djelatnika u organizacijama [38]. Povijest upravljanja ljudskim resursima seže u početak prošlog stoljeća kada su društveni reformatori, prepoznajući izrabljivanje tvorničkih radnika, loše uvjete rada i nepravedno nagrađivanje, zagovarali humane radne uvjete kako bi radnici postali bolji i produktivniji.

Uloga upravljanja ljudskim resursima tijekom vremena prošla je kroz različite faze razvoja. Šezdesetih i sedamdesetih godina 20. stoljeća glavni fokus bio je na socijalnoj skrbi, brizi za potrebe i dobrobit zaposlenika. Kasnije, u devedestim godina 20. stoljeća, počela su se provoditi prva istraživanja i ankete o radnim odnosima, čime je naglasak preusmjeren na poboljšanje odnosa između zaposlenika i organizacija [39]. Suvremeni zahtjevi i izazovi upravljanja ljudskim resursima znatno se razlikuju od početaka tog područja. Danas ovo više nije samo administrativna funkcija koja se brine o osnovnim potrebama zaposlenika već je strateški partner organizacije. Upravljanje ljudskim resursima u zdravstvenom sektoru zahtijeva aktivno upravljanje na trima ključnim razinama. Razvijeni su različiti alati koji se mogu kategorizirati u tri osnovne grupe:

1. Strateški planirajući alati
2. Alati za evaluaciju upravljanja ljudskim resursima
3. Alati za upravljanje bazom podataka

Svi alati trebaju biti usklađeni s osnovnim principima kao što su odgovornost, održivost, efikasnost, efektivnost, fokus na rezultate, transparentnost, preciznost i sveobuhvatnost. Princip odgovornosti posebno je relevantan za strateške planirajuće alate i odnosi se na stvaranje optimalnih uvjeta i resursa za postizanje ciljeva. Princip održivosti omogućuje korištenje prethodnih iskustava u strateškom planiranju kako bi se minimizirali ili neutralizirali potencijalni problemi. Efikasnost i efektivnost ključni su za alate koji se koriste u evaluaciji upravljanja ljudskim resursima. Transparentnost je ključna u svim fazama razvoja i implementacije alata dok preciznost i sveobuhvatnost osiguravaju korištenje pouzdanih i usporedivih podataka, posebno u alatima za upravljanje bazom podataka [40].

1.15. Kvaliteta zdravstvene zaštite

Nacionalnom strategijom zdravstvene zaštite 2012. - 2020. prepoznata je potreba unapređenja učinkovitosti te se upravo prioriteti podizanje standarda skrbi, akreditacije, praćenje kvalitete i procjena zdravstvene tehnologije. Prema Svjetskoj banci i dalje nedostaju definirane strategije poboljšanja kvalitete s njezinim planom. Nedostatak organiziranog praćenja sustava kvalitete prepoznali su HZZO, građani i pacijenti. Agencija za kvalitetu i akreditaciju zdravstva ukinuta je 2019. godine i njezine dužnosti su prenesene na Ministarstvo zdravstva. HZZJ nepotpuno prati sustav kvalitete na razini primarne i djelomično sekundarne zdravstvene zaštite. Nedostaju razvijeni procesi i mehanizmi sustava procjene kvalitete. Mnogi temeljni pokazatelji kvalitete o stopama usklađenosti s praksama utemeljenim na dokazima nisu lako dostupni za odlučivanje i/ili donošenje politika unatoč tome što sustav ima pristup mnoštvu podataka na razini pacijenata, uključujući informacije o receptima, kliničkim dijagnozama i laboratorijskim rezultatima testiranja [6]. Podaci o bolničkim listama čekanja nisu uvijek pouzdani i dovoljno aktualni da omogućuju promjene. Nepoznavanje kvalitete primarne zdravstvene zaštite vidljiva je u nedostatku podataka nepotrebnog prijama u bolnicu za bolesti kao što su dijabetes, kongestivno zatajenje srca, kronična opstruktivna bolest pluća, hipertenzija i astma. Nedostaju podaci o godišnjim testiranjima HbA1c za liječenje dijabetesa. Stopa upućivanja specijalistima iz primarne zdravstvene zaštite pala je s 26,2% u 2008. na 15,15% u 2017. godini [6].

Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje 2021. – 2027., koji je zamišljen kao srednjoročna strategija planiranja, ima primarni cilj poboljšanje zdravstvenog sustava i zdravstvenih ishoda stanovništva u cjelini. Nacionalni plan zagovara provedbu Nacionalne strategije razvoja Republike

Hrvatske do 2030. godine koja je namijenjena promicanju strateškog cilja zemlje "Zdrav, aktivan i kvalitetan život". Ovaj je cilj ambiciozan i namjerava povećati kapacitet zdravstvenog sustava i poboljšati kvalitetu skrbi kao nacionalni prioritet. Povećanje zdravstvenih ishoda u razvijenim zapadnoeuropskim zemljama moguće je, ali zahtijevat će značajan napredak u učinkovitosti, kvaliteti i dostupnosti zdravstvene skrbi. To se može postići samo hrabrim, koordiniranim akcijama koje moraju temeljno promijeniti način na koji upravljamo zdravstvenim ustanovama, sprječavamo bolesti i liječimo pacijente. Mnogi zdravstveni problemi s kojima se susrećemo dugo su opterećivali sustav i negativno su utjecali na zdravlje stanovništva. Ovdje prvenstveno raspravljamo o lošoj izvedbi mjera promicanja zdravlja i prevencije, neujednačenim ishodima skrbi, financijski neodrživim scenarijima skrbi, vremenski i geografski lošem pristupu skrbi, nepovezanosti pružatelja usluga i nedostatku upravljanja kvalitetom. Kao rezultat toga nedostatak iskustva u provedbi prethodnih strategija i planova zdravstvene zaštite koji nisu uspjeli osigurati provedbu reformi primjerenih izazovima prošlosti, zahtijeva promjenu načela strateškog planiranja kako bi se što učinkovitije iskoristilo raspoloživo vrijeme i konačno zaustavili i preokrenuli negativni zdravstveni trendovi.

U budućnosti će veći prioritet imati kontinuirana evaluacija učinkovitosti planiranih akcija i praćenje zdravstvenih ishoda, što je rezultat svih naših napora. Danas zdravstvenom sustavu nedostaju potrebni podaci, mogućnosti obrade i analize u usporedbi s drugim zemljama Europske unije. To predstavlja poteškoću u istraživanju metrika koje procjenjuju učinkovitost sustava, uključujući metrike ishoda povezane sa zdravljem. Kao dio projekta tehničke pomoći koji se provodi Programom potpore strukturnim reformama u partnerstvu s drugim pružateljima tehničke pomoći, Ministarstvo zdravstva pokrenulo je proces razvoja okvira za mjerenje učinkovitosti zdravstvene zaštite (Procjena učinka zdravstvenog sustava - HSPA), koji će doprinijeti stvaranju metrike za mjerenje učinkovitosti povezane s razvojem ključnih pokazatelja za mjerenje učinkovitosti prema utvrđenoj metodologiji, a povezano s procesom povezivanja mjera s ciljevima u nacionalnom strateškom planiranju i reformama, podaci su pravovremeni i relevantni, a praćenje je zdravstvenih ishoda poboljšano. To će olakšati uključivanje politika i reformi u sveobuhvatnu evaluaciju učinkovitosti, što će Ministarstvu zdravstva i drugim dionicima u zdravstvenom sustavu omogućiti procjenu učinkovitosti reformi i stvaranje učinkovitijih politika. Kako bi se poboljšalo praćenje provedbe planova osmišljenih za postizanje ciljeva koji su dio strateškog planiranja,

koristit će se sustav temeljen na HSPA metodi. Prvo izvješće o HSPA za Republiku Hrvatsku funkcionirat će kao dodatak vrijednostima ciljeva.

Danas možemo vidjeti koristi koje je donijelo članstvo naše zemlje u EU, poput značajnih ulaganja u zdravstvo i bolnice, ali to je također dovelo do novog, izuzetno značajnog problema za zdravstveni sustav. Mnogi zdravstveni djelatnici, kao jedan od najvažnijih resursa zdravstvenog sustava, nakon ulaska Hrvatske u EU odlučili su potražiti bolje profesionalne prilike u drugim državama. Međutim, u posljednje vrijeme primjećuje se smanjenje emigracije. Dugotrajno zanemarivanje ulaganja u zdravstvo dovelo je do toga da neke bolnice, a posebno ustanove primarne zdravstvene zaštite, imaju poteškoća s popunjavanjem upražnjenih radnih mjesta. Ljudski resursi postali su značajna komponenta novog područja fokusa naših aktivnosti. E-zdravstvo bit će značajna komponenta reformskih procesa, s ciljem poboljšanja kvalitete i učinkovitosti zdravstvene zaštite za sve populacije. U Republici Hrvatskoj, inicijative i projekti e-zdravstva dio su zdravstvenog sustava već više od 15 godina. Međutim, informacijski sustavi za zdravstvo još uvijek nisu u potpunosti integrirani ili potpuni, što omogućuje zdravstvenu skrb usmjerenu na pacijenta kojoj nedostaju dovoljni ljudski resursi za razvoj i upravljanje informacijskim sustavima, a zdravstveni sustav nije dovoljno fleksibilan da apsorbira sve potrebne promjene i potencijalna poboljšanja zbog brzog razvoja tehnologije. Proces planiranja karakterizirao je visok stupanj konkretizacije: specifični ciljevi, specifične mjere i specifični pokazatelji.

Osim toga, kako bi se osigurala pozitivna evolucija prema provedbi reformi izvedenih iz Nacionalnog plana, sve su aktivnosti razmatrane na temelju triju temeljnih načela:

1. proces donošenja odluka temelji se na dokumentiranim postupcima i vođen je podacima
2. fokus na odgovorno poboljšanje procesa skrbi i postizanje rezultata u cijelom sustavu
3. otvorenost prema novim metodama i tehnologijama.

Izrada Nacionalnog plana olakšana je partnerskim pristupom. Proces planiranja unaprijeđen je nalazima mapiranja zdravstvenih potreba na županijskoj razini. Proces mapiranja zdravstvenih potreba proveden je u skladu s predviđenim ciljevima (omogućavajućim uvjetima) te korištenom metodologijom i alatima. Postupak mapiranja odvijao se u razdoblju od siječnja do lipnja 2021. i uključivao je:

- 1.) posljedice i izradu plana s kartom (Ministarstvo zdravstva i Ministarstvo regionalnog razvoja)
- 2.) terenske posjete županijama i pripremu timova u županijama za provedbu mapiranja na trećoj razini Nacionalne klasifikacije statističkih regija (razina NUTS 3)
- 3.) provedbu procesa mapiranja koji su provodili timovi
- 4.) dodatne terenske i *online* rasprave vezane uz specifičnosti koje su utvrđene mapiranjem
- 5.) stvaranje baze podataka ishoda i pregleda za mapiranje
- 6.) komponente koje su, kao nalazi mapiranja i prijedlozi za intervenciju, uključene u Nacionalni plan razvoja zdravstva i druge dokumente.

Identificiranje potreba stanovništva regija NUTS 3 i određivanje prioriteta aspekata postignuto je korištenjem modela evaluacije elemenata kvalitete: strukture, procesa i ishoda. To olakšava razumijevanje pojedinačnih segmenata potreba sustava i resursa potrebnih za osiguranje integrirane, kooperativne i održive skrbi. Ključni zahtjevi ilustrirani su uobičajenim zdravstvenim problemima i smrtnim slučajevima u populaciji, kao što su kardiovaskularne, cerebrovaskularne, onkološke bolesti, dijabetes, mentalne bolesti, demencija i poremećaji svijesti, kao i rijetke bolesti. To obuhvaća nedostatak prostora, ljudi i opreme, kao i suboptimalnu i nedefiniranu prirodu procesa skrbi na razini podregija u županijama i izvan nacionalne razine. U tom smislu, dokumentirana su preklapanja u programima skrbi i djelomična rješenja, nije postojala cjelovita slika cijelog procesa skrbi i uključenih dionika, njihovih uloga i odnosa.

Priprema Nacionalnog plana delegirana je Koordinacijskom odboru Ministarstva zdravstva, a primarni doprinos planiranju dale su skupine pojedinaca koji su predstavljali Ministarstvo zdravstva, državne institucije, zdravstvene ustanove i drugi važni dionici u zdravstvenom sustavu, za:

- 1) promicanje zdravlja i prevenciju bolesti
- 2) unapređenje i povezivanje zdravstvenog sustava
- 3) nove metode skrbi za kardiovaskularne bolesti, cerebrovaskularne bolesti, onkološke bolesti, dijabetes, poremećaje svijesti, demenciju i rijetke bolesti
- 4) ljudske resurse i
- 5) financijsku održivost.

Prikupljeni podaci i analize, svi dodaci i podaci standardizirani su i uključeni u ovo izvješće. Dijelovi dokumenta koji se odnose na e-zdravstvo izvedeni su iz rezultata projekta o podršci razvoja Hrvatskog strateškog plana e-zdravstva 2020. - 2025. i akcijskog plana 2020. - 2021. Istraživanje provedeno 2020. godine preporučilo je provedbu nacionalnih kratkoročnih i srednjoročnih planova, integraciju inicijativa e-zdravstva i koordinaciju između institucija. Nacionalni plan u skladu je s Nacionalnom strategijom razvoja Republike Hrvatske do 2030., Programom Vlade Republike Hrvatske, Nacionalnim planom za oporavak i otpornost 2021. - 2026. i Smjernicama politike Europske komisije za koheziju u Europi za razdoblje 2021. - 2027. [24].

1.16. Ishodi zdravstvenog sustava

Mehanizam za praćenje učinka zdravstvenog sustava ne postoji te se najčešće njegova procjena određuje pomoću statistike mortaliteta. Dodatno, valjanost nekih podataka upitna je u nedostatku sustava kontrole kvalitete, a kada se koriste sami, neki pokazatelji mogu dati lažni dojam o sustavu kao cjelini. Neke od stopa smrtnosti, primjerice raka, među najvišima su u EU te pad iste znatno je veći u EU-u nego u Hrvatskoj. Nacionalni strateški okvir protiv raka do 2030. navodi da su visoke stope u Hrvatskoj rezultat niza čimbenika, uključujući izloženost štetnim utjecajima (prvenstveno pušenja i pretilosti), nedostatak kvalitetnih programa primarne prevencije, niska zdravstvena svijest, programi nedovoljno ranog otkrivanja, kasna dijagnoza, veći udio smrtonosnijih oblika raka, slaba dostupnost kvalitetne skrbi za rak, nedostatak radioterapije i druge skupe i sofisticirane opreme, nedostatak multidisciplinarnog pristupa u onkologiji, nedostatne onkološke baze podataka i kontrola kvalitete te nedovoljna ulaganja u sve aspekte onkologije, od znanosti i obrazovanja do liječenja i suportivne simptomatske skrbi za onkološke bolesnike [41].

1.17. Opis zdravstvene njege u kući po zemljama i ključnim domenama

Sveobuhvatnost usluga koje se pružaju u domovima pacijenata uvelike varira diljem Europe s obzirom na broj sati pružene zdravstvene njege i udio stanovništva koje prima zdravstvenu njegu u kući. Budući da je organizacija zdravstvene njege trenutačno u značajnoj tranziciji u mnogim zemljama, problemi u provedbi mogu utjecati na pružanje zdravstvene njege. Općenito, postoje dvije vrste vlasništva za pružatelje zdravstvene njege, a to su organizacije u javnom i privatnom vlasništvu. Kvaliteta i efikasnost mogu se poboljšati učinkovitim metodama upravljanja ljudskim resursima. Podaci o broju radnika u djelatnosti zdravstvene njege u kući u svim državama nisu

široko dostupni. Prema dostupnim podacima najniži broj zdravstvenih radnika na 1 000 stanovnika zabilježen je u Hrvatskoj, Češkoj, Mađarskoj i Latviji dok je najviši u Danskoj, Estoniji, Italiji, Norveškoj i Švedskoj. U svim zemljama medicinske sestre / tehničari odgovorni su za medicinsko-tehničke poslove, prevenciju i zdravstvenu njegu. Socijalne usluge pruža širok raspon stručnjaka. Najširi raspon stručnjaka u ovoj djelatnosti postoji u Norveškoj, Belgiji, Bugarskoj i Rumunjskoj [42-88].

Austrija

Austrija razlikuje zdravstvenu njegu u kući i osobnu njegu. Troškovi se plaćaju iz različitih proračuna i imaju različita pravila. Od 1992. godine zdravstveno osiguranje uključuje zdravstvenu njegu u kući. Pravo na nju određuje se stanjem, a usluga je ograničena na maksimalno četiri tjedna. Osobna njega i pomoć u kućanstvu smatraju se socijalnim uslugama i nisu pokrivena zdravstvenim osiguranjem, već naknadama prema saveznom zakonu (Bundespflegegeldgesetz – BPGG) ili jednom od zakona koje je donijela svaka od saveznih država (Landespflegegeldgesetze – LPGG). Građani koji žele da im se pruži zdravstvena njega u kući moraju se registrirati. Primatelj je zahtjeva organizacija koja je odgovorna za osnovni dohodak građanina. U slučaju ostvarivanja državne subvencije ili opće dopunske mirovine savezna vlada ima ključnu ulogu u provedbi, uz sudjelovanje BPGG-a. Oni koji primaju mirovine (i regulirani su jednom od saveznih država) moraju podnijeti zahtjev svojoj državnoj vladi. Međutim, kriteriji za ostvarivanje prava i broj naknada isti su u oba slučaja, ali filozofija pružanja skrbi može se uvelike razlikovati. Djelovanje prava temelji se na trajnoj potrebi za zdravstvenom njegom u kući zbog fizičke, mentalne, psihološke ili senzorne prirode invaliditeta. Ta potreba mora biti prisutna najmanje šest mjeseci prije podnošenja zahtjeva. Pravo na naknade ne ovisi o prihodima, dobi ili uzroku. Moguće su naknade u naturi, odnosno pružanje usluga umjesto novčane naknade, ali ukupna vrijednost usluge ne može biti veća od ukupne vrijednosti naknada u novcu. U slučaju pružanja usluga, uzima se u obzir prihod korisnika. Trošak novca i kvaliteta usluge ocjenjuju se za obje vrste skrbi novčanim i nematerijalnim nagradama. Naknade koje se pružaju u naturi u Austriji samo su djelomične. Tipičan je pristup isplata ljudima u gotovini, a zatim pružanje usluga na temelju njihovih potreba. Od 1995. godine osobe s demencijom ili drugim teškim mentalnim ili psihološkim invaliditetom mogu primiti dodatnu naknadu koja im omogućuje kupnju dodatnih 25 sati skrbi mjesečno. U Austriji osobe s trajnim invaliditetom koje trebaju više od 50 sati njege tjedno dobivaju novčane

naknade bez provjere imovinskog stanja. Većina koristi te naknade za plaćanje neformalnog njegovatelja [42].

Nedostatak osoblja i opterećenje zdravstvene njege u kući spominju se sve češće. Naime, 20% zdravstvenog osoblja žalilo se na prekovremeni rad, s prijavljenim trajanjem zaposlenja do 14 sati, dok se 22% medicinskih sestara osjećalo emocionalno uznemireno, a 20% fizički preopterećeno. Jedan od najčešćih uzroka sukoba bila je komunikacija između rodbine klijenata. Učestalost izostanaka s posla medicinskih sestara i drugih paraprofesionalnih njegovatelja bila je visoka. Napori za poboljšanje kvalitete kućne njege i dalje su u tijeku. Stručnjaci, interesne skupine posvećene korisnicima i Savezno ministarstvo za socijalna pitanja i zaštitu potrošača potiču razvoj certifikata kvalitete i sudjeluju u reviziji kvalitete [42].

Belgija

Zdravstvena njega u kući u Belgiji uključuje pružanje zdravstvene pomoći u kući i osobnu njegu, pri čemu ova potonja komponenta može biti preventivna, terapijska ili palijativna. Zdravstvena njega u kući došla je u prvi plan političke agende prije 25 godina kao rezultat sve veće prevalencije kroničnih bolesti i invaliditeta kod starije populacije, u kombinaciji s općom željom starijih osoba da što dulje ostanu u svojim domovima. Također je bilo prevladavajuće uvjerenje da će zdravstvena njega u kući imati niže troškove od institucionalne skrbi, čime će se usporiti rast zdravstvenih i socijalnih troškova. Odgovornosti za pružanje zdravstvene njege u kući podijeljene su između savezne vlade i zajednica. Prva stvara opći okvir i pravila za zdravstvenu njegu u kući dok druga mora osigurati i regulirati pružanje zdravstvene njege u kući. Savezna vlada prati financiranje zdravstvene njege u kući i nekoliko drugih profesija povezanih sa zdravstvom te je odgovorna za osiguranje od bolesti i invaliditeta. Što se tiče zdravstvene njege u kući, zajednice doprinose novcem i propisuju uvjete za pružanje usluga same zdravstvene njege u kući. Još uvijek nije poznata jasna raspodjela nadležnosti i odgovornosti između zajednice i regije. U Belgiji se zdravstvena njega u kući smatra paramedicinskom i uključuje medicinsku njegu i pomoćnu njegu koju pružaju kvalificirane medicinske sestre i njegovatelji. Ovakvu vrstu njege financira savezni program socijalnog osiguranja. Zdravstvenu njegu u kući mogu pružati i javni socijalni centri te privatne organizacije. Druge uobičajene usluge zdravstvene njege u kući uključuju emocionalnu podršku, savjetovanje i financijsku pomoć za osobe s invaliditetom te vaučere za usluge namijenjene osobama dobrog zdravlja. U Belgiji francuska i flamanska zajednica imaju vlastite

strategije. Također, stvorene su tri odvojene institucije: Komisija flamanske zajednice, Komisija francuske zajednice (COCOF) i Komisija zajedničke zajednice. Svaki odbor ima ovlasti nadzirati kulturne, obrazovne i osobne napore [43].

Neki pojedinci imaju poteškoća s razumijevanjem postupka prijave za zdravstvenu njegu u kući i za koje usluge i pogodnosti imaju pravo. To je uzrokovano nedostatkom koordinacije između zdravstvene zaštite i potpomognutog stanovanja u Belgiji. Rastući troškovi zdravstvene zaštite pripisuju se pristranoj prirodi sustava financijskih poticaja u sustavu nadoknade troškova. Ovaj sustav plaća medicinske sestre drukčije od drugih njegovatelja koji pružaju iste usluge. Kao rezultat toga, kako bi sačuvale svoj proračun, valonske agencije za kućnu njegu potiču praksu pružanja ove usluge medicinskih sestara, koja će potom biti financirana zdravstvenim osiguranjem. Zdravstvena njega u kući općenito je jeftinija, ali trošak može biti veći za pacijenta u cjelini. To se može odnositi na pacijente koji su potpuno onesposobljeni ili imaju dugotrajnu bolest koja zahtijeva složenu zdravstvenu njegu, a koji nemaju pravo na socijalnu pomoć. Mali broj kućnih njegovatelja (posebno u Valoniji) pripisuje se nedostatku financiranja i lošim uvjetima rada. Problem u Bruxellesu nedostatak je komunikacije i koordinacije između zajednica. Složeni sustav koji uključuje tri različita propisa, u Bruxellesu, Valoniji i Flandriji, otežava onima kojima je potrebna zdravstvena njega u kući da shvate što je dostupno [43]. Način plaćanja ovisi o stupnju ovisnosti pacijenta s različitim modelima nadoknade za različite razine ovisnosti. Medicinske sestre dijagnosticiraju uglavnom na temelju osobnih opažanja i komunikacije s obitelji starijih osoba, uz savjete od liječnika opće prakse. Većinom su medicinski orijentirane dok ostali djelatnici zdravstvene njege u kući obavljaju osnovne zadatke poput kuhanja i čišćenja [44]. Medicinske sestre sa specijalizacijom za demenciju jesu rijetkost. Stručnjaci za zdravstvenu njegu u kući često nemaju dovoljno znanja o simptomima demencije, a njihove su dijagnostičke strategije ograničene. Depresija je čest pokazatelj potrebe za zdravstvenom njegom u kući među starijima od 65 godina. S obzirom na to da je sve veći broj starijih osoba koji žive sami, potreba za zdravstvenom njegom u kući raste [43]. Glavna uloga medicinskih sestara i djelatnika zdravstvene njege u kući prema obiteljskim njegovateljima osoba s demencijom pružanje je emocionalne podrške i savjetovanje [45].

Češka

Zdravstvene usluge financiraju se obveznim zdravstvenim osiguranjem. Jedan od ciljeva zdravstvene skrbi pružanje je zdravstvene njege u kući i kućne rehabilitacije koju pokriva javno osiguranje. Značajan dio dugotrajne njege u ustanovama i privatnim domovima klijenata, uključujući zdravstvenu negu u kući, dio je socijalnih usluga i financira se poreznim prihodima [46].

Plaće u zdravstvenom sektoru u Češkoj Republici izuzetno su niske. Zbog toga se liječnici, medicinske sestre i drugi zdravstveni djelatnici često odlučuju raditi u inozemstvu. Čak je i medicinski kvalificiranim djelatnicima često povoljnije raditi kao ilegalni ili formalni pomagač nego živjeti kod kuće kao zaposlenik bolnice, ustanove za dugotrajnu negu ili organizacije za kućnu negu. Najčešći uzroci emigracije niske su plaće u Češkoj Republici u usporedbi sa zemljom odredišta, razlika u plaćama liječnika i drugih stručnjaka, očekivanje boljeg života, boljih uvjeta i prisutnost obitelji ili prijatelja u inozemstvu. Češka je bila među prve tri europske zemlje s najviše neželjenih ishoda zdravstvene njege u kući, proučavano u studiji ADHOC [46].

Danska

Zdravstvenu negu u kući pruža općina ili privatne tvrtke koje su ugovorno angažirane s općinom. Raspodjela zdravstvene njege u kući temelji se na zakonodavstvu i individualnom mišljenju službenika zaduženih za zdravstvenu negu u kući u općini. Svaka osoba, bez obzira na dob ili prihode, može zatražiti pomoć. Pomoć je namijenjena promicanju neovisnosti i kvalitete života, a temelji se na uvjetima i potrebama pojedinca. Unatoč preporukama zakonodavstva u vezi s vrstom pomoći koju nudi općina, količina pomoći temelji se na lokalnom standardu [47].

U Danskoj zdravstvena nega u kući integralni je dio nacionalnoga zdravstvenog sustava. Odgovornost za zdravstvenu negu u kući podijeljena je između Ministarstva zdravstva (koje nadzire i koordinira pružanje usluga) i lokalnih općina (koje su izravno odgovorne za pružanje njege). Do 2001. godine oko 75% općina imalo je integrirane sustave za pružanje zdravstvene njege u kući te skrbi u staračkim domovima [47]. Svi građani imaju pravo na zdravstvenu i socijalnu skrb, a prihvatljivost se određuje na temelju individualnih i kućanskih potreba. Međutim, postoje značajne razlike u troškovima i pruženim uslugama među općinama. Danska je lider u pružanju zdravstvene njege u kući u Europi, pružajući gotovo dvostruko više sati pomoći starijim

osobama u odnosu na Švedsku, koja je na drugom mjestu. Međutim, postoji razlika u pružanju usluga onima koji žive u staračkim domovima i onima koji žive kod kuće [48]. Preventivni kućni posjeti ciljaju na poboljšanje dobrobiti i omogućavanje starijim osobama da što duže očuvaju svoju funkcionalnu sposobnost. Samo 60% osoba starijih od 75 godina zapravo prima ove preventivne posjete, a faktori koji utječu na to razlikuju se između muškaraca i žena. Nizak osjećaj koherentnosti povezan je s manjom vjerojatnošću da će osoba primiti više od četiri preventivna posjeta [49].

Francuska

Pravo na javno financiranu zdravstvenu njegu u kući u Francuskoj temelji se na financijskoj procjeni [50]. Iako u zemlji još uvijek postoji snažan osjećaj javne odgovornosti za ovu djelatnost, ona je reguliranija od osobne njege, koju često pružaju nekvalificirane osobe. Lokalni sporazumi, usmjereni na specifične potrebe klijenata dovode do razlika u cijeloj zemlji [51]. U Francuskoj se i volonterski sektor i javne vlasti uključuju u kooperativne mreže, naprimjer, u donošenju konsenzusnih odluka o politikama osposobljavanja i plaćama [52]. Međutim, u nekim pokrajinama dolazi do pomaka od horizontalne suradnje s drugim pružateljima usluga prema većem fokusu na konkurenciju i partnerstva s osiguravajućim društvima i bankama [52]. Ovaj konkurentski okvir dodatno potiče mogućnost za pokrajine da odstupe od cijena utvrđenih na nacionalnoj razini. Formalna skrb za starije osobe financira se putem socijalnog osiguranja na nacionalnoj razini, a i putem sufinanciranja, ovisno o financijskom stanju primatelja [50]. Socijalna sigurnost nudi program dugoročne skrbi koji pruža ciljane naknade. Ove naknade dodjeljuju se svakom nemoćnom starijem pojedincu na temelju procjene potreba. Primatelji s niskim primanjima oslobođeni su plaćanja za ove usluge, dok drugi nisu. Također su dostupne i novčane pogodnosti, temeljene na razini ovisnosti [50,51]. Cijene su utvrđene na nacionalnoj razini, ali postoji fleksibilnost za pokrajine i pružatelje usluga. Stručnu skrb za starije osobe uglavnom pružaju neprofitne privatne agencije. Pomoć u kući obavljaju javno financirane neprofitne organizacije s licencom pokrajine. Neke su općine uspostavile integrirane uslužne centre koji pružaju i osobnu njegu i zdravstvenu njegu [52]. Više od trećine Francuza starijih od 75 godina prima formalnu zdravstvenu njegu u kući. Formalna njega često se kombinira s neformalnom, odnosno osobe koje imaju supružnika vjerojatnije će primiti formalnu zdravstvenu njegu u kući [50]. Slično kao u

Italiji, primatelji skrbi u zajednici u Francuskoj imaju visoka tjelesna i kognitivna oštećenja u usporedbi s onima u sjevernoj Europi [53].

Finska

U Finskoj država propisuje koje socijalne usluge moraju biti na raspolaganju [54]. Zakonska odgovornost za uređenje zdravstvene i socijalne skrbi leži na općinama [55]. One su zadužene za strukturiranje i pružanje ovih usluga, uključujući i podršku za neformalnu skrb [54]. Cilj finske politike omogućiti je starijim osobama da što duže ostanu u svojim domovima, uz potrebnu formalnu i neformalnu podršku [56]. Usluga skrbi za starije osobe usmjerena je na potporu ove politike. Neformalni skrbnici imaju pravo na financijsku naknadu, koja je 2006. godine iznosila u prosjeku 416 eura mjesečno [57]. Prosječni tjedni trošak za zdravstvenu i socijalnu skrb kod kuće na razini općina iznosio je 742 eura. Kvaliteta pružene skrbi ovisi i o resursima koje općina ima na raspolaganju [57]. U Finskoj općinski tim za skrb svakih šest mjeseci procjenjuje potrebe i informira klijente o dostupnim vaučerima. Prema podacima iz 2000. godine, 11% starijih koristilo je javne usluge pomoći u kući, što je možda precijenjena brojka jer se usluge pružaju i unutar stambenih jedinica [58]. U 2001. godini većina korisnika zdravstvene njege u kući bile su žene, udovice, osobe koje žive same i s niskim obrazovnim statusom. Prosječna dob bila je 80 godina [55]. U 2003. godini, 6,3% osoba starijih od 65 godina koristilo je usluge zdravstvene njege u kući. U prosjeku, korisnici zdravstvene njege u kući trebaju pomoć u šest od 15 aktivnosti svakodnevnog života (engl. Activities of Daily Living - ADL). Najčešće su dijagnoze među korisnicima zdravstvene njege u kući dijabetes, senilna demencija i psihijatrijski poremećaji.

Njemačka

Širenje tržišta zdravstvene njege u kući i privatizacija usluga smatrani su od najveće važnosti sredinom devedesetih godina 20. stoljeća prilikom uvođenja osiguranja za dugotrajnu njegu. Kao rezultat toga, sudjelovanje javnosti u financiranju agencija ili pružatelja usluga još je uvijek bilo minimalno. U nekim zemljama financiranje je namijenjeno osoblju dok je u drugim zemljama namijenjeno razvoju infrastrukture. Primarni prihod agencija dolazi od prodaje usluga i njege klijentima. Osiguravajuće organizacije plaćaju troškove pojedinačnih slučajeva. Dio sredstava distribuiraju se klijentima kako bi sami kupili potrebnu njegu (novčane naknade).

Osobe s osiguranjem za dugotrajnu zdravstvenu njegu u kući ili njihove uzdržavane osobe imaju pravo na naknade ako više puta nisu u mogućnosti obavljati osnovne svakodnevne zadatke najmanje šest mjeseci. Ova zdravstvena njega u kući uključuje davanje dnevne njege (ADL), dijela dnevne njege (IADL) i osnovne njege, kao i nadzor nad lijekovima. Dostupne su dvije vrste pomoći u zdravstvenoj njezi u kući: pružanje usluga zdravstvene njege i naknade u novcu (potonje se mogu dobiti samo ako neformalna skrb koju pružaju članovi obitelji traje najmanje 14 sati tjedno).

Suradnički odnos između pružatelja usluga i upravljačkih tijela oslabljen je uvođenjem elemenata konkurencije. Ipak, to je dovelo do formiranja novih neprofitnih partnerstava i redovitih sastanaka između pružatelja usluga i javnih organizacija na različitim razinama uprave. U Njemačkoj se financiranje zdravstvene njege u kući ostvaruje dugotrajnim osiguranjem za njegu [52] kojim upravljaju specijalizirane podjedinice javnih zdravstvenih fondova [42]. Financiranje je osigurano obveznim porezom na dohodak. Postoji opcija zamjene usluga u naravi za novčane naknade [51,52] a visina novčane pomoći ovisi o stupnju invaliditeta osobe. Osim toga, tim stručnjaka (uključujući liječnike i socijalne radnike) provodi procjenu individualnih potreba kako bi se utvrdile potrebe za ADL fizičkim i mentalnim zdravstvenim stanjem te socijalnim i obiteljskim okruženjem [51]. Međunarodna komparativna studija Aged in Home Care (ADHOC) pokazala je da je Njemačka među trima europskim zemljama s najnepovoljnijim ishodima u zdravstvenoj njezi u kući [46]. Utvrđeno je da gotovinski programi pružaju korisnicima veći izbor. No, kritizira se nedostatak mehanizama podrške za one koji su u procesu donošenja odluka [42].

Irska

Stručno osposobljeno osoblje za zdravstvenu njegu u kući uključuje medicinske sestre u zajednici i javnom zdravstvu, pomoćnike u njezi i zdravstvene pomoćnike u zajednici, terapeute i socijalne radnike. Osoblje za osobnu njegu ima kraće uvjete za obuku.

Godine 2009., An Bord Altranais, Irski odbor za medicinske sestre, dodatno je unaprijedio obuku medicinskih sestara objavljivanjem skupa generičkih minimalnih standarda koji sve medicinske sestre trebaju ispunjavati prilikom pružanja skrbi starijim osobama. U skladu s važećim obrazovnim zahtjevima medicinske sestre moraju imati završen četverogodišnji sveučilišni studij, a potiču se na dodatnu edukaciju u skrbi za starije osobe, bez obveznog zahtjeva za takvu edukaciju. Ne postoji diferencijacija zadataka u sektorima kućne njege, osobne njege i pomoći u

kući koju je formalno utvrdila država, za razliku od sektora domova za starije i zdravstvene njege u kući gdje postoje nacionalni standardi skrbi u pogledu razine obuke, osim propisa An Bord Altranais u vezi s nazivom i ulogom medicinskih sestara. Iako osoblje Health Service Executive (nacionalna zdravstvena služba HSE) ima financijsku potporu za osposobljavanje, dokazi upućuju na to da pružatelji usluga iz privatnog sektora nerado plaćaju za osposobljavanje te da mnogi pružatelji usluga u volonterskom sektoru zapošljavaju neobučeno osoblje kao osobne njegovatelje [59].

Zdravstvena njega u kući smatra se odgovorom na izazove starenja populacije, no nedostatna dostupnost i nedovoljna razvijenost usluga zdravstvene njege u kući dovode do prekomjerne uporabe bolničkih usluga. U početnim političkim smjernicama o skrbi za starije vlasti su istaknule prednost zdravstvene njege u kući, kako zbog dobrobiti starijih osoba, tako i zbog ekonomske učinkovitosti. Financiranje dolazi dijelom iz poreza. Zaposlenici u privatnom sektoru često imaju niže plaće od onih u javnom i neprofitnom sektoru, ali plaće variraju među različitim pružateljima usluga [60]. Nedavne značajne promjene u sektoru uključuju pojavu privatnih tvrtki, uvođenje gotovinskih programa za skrb i profesionalizaciju neprofitnih organizacija. Sustav zdravstvene njege u kući je fragmentiran i varira ovisno o regiji i pružatelju [61]. Nedavno su na nacionalnoj razini uvedeni paketi zdravstvene njege u kući, što je dovelo do povećanja privatnih usluga i potrebe za boljom regulacijom i nadzorom. Radna je snaga u sektoru skrbi raznolika, s većom fleksibilnošću u privatnom sektoru u pogledu dužnosti i kvalifikacija. Također, postoji rastući trend posredničkih agencija koje pružaju samozaposlene njegovatelje, što dodatno komplicira situaciju [60].

Italija

U Italiji podobnost za zdravstvenu njegu u kući često je povezana s funkcionalnim ograničenjima i dodatnim zdravstvenim problemima [62]. Međutim, dodijeljene usluge ne odražavaju uvijek stvarne potrebe, već su često rezultat dostupnih resursa. U Rimu, naprimjer, postoji i dohodovni prag za pristup zdravstvenoj njezi u kući, a novčane naknade također su dostupne [51]. U usporedbi s drugim europskim zemljama, Italija ima vrlo ograničenu formalnu skrb [63]. Studija ADHOC pokazala je da je Italija među zemljama s najviše neželjenih ishoda u kontekstu zdravstvene njege u kući [46]. Osim toga, u Italiji i Španjolskoj, procjena potreba za zdravstvenom njegom u kući može varirati ovisno o regiji i timu koji provodi procjenu. Općenito, nedostatak neformalnih

podrški često je razlog zašto neki ne mogu pristupiti programima zdravstvene njege u kući. Ovo odražava stav pružatelja usluga da zdravstvena njega u kući treba biti usmjerena prema starijim osobama s ozbiljnim funkcionalnim ograničenjima, koji imaju i učinkovit neformalni sustav podrške [62]. U Rimu, oni koji primaju zdravstvenu njegu u kući često imaju ozbiljna fizička i kognitivna oštećenja, više nego u sjevernoeuropskim zemljama [53].

Dokument "Nova definicija kućne njege" opisuje jedinstvene kriterije za ispunjavanje uvjeta zdravstvene njege u kući. Također se uzima u obzir vjerojatnost neformalnih njegovatelja. Ove su usluge besplatne za osobe s godišnjim prihodima manjim od 65 000 EUR ili osobe starije od 65 godina, kao i za osobe s priznatom kroničnom bolešću koja zahtijeva hospitalizaciju, za pacijente s terminalnim tumorima i tijekom postakutne faze. Zdravstvenu njegu u kući financiraju regije putem proračuna lokalnih zdravstvenih vlasti na temelju formule kapitacije i naknada koje plaćaju klijenti koji nisu izuzeti. Općine kompenziraju pružatelje usluga zdravstvene njege u kući na temelju stupnja pružene skrbi (broj dana skrbi ili ukupan broj dana), prosječnog trajanja skrbi, sastava stručnjaka, prosječnog vremena po stručnjaku i razdoblja pružanja usluge. Neka područja (primjerice Lombardija) odabrala su druge metode financiranja i izdala su vaučere za ovlaštene pojedince, a te osobe mogu koristiti ta sredstva samo za kupnju ovlaštenih (akreditiranih) usluga. Ove usluge odobravaju javne vlasti. Osim toga, naknade za zdravstvenu njegu u kući (obično ih daju općine ili rjeđe, lokalne zdravstvene agencije) koriste se za kompenzaciju članovima obitelji za pružanje neformalne skrbi. Klijentu je dopušteno trošiti sredstva kako želi [51–53].

Nizozemska

U Nizozemskoj su 2005. godine uvedeni nacionalni kriteriji za pristup zdravstvenoj njezi u kući [64]. Financiranje je organizirano nacionalnim socijalnim osiguranjem, a uveden je i koncept "osobnog proračuna" koji omogućuje veću fleksibilnost i izbor u pružanju usluga. Ovaj proračun nije bio obavezan i mogao se koristiti za plaćanje neformalnih njegovatelja [59]. Nizozemska je poznata po visokom standardu kontrole kvalitete u pružanju usluga. Procjena potreba za zdravstvenom njegom provodi se neovisnim agencijama iako su postupci još uvijek u fazi standardizacije [64]. Osim toga, postoji posebna Uredba koja regulira kako se procjena potreba mora provoditi. U Nizozemskoj je širok spektar usluga dostupan kod kuće, uključujući fizičku njegu, socijalnu podršku i tehničku njegu [65]. Većina pružatelja usluga neprofitne su organizacije i agencije za zdravstvenu njegu u kući. Iako je sustav uglavnom dobro organiziran, postoje izazovi,

uključujući sagorijevanje među radnicima [66]. Također, koordinacija je problematična, posebno kada korisnici osobnih proračuna zapošljavaju više radnika.

Zdravstvene usluge financiraju se kombinacijom obveznoga socijalnog osiguranja i privatnog osiguranja te dodatnim financiranjem dugotrajne skrbi. Kvaliteta ustanova za dugotrajnu skrb u Nizozemskoj problem je u politici zemlje i ulaže se mnogo napora u regulaciju kvalitete medicinske njege i zdravstvene njege u kući. Kućne posjete uobičajene su za nizozemske liječnike opće prakse. Kronično bolesne i osobe s invaliditetom imaju pravo na novčane isplate i smanjenje poreznih stopa. Opći je socijalni rad besplatan i pruža savjetovanje i usmjeravanje u vezi s teškim problemima. Mnoge socijalne usluge posvećene promicanju sudjelovanja osoba s invaliditetom u društvu financiraju se općinskim novcem. Praksa zdravstvene njege u kući dugogodišnja je u Nizozemskoj. U političkim se dokumentima raspravljalo o važnosti zdravstvene njege u kući u kontekstu starenja stanovništva, autonomije klijenata i samostalnog života. Primarnu ulogu u zdravstvenoj njezi u kući ima Ministarstvo zdravstva, socijalne skrbi i sporta, ali proces donošenja odluka prvenstveno je decentraliziran i vođen tržišnim silama. Distribucija i ugovaranje zdravstvenih usluga i osobne njege u kući prvenstveno je delegirano uredima povezanim s društvima zdravstvenog osiguranja koja se nalaze u regijama. Gradovi imaju općinsku pomoć i neke tehničke alate. Gradovi biraju koje će usluge pružati i kako će im odrediti cijene te ugovaraju s pružateljima tih usluga [59].

Norveška

Zdravstvena usluga trebala bi se, koliko god je to moguće, temeljiti na željama i potrebama pojedinca, bez obzira na njegov društveni status, osobne financije, prebivalište ili način života. Potreba za uslugom određena je općim pravilima za rješavanje zdravstvenih problema u zakonima i propisima [67]. Zdravstvena njega u kući pokreće se ovom procjenom zahtjeva. Zakoni i propisi o zdravstvenoj zaštiti lokalni su, što gradovima daje određenu autonomnost. Gradovi biraju pravila za uslugu u skladu s nacionalnim zakonima i propisima. Nacionalni sustav zdravstvene statistike, IPLOS koristan je za procjenu potreba pacijenata i podnositelja zahtjeva za zdravstvenu skrb. Drugi instrumenti koji se koriste lokalno uključuju Barthelov indeks i Instrument za procjenu stanovništva (Resident Assessment Instrument, RAI), koji se koristi za procjenu potreba korisnika i planiranje odgovarajuće razine skrbi. Međutim, ovi lokalno razvijeni sustavi nisu obvezni. Usluge zdravstvene njege u kući dostupne su onima kojima su takve usluge potrebne i regulirane su

Zakonom o socijalnim uslugama. Potreba se određuje općim kriterijima koji su navedeni u zakonima i propisima, kao i time živi li pojedinac sam [67]. Primatelj prima fiksnu satnicu na temelju svojih prihoda. Što se tiče preinaka doma i tehničkih pomagala, javno financiranje dodjeljuje se samo onima kojima je najpotrebnije. U rijetkim slučajevima socijalne službe odgovorne su za dio financiranja obnove doma, ali to nije često slučaj. Ako klijent nema kuću u kojoj živi, socijalna služba će mu pomoći pronaći novi smještaj.

U norveškom sustavu dugotrajne skrbi, odgovornost za pružanje usluga leži na općinama. Kontrola kvalitete također je u njihovoj nadležnosti, što je i jedan od prioriteta vlade. Međutim, unatoč ovom fokusu na kvalitetu, ne postoji regionalni ili nacionalni registar kliničkih ishoda za dugotrajnu terapiju [67]. Norveška je formalizirala koncept "osobne asistencije" zakonom donesenim 2000. godine. Navedena je usluga uglavnom usmjerena na osobe s tjelesnim invaliditetom i sveobuhvatnim potrebama. Korisnici imaju mogućnost imenovati svoje asistente i odlučiti o vrsti i vremenu pružanja usluga. Većinu ovih asistenata zapošljavaju općine [68]. U Norveškoj konzumeristički pristup uključuje odvajanje uloga kupca i pružatelja usluga, uvođenje vaučerskih aranžmana i konkurentne natjecanje. Iako su ovakvi pristupi usmjereni na povećanje učinkovitosti, čini se da postoji napetost između želje za transparentnosti i potrebe za fleksibilnosti u pružanju usluga [69].

Poljska

U Poljskoj zanimanje obiteljske medicinske sestre uvedeno je 1995. godine s jasno definiranim obrazovnim razinama i zadacima. Ove sestre prolaze specijaliziranu obuku i dodatne programe. Njihovi zadaci uključuju promicanje zdravlja, preventivnu zdravstvenu njegu, neke dijagnostičke zadatke i medicinske i rehabilitacijske postupke [70]. Kućne posjete u Poljskoj obavljaju različiti pružatelji zdravstvenih usluga, uključujući liječnike, obiteljske medicinske sestre koje su zaposlene kod liječnika, kao i samozaposlene obiteljske medicinske sestre koje imaju ugovor s Nacionalnim zdravstvenim fondom. Postoji i opcija da medicinske sestre budu zaposlene u Domu zdravlja. Najčešće aktivnosti obiteljskih medicinskih sestara uključuju intervencije na zahtjev liječnika, kao što su injekcije i tretiranje dekubitusa. Zdravstveni odgoj drugi je najčešći razlog za kućne posjete, a dijagnostičke usluge treći. Promicanje zdravlja smanjilo se između 2002. i 2006. dok su intervencije i medicinsko-tehnički postupci porasli [70]. Anketa iz 2006. godine pokazala je da je oko 23,9% ispitanika u jednoj od općina s najnižom gustoćom naseljenosti primilo kućni

posjet. Najveća skupina primatelja bili su oni stariji od 75 godina, koji su imali 7,3 puta veću vjerojatnost da će primiti kućni posjet u usporedbi s osobama u dobi od 15 do 64 godine. Prikazani podaci ukazuju na složenost i dinamiku pružanja zdravstvene njege u kući u Poljskoj, s posebnim naglaskom na ulogu obiteljskih medicinskih sestara i promjenama u pristupu i pružanju usluga tijekom vremena [70].

Zdravstvene usluge financiraju se premijama osiguravajućih društava za obvezno zdravstveno osiguranje. Sustav obveznoga zdravstvenog osiguranja vodi Nacionalni zdravstveni fond i njegovih 16 regionalnih podružnica. Dugotrajna zdravstvena skrb može se pružati kod kuće, a pacijenti također mogu odabrati život u ustanovama za dugotrajnu njegu. U Poljskoj na svakih 1000 stanovnika zaposleno je 2,2 liječnika i 5,1 medicinska sestra. Kućne posjete uobičajene su u praksi obiteljske medicine u Poljskoj. Medicinska sestra primarne zdravstvene zaštite planira i provodi sveobuhvatnu njegu u području primarne zdravstvene zaštite i u domu pacijenta. Svi pacijenti koji su osigurani imaju pravo na usluge medicinske sestre primarne zdravstvene zaštite i slobodni su odabrati svoju medicinsku sestru primarne zdravstvene zaštite. Odgovornosti medicinske sestre primarne zdravstvene zaštite uključuju prepoznavanje i procjenu zdravstvenih problema pacijenata, promicanje zdravlja, pružanje njege i suradnju s drugim agencijama. Međutim, u praksi je primarna svrha kućnih posjeta izvršavanje kratkoročnih medicinskih naloga [70].

Portugal

U Portugalu integrirana skrb za starije osobe postala je važna tema. Već 1997. godine donesen je Program integrirane podrške starijim osobama s ciljem očuvanja njihove autonomije u vlastitim domovima, pružanja podrške članovima obitelji i osposobljavanja pružatelja skrbi. Postoji razdvajanje između pružatelja zdravstvenih usluga i pružatelja skrbi zbog različitih pravila, nadležnosti i proračuna koji se na njih primjenjuju [71]. Nacionalna zdravstvena služba financira se općim porezima, ali rashodi često premašuju proračunska ograničenja. Dodatno, 10% stanovništva pokriveno je dobrovoljnim osiguranjem, a 7% zajedničkim fondovima. Glavni pružatelji socijalnih usluga privatni su neprofitni pružatelji usluga socijalne solidarnosti. U nekim područjima uspostavljena su partnerstva s općinama i regionalnim zdravstvenim upravama. Postoji problem s nedovoljnim prijenosom informacija između različitih institucija i stručnjaka. Usluga je

uglavnom usmjerena na socijalnu podršku, a klijenti su ocijenili fizioterapiju i zdravstvenu njegu kao lošu ili vrlo lošu [71].

Odgovornost za zdravstvenu njegu u kući podijeljena je između Ministarstva zdravstva i Ministarstva zapošljavanja i socijalne solidarnosti. Već nekoliko godina postoje službeni dokumenti koji definiraju, raspravljaju i reguliraju zdravstvenu njegu u kući te definiraju uloge i kriterije za participaciju pacijenta i njihovih obitelji za pružene usluge [71].

Sve veći broj profitnih subjekata ulazi na tržište kućne njege, pružajući zdravstvenu skrb, osobnu njegu, kućnu pomoć ili kombinaciju navedenog. Da bi tvrtka mogla poslovati, mora imati licencu, što podrazumijeva ispunjavanje svih povezanih zahtjeva. Nacionalna vlada naglašava sudjelovanje općina u kućnoj njezi, ali još uvijek nije vrlo uobičajeno ili značajno. Zdravstvena njega u kući trebala bi biti važan element u ovoj mreži, ali izvješća pokazuju da se u ovom području još mnogo toga može učiniti. Novi pokušaj razvoja integrirane zdravstvene njege u kući provodi se partnerstvima između regionalnih zdravstvenih uprava i neprofitnih institucija. Budući da razina financiranja ovisi o tome pruža li se kućna pomoć ili zdravstvena njega u kući, a državna kontrola nad privatnim pružateljima usluga, uključujući neprofitne i profitne, čini se nerazvijenom; pristup, pristupačnost, usmjerenost na pacijenta, kontrola troškova i osiguranje kvalitete glavna su trenutna pitanja [71].

Slovenija

Zdravstvena njega u kući predstavlja značajan izazov za starije osobe, posebno s obzirom na troškove, za mnoge starije osobe može biti financijsko opterećenje. Iako se zdravstvena njega u kući razvija, ona je još uvijek dostupna samo u urbanim sredinama. To je problem za one koji žive u ruralnim područjima ili manje razvijenim zajednicama. Iako medicinske sestre posjećuju starije osobe „u potrebi“, ti posjeti su obično rijetki zbog raznih ograničenja, što utječe na kvalitetu skrbi [72].

Španjolska

U Španjolskoj je zdravstveni sustav decentraliziran, s regionalnim i lokalnim vlastima koje nadziru usluge osobne skrbi u zajednici. Prijam u ove usluge određuje se na temelju individualnih potreba i razina prihoda. Iako su postojali naponi za stvaranje gerontoloških planova, poput Regionalnog plana za starije u Madridu iz 1999. godine, resursi namijenjeni ovim uslugama ograničeni su, što

rezultira niskom pokrivenošću [73]. U Barceloni postoje prihodovni pragovi za primanje zdravstvene njege u kući, a financijske naknade dostupne su kako bi se pomoglo u plaćanju usluga skrbi. Međutim, glavni izvor pomoći za ovisne starije osobe ostaju njihove obitelji jer formalne usluge skrbi u zajednici rijetko su dostupne i pružaju ih i javni i privatni sektor [51]. Procjenu potreba za osobnom skrbi provodi tim stručnjaka, uključujući liječnike i socijalne radnike, koji posjećuju osobe kako bi procijenili njihove potrebe za svakodnevnim aktivnostima, kao i njihovo fizičko, mentalno i društveno stanje. Procjena i pružene usluge mogu se razlikovati ovisno o regiji i timu za procjenu te nisu uvijek usklađene s razinom potrebe. U Barceloni povećanje ovisnosti ne znači nužno i povećanje pruženih usluga. Obitelji su glavni pružatelji skrbi s tek nekoliko njih koji prijavljuju primanje dodatnih formalnih usluga. Nezadovoljene potrebe za zdravstvenom njegom u kući među starijim osobama koje žive u zajednici povezane su s čimbenicima poput niskih prihoda, niže razine obrazovanja, samog života i simptoma depresije [73].

Prilikom analize španjolskog sustava zdravstvene njege u kući, važno je prepoznati da je Španjolska dio jedne od najdecentraliziranijih nacija u Europi. Postoji 17 različitih autonomnih regija koje imaju sličan, ali visok stupanj autonomije. Ta područja mogu sudjelovati u zdravstvu, obrazovanju i oporezivanju. Španjolska ima 45 milijuna stanovnika. Postotak dugotrajnih bolesti ili oboljenja približno je prosječnoj europskoj stopi. Zdravstvene organizacije koje su prvenstveno u javnom vlasništvu stvorile su pravila uključivanja i isključivanja, kao i popis usluga koje su dostupne u zdravstvenoj njezi u kući. Različite usluge imaju različite mogućnosti koje su im dostupne, a te mogućnosti procjenjuju različiti stručnjaci dok se programi slijede prema potrebi. Unatoč zajedničkom nacionalnom protokolu za procjenu objektivnih zahtjeva svaki odjel lokalne samouprave određuje konačni skup usluga u dogovoru s pacijentom, odnosno njegovom obitelji. Kao rezultat toga, većina ljudi uopće ne prima zdravstvenu njegu u kući ili prima samo dio nje, ovisno o mjestu stanovanja [73].

Švedska

Zdravstvena njega u kući u Švedskoj regulirana je Zakonom o socijalnim uslugama i temelji se na individualnim potrebama [74]. Prava i naknade za zdravstvenu njegu u kući određuju se prema dohotku i potrebi. Značajan dio zdravstvene njege u kući financira se općinskim porezima [75,76]. Novčane naknade dostupne su za usluge njege, a iznos je dio ukupne procjene potreba. Usluge zdravstvene njege u kući mogu se pružiti dvama programima: Primarnom zdravstvenom zaštitom

i Pomoći u kući, koje obično organiziraju regionalna vijeća i općine [77]. Usluge se kreću od zdravstvene njege do pomoći u kućanstvu i često su ograničene u opsegu. Doprinosi klijenata mogu varirati među općinama i ovisi o troškovima paketa njege koji su potrebni. Postoji smanjenje formalne skrbi koje je nadoknađeno povećanjem obiteljske skrbi. Postoje varijacije u vrsti i opsegu usluga, a neki izazovi uključuju koordinaciju i adekvatnost procjene potreba [78].

Zdravstvena njega u kući koja se financira iz javnih sredstava univerzalno je pravo, ne ovisi o dostupnosti neformalne skrbi i ne podliježe provjeravanju prihoda. Osobe s invaliditetom kojima je potrebna zdravstvena njega u kući primat će pomoć 24 sata dnevno. Postoji univerzalna formula za izračun opcija, ali općina mora prepoznati funkcionalni kapacitet osobe i status u kojem živi. Prihvatljivost socijalne kućne njege donekle se razlikuje od grada do grada [78].

Švicarska

U Švicarskoj zdravstvene su usluge organizirane na razini 26 autonomnih kantona, pod nadzorom lokalnih odjela za javno zdravstvo. Zdravstveno osiguranje jest obvezno i organizirano na saveznoj razini. Financiranje agencija za zdravstvenu njegu u kući dolazi iz više izvora: federalnih, kantonalnih i zajedničkih javnih sredstava, obveznoga zdravstvenog osiguranja te privatnih uplata klijenata. Agencije za zdravstvenu njegu u kući pružaju zdravstvenu njegu, osnovnu osobnu njegu, kućnu pomoć, radnu terapiju i socijalne usluge [79]. Većinu agencija za zdravstvenu njegu u kući vode privatne, neprofitne organizacije. Potražnja za zdravstvenom njegom u kući raste kako se smanjuje duljina boravka u bolnici. Usluge nisu ograničene samo na starije osobe; gotovo četvrtina klijenata mlađa je od 65 godina. Zdravstvena njega u kući u biti je alternativa hospitalizaciji pod određenim uvjetima, iako teže bolesni pacijenti često preferiraju hospitalizaciju [80].

Od 1990. godine politike zdravstvene njege u kući koje su se prije usredotočivale na institucionalnu skrb sada su se pomaknule prema pružanju usluga u kući, ali sa značajnim razlikama između kantona u smislu trendova i opće situacije. Zdravstvena njega u kući nije posebno spomenuta u službenim dokumentima kao cilj politike sa specifičnom i univerzalnom svrhom na saveznoj razini, zbog velikog stupnja decentralizacije u švicarskoj zdravstvenoj njezi u kući. Zakon o zdravstvenom osiguranju iz 1996. nalaže da savezna vlada mora financijski podržati pružanje usluga zdravstvene njege u kući starijim osobama, ali delegira odgovornost za planiranje i pružanje takvih usluga kantonima. Savezna vlada također propisuje opće uvjete za pravo na zdravstvene i socijalne usluge za starije osobe, kao i osposobljavanje, obrazovanje i odgovornosti

svakog zdravstvenog djelatnika koji pruža takve usluge u kući. Osim toga, zadužen je i za određivanje ukupnog postotka koji će financirati savezna vlada, kantoni i pružatelji socijalnog osiguranja. Unutar pravnog okvira kantoni su odgovorni za planiranje usluga na temelju potreba svog stanovništva. Budući da neki kantoni nisu napredovali istom brzinom u pogledu deinstitucionalizacije, velike razlike u relativnom postotku kućne njege u usporedbi sa stambenom skrbi prvenstveno su uzrokovane razlikama u politikama između gradova i kantona, a ne demografskim ili epidemiološkim podacima. Ove razlike u politikama dovele su do značajne raznolikosti u pogledu broja ljudi koji primaju usluge zdravstvene njege u kući te načina na koji se one pružaju i organiziraju [80].

Ujedinjeno Kraljevstvo

Podrška ljudima kod kuće i sprječavanje odgođenog otpusta iz bolnice izričiti su ciljevi politike vlade Ujedinjenog Kraljevstva [81]. Već 1989./1990. vlada je postavila svoj cilj povećanja izbora za korisnike usluga i njegovatelje [82]. Nadalje, skrb prilagođena klijentu stimulirana je traženjem od pružatelja usluga da uvedu odgovarajuće sustave upravljanja [83]. Nadalje, uveli su povjerenstva integrirane skrbi u skladu sa zakonom. Međutim, 'integrirane usluge' vremenski su ograničene (samo određeno razdoblje nakon otpusta iz bolnice). Obične usluge skrbi manje su integrirane [84]. U Sjevernoj Irskoj došlo je do prelaska s tradicionalne usluge zdravstvene njege u kući na uslugu koja ima cilj zadovoljiti širok raspon potreba, uključujući osobne i zdravstvene potrebe [85]. U Engleskoj se odvija pomak od pružanja usluga unutar kuće koje organiziraju lokalne vlasti prema neovisnim pružateljima usluga [86]. Zdravstvenu njegu u kući u Engleskoj [87], ali i osobnu skrb u Engleskoj i Walesu [84] uglavnom pruža neovisni sektor pod odgovornošću lokalnih vlasti. U Engleskoj su 2006. godine 80% pružatelja skrbi u kući bile privatne ili dobrovoljne organizacije. Nasuprot tome, u Sjevernoj Irskoj gotovo sve usluge pružane su internom statutarnom shemom poznatom kao 'Kućna skrb' 2002., nakon fragmentiranog pružanja tijekom 1992. - 2002. [85]. Razvoj kvalificirane radne snage smatra se ključnim za kvalitetu socijalne skrbi. U Engleskoj su tržišne snage (duga tradicija) i javna kontrola kvalitete socijalne skrbi, uključujući zdravstvenu njegu u kući, dopunjeni dobrovoljnim sektorom i zajedničkom upravom. Infrastrukturna pitanja rješavaju lokalni odbori za strateško partnerstvo između lokalnih vlasti i predstavnika pružatelja [52]. Godine 2003. uvedeni su Nacionalni standardi skrbi za zdravstvenu njegu u kući u Engleskoj [87]. Istraživanje u nekoliko općina diljem

Ujedinjenog Kraljevstva pokazalo je da su gotovo svi radnici socijalne službe i zdravstvene njege u kući koji rade sa starijim osobama, bili relativno stari i da je 80% njih radilo skraćeno radno vrijeme [88]. Nezadovoljni su radnim vremenom, nedostatkom podrške menadžmenta i pritiscima na poslu [85]. Zaposleni u zdravstvenoj njezi u kući u Sjevernoj Irskoj suočavaju se s mnogim opasnostima u rasponu od pitanja pristupa, higijene, agresije, domaćih životinja i sigurnosti kućne opreme [81].

1.18. Dugotrajna skrb u Hrvatskoj

Dugotrajna skrb u skladu sa svojim osnovnim pravima odnosi se na aktivnosti koje poduzimaju drugi kako bi osigurali da ljudi mogu održati razinu funkcionalne sposobnosti temeljnim slobodama i ljudskim dostojanstvom [89]. Vidljivost nerazvijenosti dugotrajne skrbi u Hrvatskoj jest prema financijskim izdvajanjima koja čine svega 3,03% udjela u proračunu namijenjenog za zdravstvo dok je prosjek EU 27 u 2019. godini iznosio 16,11% [90].

Rastom udjela starijeg stanovništva u cjelokupnom stanovništvu kao i prisutnosti siromaštva javlja se potreba za organiziranje dugotrajne skrbi na nacionalnoj razini. Pozitivni faktor kao čimbenik smanjenja osjećaja usamljenosti među starijim stanovništvom jest što u Hrvatskoj veliki broj njih živi s obitelji ili žive u njihovoj blizini. Prema procjenama OECD-a postotak stanovništva u Hrvatskoj do 2050. iznad 65 godina iznosit će 31%, a starijih od 80 godina 11%. Prema takvim podacima Hrvatska će imati jedno od najstarijeg stanovništva u Europi te zauzeti sedmo mjesto iza Grčke, Portugala, Italije, Litve, Španjolske i Latvije [21].

Porast očekivanog trajanja života koji je blizak prosjeku EU-a, no i dalje niži od prosjeka, uzrokovan je poboljšanjem zdravstvenog sustava. Gledajući udio osoba starijih od 65 godina koje prožive neki zdravstveni problem i invaliditet Hrvatska sa svojih 70% (ili 12,5 godina) značajno jest iznad prosjeka EU-a od 50% (ili 10 godina) [37].

Uobičajena praksa određivanja potreba za dugotrajnom skrbi jest treba li osoba pomoć u osnovnim svakodnevnim aktivnostima (ADL) ili instrumentalnim aktivnostima (IADL). Prema provedenim anketama projekta SHARE 18% starijih osoba ima barem jedno ograničenje, 29% barem jedno ograničenje u IADL-u i 32% barem jedno ograničenje u ADL-u ili IADL-u. Dobiveni rezultati nalaze se unutar prosjeka srednje i istočne Europe [91]. Zdravstvena njega u kući omogućuje sprječavanje ili odgodu za potrebom za dugotrajnom skrbi. Podaci iz istraživanja Statistike

Europske unije o dohotku i životnim uvjetima (EU-SILC) pokazuju nedovoljan raspon ponude koji je moguće primiti u kući [92].

Dob korisnika	0-6	7-19	20-44	45-64	65-74	75-84	85+	Ukupno
Ukupno	22	166	1212	5966	11680	17259	13937	50242
Nepokretnih	6	56	279	1275	2631	4366	3103	11716
Teško pokretnih	7	36	325	1532	3252	4367	3659	13178
Umirućih	0	9	110	581	1324	1978	1802	5804
Ostalo	9	65	498	2578	4473	6548	5373	19544

Slika 2. Korisnici zdravstvene njege u kući po dobnim skupinama korisnika i njihovoj funkcionalnoj sposobnosti u Hrvatskoj u 2023. godini

Izvor: Hrvatski ljetopis, 2024. godina

Na Slici 2. vidljiv je prikaz broja pacijenata koji se koriste zdravstvenom njegom u kući u Hrvatskoj prema dobnoj skupini i sposobnostima u 2023. godini. Informacije su organizirane u nekoliko kategorija na temelju dobi korisnika i vrste zdravstvenih potreba koje imaju te pružaju sveobuhvatno razumijevanje strukture korisnika i njihovih specifičnih zdravstvenih potreba. Ukupno je broj pacijenata zdravstvene njege u kući 50 242, a većina pacijenata je između 65 i 74 godine te 75 godina života i više. Ove dvije dobne skupine čine značajan dio ukupnog broja korisnika, što ukazuje na to da starija populacija ima najveći broj pacijenata kućne zdravstvene njege. Prilikom promatranja funkcionalne sposobnosti korisnika većina njih klasificirana je kao "nepokretna" i uključuje 11 716 osoba, što je ujedno i najveći broj u svim funkcionalnim kategorijama. Kategorija "teško pokretni" uključuje 13 178 osoba, što ukazuje na značajan broj osoba s teškim problemima s pokretljivošću. Manji broj korisnika ulazi u kategoriju "umirući", s ukupno 5 804 korisnika. Ova kategorija uključuje osobe koje su teško bolesne i slabe i zahtijevaju posebnu njegu i pažnju. Korisnika u kategoriji "ostalo" ima 19 544, što može uključivati dodatne zdravstvene probleme koji nisu specifični za prethodne kategorije. Prilikom analize broja korisnika

u određenim dobnim skupinama uočava se da broj korisnika raste s godinama, a najveći je broj korisnika iz dobnih skupina od 65 do 74 godina i od 75 do 84 godine života. Ove su skupine posebno zastupljene u svim funkcionalnim kategorijama, odnosno starije osobe čine većinu onih kojima je potrebna zdravstvena skrb zbog raznih zdravstvenih problema, uključujući smanjenu pokretljivost i teška funkcionalna ograničenja. Na temelju gore navedenih informacija može se zaključiti da je kućna zdravstvena skrb u Hrvatskoj neophodna, posebno za stariju populaciju.

1.19. Formalna dugotrajna skrb u Hrvatskoj

Prema Nacionalnom portfelju ulaganja u zdravstvo i dugotrajnu skrb da bi se uklonile postojeće birokratske zapreke vezane za dugotrajnu skrb, potrebno je osigurati dostupnost ne samo socijalnih usluga već i zdravstvenih usluga.

Razvoj dugotrajne skrbi temeljio bi se na skrbi u kući i zajednici te bi se u tom okruženju omogućilo pružanje različitih zdravstvenih i socijalnih usluga. Prema Nacionalnom planu razvoja zdravstva potrebno je osnažiti koordinaciju i horizontalno i vertikalno povezivanje zdravstvenih ustanova i ustanova socijalne skrbi (bolnice, domovi zdravlja, ustanove za zdravstvenu njegu, ustanove za palijativnu skrb) s ciljem pružanja kvalitetne skrbi i menadžmenta [20]. Neophodno je definirati osnovne odrednice koje određuju dugotrajnu skrb, a to su: kontinuitet, koordinacija, integracija, dugotrajna skrb, zdravstvena njega u kući, koncept 24/7/365 [89]. Nepostojanjem zasebnoga zakona o dugotrajnoj skrbi došlo je do velike rascjepkanosti i nepovezanosti od nacionalnih do lokalnih organizacija.

Pravna odgovornost raspodijeljena je u niz tijela, uključujući Ministarstvo zdravstva, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike, 136 centara za socijalnu skrb. Mnoge općine i nevladine organizacije omogućuju pružanje dugotrajne skrbi u obliku dnevne skrbi [21]. Smještaj starijih osoba provodi se u domovima za starije osobe, obiteljskim domovima te udomiteljskim obiteljima. Njihov vlasnik može biti država, županija, privatna organizacija ili vjerska zajednica. Pružanje usluga obiteljskog doma i udomiteljstva za starije osobe provodi se unutar privatnih kućanstava. Oblik skrbi kao što su obiteljski domovi i udomiteljstvo za starije osobe netipičan je odabir za ostatak EU-a. Udomiteljske obitelji postoje i u Francuskoj, Belgiji i Irskoj, ali nisu dobro razvijene [21].

Promicanjem starenja kod kuće potrebno je osigurati da starije osobe imaju dovoljno sredstava kako bi mogli osigurati osnovne životne potrepštine [93].

2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA

Cilj istraživanja prikazati je sadašnje stanje i način organiziranja u djelatnosti zdravstvene njege u kući na području Republike Hrvatske.

Specifični ciljevi istraživanja su:

- prikazati na koji se način planira i upravlja ljudskim potencijalima u ustanovama za zdravstvenu njegu u Republici Hrvatskoj
- utvrditi organizaciju menadžmenta zdravstvenih ustanova za zdravstvenu njegu u kući
- istražiti utječe li distribucija djelatnika u zdravstvenoj njezi u kući, s obzirom na ruralna i urbana područja, na opterećenost i kvalitetu rada
- istražiti koji elementi u djelatnosti zdravstvene njege u kući utječu na zadovoljstvo poslom među djelatnicima
- istražiti koje značajke ustanove mogu pridonijeti uspostavi sustava kvalitetne i dostupne zdravstvene njege u kući, što uključuje i osoblje koje se bavi zdravstvenom njegom bolesnika.

Hipoteze istraživanja

Istraživanje se fokusira na sljedeće hipoteze:

H1: U RH ne postoji općeprihvaćeni model planiranja i upravljanja ljudskim potencijalima u zdravstvenoj njezi u kući.

H2: Postoje razlike u planiranju ljudskim potencijalima s obzirom na gradske centre i ruralna područja.

H3: Neravnomjerna distribucija djelatnika u zdravstvenoj njezi u kući između urbanih i ruralnih županija utječe na opterećenost rada.

3. MATERIJAL I METODE

3.1. Metodologija istraživanja

U istraživanju je primijenjena kvantitativna metodologija utemeljena na strukturiranom prikupljanju podataka s ciljem utvrđivanja raspodjele zaposlenosti i drugih obilježja povezanih sa zdravstvenom njegom u kući u Hrvatskoj. Analiza je bila usmjerena na društvena, demografska i organizacijska obilježja zdravstvenih radnika te na ustroj i djelovanje ustanova koje pružaju usluge zdravstvene njege u kući. Takav pristup omogućio je sustavno ispitivanje odnosa između raspodjele radne snage, radnog opterećenja i kvalitete pružene usluge.

Kao istraživački nacrt odabran je presječni dizajn, prikladan za uvid u obilježja radne snage i institucionalnog okruženja u određenom vremenskom razdoblju. Taj je nacrt omogućio analizu teritorijalne raspodjele radnih mjesta u urbanim i ruralnim područjima te usporedbu organizacijskih obilježja ustanova koje pružaju zdravstvenu njegu u kući u Republici Hrvatskoj. Presječni pristup ujedno je omogućio ispitivanje odnosa između ključnih varijabli, uključujući distribuciju radnika, zadovoljstvo poslom i obilježja radnog okruženja, kao i procjenu učinaka institucionalnih karakteristika na kvalitetu usluga.

Podaci su prikupljeni anketnim ispitivanjem zdravstvenih djelatnika zaposlenih u području zdravstvene njege u kući na području Republike Hrvatske. Ciljanu populaciju činili su ispitanici iz svih regija, a anketa je bila dostupna u digitalnom i papirnatom obliku radi obuhvata što većeg broja sudionika. Sudjelovanje je bilo anonimno, čime su se osigurali povjerljivost podataka i smanjio rizik od pristranosti odgovora.

Za potrebe istraživanja primijenjeni su standardizirani instrumenti razvijeni u okviru međunarodnog projekta IBenC (Identifying Best Practices for Care-Dependent Elderly by Benchmarking Costs and Outcomes of Community Care), koji je koordinirao VU University Medical Center u Amsterdamu, uz sudjelovanje partnerskih institucija iz Italije, Belgije, Islanda, Finske, Irske, Njemačke i Nizozemske [94].

U prikupljanju podataka korištena su dva upitnika.

Prvi upitnik, *Characteristics of the caregiving staff*, bio je namijenjen medicinskim sestrama i drugim zdravstvenim djelatnicima uključenima u neposrednu zdravstvenu njegu u kući.

Instrument je razvijen na temelju literature utemeljene na dokazima o zadovoljstvu poslom profesionalaca u zdravstvenoj njezi u kući te se većim dijelom sastojao od validiranih pitanja i skala. Uključivao je Kopenhaški psihosocijalni upitnik, Kopenhaški inventar sagorijevanja, subskalu utjecaja iz istraživanja kvalitete rada, skalu nezadovoljstva, skalu fizičkog opterećenja i ljestvice individualizirane skrbi [94]. Uz navedene standardizirane mjere, upitnik je sadržavao i pitanja o demografskim obilježjima, socijalnim okolnostima te karakteristikama radnog mjesta.

Drugi upitnik, *Characteristics of the care providing organizations*, bio je namijenjen ravnateljima i drugim odgovornim osobama u zdravstvenim ustanovama. Njime su prikupljeni podaci o organizacijskom kontekstu pružanja zdravstvene njege u kući, uključujući organizacijska i kadrovska obilježja ustanova, strukturu zaposlenih, razinu obrazovanja, dostupnost dodatnog usavršavanja, način organizacije rada, opseg pruženih usluga, upravljačke i sustavne aspekte skrbi, modele financiranja, dostupnost resursa, koordinaciju usluga te izazove u planiranju i provedbi zdravstvene njege u kući. Instrument je razvijen na temelju literature o organizaciji skrbi u zajednici i kvaliteti skrbi.

Prije preuzimanja i primjene instrumenata ishođeno je pisano odobrenje autora izvornog upitnika za korištenje, prevođenje i kulturnu prilagodbu instrumenta hrvatskom kontekstu, uz očuvanje njegove izvorne teorijske strukture i namjene. Postupak adaptacije i validacije proveden je u skladu s međunarodno prihvaćenim smjernicama za prilagodbu mjernih instrumenata. Upitnik je preveden s engleskog na hrvatski jezik postupkom unaprijed–unatrag (*forward–backward translation*). Neovisne prijevode izradili su ovlašteni prevoditelj i medicinska sestra s iskustvom u području zdravstvene njege te izvrsnim poznavanjem oba jezika. Nakon toga je stručno povjerenstvo procijenilo jezičnu i konceptualnu ekvivalentnost prijevoda te usuglasilo konačnu verziju instrumenta. Radi provjere razumljivosti čestica i jasnoće uputa provedeno je pilot-ispitivanje. Psihometrijska evaluacija hrvatske verzije instrumenta provedena je na uzorku medicinskih sestara uključenih u istraživanje u Republici Hrvatskoj. Konstruktna valjanost ispitana je konfirmatornom faktorskom analizom, dok je unutarnja konzistencija procijenjena Cronbachovim alfa koeficijentom i McDonaldovim omega koeficijentom.

3.2. Statistička analiza

Prikupljeni podaci obrađeni su i analizirani primjenom odgovarajućih statističkih metoda. Deskriptivna statistika, uključujući apsolutne i relativne frekvencije, korištena je za opis sociodemografskih obilježja ispitanika i drugih relevantnih varijabli, kao što su zadovoljstvo poslom, razina stresa i zdravstveno stanje. Zbog prirode dijela varijabli u inferencijalnoj analizi primijenjeni su neparametrijski testovi. Mann–Whitneyjev U-test korišten je za usporedbu dviju neovisnih skupina, primjerice ustanova koje jesu odnosno nisu imale menadžera, u odnosu na varijable poput broja zaposlenika. Odabir toga testa bio je metodološki opravdan jer je riječ o usporedbi neovisnih skupina uz distribuciju podataka koja nije zadovoljavala pretpostavke parametrijskih postupaka.

Povezanost između zadovoljstva poslom i obilježja radnog mjesta procijenjena je korelacijskom analizom. Spearmanov koeficijent korelacije rangova primijenjen je radi utvrđivanja smjera i jačine povezanosti između varijabli kao što su autonomija u radu, menadžerska podrška i mogućnosti profesionalnog razvoja. Na taj su način identificirani čimbenici radnog okruženja povezani s ukupnim zadovoljstvom poslom i zadržavanjem zaposlenika.

Za analizu kategoričkih varijabli primijenjen je hi-kvadrat test. Tim su postupkom procijenjene razlike u zastupljenosti menadžera i administrativnog osoblja među različitim tipovima područja pružanja usluga, odnosno urbanim, ruralnim i mješovitim sredinama. Rezultati su omogućili uvid u razlike u organizacijskim strukturama, raspodjeli resursa i organizaciji skrbi s obzirom na lokaciju pružanja usluga.

Kombinacija navedenih metodoloških postupaka omogućila je cjelovitu analizu uvjeta rada, organizacijskih obilježja i psihosocijalnih čimbenika povezanih s radom zdravstvenih djelatnika u području zdravstvene njege u kući. Dobiveni rezultati poslužili su kao temelj za interpretaciju rezultata, izvođenje zaključaka i oblikovanje preporuka u nastavku rada.

3.3. Uzorak i istraživanje

Odabir uzorka namjeren je te usmjeren na sve zdravstvene djelatnike koji su uključeni u pružanje usluga zdravstvene njege u kući u Hrvatskoj. Cilj je prikupiti informacije zdravstvenih djelatnika koji pružaju izravnu skrb u različitim urbanim i ruralnim zajednicama kako bi se razumjela raspodjela skrbi, opterećenje i organizacijski aspekti usluga zdravstvene njege u kući.

Kriteriji za uključivanje bili su:

- zaposleni djelatnici zdravstvene njege u kući u ustanovama koje su registrirane u zdravstvenom sustavu
- izravno sudjelovanje u pružanju zdravstvene njege u kući i rehabilitacije
- prikaz grada i njegovih ruralnih područja radi lakše usporedbe raspodjele i razlika u opterećenju radnom snagom.

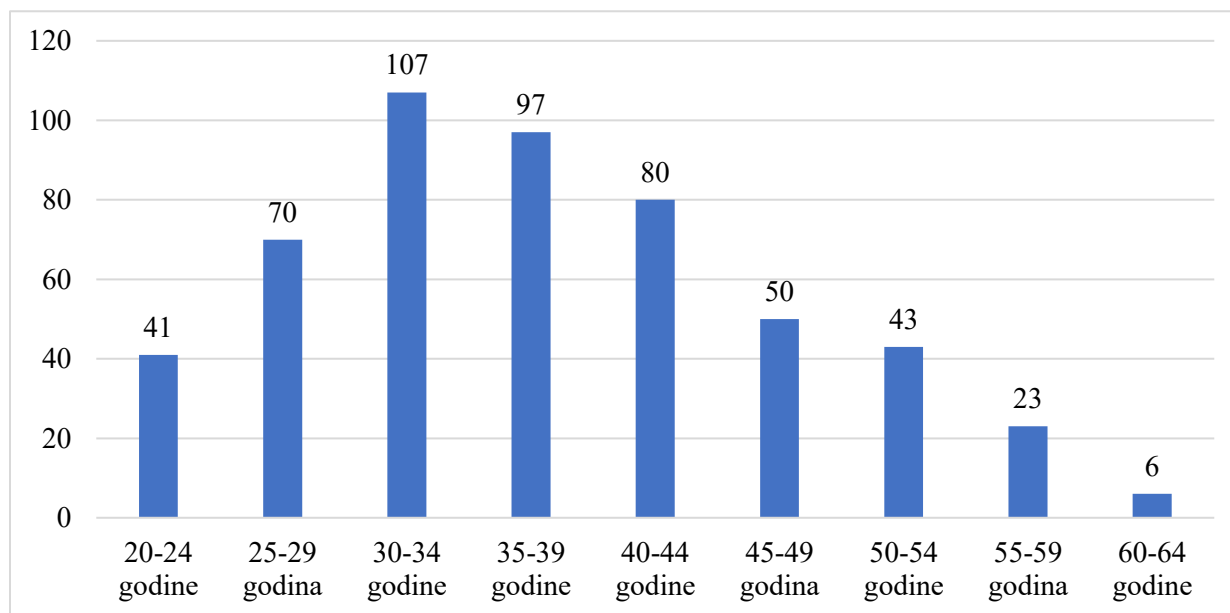
Uzorak se sastojao od 517 zdravstvenih djelatnika koji pružaju usluge zdravstvene njege u kući, kao i 60 ustanova koje su dio mreže Javne zdravstvene službe u Republici Hrvatskoj koji su pristali sudjelovati u istraživanju.

4. REZULTATI

4.1. Sociodemografski podaci

Prikupljeni su sociodemografski podaci kako bi se razumjela osobna i društvena obilježja sudionika koja mogu utjecati na njihovo zaposlenje u zdravstvenoj njezi u kući. Ovaj odjeljak sadrži rezultate koji se odnose na spol, dob, razinu obrazovanja, broj mjeseci posvećenih stručnom usavršavanju, bračni status, prihode i zadovoljstvo financijama.

Većina sudionika, njih 448 jesu žene, što u postotku iznosi 86,7%, a samo su 13,3% muškarci, što brojčano prikazano ukupno iznosi 69 muškaraca. Ovakva značajna spolna nejednakost pripisuje se tipičnom sastavu zdravstvene radne snage, posebno u sektoru zdravstvene njege u kući gdje su žene povijesno činile većinu sektora.



Slika 3. Dobna struktura sudionika

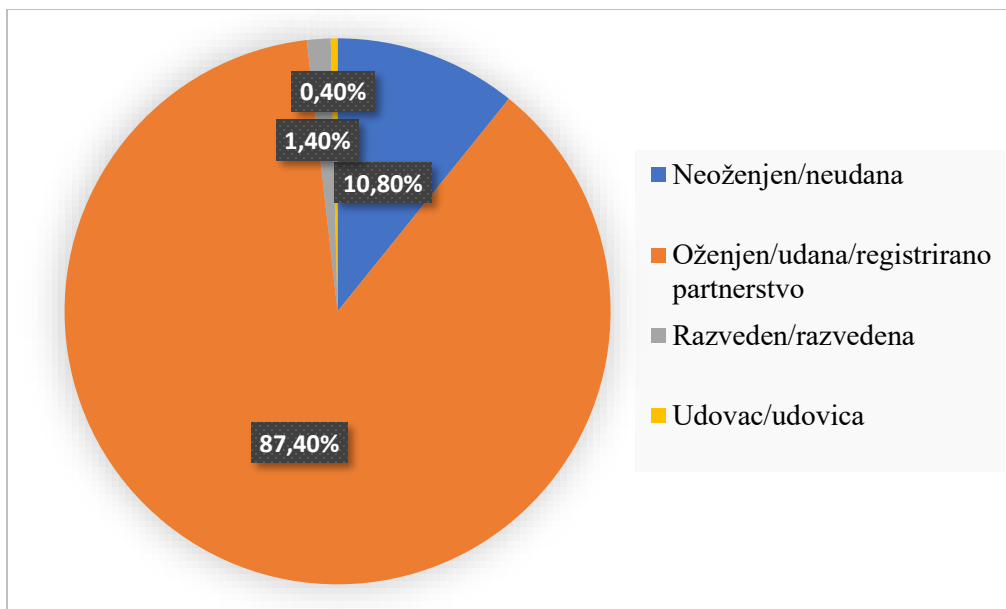
Rezultati dobne strukture prikazani su Slikom 3., a prikazuje kako je većina sudionika u dobi između 30 i 34 godine (20,7%), a zatim slijede skupina od 35 do 39 godina (18,8%) i skupina od 40 do 44 godine (15,5%). Ovakvi rezultati ukazuju na to da većinu radne snage u ovom sektoru prvenstveno čine mladi pojedinci u najboljim radnim godinama. Osobe u dobi između 20 i 29

godina čine 21,4% sudionika, što ukazuje na značajnu prisutnost mlađih stručnjaka dok su oni stariji od 55 godina nedovoljno zastupljeni, predstavljajući samo 5,6% ukupnog broja sudionika. Dobna raspodjela ujednačena je i ima proporcionalnu zastupljenost svih razina iskustva.

Tablica 1. Razina postignutog obrazovanja i dodatno stručno usavršavanje

Koja je Vaša najviša razina postignutog obrazovanja?	f	%
1 Srednja škola	349	67,5
2 Viša razina od srednje škole, ali niža od sveučilišnog/stručnog prvostupnika	12	2,3
3 Sveučilišni/stručni prvostupnik	124	24,0
4 Magistar	32	6,2
Ukupno	517	100,0
Koji je ukupan broj mjeseci koje ste proveli u dodatnom stručnom usavršavanju ili osposobljavanju po završetku školskoga obrazovanja (isključite stručne skupove/konferencije)?		
	f	%
0 mjeseci	257,0	50
1- 12 mjeseci	109,0	21
13 - 24 mjeseca	8,0	2
25 - 36 mjeseci	101,0	20
Više od 36 mjeseci	33,0	6
Bez odgovora	9,0	2
Ukupno	517	100,0

Tablica 1. prikazuje da je većina sudionika (67,5%) završila srednju školu, a 24% fakultet. Manji postotak sudionika (6,2%) ima magisterij, a samo 2,3% ima višu diplomu koja nije srednjoškolska matura. Polovica sudionika (50%) nije sudjelovala ni u kakvom dodatnom profesionalnom razvoju izvan formalnog obrazovanja dok je 21% sudionika sudjelovalo u dodatnom osposobljavanju kraćem od 12 mjeseci. Značajan broj (20%) prošao je dodatnu obuku dulju od 25 do 36 mjeseci dok je manji broj (6%) imao više od tri godine dodatne obuke.



Slika 4. Bračni status sudionika

Slika 4. prikazuje da je većina sudionika (87,4%) u braku ili partnerstvu dok je samo 10,8% samaca, a vrlo malo ih je razvedenih (1,4%) ili udovaca (0,4%). Od ukupno 517 sudionika njih 226, odnosno 43,7% smješteno je u dohodovni razred od 1990,84 EUR do 2488,55 EUR mjesečno. Osim toga, 19,3% ispitanika imalo je prihod kućanstva između 2488,55 EUR i 2986,26 EUR. Mali postotak sudionika (4,3%) zarađuje više od 2986,26 EUR mjesečno. Rezultati ukazuju na to da većina kućanstava u kojima žive sudionici ovog istraživanja ima prosječne mjesečne prihode, što je tipično za zdravstvene djelatnike u ovom području.

Ukupno 36,6% sudionika izjavilo je da je umjereno zadovoljno svojim financijskim stanjem dok je 29,4% izjavilo da je uglavnom zadovoljno svojim prihodima. Samo mali postotak (6,4%) izražava potpuno zadovoljstvo, a 2,9% sudionika izjavilo je da uopće nije zadovoljno.

4.2. Zdravlje, dobrobit i psihosocijalni čimbenici

Tablica 2. Zdravlje i dobrobit sudionika u posljednja četiri tjedna

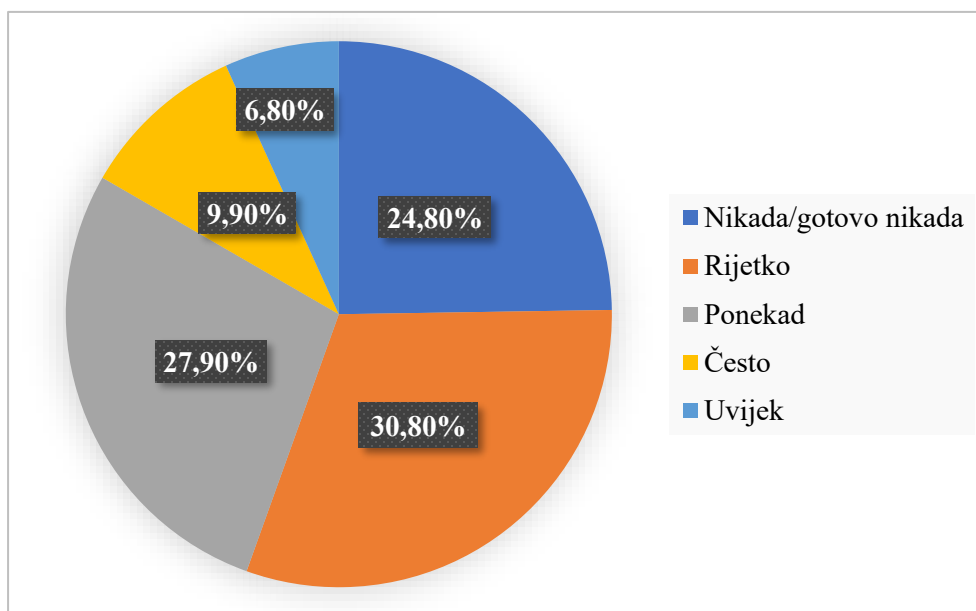
Zdravlje i dobrobit	f	%
C8 - U zadnja četiri tjedna: Općenito gledajući, biste li rekli da je Vaše zdravlje?		
Loše	5	1.00%
Osrednje	40	7.70%
Dobro	162	31.30%
Vrlo dobro	218	42.20%
Odlično	92	17.80%
Ukupno	517	100%
U zadnja četiri tjedna: Koliko često ste bili razdražljivi?		
Uopće ne	64	12.40%
Manji dio vremena	270	52.20%
Dio vremena	161	31.10%
Veći dio vremena	16	3.10%
Cijelo vrijeme	6	1.20%
Ukupno	517	100%
C10.30 - U posljednja četiri tjedna: Koliko često ste bili pod stresom?		
Uopće ne	117	22.60%
Manji dio vremena	266	51.50%
Dio vremena	81	15.70%
Veći dio vremena	38	7.40%
Cijelo vrijeme	15	2.90%
Ukupno	517	100%

Tablica 2. pruža informacije o samoprocjeni zdravlja i dobrobiti sudionika, njihovoj općoj percepciji zdravlja i razini razdražljivosti u posljednja četiri tjedna. Ove informacije olakšavaju procjenu općeg zdravlja i emocionalnog stanja zdravstvenih djelatnika zdravstvene njege u kući, a pružaju i ključne informacije o njihovoj mentalnoj i fizičkoj dobrobiti.

Većina sudionika u istraživanju smatrala je svoje zdravlje dobrim, pri čemu je 42,2% izjavilo da je "vrlo dobro", a 17,8% da je "odlično". To ukazuje na zdravu radnu snagu koja se prvenstveno sastoji od mladih ljudi. Mali postotak sudionika u istraživanju smatra da je lošeg zdravlja (1,0%). Postotak onih koji su "dobrog" zdravlja (31,3%) uravnotežen je s postotkom onih s pozitivnijim procjenama zdravlja, što ukazuje na to da je, unatoč značajnom broju zaposlenika koji imaju dobro zdravlje, u "osrednjem stanju" 7,7%.

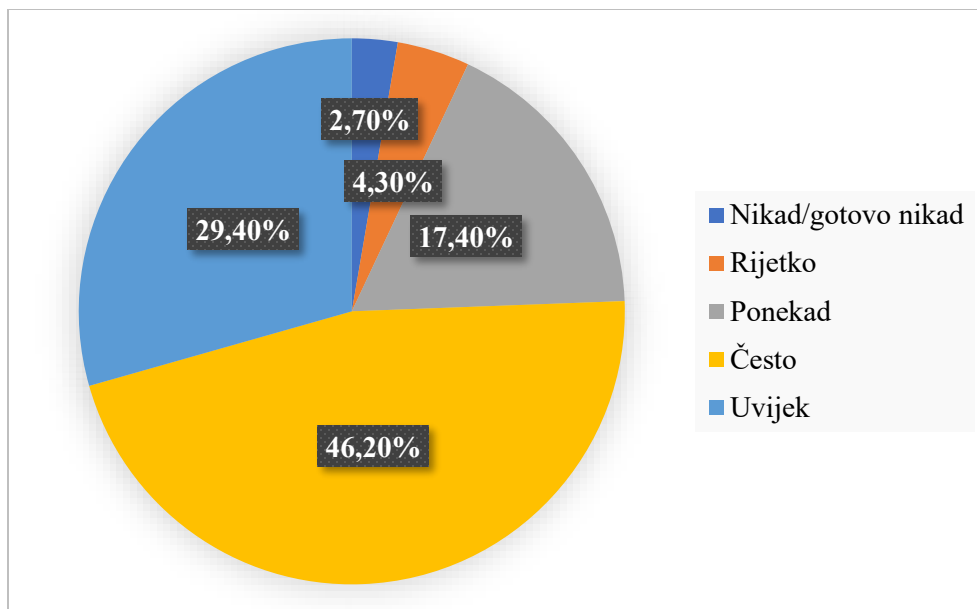
Razina razdražljivosti bila je srednjeg raspona u cijelom uzorku. Više od polovice sudionika (52,2%) izjavilo je da su razdražljivi manji dio vremena, dok je 31,1% izjavilo da su dio vremena razdražljivi. Samo mali broj sudionika izjavio je da su razdražljivi većinu vremena (3,1%) ili cijelo vrijeme (1,2%).

Razine stresa bile su slične kao i razdražljivost, s 51,5% sudionika izjavilo je da su manji dio vremena pod stresom, dok je 15,7% izjavilo da su pod stresom dio vremena, 22,6% sudionika u istraživanju izjavilo da uopće nisu osjećali stres tijekom posljednjih četiriju tjedana. Postotak sudionika koji su izjavili da su stres doživljavali "većinu" ili "cijelo" vrijeme iznosi 10,3%.



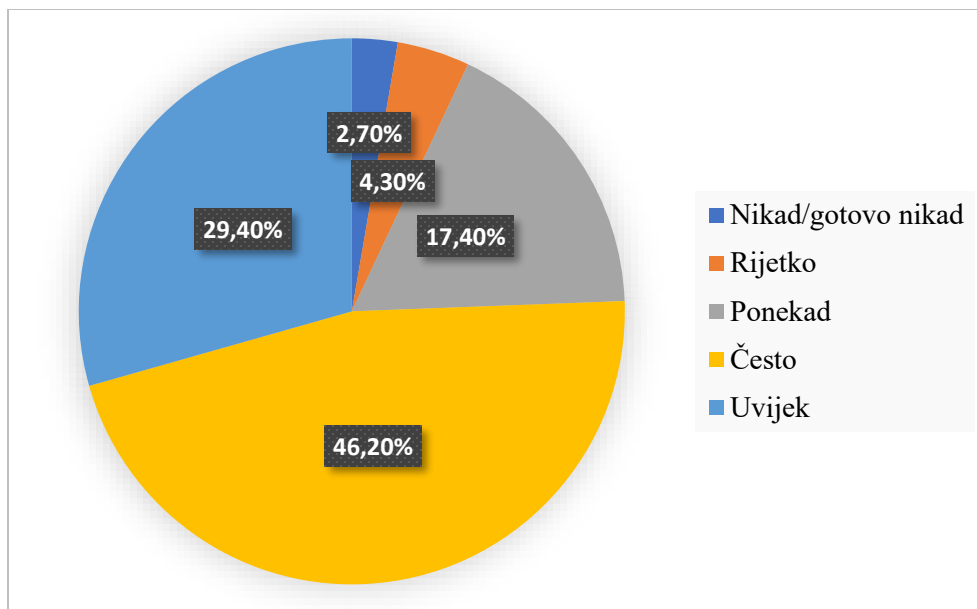
Slika 5. Utjecaj sudionika na količinu posla koji im je zadan

Slika 5. prikazuje da je većina ispitanika, 30,8%, odgovorila da rijetko mogu utjecati na količinu posla dok je dodatnih 24,8% odgovorilo da je to nikada ili gotovo nikada moguće. Ukupno, 55,6% ispitanika osjećaju malo autonomije u upravljanju vlastitim radnim opterećenjem. Srednju kategoriju „ponekad“ navelo je 27,9% sudionika. Manji postotak zaposlenika ima češći osjećaj kontrole, odnosno njih 9,9% navodi da često mogu utjecati na raspodjelu posla, a samo 6,8% navodi da to uvijek mogu učiniti.



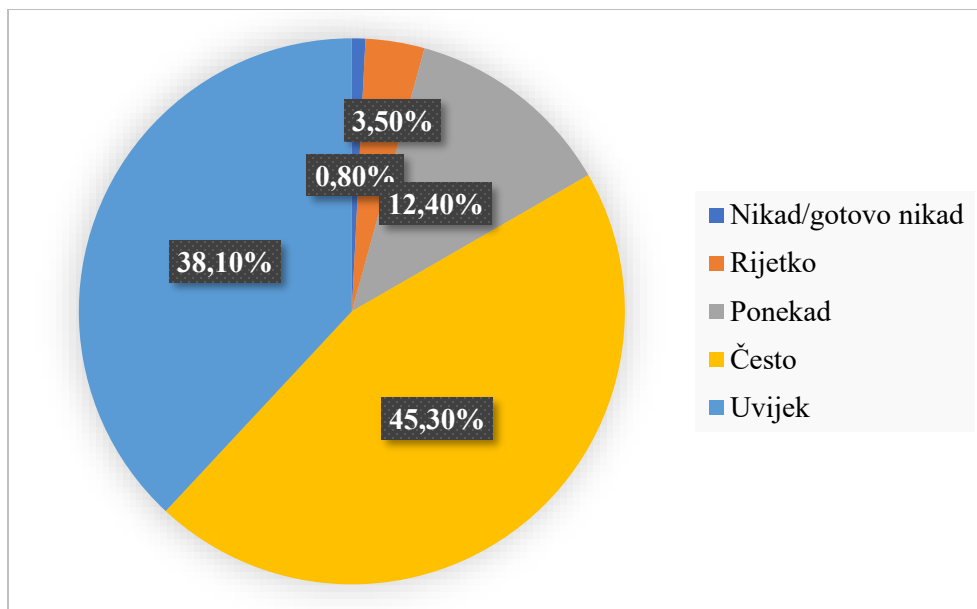
Slika 6. Utjecaj sudionika na odmor rokom radnog vremena

Podaci sa Slike 6. ukazuju na to da većina sudionika ima visok stupanj kontrole nad vremenom svojeg odmora. Dakle, 46,2% sudionika izjavilo je da često mogu birati razdoblje svojeg odmora dok je dodatnih 29,4% reklo da to uvijek mogu učiniti, što ukupno čini 75,6% ispitanika koji imaju stalnu ili vrlo čestu autonomiju nad svojim odmorom. Suprotno tome, mali postotak sudionika nema tu mogućnost, 2,7% ispitanika izjavilo je da nikada ili gotovo nikada ne mogu odlučiti kada im počinje odmor, a 4,3% izjavilo je da to mogu učiniti samo rijetko. Sveukupno, samo 7,0% sudionika ima nisku ili vrlo nisku razinu kontrole nad svojim rasporedom odmora, što je znatno niže od ostalih kategorija. Kategoriju „ponekad“ odabire 17,4% sudionika, što znači da povremeno ima slobodnu kontrolu nad vremenom svog odmora, ali su i dalje podložni određenim pravilima, zahtjevima svoje organizacije ili procesima.



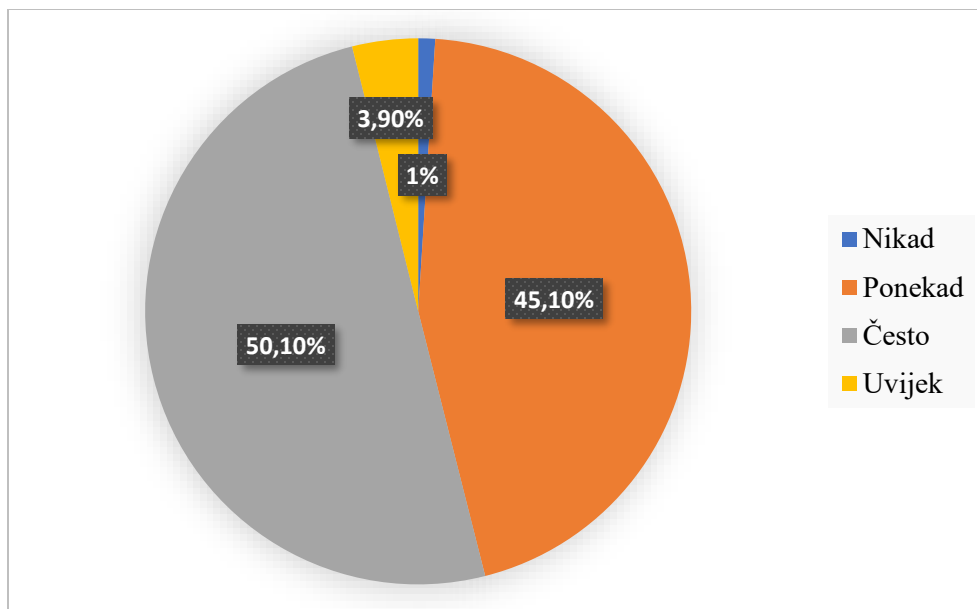
Slika 7. Prekovremeni rad sudionika

Podaci sa Slike 7. pokazuju da većina sudionika u istraživanju rijetko ili nikada ne mora raditi prekovremeno. Većina njih (44,9%) ukupne radne snage navodi da prekovremeni rad nikada ili gotovo nikada nije dio njihovog posla dok dodatnih 28,6% navodi da se rijetko događa. Ukupno je 73,5% ispitanika koji su rijetko izloženi dodatnom opterećenju izvan svog redovnog osmosatnog radnog dana. Kategorija „ponekad“ uključuje 19,5% ispitanika. Manji postotak zaposlenika, njih 6,6%, izjavio je da često mora raditi prekovremene sate, a samo 0,4% izjavilo je da je to uvijek potrebno.



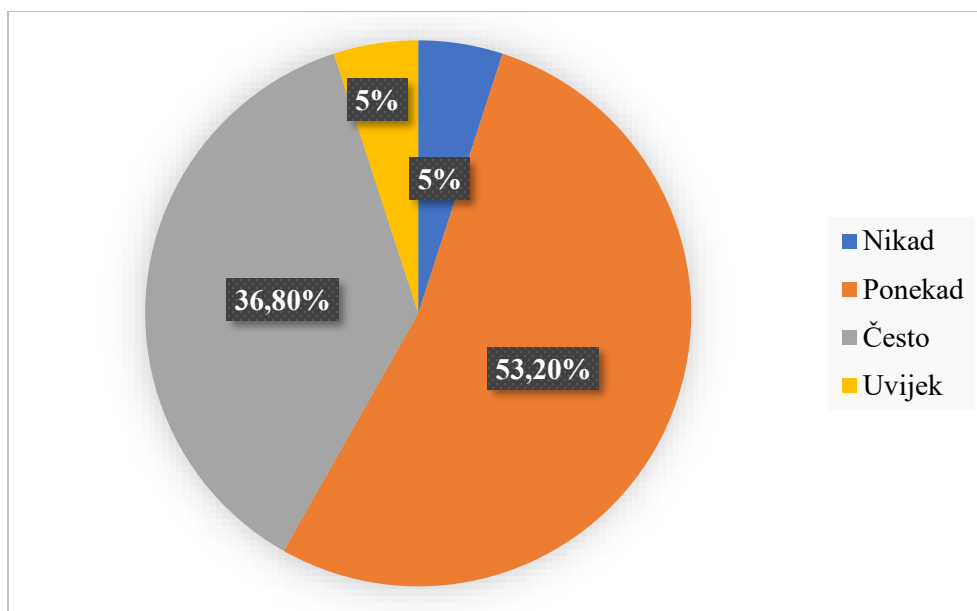
Slika 8. Spremnost nadređenih da sasluša probleme koje imaju zaposlenici

Slika 8. prikazuje spremnost nadređenih da sasluša probleme svojih zaposlenika, a koji su vezani uz posao. Većina ispitanika, 45,3%, odgovorila je da je njihov nadređeni često spreman saslušati njihove brige, dok je 38,1% reklo da je to uvijek slučaj. Sveukupno, 83,4% zaposlenika smatralo je svog šefa vrlo pristupačnim i željnim komunikacije s njima. Manji postotak ispitanika, njih 12,4%, smatra je da je njihov nadređeni „ponekad“ dostupan za razgovor, što ukazuje na to da su povremeno prisutne varijacije u kvaliteti ili dostupnosti komunikacije. Mali postotak zaposlenika izvještava da ima nizak stupanj podrške, odnosno njih 3,5% izjavilo je da njihov nadređeni rijetko sluša njihove brige, a samo 0,8% reklo je da to nikada ili gotovo nikada nije slučaj.



Slika 9. Zahtijevanje brzog i kontinuiranog fizičkog napora na poslu

Podaci sa Slike 9. pokazuju da većina ispitanika ima poslove koji uključuju fizički napor koji je i brz i kontinuiran. Većina populacije, 50,1%, izjavila je da njihov posao često uključuje ovu vrstu fizičkog napora dok je dodatnih 45,1% izjavilo da se to događa ponekad, što zajedno predstavlja 95,2% zaposlenika koji barem povremeno moraju raditi u okruženjima koja uključuju povećani fizički napor. Samo 3,9% ispitanika smatra da njihov posao uvijek zahtijeva stalan i brz fizički napor, što je značajan dio radnika koji su stalno izloženi visokim fizičkim zahtjevima. Suprotno tome, samo 1,0% državnih službenika navodi da njihovi poslovi nikada ne zahtijevaju tako težak rad.



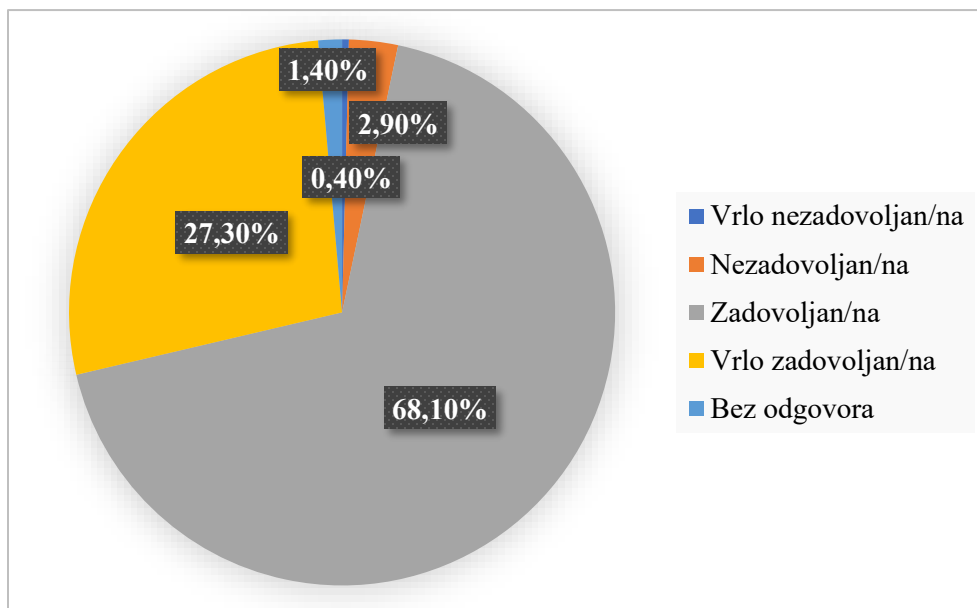
Slika 30. Pomicanje ili podizanje teških tereta na poslu

Podaci sa Slike 10. pokazuju da je dizanje teških tereta uobičajena komponenta posla za većinu ispitanika. Većina sudionika u istraživanju, njih 53,2%, izjavilo je da ponekad mora premještati ili podizati teške predmete dok dodatnih 36,8% skupine to čini često. Zajedno, to implicira da se 90,0% zaposlenika barem povremeno bavi fizički zahtjevnim poslom koji uključuje podizanje ili premještanje predmeta. Manji postotak ispitanika, 5,0% njih, reklo je da uvijek moraju podizati ili premještati te terete.

Tablica 3. Zadovoljstvo poslom

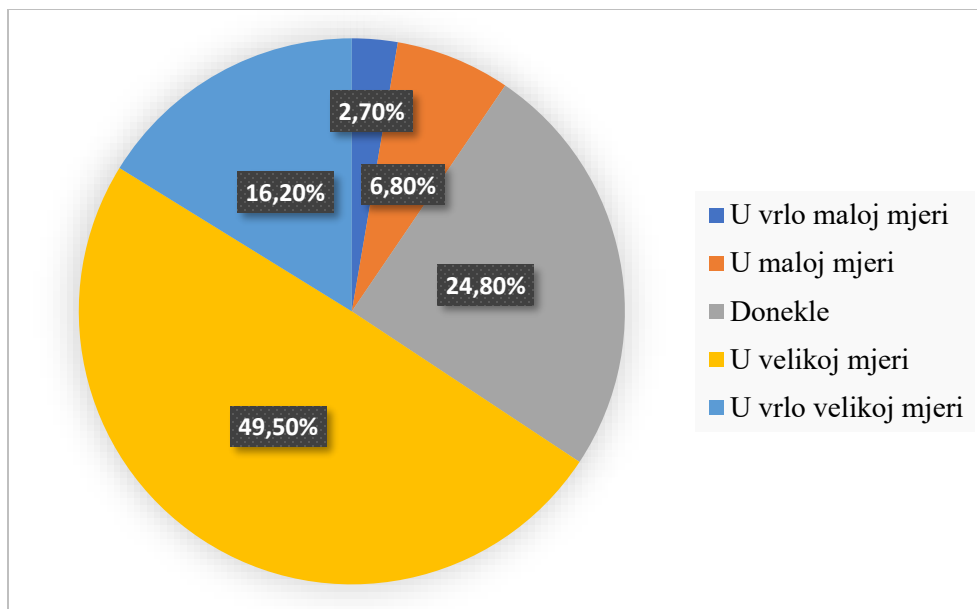
Faktor	f	%
Iduće ću godine vjerojatno potražiti novi posao.		
1 Nipošto se ne slažem.	140	27
2 Ne slažem se.	251	49
3 U manjoj se mjeri ne slažem.	19	3.7
4 Niti se slažem, niti se ne slažem.	81	16
5 U manjoj se mjeri slažem.	13	2.5
6 Slažem se.	9	1.7
7 U potpunosti se slažem.	4	0.8

Podaci u Tablici 3. pokazuju da većina ispitanika ne namjerava tražiti novi posao u sljedećoj godini. Većina sudionika, 48,5%, izjavila je da se ne slaže s tvrdnjom da će tražiti novi posao dok je dodatnih 27,1% izjavilo da se uopće ne slaže. Zajedno, to čini 75,6% ukupnog broja radnika koji namjeravaju ostati na svojoj trenutnoj poziciji. Manji dio populacije smatra se neutralnim: 15,7% njih navodi da se niti slaže niti ne slaže, što može ukazivati na nesigurnost ili spremnost na promjenu stvari, ali bez posebne želje za odlaskom. Suprotno tome, mali postotak zaposlenika ima konkretnu namjeru napustiti svoja radna mjesta. Samo 2,5% sudionika u istraživanju navodi da se u manjoj mjeri slaže s tvrdnjom, 1,7% navodi da se slaže, a samo 0,8% navodi da se u potpunosti slaže.



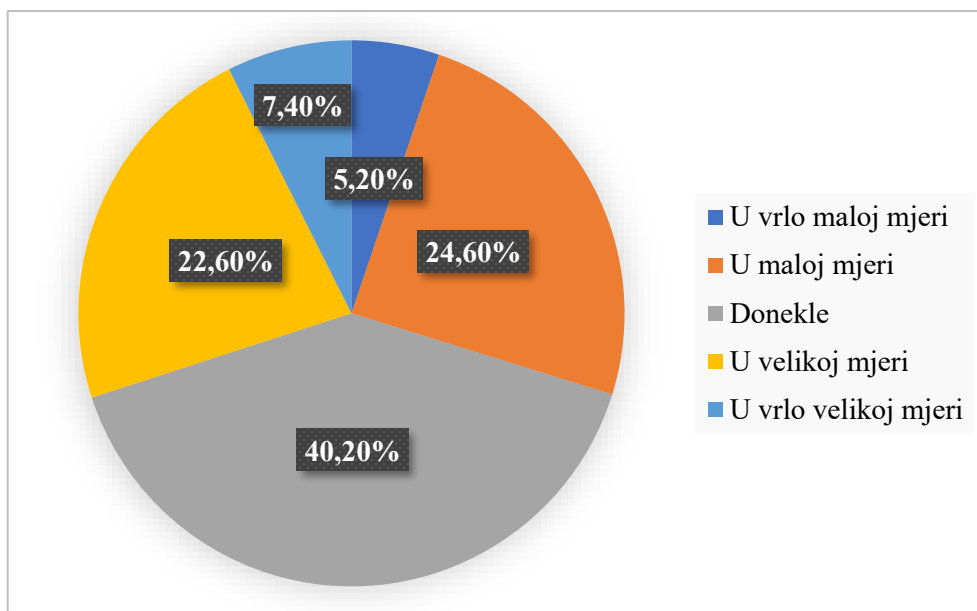
Slika 11. Zadovoljstvo sudionika poslom

Podaci sa Slike 11. pokazuju da su sudionici vrlo zadovoljni svojim poslom. Većina sudionika, 68,1%, izjavila je da je zadovoljna dok je dodatnih 27,3% reklo da je vrlo zadovoljno. Sve to doprinosi da čak 95,4% zaposlenika ima pozitivan stav prema svojem poslu. Suprotno tome, 2,9% sudionika navodi da su nezadovoljni, a samo 0,4% izražava izrazito nezadovoljan stav.



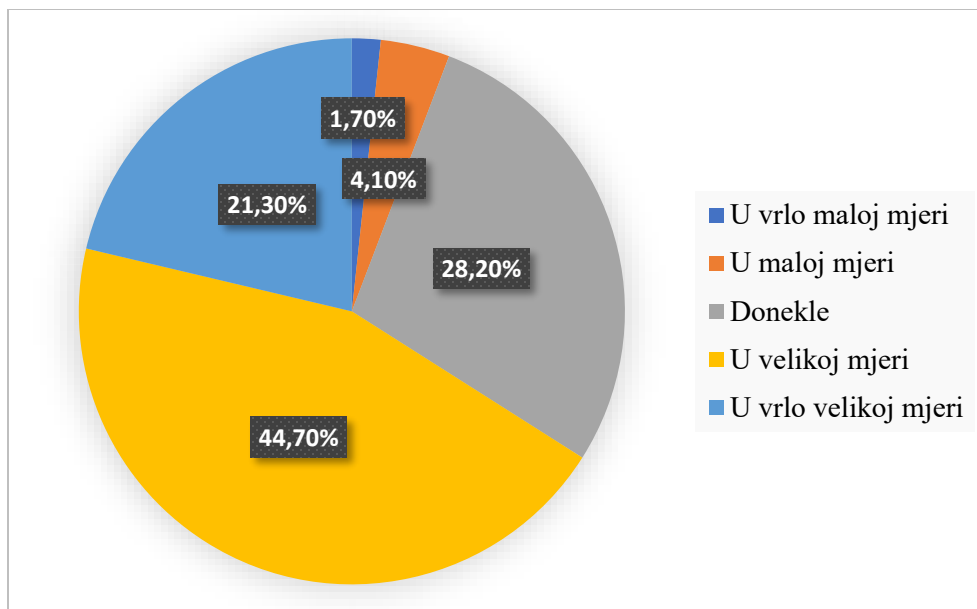
Slika 12. Stručno usavršavanje sudionika

Podaci sa Slike 12. pokazuju da ukupno 49,5% sudionika u istraživanju navodi da imaju mogućnost stručnog usavršavanja u velikoj mjeri dok dodatnih 16,2% navodi da je stručno usavršavanje dostupno u vrlo velikoj mjeri, što ukupno implicira da 65,7% zaposlenika vjeruje da je njihov profesionalni razvoj podržan u visokoj mjeri. Značajan dio ispitanika, 24,8%, izjavio je da je donekle primio određeni profesionalni razvoj, a 9,5% zaposlenika vjeruje da primaju u maloj ili vrlo maloj mjeri stručno usavršavanje koje je potrebno da bi dobro radili svoj posao.



Slika 13. Težina rada s klijentima/pacijentima

Slika 13. prikazuje da je većina sudionika, 40,2%, izjavila da je rad s klijentima i pacijentima bio donekle težak. Osim toga, 24,6% ispitanika smatra da je posao težak u maloj mjeri, a dodatnih 5,2% smatra da je težak u vrlo maloj mjeri. Svi ovi zaposlenici doprinose 70,0% ukupnog iskustva zaposlenika s blagim do umjerenim poteškoćama u radu s klijentima ili pacijentima. Suprotno tome, 22,6% sudionika smatra da je rad s klijentima/pacijentima težak u velikoj mjeri, a 7,4% smatra da je težak u vrlo velikoj mjeri. Sveukupno, 30,0% zaposlenika izvještava da je ovaj aspekt posla zahtjevan u značajnoj mjeri.



Slika 14. Preporuka radnog mjesta

Slika 14. prikazuje stav zaposlenika o preporuci svojega radnog mjesta. Ukupno 66,0% zaposlenika ima vrlo pozitivan stav prema radnom mjestu i vjeruje da je ono odgovarajuće kvalitete za dijeljenje s bliskom osobom, odnosno u ovom bi postotku sudionici u istraživanju preporučili svoje radno mjesto nekom. Značajan broj, 28,2%, odgovorio je da bi donekle mogli preporučiti poziciju drugima. Mali postotak ispitanika pokazao je nespremnost preporučiti svoje radno mjesto, njih 4,1% reklo je da bi preporučili u maloj mjeri, a 1,7% reklo je da bi preporučili u vrlo maloj mjeri. Sveukupno, samo 5,8% zaposlenika ne bi ili gotovo ne bi dijelilo svoje radno mjesto s bliskom osobom.

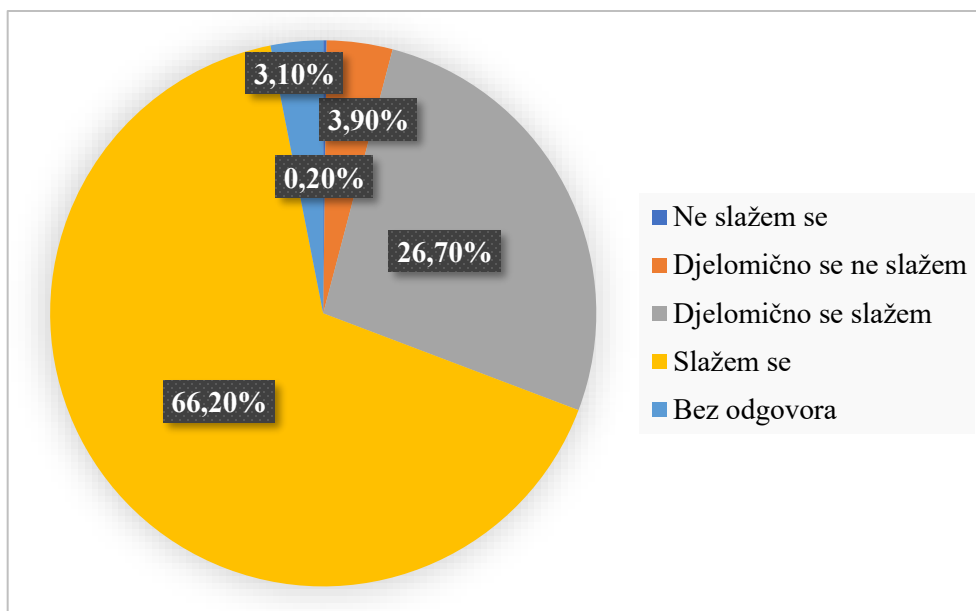
Tablica 4. Pružanje adekvatnih informacija zaposlenicima i kvaliteta neposredno nadređene osobe

C35.22 Dobivate li sve informacije koje su Vam potrebne da biste mogli dobro obavljati svoj posao?		
	f	%
0 U vrlo maloj mjeri	2	0,4
25 U maloj mjeri	9	1,7
50 Donekle	81	15,7
75 U velikoj mjeri	282	54,5
100 U vrlo velikoj mjeri	143	27,7

C48.5 Do koje je mjere po Vašem mišljenju Vama neposredno nadređena osoba dobra u planiranju posla?		
	f	%
0 U vrlo maloj mjeri	5	1,0
25 U maloj mjeri	15	2,9
50 Donekle	93	18,0
75 U velikoj mjeri	266	51,5
100 U vrlo velikoj mjeri	138	26,7

Prema podacima iz Tablice 4. većina ispitanika, 54,5%, izjavila je da su primili informacije koje su potrebne da bi mogli dobro obavljati svoj posao u velikoj mjeri dok je dodatnih 27,7% reklo da su ih primili u vrlo velikoj mjeri, dakle ukupno 82,2% zaposlenika smatra da su komunikacija i informacije superiorne. Mali postotak 1,7% izjavio je da su primili informacije u maloj mjeri, a 0,4% reklo je da su primili informacije u vrlo maloj mjeri.

Većina zaposlenika (51,5%) vjeruje da je njihov nadređeni vješt u planiranju u velikoj mjeri dok dodatnih 26,7% vjeruje da je to u vrlo velikoj mjeri, što implicira da 78,2% ispitanika vjeruje da je planiranje rada visoke kvalitete. Skupina srednjeg ranga ima srednju ocjenu, što je 18,0%, a samo 2,9% vjeruje da je njihov nadređeni kompetentan u planiranju u maloj mjeri, dok 1,0% vjeruje da je to istina u vrlo maloj mjeri.



Slika 15. Moj je raspored radnog vremena zadovoljavajući

Podaci sa Slike 15. pokazuju da većina ispitanika smatra da im je radno vrijeme adekvatno. Većina zaposlenika, 66,2%, slaže se s tvrdnjom dok dodatnih 26,7% priznaje da se djelomično slaže. Zajedno, to implicira da čak 92,9% ispitanika ima pozitivan stav prema radnom vremenu. 3,9% ispitanika navodi da se djelomično ne slaže, a samo se 0,2% uopće ne slaže da im je raspored radnog vremena zadovoljavajući. Samo je 4,1% zaposlenika koji su nezadovoljni. Postotak onih koji nisu odgovorili iznosi 3,1%.

4.3. Radno mjesto kao cjelina

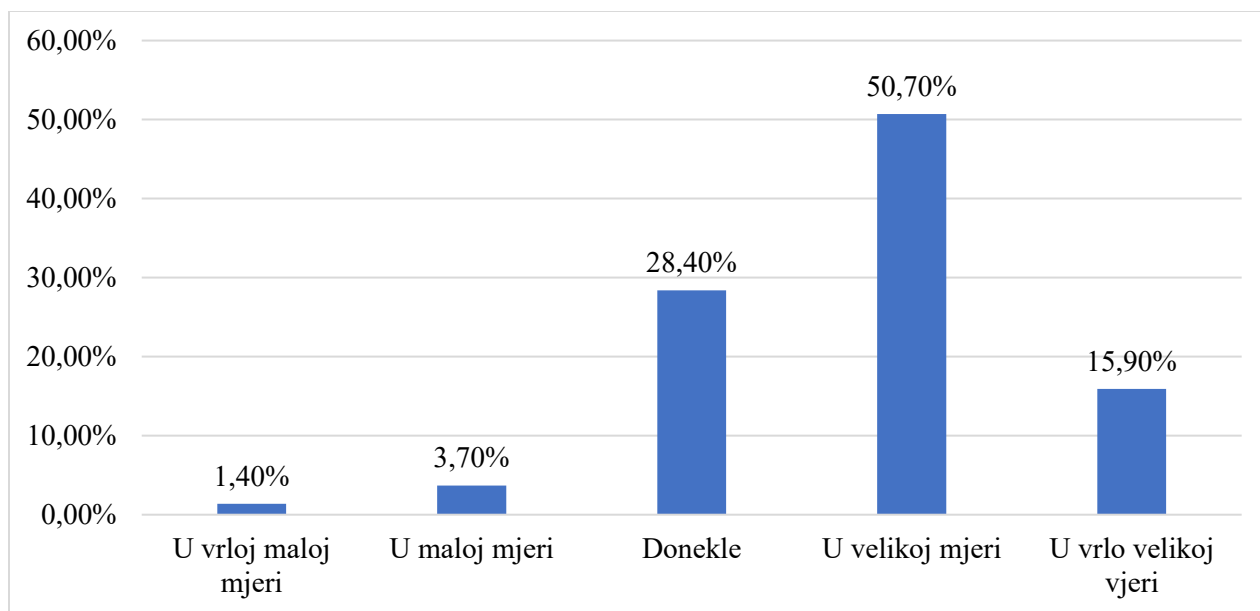
U ovom dijelu istraživanja prikazani su rezultati vezani uz radno mjesto kao cjelinu odnosno, prikazani su rezultati u kojima sudionici u istraživanju odgovaraju na pitanja vezana uz menadžment i povjerenje koje zaposlenici imaju u isti. Isto tako, istraženo je uzajamno povjerenje između menadžmenta i osoblja općenito te je istraženo na koji se način rješavaju sukobi, odnosno rješavaju li se na ispravan i pravedan način.

Tablica 5. Odnos menadžmenta i zaposlenika

C36.1 Vjeruje li menadžment da zaposlenici dobro obavljaju svoj posao?		
	f	%
0 U vrlo maloj mjeri	2	0,4
25 U maloj mjeri	16	3,1
50 Donekle	110	21,3
75 U velikoj mjeri	282	54,5
100 U vrlo velikoj mjeri	107	20,7

C36.4 Možete li vjerovati informacijama koje stižu iz menadžmenta?		
	f	%
0 U vrlo maloj mjeri	1	0,2
25 U maloj mjeri	11	2,1
50 Donekle	111	21,5
75 U velikoj mjeri	299	57,8
100 U vrlo velikoj mjeri	95	18,4

Podaci u Tablici 5. pokazuju da većina zaposlenika vjeruje da uprava ima značajan stupanj povjerenja u njihove napore. Većina sudionika, 54,5%, izjavila je da im uprava vjeruje u velikoj mjeri dok dodatnih 20,7% vjeruje da im uprava vjeruje da dobro obavljaju posao u vrlo velikoj mjeri. Ukupno, 75,2% ispitanika vjeruju da uprava smatra kako zaposlenici dobro obavljaju svoj posao. Kolektivno 21,3% zaposlenika vjeruje da uprava donekle vjeruje njihovim naporima. Suprotno tome, manji postotak zaposlenika ima negativan stav. Njih 3,1% vjeruje da uprava ima mali stupanj povjerenja dok 0,4% njih navodi da uprava ima vrlo mali stupanj povjerenja. Većina zaposlenika, odnosno sudionika u istraživanju, njih 57,8%, izjavila je da uprava širi informacije kojima se može u velikoj mjeri vjerovati dok je dodatnih 18,4% reklo da im je uprava pruža informacije potrebne za rad u vrlo velikoj mjeri što ukupno daje podatak da je 76,2% ispitanika koji imaju značajno povjerenje u informacije koje uprava dijeli s njima. Većina zaposlenika (21,5%) izražava umjeren stupanj povjerenja. Mali postotak ima negativan stav, njih 2,1% vjeruje da se informacijama može vjerovati u vrlo maloj mjeri, a 0,2% ispitanika vjeruje da su potpuno nepouzdanе, što ukupno predstavlja 2,3% radne snage s izraženim nepovjerenjem.

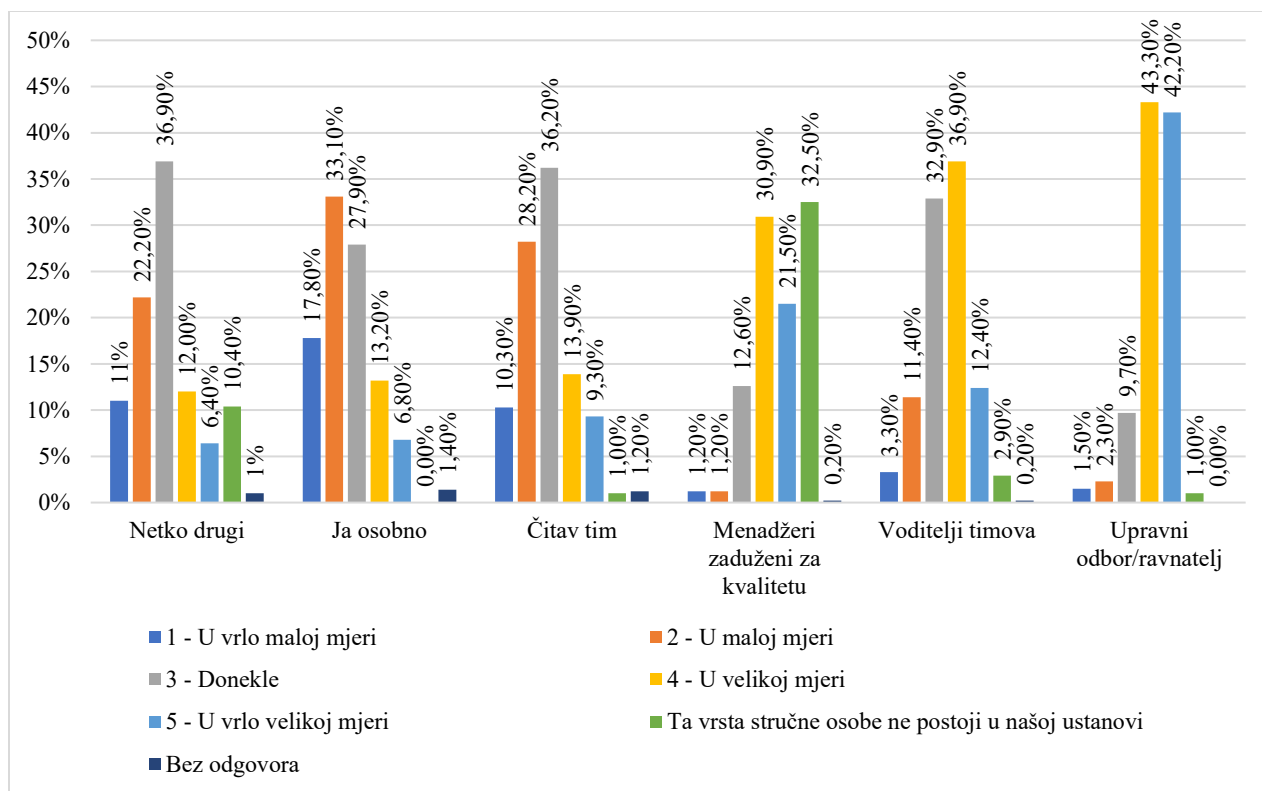


Slika 16. Rješavaju li se sukobi na pravedan način?

Slika 16. prikazuje da većina sudionika, njih 262 ili 50,7%, smatra da se sukobi rješavaju na pravedan način. Sljedeća je najčešća kategorija "donekle" koju je odabralo 147 ispitanika ili 28,4%. Manji postotak ispitanika nezadovoljan je pravednošću rješavanja sukoba. Samo 19 ispitanika (3,7%) smatra da su sukobi riješeni pravedno u manjoj mjeri, dok sedam ispitanika (1,4%) smatra da su riješeni u vrlo maloj mjeri. Kategorija koju je odabralo 82 ispitanika (15,9%) govori da su sukobi riješeni pravedno u vrlo velikoj mjeri. Ukupna je varijabla pozitivna, većina ispitanika smatra da je rješavanje sukoba riješeno u velikoj ili vrlo velikoj mjeri, njih 66,6%. Suprotno tome, 33,4% sudionika odabire opcije "donekle" ili niže kada je riječ o rješavanju sukoba.

4.4. Donošenje odluka u ustanovi

U ovom dijelu prikazani su rezultati vezani uz donošenje odluka u ustanovi. Sljedeća slika prikazuje u kojoj mjeri različiti profesionalni stručnjaci unutar ustanove doprinose donošenju odluka u vezi s organizacijskim ciljevima (kao što su prihodi, troškovi, pristup skrbi za pacijente i smjernice za promjene).



Slika 17. Uloga stručnjaka u odlučivanju o ciljevima organizacije posla u ustanovi

Slika 17. otkriva da većina ispitanika (43,3%) smatra da je upravni odbor ili direktor u velikoj mjeri uključen u proces donošenja odluka dok dodatnih 42,2% smatra da u vrlo velikoj mjeri sudjeluju u procesu donošenja odluka. Samo mali dio (1,5%) smatra da je njihov utjecaj beznačajan.

Oko trećine sudionika (32,9%) opisalo je voditelja tima kao osobu koja donekle ima ulogu u odlukama organizacije dok 36,9% smatra njegovo sudjelovanje "vrlo značajnim". Manji postotak (11,4%) smatra da je njegov utjecaj minimalnim.

Također, trećina je ispitanika, njih 32,5%, izjavila da nemaju menadžera u njihovoj ustanovi dok je 30,9% reklo da je sudjelovanje menadžera u velikoj mjeri. Samo mali postotak (1,2%) smatrao je njegov utjecaj beznačajnim.

Većina sudionika (36,2%) smatra da cijeli tim donekle ima ulogu u donošenju odluka, a 28,2% njih smatra da tim ima ulogu u maloj mjeri. Manji postotak (10,3%) smatra važnost tima minimalnom.

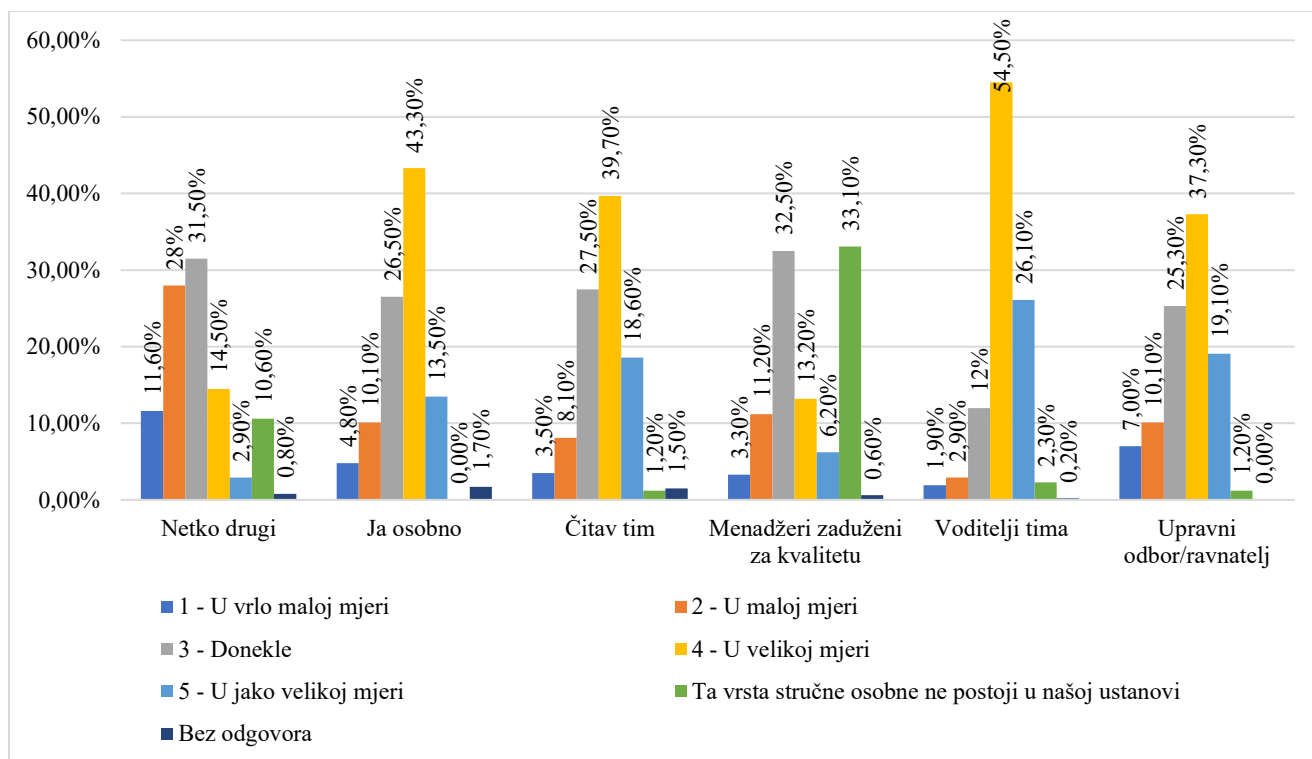
Što se tiče individualnog donošenja odluka, 33,1% sudionika smatra da utjecaj ima u maloj mjeri dok 27,9% smatra da donekle ima utjecaj. Međutim, 13,2% smatra da je njihov osobni doprinos u velikoj mjeri.

Na pitanje o sudjelovanju drugih, 36,5% ispitanika reklo je da je netko drugi u organizaciji donekle imao ulogu, 22,2% reklo je da je netko drugi bio uključen u maloj mjeri, a 12,0% reklo je da su drugi sudjelovali u velikoj mjeri.

Tablica 6. Utjecaj stručnjaka na odlučivanje o ciljevima pri organizaciji posla

Stručnjak	N	Min	Max	C	Q1-3
Upravni odbor / ravnatelj	512	1	5	4	1
Voditelji timova	501	1	5	4	1
Menadžeri zaduženi za kvalitetu / drugi menadžeri	348	1	5	4	1
Čitav tim	506	1	5	3	1
Ja osobno	510	1	5	2	1
Netko drugi	458	1	5	3	1

Tablica 6. prikazuje kako se različiti stručnjaci unutar organizacije doživljavaju s obzirom na njihovu sposobnost određivanja ciljeva organizacije, kao što su financijsko upravljanje, broj slučajeva i strategije skrbi. Smatra se da direktor ili upravni odbor imaju značajnu količinu ovlasti u donošenju odluka što dokazuje visoka prosječna ocjena od 4,00. Slično tome, smatra se da vođe timova imaju značajnu ulogu u procesu donošenja odluka s prosjekom 4,00 i sličnim interkvartilnim rasponom od 1,00. Ostali menadžeri i menadžeri kvalitete imaju visok stupanj utjecaja na donošenje odluka s prosječnom ocjenom 4,00. Suprotno tome, kolektivni utjecaj smatra se manjim s tipičnom ocjenom 3,00. Vanjske osobe ili subjekti („netko drugi“) imaju umjeren percipirani utjecaj na donošenje odluka s prosjekom od 3,00. To mogu biti vanjski sudionici, savjetnici ili druge osobe koje nisu uključene u organizaciju, ali se ipak smatra da imaju ulogu u procesu donošenja odluka u nekom svojstvu.



Slika 18. Odluke stručnih osoba o metodama rada i postupcima u ustanovi

Prema podacima sa Slike 18. većina sudionika (37,3%) smatra da menadžment ima u velikoj mjeri ulogu u odlučivanju. Osim toga, 25,3% ispitanika smatra sudjelovanje menadžmenta "prosječnim" dok 19,1% smatra da menadžment ima u jako velikoj mjeri stupanj kontrole. Samo 7,0% smatra da uprava ima u vrlo maloj mjeri ulogu u tim odlukama.

Postotak ljudi koji vjeruju da voditelji timova imaju značajan utjecaj jest visok, 54,5% ispitanika vjeruje da voditelji timova u značajnoj mjeri sudjeluju u procesu donošenja odluka. Manji postotak njih (26,1%) vjeruje da su voditelji timova "vrlo uključeni". Samo 12,0% sudionika izjavilo je da je voditelj tima donekle imao utjecaj na te odluke.

Ukupno je 32,5% ispitanika izjavilo da su menadžeri "donekle uključeni" u proces donošenja odluka, a 33,1% da menadžer nije prisutan u njihovoj organizaciji. Manji broj (13,2%) smatra da menadžeri imaju utjecaj u velikoj mjeri.

Suprotno tome, 39,7% ispitanika smatra da cijeli tim ima značajan utjecaj dok je 27,5% odabralo da je tim "donekle" uključen. Samo 8,1% opisalo je utjecaj tima minimalnim.

Značajan broj (43,3%) izjavio je da osobno sudjeluje u velikoj mjeri pri donošenju odluka. Međutim, 26,5% njih smatra da donekle imaju utjecaj dok mali postotak (13,5%) smatra da su uključeni u jako velikoj mjeri.

Za kategoriju "druge osobe" 31,5% ispitanika reklo je da je ova skupina donekle uključena dok je 28,0% reklo da je minimalno uključeno u ovu skupinu. Oko 10,6% ispitanika reklo je da ova populacija ne postoji u njihovim institucijama.

Tablica 7. Utjecaj na donošenje odluka

	N	Min	Max	C	Q3-1
Upravni odbor / ravnatelj	511	1	5	4.00	1.00
Voditelji tima	504	1	5	4.00	1.00
Menadžeri zaduženi za kvalitetu / drugi menadžeri	343	1	5	3.00	1.00
Čitav tim	503	1	5	4.00	1.00
Ja osobno	508	1	5	4.00	1.00
Netko drugi	458	1	5	3.00	1.00

Tablica 7. prikazuje različite načine na koje zdravstveni djelatnici percipiraju utjecaj svojih različitih profesionalnih uloga na proces donošenja odluka u vezi s metodama, postupcima i planiranjem kao što su planovi skrbi koje izrađuju, trajanje njihovih posjeta i raspodjela njihovih zadataka. Stupac pod nazivom "C" odnosi se na prosjek ili medijan za svaku ulogu, dok je "Q3-1" interkvartilni raspon koji odražava stupanj varijabilnosti u odgovorima. Upravni odbor ili ravnatelj imaju značajan utjecaj na proces donošenja odluka s prosječnim rezultatom 4,00 i niskim stupnjem varijacije u odgovorima. Slično tome, smatra se da i voditelji timova imaju značajan utjecaj, njihov je prosječni rezultat 4,00. Menadžeri imaju niži središnji rezultat 3,00. S druge strane, cijeli tim te djelatnici osobno imaju rezultat 4,00. Utjecaj drugih smatra se prosječnim (3,00).

4.5. Putovanje djelatnika do pacijenata

Rezultati Mann-Whitneyjevog U-testa mogu pružiti informacije o povezanosti vremena putovanja između klijenata i različitih aspekata zdravlja te radnih uvjeta zdravstvenih djelatnika. Eksperiment je proveden za više varijabli, uključujući opće zdravlje, razdražljivost, stres, bolovanje, odgovornost klijenta, autonomiju na poslu i podršku menadžera. Za većinu varijabli rezultati pokazuju da dvije skupine nemaju značajnih razlika.

Tablica 8. Rezultati Mann-Whitney U-testova za odnos vremena putovanja između pacijenata i radnih uvjeta

Rezultati Mann-Whitney U-testova							
Koliko minuta dnevno prosječno trošite na putovanje od jednoga do drugoga klijenta/pacijenta za vrijeme smjene?		N	Prosječan rang	Suma rangova	Mann-Whitney U	Z	p
U zadnja četiri tjedna: općenito gledajući, biste li rekli da je Vaše zdravlje	do 15 minuta	267	259.35	69246.50	33281.50	-	0.953 0.06
	više od 15 minuta	250	258.63	64656.50			
	Ukupno	517					
U posljednja četiri tjedna: Koliko često ste bili razdražljivi?	do 15 minuta	267	262.41	70063.00	32465.00	-	0.555 0.59
	više od 15 minuta	250	255.36	63840.00			
	Ukupno	517					
U posljednja četiri tjedna: Koliko često ste bili pod stresom?	do 15 minuta	267	262.53	70095.00	32433.00	-	0.547 0.60
	više od 15 minuta	250	255.23	63808.00			
	Ukupno	517					
Koliko ste dana bili na bolovanju prethodne kalendarske godine?	do 15 minuta	267	256.53	68493.50	32715.50	-	0.678 0.42
	više od 15 minuta	250	261.64	65409.50			
	Ukupno	517					
Za koliko klijenata/pacijenata pružate uslugu zdravstvene njege u okviru prosječnog tjednog rada?	do 15 minuta	262	260.63	68285.00	30882.00	-	0.337 0.96
	više od 15 minuta	247	249.03	61510.00			
	Ukupno	509					
Možete li utjecati na količinu posla koji Vam se zada?	do 15 minuta	267	260.28	69494.50	33033.50	-	0.835 0.21
	više od 15 minuta	250	257.63	64408.50			

	Ukupno	517					
Možete li sami odlučiti kada ćete imati odmor?	do 15 minuta	267	265.45	70875.50	31652.50	-	0.277
	više od 15 minuta	250	252.11	63027.50		1.09	
	Ukupno	517					
Morate li raditi prekovremeno?	do 15 minuta	267	251.38	67118.50	31340.50	-	0.201
	više od 15 minuta	250	267.14	66784.50		1.28	
	Ukupno	517					
Koliko često je Vama neposredno nadređena osoba spremna saslušati o problemima koje imate na poslu?	do 15 minuta	267	263.70	70409.00	32119.00	-	0.422
	više od 15 minuta	250	253.98	63494.00		0.80	
	Ukupno	517					

Što se tiče općeg zdravlja, analiza pokazuje da zdravstveni radnici koji provode do 15 minuta na putu između klijenata imaju sličan zdravstveni profil kao oni koji provode više od 15 minuta. Vrlo mali Z-rezultat (-0,06) i p-vrijednost od 0,953 ukazuju na to da vrijeme putovanja ima ograničen ili nikakav utjecaj na percipirano zdravlje. Prilikom analize razdražljivosti, stresa i učestalosti bolovanja, dvije skupine nemaju značajnih razlika. Za razdražljivost, Z-rezultat (-0,59) i p-vrijednost (0,555) ukazuju na to da količina vremena provedenog na putovanju nema značajan utjecaj na to koliko se razdražljivi radnici osjećaju. Slično tome, razina stresa, naznačena Z-rezultatom od -0,60 i p-vrijednošću od 0,547, ne mijenja se značajno s povećanjem vremena putovanja. Mann-Whitneyjev test također je procijenio količinu vremena provedenog na bolovanju tijekom prethodne godine i nije pronašao značajnu razliku između radnika s različitim vremenima putovanja. U ovom slučaju, Z-vrijednost je bila -0,42 s p-vrijednošću od 0,678, što ponovno pokazuje da vrijeme putovanja nema značajan utjecaj na broj bolovanja.

Radno opterećenje, odnosno broj klijenata s kojima se zdravstveni djelatnik susreće, također nije bilo negativno pogođeno s vremenom putovanja. Radnici koji su putovali do 15 minuta imali su usporedivu količinu radnog opterećenja klijenata kao i oni koji su putovali dulje od 15 minuta,

mjereno Z-vrijednošću od -0,96 i p-vrijednošću od 0,337. Što se tiče autonomije posla, posebno sposobnosti utjecaja na broj zadataka ili uzimanja pauze, vrijeme putovanja nije imalo značajan utjecaj na ove čimbenike. Obje skupine imale su slične razine autonomije u pogledu kontrole posla.

Što se tiče utjecaja na radno opterećenje, Z-vrijednost je bila -0,21 s p-vrijednošću od 0,835 dok je za raspored godišnjih odmora Z-vrijednost bila -1,09 s p-vrijednošću od 0,277. Osim toga, stupanj u kojem su zaposlenici bili obavezni raditi dodatne sate i stupanj u kojem su njihovi nadređeni bili spremni saslušati njihove brige u vezi s poslom nisu pokazali značajne razlike. Z-vrijednosti za prekovremeni rad i podršku menadžera bile su -1,28 (p=0,201) odnosno -0,80 (p=0,422). što govori o tome da ti čimbenici ne ovise o količini vremena provedenog u putovanju između klijenata.

Tablica 9. Povezanost između vremena putovanja i učestalosti brze i kontinuirane fizičke aktivnosti

		Moj posao zahtijeva brze i kontinuirane fizičke napore.					Ukupno
		0 Nikad	1 Ponekad	2 Često	3 Uvijek		
Koliko minuta dnevno prosječno trošite na putovanje od jednoga do drugoga klijenta/pacijenta za vrijeme smjene?	do 15 minuta	f	3	130	122	12	267
		%	1.1%	48.7%	45.7%	4.5%	100.0%
	više od 15 minuta	f	2	103	137	8	250
		%	0.8%	41.2%	54.8%	3.2%	100.0%
Ukupno		f	5	233	259	20	517
		%	1.0%	45.1%	50.1%	3.9%	100.0%

$\chi^2(3, N=517)=4,443; p=0,217$

Tablica 9. prikazuje povezanost količine vremena provedenog u putovanju između klijenata ili pacijenata tijekom smjene i učestalosti sudjelovanja u fizički zahtjevnim zadacima. Informacije su organizirane prema broju minuta koje zaposlenici provode putujući između klijenata. Unatoč očitj varijaciji u učestalosti sudjelovanja zaposlenika u tjelesnoj aktivnosti na temelju vremena putovanja, hi-kvadrat test nije pokazao značajnu povezanost između ta dva faktora ($\chi^2(3, N=517)=4,443, p=0,217$).

Tablica 10. Povezanost između vremena putovanja i učestalosti pomicanja ili podizanja teških tereta

		Za vrijeme posla moram pomicati ili podizati teške terete.				Ukupno	
		0 Nikad	1 Ponekad	2 Često	3 Uvijek		
Koliko minuta dnevno prosječno trošite na putovanje od jednoga do drugoga klijenta/pacijenta za vrijeme smjene?	do 15 minuta	f	21	145	90	11	267
		%	7.9%	54.3%	33.7%	4.1%	100.0%
	više od 15 minuta	f	5	130	100	15	250
		%	2.0%	52.0%	40.0%	6.0%	100.0%
Ukupno		f	26	275	190	26	517
		%	5.0%	53.2%	36.8%	5.0%	100.0%

$\chi^2(3, N=517)=11,259; p<0,05$

Tablica 10. prikazuje povezanost količine vremena provedenog u putovanju između klijenata i potrebe za premještanjem ili podizanjem teških predmeta. Rezultati pokazuju značajnu povezanost između vremena putovanja i učestalosti podizanja teških predmeta ($\chi^2(3, N=517)=11,259, p<0,05$). Podaci pokazuju da 33,7% zaposlenika koji provode do 15 minuta putujući između klijenata imaju percepciju da često moraju podizati teške predmete. Veći je broj onih (40,0%) koji provode više od 15 minuta te imaju percepciju da često moraju pomicati ili podizati teške predmete. Osim toga, postotak zaposlenika koji imaju percepciju da nikada ne moraju podizati teške predmete niži je među onima koji putuju dulje vrijeme nego među onima koji putuju kraće vrijeme (2,0%, odnosno 7,9%).

4.6. Zadovoljstvo na radnom mjestu

Spearmanovi koeficijenti korelacije pokazuju nekoliko značajnih povezanosti između ukupnog zadovoljstva poslom i različitih komponenti posla.

Tablica 11. Spearmanovi koeficijenti korelacije između zadovoljstva poslom i radnih čimbenika

	Općenito gledajući na svoj posao, koliko ste u cijelosti zadovoljni njime kada sve uzmete u obzir?	
	Spearman r	p
Možete li utjecati na količinu posla koji Vam se zada?	0,110*	0.013
Možete li sami odlučiti kada ćete imati odmor?	0.083	0.061
Morate li raditi prekovremeno?	0.047	0.293
Koliko Vas je često osoba koja Vam je neposredno nadređena spremna saslušati o problemima koje imate na poslu?	0,155**	0.000
Moj posao zahtijeva brze i kontinuirane fizičke napore.	-0.059	0.183
Za vrijeme posla moram pomicati ili podizati teške terete.	-0.081	0.068
Dobivate li stručno usavršavanje koje Vam je potrebno da biste dobro radili svoj posao?	0,286**	0.000
Smatrate li da je teško raditi s klijentima/pacijentima?	-0,184**	0.000
Dobivate li sve informacije koje su Vam potrebne da biste mogli dobro obavljati svoj posao?	0,175**	0.000
Do koje je mjere, po Vašem mišljenju, Vama neposredno nadređena osoba dobra u planiranju posla?	0,261**	0.000
* p<0.05		
**p<0.01		

U Tablici 11. prikazane su značajne pozitivne povezanosti uočene između ukupnog zadovoljstva poslom i sposobnosti utjecaja na količinu dodijeljenog posla ($\rho=0,11$; $p<0,05$), što ukazuje na to da, kada zaposlenici imaju kontrolu nad količinom posla koji im je dodijeljen, njihovo ukupno zadovoljstvo poslom raste. Slično tome, neposredna spremnost nadređenih da saslušaju pitanja zaposlenika o poslu pokazala je pozitivnu povezanost sa zadovoljstvom poslom ($\rho=0,16$; $p<0,01$), a ova povezanost naglasila je važnost otvorene komunikacije i menadžerske podrške.

Još jedna značajna pozitivna povezanost uočena je između zadovoljstva poslom i dostupnosti resursa za profesionalni razvoj ($\rho=0,29$). Posjedovanje potrebnih informacija za dovršetak zadataka ($\rho=0,18$; $p < 0,01$) i percipiranje neposrednog nadređenog kao kompetentnog u planiranju zadataka ($\rho=0,26$) bili su povezani s povećanim zadovoljstvom poslom. Suprotno tome, uočena je značajna negativna povezanost između zadovoljstva poslom i teškoća rada s klijentima ili pacijentima ($\rho=-0,18$; $p < 0,01$),

Tablica 12. Spearmanovi koeficijenti korelacije između vjerojatnosti potrage za novim poslom i radnih čimbenika

	Iduće ću godine vjerojatno potražiti novi posao.	
	Spearman r	p
Možete li utjecati na količinu posla koji Vam se zada?	-0.044	0.322
Možete li sami odlučiti kada ćete imati odmor?	-0.060	0.171
Morate li raditi prekovremeno?	0.012	0.790
Koliko Vas je često Vama neposredno nadređena osoba spremna saslušati o problemima koje imate na poslu?	-0,165**	0.000
Moj posao zahtijeva brze i kontinuirane fizičke napore.	0.078	0.078
Za vrijeme posla moram pomicati ili podizati teške terete.	0,096*	0.029
Dobivate li stručno usavršavanje koje Vam je potrebno da biste dobro radili svoj posao?	-0,295**	0.000
Smatrate li da je teško raditi s klijentima/pacijentima?	0,086*	0.050
Dobivate li sve informacije koje su Vam potrebne da biste mogli dobro obavljati svoj posao?	-0,147**	0.001
Do koje je mjere, po Vašem mišljenju, Vama neposredno nadređena osoba dobra u planiranju posla?	-0,173**	0.000
* $p < 0.05$		
** $p < 0.01$		

Tablica 12. prikazuje Spearmanov koeficijent korelacije između različitih atributa posla i vjerojatnosti da će zaposlenici htjeti tražiti novi posao u sljedećoj godini. Najznačajnije je otkriće značajna negativna povezanost između vjerojatnosti traženja novog posla i nekoliko kritičnih čimbenika. Jedna od najznačajnijih negativnih povezanosti jest između učestalosti profesionalnog razvoja koji se zahtijeva od struke i vjerojatnosti pronalaska novog posla ($\rho=-0,30$, $p < 0,01$). Značajna je negativna povezanost između učestalosti nadređenih koji slušaju probleme svojih zaposlenika vezane uz posao i vjerojatnosti traženja novog posla ($\rho=-0,17$, $p < 0,01$). Slično tome,

pružanje informacija potrebnih za izvrsnost na poslu negativno je povezana s vjerojatnosti traženja novog posla ($\rho=-0,15$, $p<0,01$). Sposobnost neposrednih nadređenih da učinkovito planiraju još je jedna značajna komponenta ($\rho=-0,17$, $p<0,01$). Suprotno tome, postoji značajna pozitivna povezanost između vjerojatnosti traženja novog posla i percepcije da je rad s klijentima ili pacijentima težak ($\rho=0,09$, $p<0,05$). Slično tome, učestalost kojom zaposlenici moraju podizati ili premješati teške predmete tijekom zaposlenja pozitivno je povezana s njihovom namjerom traženja novih poslova ($\rho=0,10$, $p<0,05$). Drugi čimbenici, poput sposobnosti utjecaja na obujam posla ili slobode odlučivanja o tome kada će se praviti pauze, nemaju značajnu povezanost s vjerojatnosti traženja novog posla.

Tablica 13. Spearman koeficijenti korelacije između faktora posla i vjerojatnosti da će posao preporučiti prijatelju

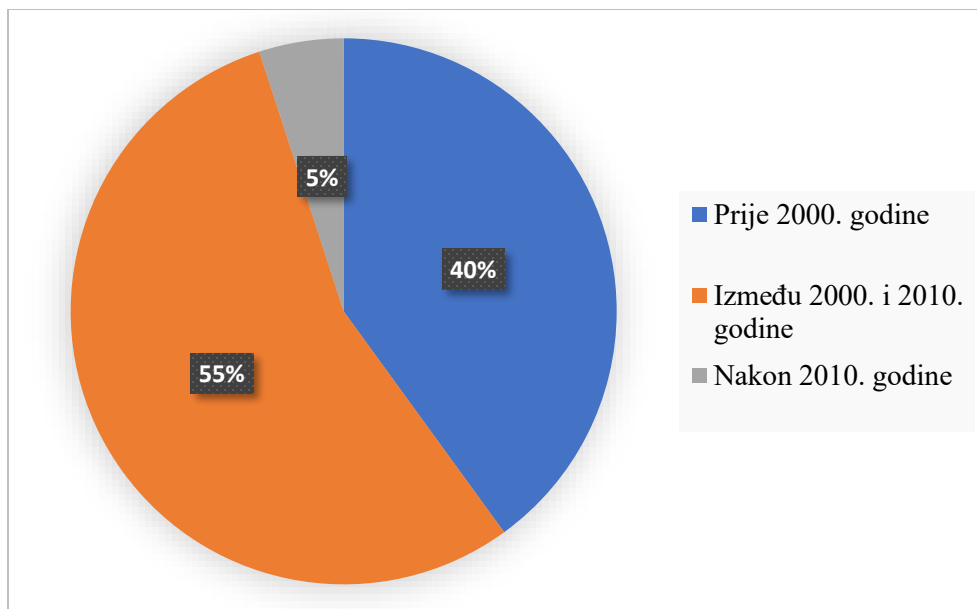
	Biste li dobrome prijatelju preporučili da se javi za radno mjesto na Vašemu poslu?	
	Spearman r	p
Možete li utjecati na količinu posla koji Vam se zada?	0,090*	0.040
Možete li sami odlučiti kada ćete imati odmor?	0.005	0.910
Morate li raditi prekovremeno?	-0.038	0.393
Koliko Vas je često Vama neposredno nadređena osoba spremna saslušati o problemima koje imate na poslu?	0,161**	0.000
Moj posao zahtijeva brze i kontinuirane fizičke napore.	-0.067	0.126
Za vrijeme posla moram pomicati ili podizati teške terete.	-0.022	0.624
Dobivate li stručno usavršavanje koje Vam je potrebno da biste dobro radili svoj posao?	0,140**	0.001
Smatrate li da je teško raditi s klijentima/pacijentima?	-0,319**	0.000
Dobivate li sve informacije koje su Vam potrebne da biste mogli dobro obavljati svoj posao?	0,219**	0.000
Do koje je mjere, po Vašem mišljenju, Vama neposredno nadređena osoba dobra u planiranju posla?	0,254**	0.000
* $p<0.05$		
** $p<0.01$		

Tablica 13. prikazuje Spearmanov koeficijent korelacije između različitih čimbenika povezanih s poslom i vjerojatnosti da će zaposlenik govoriti prijatelju o svojem poslu. Analiza pruža informacije o tome koji aspekti radnog mjesta doprinose pozitivnoj percepciji posla i želji da se on podijeli s drugima. Uočena je značajna pozitivna povezanost između učestalosti mogućnosti utjecaja na broj zadataka i vjerojatnosti preporučivanja posla ($\rho=0,09$, $p<0,05$). Najveća pozitivna povezanost uočena je između stupnja u kojem zaposlenici vjeruju da su njihovi nadređeni sposobni planirati i vjerojatnosti preporučivanja posla ($\rho=0,25$, $p<0,01$). Osim toga, postoji značajna pozitivna povezanost između posjedovanja potrebnih informacija za učinkovito obavljanje posla i želje za preporukom posla ($\rho=0,22$, $p<0,01$).

Posjedovanje potrebnoga profesionalnog razvoja i primanje preporučenih poslova pozitivno je povezano ($\rho=0,14$, $p<0,01$). Povoljno radno okruženje u kojem su nadređeni spremni saslušati brige zaposlenika ima značajnu pozitivnu povezanost s vjerojatnosti preporuke pozicije ($\rho=0,16$, $p<0,01$). Suprotno tome, postoji značajna negativna povezanost između poteškoća klijenta ili pacijenta u radu s njima i njihovih preporuka za posao ($\rho=-0,32$, $p<0,01$). Drugi čimbenici, poput sposobnosti odlučivanja o tome kada uzeti pauze ili fizičkih zahtjeva posla, nemaju značajnu povezanost s vjerojatnosti preporuke posla.

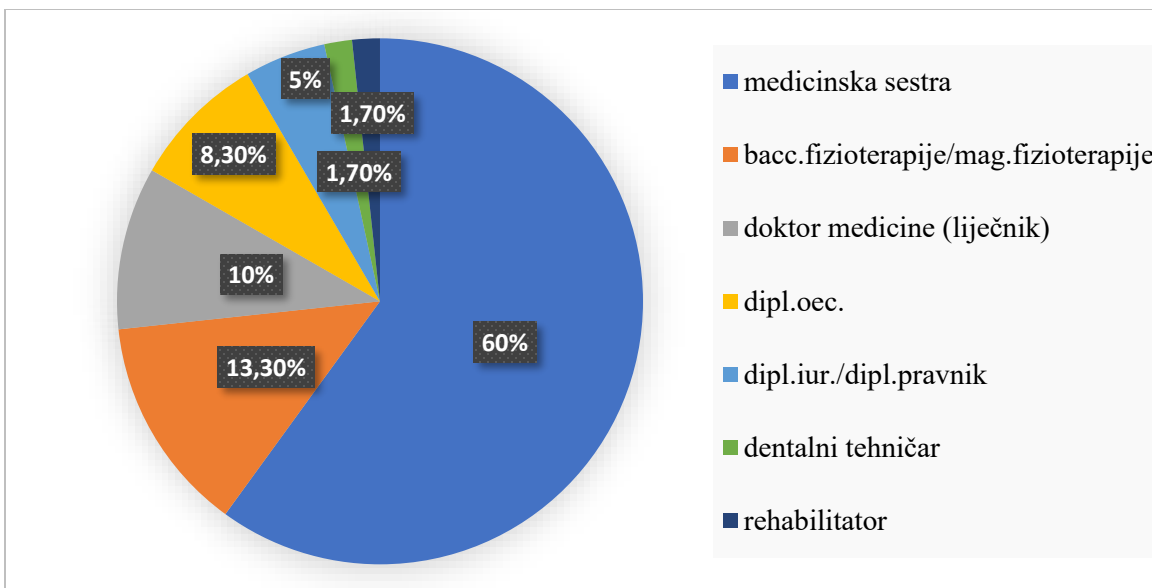
4.7. Struktura ustanove i značajke osoblja

Podaci koji su analizirani u sljedećem dijelu prikazuju samo strukturu ustanove u kojima rade sudionici istraživanja i značajke samog osoblja koje radi u opisanim ustanovama. Prvi dio prikazuje rezultate strukture same ustanove odnosno organizacije, a potom slijedi analiza značajki osoblja.



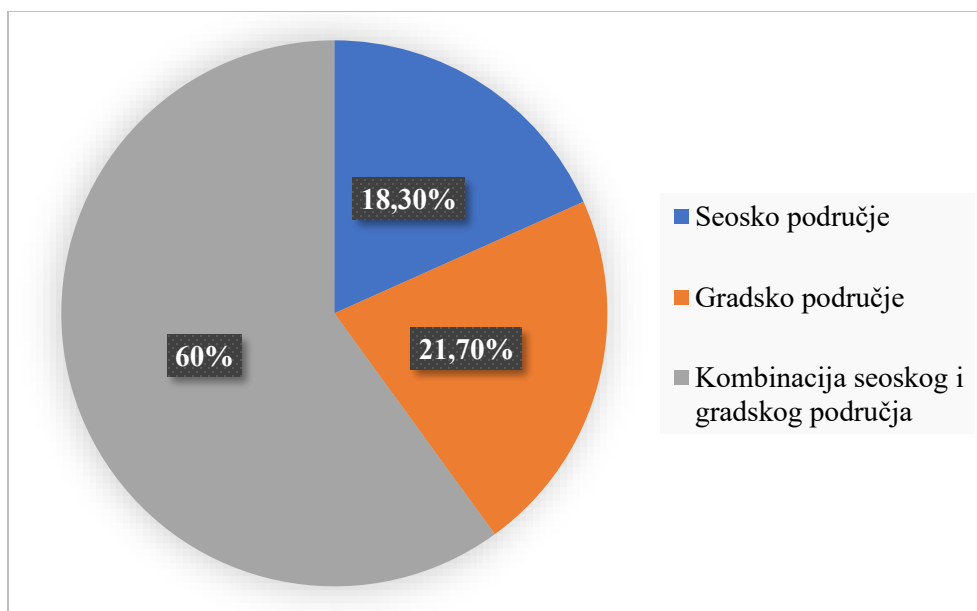
Slika 19. Godina osnivanja ustanove

Slika 19. prikazuje podjelu institucija prema godini osnivanja podijeljenju u tri odvojena razdoblja: prije 2000., između 2000. i 2010. te nakon 2010. godine. Na temelju učestalosti (f) i postotka očito je da je većina institucija osnovana između 2000. i 2010. Institucije koje su osnovane prije 2000. čine 40% uzorka, odnosno 24 institucije. Najniži postotak, samo 5% ili tri institucije, čine one koje su osnovane nakon 2010. Većina institucija, 51 ili čak 85 posto, u vlasništvu je privatnih osoba. Ovakva varijabla prikazuje da je većina organizacija u istraživanju privatne organizacije. Suprotno tome, u anketi je sudjelovalo samo devet institucija (15% sudionika) klasificirane su kao javne, državne ili lokalne.



Slika 20. Struka ravnatelja ustanove

Slika 20. prikazuje strukturu ravnatelja ustanova za zdravstvenu njegu u kući prema njihovoj obrazovnoj pozadini. Uzorak uključuje 60 ustanova, a podaci ukazuju na značajnu koncentraciju zdravstvenih djelatnika, posebno medicinskih sestara. Većina ravnatelja medicinske su sestre, njih je 36 od ukupnog broja ravnatelja u ustanovama. To predstavlja oko 60% svih ustanova. Sljedeću najveću skupinu čine fizioterapeuti (prvostupnici ili magistri) s ukupno 8 ravnatelja, što predstavlja 13,3% ukupnog uzorka. Liječnici upravljaju s deset ustanova (16%). Postotak ravnatelja s ekonomskom, pravnom ili drugom nezdravstvenom obrazovnom pozadinom nizak je. Ekonomisti čine 8,3% ravnatelja dok pravnici čine 5%. Pojedinačna obrazovna zanimanja, poput zubnih tehničara i rehabilitatora, zastupljena su s 1,7%.



Slika 21. Područje u kojemu se pružaju zdravstvene usluge

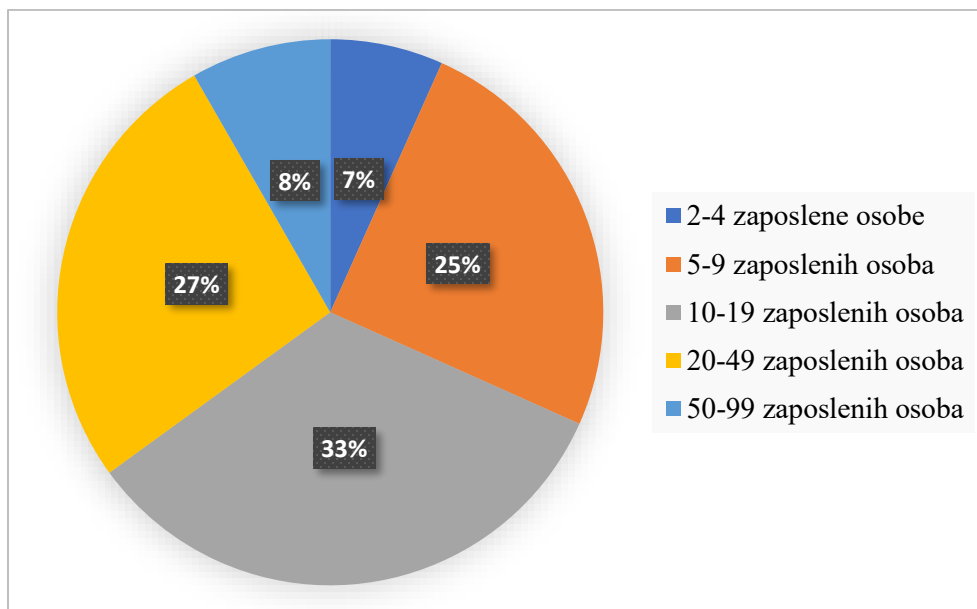
Slika 21. prikazuje razlike u područjima u kojima se pružaju zdravstvene usluge. Većina zdravstvenih ustanova pruža usluge i u gradskom i u seoskom području, njih 60%. Isključivo u gradskom području svoje usluge pruža njih 21,7% dok najmanji broj, njih 18,3% pruža svoje zdravstvene usluge samo na seoskom području.

Uzorak uključuje 60 ustanova, a raznolikost veličina područja ukazuje na neravnomjernu raspodjelu potreba po teritorijalnim područjima i nedosljedne strukture skrbi za zdravstvenu njegu u kući. Mali broj ustanova ima mala područja djelovanja: samo 3 ustanove (5%) pokrivaju područje manje od 100 četvornih kilometara. Većina ustanova nalazi se u područjima srednje veličine. Najčešća kategorija u tablici raspon je od 100 do 199 četvornih kilometara. On uključuje 14 ustanova, odnosno 23,3% ukupnog uzorka. Ova kategorija uključuje otprilike 1/4 svih sudionika i govori da je ovo najčešći geografski opseg većine ustanova. Mnoge ustanove nalaze se u rasponu od 200 do 900 kilometara, što donosi svestran model organizacije zdravstvene zaštite koji uzima u obzir različite gustoće naseljenosti u interesnim područjima od. Intervali od 400 do 999 km² (18,3%) i od 300 do 900 km² (11,7%) ovdje su značajni.

Ravnomjerna raspodjela ustanova u srednjim kategorijama prikazuje da se mnoge ustanove nalaze u područjima koja su i urbana i ruralna. Samo tri ustanove imaju površinu od 700 do 900 četvornih

kilometara (5%), a još manje ih ima površinu od 800 četvornih kilometara ili više. U kategorijama od 800 do 900 četvornih kilometara i 1000 četvornih kilometara ili više postoji samo jedna ustanova u svakoj (1,7%) dok dvije ustanove pokrivaju raspon od 900 do 999 četvornih kilometara (3,3%). Rezultati pokazuju značajnu prevlast financiranja iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, a istovremeno postoje i alternativni i komplementarni modeli financiranja koji koriste specifičnim populacijama pacijenata.

Zdravstvena njega u kući za sve pacijente financira se obveznim zdravstvenim osiguranjem, što potvrđuje svih 60 ustanova (100%). Privatno zdravstveno osiguranje ne sudjeluje u pokrivanju troškova zdravstvene njege u kući ni za jednog pacijenta. Ovaj rezultat potvrđuju sve ispitane ustanove (100%). Za dio pacijenata (83,3%) zdravstvena skrb financira se iz vlastitih sredstava za usluge koje ne pokriva obvezno zdravstveno osiguranje dok 16,7% pacijenata ne sudjeluje u financiranju zdravstvenih usluga iz vlastitih sredstava. Sve ostale kombinacije, uključujući kombinacije obveznoga i privatnog osiguranja, privatnog osiguranja i individualnih izvora te kombinaciju svih triju izvora, isključivo su prisutne u kategoriji "ni za koga".



Slika 22. Broj zaposlenih u ustanovama

Slika 22. prikazuje raspodjelu ustanova prema broju zaposlenika. Uzorak uključuje 60 ustanova, a podaci pokazuju da su većina ustanova male i srednje organizacije dok su veće ustanove relativno rijetke. Većina ustanova, njih 20 ili 33,3%, ima od 10 do 19 zaposlenika, što implicira da je tipična ustanova srednje veličine. Nadalje, sljedeće najčešće ustanove jesu one koje imaju od 20 do 49 zaposlenika (16 ustanova, 26,7%) i one koje imaju od pet do devet zaposlenika (15 ustanova, 25,0%). Manji broj ustanova nalazi se u ekstremnim kategorijama: samo četiri ustanove (6,7%) imaju od dva do devet zaposlenika dok pet ustanova (8,3%) ima od 50 do 99 zaposlenika.

Zastupljenost zdravstvenih i upravljačkih kadrova razlikuje se među ustanovama: medicinske sestre ili medicinski tehničari zaposleni su u 100% ustanova, fizioterapeuti u 88,3%, a menadžeri u 58,3% ustanova.

Samo 41,7% ustanova ima administrativno osoblje. Većina ustanova (16 ili 26,7%) ima od pet do devet medicinskih sestara i tehničara, dok 14 ustanova (23,3%) ima od 15 do 19 zaposlenika. Sljedeća najčešća kategorija jest od 25 do 29 medicinskih sestara i tehničara (12 ustanova, 20%). Samo četiri ustanove (6,7%) imaju manje od pet medicinskih sestara ili tehničara dok samo jedna ustanova (1,7%) zapošljava 35 ili više. Osim toga, ustanove koje imaju od 10 do 14 stručnjaka imaju četiri ustanove (6,7%), a od 20 do 24 stručnjaka imaju šest ustanova (10%).

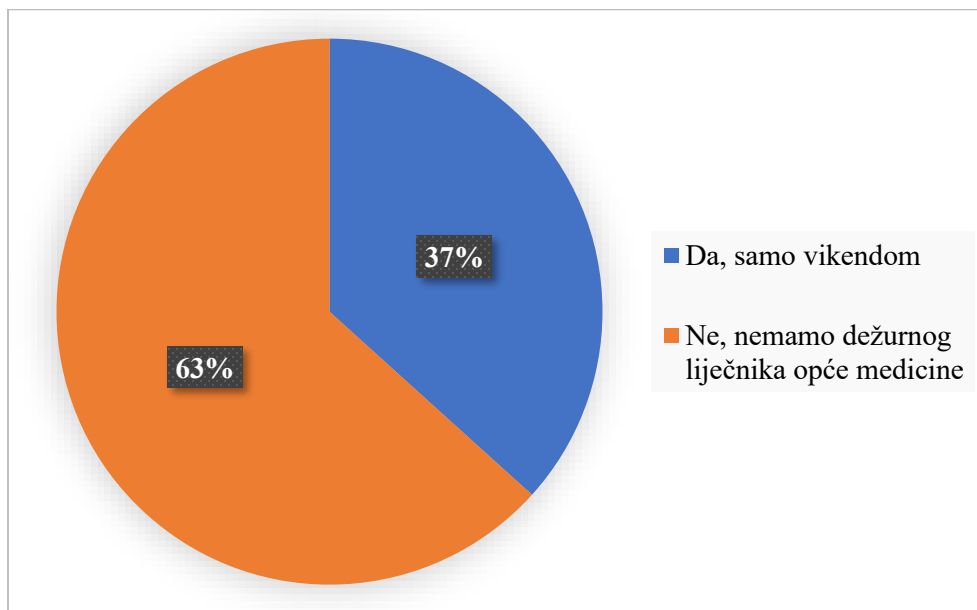
Većina ustanova (35 ili 58,3%) ima samo jednog menadžera na rukovodećoj poziciji. Suprotno tome, 25 ustanova (41,7%) nema menadžere na pozicijama koje kombiniraju operativne i menadžerske funkcije ili organizacije kojima nedostaje formalni sustav upravljanja.

Tablica 14. Duljina smjene prema broju sati rada

		Radnim danima		Vikendom	
		f	%	f	%
Dnevna smjena	8 sati	60	100,0	60	100,0
Popodnevna smjena	8 sati	42	70,0	0	0,0
	0 sati	18	30,0	60	100,0
Noćna smjena	0 sati	60	100,0	60	100,0

Tablica 14. prikazuje raspodjelu smjena u ustanovama za zdravstvenu njegu u kući tijekom radnih dana i vikenda, a fokusira se na dnevne, popodneve i noćne smjene. Informacije pokazuju da je dnevna osmosatna smjena prisutna u svim ustanovama, odnosno 100% radnih dana i vikenda. Što

se tiče osmosatne smjene tijekom popodneva, ona je prisutna u 42 ustanove (70%) radnim danima, a odsutna je vikendom (0%). Nasuprot tome, 18 ustanova (30%) nema popodnevnu smjenu tijekom radnog dana dok sve ustanove nemaju popodnevnu smjenu vikendom. Podaci iz noćne smjene pokazuju da nijedna ustanova ne nudi noćnu smjenu (0 sati), kako radnim danima, tako i vikendom (100% ustanova nema noćnu smjenu).



Slika 23. Postoji li dežurstvo liječnika u ustanovama

Slika 23. prikazuje dostupnost liječnika opće prakse u ustanovama za zdravstvenu njegu u kući, neovisno o tome je li liječnik zaposlen interno ili angažiran eksterno. Uzorak obuhvaća 60 ustanova. Rezultati pokazuju da 38 ustanova (63,3%) nema liječnika opće prakse stalno dostupnog na licu mjesta dok 22 ustanove (36,7%) imaju liječnika dostupnog povremeno, najčešće vikendom.

Tablica 15. Instrumenti procjene ili sustav instrumenata za kliničku gerijatrijsku procjenu

	da		ne	
	f	%	f	%
ADL (aktivnosti dnevnog života)	7	11,7	53	88,3
IADL (instrumentalne aktivnosti svakodnevnog života)	7	11,7	53	88,3
Depresija	6	10,0	54	90,0
Kognitivno funkcioniranje	48	80,0	12	20,0
Društveni angažman	1	1,7	59	98,3
Zdravstveni status	60	100,0	0	0,0
Sluh/vid	60	100,0	0	0,0
Prehrambeni status	60	100,0	0	0,0
Količina neformalne njege	2	3,3	58	96,7

Tablica 15. pokazuje koje aspekte zdravlja i funkcionalnog statusa pacijenata ustanove sustavno procjenjuju. Podaci su podijeljeni u dvije kategorije: „da“ (aspekt se procjenjuje) i „ne“ (aspekt se ne procjenjuje), s postocima za 60 ustanova. Rezultati pokazuju da sve ustanove (100%) procjenjuju zdravstveno stanje, sluh i vid, kao i nutritivni status pacijenata. Suprotno tome, u većini ustanova (48 ustanova ili 80%) procjenjuju se samo kognitivne sposobnosti. Manje od 12% ustanova procjenjuje ADL i IADL, sa sedam ustanova u svakoj kategoriji. Depresija (10%), socijalna interakcija (1,7%) i volumen neformalne skrbi (3,3%) rjeđe se procjenjuju.

Tablica 16. Rezultati Kruskal-Wallis H testa

Rezultati Kruskal-Wallis H testa						
	Područje u kojem Vaša ustanova pruža usluge zdravstvene njege je:	N	Prosječan rang	Kruskal- Wallis H	df	p
Molimo, navedite ukupan broj pacijenata kojima je Vaša ustanova aktivno pružala njegu na dan 1. siječnja 2021. god.	1 Seosko područje	11	23,18	2,807	2	0,246
	2 Gradsko područje	13	29,38			
	3 Kombinacija seoskog i gradskog područja	36	33,14			
Rezultati Kruskal-Wallis H testa						
	Područje u kojem Vaša ustanova pruža usluge zdravstvene njege jest:	N	Prosječan rang	Kruskal- Wallis H	df	p
Koliko zaposlenika ima ustanova u kojoj radite?	1 Seosko područje	11	22,32	3,204	2	0,201
	2 Gradsko područje	13	31,81			
	3 Kombinacija seoskog i gradskog područja	36	32,53			
Rezultati Kruskal-Wallis H testa						
	Područje u kojem Vaša ustanova pruža usluge zdravstvene njege jest:	N	Prosječan rang	Kruskal- Wallis H	df	p
Ukupan broj medicinskih sestara / tehničara	1 Seosko područje	11	24,45	2,146	2	0,342
	2 Gradsko područje	13	28,85			
	3 Kombinacija seoskog i gradskog područja	36	32,94			
Rezultati Kruskal-Wallis H testa						
	Područje u kojem Vaša ustanova pruža usluge	N	Prosječan rang	Kruskal- Wallis H	df	p

zdravstvene njege jest:						
Broj sati stručnoga usavršavanja koje su godine (2019.) ostvarile medicinske sestre / tehničari koje su na dan 1. siječnja 2019. god. imale ugovor o radu s Vašom ustanovom	1 Seosko područje	11	31,91	0,592	2	0,744
	2 Gradsko područje	13	27,42			
	3 Kombinacija seoskog i gradskog područja	36	31,18			
Rezultati Kruskal-Wallis H testa						
	Područje u kojem Vaša ustanova pruža usluge zdravstvene njege jest:	N	Prosječan rang	Kruskal-Wallis H	df	p
Koliko se često organiziraju sastanci internoga tima u Vašoj ustanovi?	1 Seosko područje	11	27,95	0,450	2	0,799
	2 Gradsko područje	13	29,92			
	3 Kombinacija seoskog i gradskog područja	36	31,49			
Rezultati Kruskal-Wallis H testa						
	Područje u kojem Vaša ustanova pruža usluge zdravstvene njege jest:	N	Prosječan rang	Kruskal-Wallis H	df	p
Koliko se često organiziraju sastanci za razmjenu informacija o pacijentima u Vašoj ustanovi?	1 Seosko područje	11	29,18	2,407	2	0,300
	2 Gradsko područje	13	36,81			
	3 Kombinacija seoskog i gradskog područja	36	28,63			

U Tablici 16. prikazana je analiza rezultata Kruskal-Wallis H testa koji ima cilj utvrditi postoji li značajna razlika između ustanova u različitim područjima, naprimjer, ruralnim, urbanim ili hibridnim ruralnim i urbanim područjima s obzirom na broj pacijenata 1. siječnja 2021. i broja zaposlenika. Kada se uzme u obzir broj pacijenata, prosječni je rang 23,18 za ustanove smještene u ruralnim područjima, 29,38 za ustanove smještene u urbanim područjima i 33,14 za ustanove koje pokrivaju kombinaciju ruralnih i urbanih područja. Vrijednost Kruskal-Wallis H testa u ovom slučaju jest 2,807 s dvama stupnjevima slobode, a p-vrijednost jest 0,246. Budući da je p veći od

0,05, može se zaključiti da ne postoji značajna razlika u broju pacijenata između ustanova u različitim područjima. Što se tiče broja zaposlenika, prosječni je rang 22,32 za ruralne ustanove, 31,81 za urbane ustanove i 32,53 za ustanove koje pokrivaju kombinaciju ruralnih i urbanih područja. Vrijednost Kruskal-Wallis H testa jest 3,204 s dvama stupnjevima slobode, a p-vrijednost jest 0,201. Budući da je p veći od 0,05, očito je da se broj zaposlenika u različitim ustanovama značajno ne razlikuje.

Analiza rezultata Kruskal-Wallis H testa utvrđuje postoji li značajna razlika između ustanova u ruralnim, urbanim ili kombiniranim područjima s obzirom na ukupan broj medicinskih sestara i tehničara. Prosječni stupanj medicinskih sestara i tehničara jest 24,45 za ruralne ustanove, 28,85 za urbane ustanove i 32,94 za ustanove koje imaju kombinaciju ruralnih i urbanih komponenti. Vrijednost Kruskal-Wallis H testa u ovom je slučaju 2,146 s dvama stupnjevima slobode, a p-vrijednost jest 0,342. Budući da je p veći od 0,05, očito je da se broj medicinskih sestara i tehničara značajno ne razlikuje između ustanova u različitim disciplinama. Analiza rezultata Kruskal-Wallis H testa utvrđuje postoje li značajne razlike između ustanova u ruralnim, urbanim ili mješovitim područjima u pogledu različitih aspekata profesionalne i organizacijske uspješnosti. Prvi test temelji se na broju sati stručnog usavršavanja koje su medicinske sestre i tehničari završili u 2019. godini. Prosječni rang za ruralne ustanove bio je 31,91, za urbane ustanove 27,42, a za mješovite ustanove 31,18. Vrijednost Kruskal-Wallis H testa iznosi 0,592 s dvama stupnjevima slobode, a p-vrijednost jest 0,744. Budući da je $p > 0,05$, smatra se da se broj sati stručnog usavršavanja između ustanova u različitim disciplinama ne razlikuje značajno. Drugi test procjenjuje učestalost internih timskih sastanaka unutar ustanova. Prosječni rang jest 27,95 za ruralne ustanove, 29,92 za urbane ustanove i 31,49 za mješovite ustanove. Vrijednost Kruskal-Wallis H testa jest 0,450 s dvama stupnjevima slobode, a p-vrijednost jest 0,799. Budući da je $p > 0,05$, smatra se da lokacija ustanove nema značajan utjecaj na učestalost internih sastanaka ili između organizacija. Treći test bavi se brojem koliko se puta informacije moraju razmijeniti između pacijenata. Prosječni rang jest 29,18 za ruralne ustanove, 36,81 za urbane ustanove i 28,63 za kombinirane ustanove. Vrijednost Kruskal-Wallis H testa jest 2,407 s dvama stupnjevima slobode, a p-vrijednost jest 0,300. Budući da je $p > 0,05$, očito je da nema značajne razlike u količini vremena posvećenog sastancima radi razmjene informacija između ustanova u različitim područjima.

5. RASPRAVA

Ovo istraživanje pruža prvi sustavni uvid u obrasce planiranja i upravljanja u djelatnosti zdravstvene njege u kući u Republici Hrvatskoj te omogućuje procjenu spremnosti sustava da odgovori na rastuće potrebe stanovništva u kontekstu starenja, povećanja kroničnih bolesti i potrebe za jačanjem skrbi u zajednici. Rezultati se interpretiraju kroz tri međusobno povezane problemske cjeline: fragmentiranost upravljanja i odsutnost općeprihvaćenog modela planiranja ljudskih resursa, ruralno-urbane razlike u upravljačkim i organizacijskim kapacitetima te nedostatak standardizirane multidimenzionalne procjene potreba korisnika. Upravo te tri dimenzije određuju održivost, pravednost i sposobnost sustava da osigura ujednačenu kvalitetu skrbi.

Usporedno, OECD i EU dokumenti sustavno naglašavaju da jačanje skrbi u zajednici može biti socioekonomski korisno u kontekstu zdravog starenja, prevencije i kontinuuma skrbi. Kako bi se to postiglo, potrebno je omogućiti jasne standarde procjene, integraciju zdravstvenih i socijalnih usluga te ciljano jačanje radne snage i radnih uvjeta [95]. Rezultati našeg istraživanja stoga se interpretiraju kao empirijski test spremnosti hrvatskog sustava zdravstvene njege u kući da apsorbira rastuću potražnju bez povećanja nejednakosti i bez prebacivanja odgovornosti na pojedince. Na temelju te integrirane analize namjera je predložiti nacionalni model kojim bi se postigao standardizirani model koji sadrži procjene potreba, hijerarhijsko planiranje u kontekstu strateškog, taktičkog i operativnog planiranja, formalizirane uloge, minimalne standarde, ruralni model pravednosti, kompetencije te interoperabilne podatkovne tijekove i logiku evaluacije.

Središnji problem zdravstvene njege u kući nije samo broj postupaka koji su odrađeni nego kako sustav upravlja kompleksnošću u vidu trajanja usluga, vremena putovanja, promjene stanja pacijenta, kadrovske oscilacije, koordinacija s ostalim sudionicima primarne zdravstvene zaštite i socijalnim službama.

Sustavni pregled literature o planiranju zdravstvene njege u kući pokazuje da se odlučivanje mora promatrati hijerarhijski strateškom razinom koja definira mrežu usluga i pravila, nadalje taktičku razinu koja određuje dimenziju kapaciteta i nacionalni plan te operativnu razinu koja upravlja dnevnim rutama [96]. Taj je okvir ključan jer omogućuje da se prikupljeni rezultati ne interpretiraju deskriptivno nego kauzalno, odnosno da se uočiti koji atributi upravljanja imaju utjecaj na obrasce ishoda.

U OECD i EU dokumentima isti se problem pojavljuje kao zdravstveno-političko pitanje. Jačanjem djelatnosti zdravstvene njege u kući promovira se zdravo starenje i kontinuum skrbi, ali uz naglasak da bez integracije, standardizacije i osnaživanja radne snage sustav proizvodi fragmentaciju i nejednakosti [95].

Analiza radne snage pokazuje da se djelatnost zdravstvene njege u kući u Hrvatskoj dominantno oslanja na kadar sa srednjoškolskom razinom obrazovanja, dok je udio prvostupnika i magistara znatno manji. Sama po sebi, takva struktura ne mora nužno predstavljati slabost, ali postaje problem u uvjetima rastuće složenosti potreba korisnika, osobito kada se uzme u obzir da kontinuirano stručno usavršavanje nije institucionalizirano kao obvezna i sustavno planirana komponenta rada.

Posebno je važno da su u našem istraživanju zadovoljstvo poslom i namjera zadržavanja u djelatnosti povezani s percepcijom dostupnosti stručnog usavršavanja. To upućuje na to da profesionalni razvoj u ovom sustavu nije samo pitanje unaprjeđenja kvalitete skrbi, nego i jedan od glavnih mehanizama retencije radne snage. Stabilnost zaposlenosti koja se na prvi pogled može činiti povoljnom stoga ne smije biti pogrešno interpretirana kao dokaz uređenosti sustava. Ona može prikrivati latentne strukturne slabosti koje postaju vidljive tek kada raste opterećenje, smanjuje se dostupnost podrške ili se povećavaju zahtjevi posla.

U izvješću OECD-a iz 2024. godine naglašeno je da se uloge medicinskih sestara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u mnogim OECD zemljama koriste kao odgovor na rast potreba i probleme pristupa zdravstvenoj skrbi. Kao dokaze navode poboljšanje pristupa i kontinuiteta skrbi te smanjenje (ponovnih) hospitalizacija, bez negativnog učinka na kvalitetu kada su medicinske sestre adekvatno educirane i regulirane. OECD također naglašava da implementacija zahtijeva usklađivanje regulacije opsega prakse, financiranja i organizacijskog dizajna, što je relevantno za Republiku Hrvatsku jer upućuje da uvođenje uloga medicinskih sestara bez sustavne reforme ostaje pilot projekt bez učinka [97].

Rezultati istraživanja pokazuju da se radni uvjeti u zdravstvenoj njezi u kući ne mogu procjenjivati samo kroz formalne pokazatelje poput prekovremenog rada ili namjere odlaska s posla. Iako relativno mali udio zaposlenika iskazuje izravnu namjeru promjene radnog mjesta, prisutnost stresa kod dijela ispitanika te povezanost zadovoljstva i retencije s organizacijskim varijablama

upućuju na to da se opterećenje u ovom sustavu proizvodi posredno, kroz način raspodjele posla, podršku nadređenih, dostupnost informacija, organizaciju rada i mogućnost stručnog razvoja.

Izvešće Svjetske zdravstvene organizacije sekcije za Europu iz 2022. godine naglašava da su mentalno zdravlje i *burnout* zdravstvene radne snage te potrebni resursi u slučaju zamjena umirovljenih radnika ključni rizici. Zbog toga je potrebno da države planiraju regrutaciju, edukaciju i zadržavanje radnika dugoročnim strategijama. U skladu s time, profesionalni razvoj u zdravstvenoj njezi u kući treba biti integralni dio modela [98]. Također, u izvješću EU (Long-Term Care Report) iz 2021. godine naglašavaju se zajednički izazovi država članica u osiguravanju dostupnih i kvalitetnih usluga, posebno zdravstvene skrbi u kući [99].

Naše istraživanje upućuje na to da trajanje putovanja između korisnika ne predstavlja izravan determinirajući čimbenik općeg zdravlja, razine stresa niti drugih psihosocijalnih obilježja rada. Međutim, uočena povezanost s fizičkom zahtjevnosću posla sugerira da vrijeme putovanja djeluje posredno, kao indikator specifičnog profila radnih zadataka i potreba korisnika. U tom se smislu putovanje ne može interpretirati kao samostalan uzrok opterećenja, već kao komponenta šire organizacijske i kliničke kompleksnosti rada u zdravstvenoj njezi u kući.

Wirnitzer i suradnici (2016) pokazuju da je zdravstvena njega u kući izrazito kompleksna za ručno planiranje i da kontinuitet skrbi (minimiziranje broja različitih sestara po korisniku) postaje mjerljiv cilj kvalitete [100]. Nastavno, Chabouh i suradnici (2023) sustavno mapiraju teme odlučivanja po razinama planiranja i naglašavaju važnost nesigurnosti te potrebu integracije strateških i taktičkih odluka jer operativna optimizacija bez strateškog okvira ima ograničen doseg [101]. Također, Bennett (2010) prikazuje da logističko planiranje zdravstvene njege u kući uključuje potrebu da se logistika ugradi u nacionalni model, ne kao dodatak [102].

Naši rezultati pokazuju da se ruralna i urbana područja ne razlikuju nužno po volumenu usluga, broju pacijenata ili broju osoblja, ali se značajno razlikuju po upravljačkim i administrativnim kapacitetima te praksama praćenja kvalitete. To je posebno važno jer ukazuje da se nejednakosti u zdravstvenoj njezi u kući ne moraju nužno očitovati kroz jednostavne kvantitativne pokazatelje, nego kroz razliku u organizacijskoj sposobnosti sustava da planira, nadzire i evaluira skrb.

Drugim riječima, ruralno-urbani jaz u ovom istraživanju ne proizlazi prvenstveno iz razlike u broju korisnika, nego iz razlike u prisutnosti menadžera, administrativnog osoblja i mehanizama

kontrole kvalitete. Ruralne ustanove raspolažu slabijom upravljačkom infrastrukturom i rjeđe mjere kvalitetu skrbi ili zadovoljstvo korisnika, što ograničava njihovu sposobnost da standardiziraju procese, pravodobno prepoznaju probleme i odgovore na promjene potreba. Time se potvrđuje da je organizacijska sposobnost bolji konceptualni okvir za objašnjenje nejednakosti nego sama geografska klasifikacija.

EuroHealth Observatory za Hrvatsku navodi da je sustav dugotrajne skrbi nerazvijen i slabo koordiniran između sustava (socijalna skrb, zdravstvo, branitelji), razina vlasti te javnih i privatnih pružatelja. Uglavnom se pruža u institucionalnim okruženjima dok se zdravstvene potrebe starijih osoba zadovoljavaju putem palijativne skrbi i zdravstvene njege u kući time pokazujući nepovezanost zdravstvenog i socijalnog sustava [103]. Za razvoj zdravstvenih politika Europsko izvješće o dugotrajnoj skrbi iz 2021. godine naglašava da države moraju jačati kvalitetnu zdravstvenu skrb u kući; to uključuje sposobnost sustava da standardizira procjenu i upravlja kvalitetom u različitim područjima [99]. Sukladno tome OECD (2025) u integracijskom izvješću za razvoj kućne skrbi u Italiji pokazuje da decentralizirani sustavi bez interoperabilnosti i zajedničkih alata procjene stvaraju teritorijalne nejednakosti i slabiju koordinaciju [104].

Rezultati našeg istraživanja upućuju na neravnomjernu zastupljenost funkcionalnih uloga unutar ustanova za zdravstvenu njegu u kući, pri čemu su kliničke profesije, osobito medicinske sestre i tehničari, univerzalno prisutne, dok su upravljačke i administrativne funkcije znatno rjeđe formalizirane. Takva struktura sugerira da se organizacijske i administrativne zadaće u velikom broju slučajeva ne obavljaju kroz jasno definirane uloge, već se implicitno prenose na kliničko osoblje. Posljedično, dolazi do smanjenja vremena dostupnog za izravnu skrb o korisnicima te povećanja administrativnog opterećenja, što može rezultirati većom ovisnošću o neformalnim procedurama i smanjenom učinkovitošću organizacijskih procesa.

OECD (2023) u izvješću o uvjetima rada u dugotrajnoj skrbi naglašava da radnici u skrbi često rade u teškim uvjetima (niska plaća, visoki rizici, nisko priznanje) i da su potrebne konkretne mjere, a među ključnim su polugama organizacija rada i podrška koja smanjuje opterećenje [98].

Jedan od najupečatljivijih rezultata istraživanja jest izrazito niska primjena standardiziranih instrumenata za funkcionalnu i socijalnu procjenu korisnika. Premda se biomedicinski parametri procjenjuju gotovo univerzalno, aktivnosti svakodnevnoga života, instrumentalne aktivnosti, depresivnost, društveni angažman i količina neformalne njege procjenjuju se vrlo rijetko. Ovakav

obrazac jasno pokazuje da sustav zdravstvene njege u kući u Hrvatskoj još uvijek dominantno počiva na biomedicinskoj logici, dok funkcionalna i socijalna dimenzija skrbi ostaju nedovoljno operacionalizirane.

Ovaj rezultat nadilazi pitanje cjelovitosti kliničke procjene. Njegova temeljna važnost je upravljačka. Bez standardizirane multidimenzionalne procjene nije moguće pouzdano utvrditi intenzitet potreba korisnika, planirati trajanje i učestalost posjeta, uspoređivati opterećenje među korisnicima i ustanovama niti evaluirati ishode skrbi. Drugim riječima, bez ADL/IADL i srodnih domena sustav nema standardiziranu metriku potreba, a bez takve metrike racionalno planiranje ljudskih resursa ostaje ograničeno.

OECD (2025) izvješće o integraciji kućne skrbi u Italiji eksplicitno opisuje integrirani put skrbi temeljen na jedinstvenom pristupu, procjeni i personaliziranom planiranju, uz koordinaciju zdravstvene, socijalne i obiteljske potpore. Uspostava jedinstvene ulazne točke, uz primjenu nacionalno ili regionalno priznatog multidimenzionalnog instrumenta procjene, doprinosi većoj pravednosti i ujednačenosti u ostvarivanju prava na skrb. Takav pristup omogućuje jasnije definiranje potreba korisnika te transparentnije planiranje i raspodjelu resursa. Primjerice, u Japanu se u okviru sveobuhvatnih centara za podršku u zajednici koristi upitnik sa 74 pokazatelja kojim se procijenjene potrebe prevode u odgovarajuću razinu osiguranja, uz unaprijed definirani financijski limit. U Australiji sustav jedinstvene procjene povezuje rezultate procjene s tromjesečnim proračunom dodijeljenim pojedinom korisniku. U Engleskoj integrirani sustavi skrbi lokalnim koordinacijskim centrima objedinjuje zdravstvene i socijalne kriterije pri procjeni i planiranju skrbi. Baskija razvija teritorijalno organizirane centre socijalnih i zdravstvenih usluga dok u Danskoj i dalje postoji više ulaznih točaka u sustav, što odražava postupni i eksperimentalni pristup razvoju integriranih modela skrbi [104]. Metodološki, IBenC projekt također se temelji na usporednom mjerenju troškova i ishoda uz mikro–mezo–makro razine. Standardizirano mjerenje u toj studiji temelji se na primjeni validiranog instrumenta interRAI-HC (Home Care) koji omogućuje sveobuhvatnu, multidimenzionalnu procjenu korisnika u zajednici. Podaci o korisnicima prikupljale su longitudinalno – na početku, nakon šest i dvanaest mjeseci – educirane medicinske sestre, čime je osigurana usporedivost i pouzdanost mjerenja. Instrument obuhvaća medicinske, funkcionalne, kognitivne, psihološke i socijalne aspekte. Istodobno se prikupljaju podaci o korištenju zdravstvenih i socijalnih usluga što omogućuje procjenu troškova skrbi iz

društvene perspektive. Ovakav standardizirani pristup osigurava međunarodnu usporedivost, objektivno praćenje ishoda te povezivanje kvalitete i troškova skrbi u kućnom okruženju [94].

U našem istraživanju se navodi ograničena stalna dostupnost liječnika opće prakse unutar ustanova (većina ustanova nema liječnika stalno dostupnog) što povećava važnost protokola eskalacije, koordinacije i sestrinskih kompetencija za sigurnost i kontinuitet. Ovo nije tvrdnja o manjku liječnika nego o dizajnu koordinacije. Kada liječnik nije integralni dio tima na licu mjesta, sustav mora osigurati interoperabilne komunikacijske i kliničke puteve.

U tom kontekstu, OECD (2024.) ističe da napredne sestrinske uloge mogu preuzeti proširene kliničke odgovornosti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti kada liječnik nije neposredno dostupan pod uvjetom odgovarajuće edukacije (najčešće na razini diplomskog studija), jasne regulacije i prilagođenih modela financiranja. U zemljama koje su razvile jasne modele podjele zadataka između liječnika i medicinskih sestara, one samostalno procjenjuju pacijente, postavljaju kliničke procjene, propisuju terapiju, indiciraju dijagnostičke pretrage te prate bolesnike s kroničnim stanjima, čime osiguravaju pravovremen pristup, kontinuitet skrbi i smanjenje nepotrebnih hospitalizacija. Evaluacije u tim sustavima ne pokazuju negativan učinak na kvalitetu i sigurnost skrbi dok se bilježi visoka razina zadovoljstva pacijenata, osobito zbog duljeg vremena provedenog u savjetovanju i edukaciji. U modelima u kojima liječnik nije stalno prisutan u ustanovi, medicinske sestre djeluju kao klinički i organizacijski most, preuzimaju inicijalnu procjenu, aktiviraju protokole upućivanja prema liječniku kada je to potrebno te koordiniraju interdisciplinarnu skrb. Međutim, OECD naglašava da takva integracija zahtijeva usklađene zakonodavne okvire, jasno definirane kompetencije i odgovarajuće mehanizme plaćanja kako bi se omogućilo da sestre doista rade u punom opsegu svoje prakse [97].

Dobiveni rezultati potvrđuju da u ustanovama za zdravstvenu njegu u kući u Republici Hrvatskoj ne postoji jedinstven i standardiziran model planiranja i upravljanja ljudskim resursima. U interpretativnom smislu, ključni problem nije samo u tome što se organizacijske strukture međusobno razlikuju, nego u tome što te razlike upućuju na odsutnost zajedničkog upravljačkog okvira koji bi osigurao ujednačene kriterije zapošljavanja, raspodjele rada i razvoja kadrova. Posebno je važno istaknuti da formalna prisutnost menadžmenta nije tek administrativna značajka ustanove, nego pokazatelj njezina organizacijskog kapaciteta. Ustanove s razvijenijom upravljačkom strukturom raspolažu većim kadrovskim kapacitetom, što upućuje na zaključak da

je planiranje ljudskih resursa uvelike uvjetovano prisutnošću formaliziranih mehanizama upravljanja.

Neravnomjerna raspodjela radnih resursa djeluje prvenstveno kroz operativni kapacitet ustanova: ondje gdje su kadrovski i upravljački resursi ograničeni, veća je vjerojatnost da će se organizacijski teret preliti na postojeće zaposlenike, što može povećati rizik profesionalnog iscrpljivanja, smanjiti zadovoljstvo poslom i dugoročno ugroziti kvalitetu skrbi. Stoga je doprinos ovih rezultata ponajprije u pokazivanju da se pitanje opterećenja radnika ne može razumjeti izolirano od upravljačkog i organizacijskog konteksta. Upravo izostanak formalne podrške, osobito u ruralnim sredinama, čini sustav osjetljivijim na neravnomjernu raspodjelu resursa i otežava održavanje stabilne i kvalitetne zdravstvene njege u kući.

5.1. Prijedlog nacionalnog modela planiranja i upravljanja izveden iz rezultata i OECD/EU dokaza

Nacionalni model razvoja zdravstvene njege u kući mora sustavno odgovoriti na tri empirijski potvrđene slabosti: fragmentiranost upravljanja (H1), izražen ruralno-urbani jaz u dostupnosti i opterećenju radnika (H2) te odsutnost standardizirane procjene potreba korisnika. U terminologiji OECD/EU politika riječ je o izgradnji pravednog i održivog kontinuuma skrbi u zajednici koji počiva na integraciji funkcija i standardizaciji postupaka. Takav model zahtijeva višeslojni pristup – strateški, taktički i operativni – pri čemu svaki sloj adresira specifičnu dimenziju sustavnih slabosti. Prijedlog takvog modela vidljiv je iz Tablice 17..

Tablica 17. Prijedlog nacionalnog modela planiranja i upravljanja na temelju rezultata istraživanja

Domena	Empirijski rezultat istraživanja (tablica i testovi)	OECD/EU dokazi	Sadržaj modela
Standardizacija procjene	ADL/IADL procjenjuje 11,7% ustanova; socijalne domene minimalno	integrirani put skrbi temeljen na procjeni i personaliziranom planu	obvezni set procjene + integracija u dokumentaciju i planiranje usluga

Upravljanje ljudskim resursima	odsutnost jedinstvenog okvira; ustanove s menadžerom imaju više zaposlenika	osiguranje na više razina radi sprječavanja fragmentacije	minimalni standardi za upravljanje ljudskim resursima + ugovaranje po standardu i kvaliteti
Radni uvjeti	10,3% pod stresom većinu/cijelo vrijeme; zadovoljstvo i namjera odlaska povezani s upravljačkim varijablama	OECD naglašava potrebu poboljšanja radnih uvjeta u dugotrajnoj skrbi	dizajn posla: autonomija, podrška, ergonomija, rasterećenje dokumentacije
Ruralno-urbane razlike	volumeni često nisu značajni, ali postoje prisutne razlike u upravljanju	EU i OECD naglašavaju rizik nejednakosti bez standarda i kapaciteta	ruralni model + supervizija + standard kvalitete

Na strateškoj razini (nacionalni standardi i ugovaranje) nužno je uvesti minimalni obvezni standard koji uključuje standardizirani set procjene potreba (ADL/IADL, kognitivni i socijalni status), obvezne indikatore kvalitete i radnih uvjeta te minimalne upravljačke funkcije u području ljudskih resursa kao preduvjet ugovaranja usluga. Time se operacionalizira načelo da se kvaliteta skrbi i kvaliteta radnih uvjeta ne mogu promatrati odvojeno već kao međusobno ovisne dimenzije održivosti sustava.

Na taktičkoj razini (kapaciteti, kompetencije i podjela) fokus se premješta na planiranje kompetencijskog miksa, razvoj jasnih karijernih putanja i uvođenje koordinacijskih uloga uz postupno uvođenje naprednih sestrinskih uloga ondje gdje je to organizacijski i regulatorno izvedivo.

Na operativnoj razini (rasporedi, rute i upravljanje) ključno je osigurati snažnu ICT podršku koja omogućuje planiranje ruta i radnih rasporeda prema kriterijima kontinuiteta skrbi, sigurnosti i ergonomije rada uz mogućnost korekcija bez prebacivanja organizacijskog rizika na terenske radnike. Ovaj sloj izravno odgovara rezultatu da vrijeme i uvjeti putovanja nisu trivijalna logistička varijabla već su povezani s fizičkim opterećenjem i radnim ishodima. Integriranjem svih triju

slojeva – standardizacije, kompetencijskog planiranja i digitalno podržane operativne organizacije – moguće je smanjiti fragmentiranost, ublažiti ruralno-urbane razlike i uspostaviti koherentan, održiv model skrbi u zajednici [95].

Tablica 18. Prijedlog komponenata nacionalnog modela, aktera i provedbenih koraka

Komponenta modela	Primarni nositelji	Ključni provedbeni koraci	Minimalni indikatori praćenja
Obvezna procjena ADL/IADL + socijalno + kognitivno	Ministarstvo zdravlja; HZZO; pružatelji; HKMS	standard definicije; edukacija; digitalna integracija	udio korisnika s potpunom procjenom; vrijeme do plana skrbi
Minimalni standardi za upravljanje ljudskim resursima	Ministarstvo zdravlja; HZZO; poslodavci	ugradnja u ugovore, standardi opterećenja, kompetencije	smanjenje bolovanja, udio zaposlenika s potrebnim kompetencijama
Koordinator + protokoli	Ministarstvo zdravlja; PZZ; pružatelji; socijalne službe	definicija uloga; interoperabilna dokumentacija	rehospitalizacije; vrijeme odgovora na pogoršanje; zadovoljstvo korisnika
Informacijsko komunikacijske tehnologije (IKT)/logistika (rute, rasporedi, kontinuitet)	HZZO; IKT dobavljači; pružatelji	pilot projekt; skaliranje; indikator kontinuiteta	kontinuitet (broj različitih sestara po korisniku); vrijeme putovanja i vrijeme dokumentacije
Ruralni model pravednosti	županije; Ministarstvo zdravlja; HZZO	tele-supervizija; edukacije	razlika ruralno-urbano u indikatorima kvalitete; vrijeme čekanja

Tablica 18. prikazuje operacionalizaciju predloženoga nacionalnog modela planiranja i upravljanja u zdravstvenoj njezi u kući kroz pet međusobno povezanih komponenti, pri čemu se za svaku

komponentu eksplicitno određuju primarni nositelji, ključni provedbeni koraci i minimalni indikatori praćenja. Time se konceptualni okvir modela prevodi u provedive upravljačke mehanizme od obvezne multidimenzionalne procjene potreba (ADL/IADL uz kognitivnu i socijalnu domenu) i njezine digitalne integracije preko ugradnje minimalnih standarda upravljanja ljudskim resursima u ugovorne obveze do uspostave koordinatorske uloge i protokola koji osiguravaju interoperabilnu dokumentaciju i kontinuum skrbi. Poseban naglasak stavljen je na informacijsko-komunikacijsku i logističku potporu (planiranje ruta, rasporeda i kontinuiteta) kao preduvjet učinkovitog upravljanja terenskim radom te na ruralni model pravednosti kojim se ciljano smanjuju ruralno-urbane razlike putem tele-supervizije i strukturiranih edukacija. Predloženi indikatori odabrani su kao minimalni skup mjera koji omogućuje praćenje doseg a i učinaka intervencija (npr. udio korisnika s potpunom procjenom i vrijeme do plana skrbi, rehospitalizacije i vrijeme odgovora na pogoršanje, kontinuitet skrbi te vrijeme putovanja i dokumentacije, razlike ruralno-urbano u kvaliteti i vremenu čekanja).

5.2. Teorijske implikacije disertacije

Prvo, disertacija empirijski pokazuje da se kvaliteta i održivost djelatnosti zdravstvene njege u kući ne mogu objasniti volumenskim pokazateljima (broj korisnika) nego strukturom procesa (procjena, planiranje, koordinacija, autonomija i podrška). Drugo, ruralno-urbane razlike najbolje se objašnjavaju konceptom organizacijske sposobnosti, štoviše i kada brojevi pacijenata nisu statistički različiti, razlika u upravljačko-administrativnim kapacitetima i u mjerenju kvalitete može proizvoditi nejednakost. Treće, povezivanje naših korelacijskih rezultata s OECD/WHO konceptualizacijom radne snage pokazuje da su radni uvjeti i podrška mehanizmi retencije, što je ključno u kontekstu europskih upozorenja o *burnout* i potrebi zamjene radnika [105].

Na praktičnoj razini, rezultati impliciraju da reformska odgovornost ne može biti prebačena samo na pružatelje. EU i OECD dokumenti sugeriraju da dugotrajne reforme i kućne skrbi uspjevaju kada su standardi ugrađeni u sustavne poluge: ugovaranje, standardizaciju procjene, evaluaciju i infrastrukturu koordinacije [99].

Za Hrvatsku to znači:

- (i) HZZO i Ministarstvo trebaju ugraditi minimalne standarde u ugovore i licenciranje
- (ii) županije i lokalne razine trebaju omogućiti kapacitete (posebno ruralno)

- (iii) sustav mora razviti interoperabilnost informacija kako bi se mjerenje kvalitete i ishoda moglo provoditi bez nesrazmjernog administrativnog opterećenja.

U hrvatskom kontekstu radne snage važno je ugraditi i lokalne dokaze. Rad Marijane Bađun (2024./2025.) o radnoj snazi u dugotrajnoj skrbi u Hrvatskoj kvalitativnim intervjuima pokazuje da se manjak radnika (osobito kvalificiranih) prepoznaje kao rastući problem, uz razmatranje uloge imigracije [106]. Taj je rezultat relevantan za ovaj model jer pokazuje da se retencija i regrutacija neće moći rješavati samo unutar djelatnosti zdravstvene njege u kući nego i širom politikom i uvjetima rada.

5.3. Ograničenja

Iako je istraživanje snažno u mapiranju organizacijskih obilježja i percepcija zaposlenika, nedostaju tri vrste podataka koji su presudni za evaluaciju nacionalnog modela:

- (a) longitudinalni ishodi korisnika (funkcionalni napredak, rehospitalizacije, incidenti)
- (b) objektivno mjerenje administrativnog opterećenja
- (c) procesni indikatori kontinuiteta (broj različitih sestara po korisniku).

Ova ograničenja uobičajena su za presječne dizajne, ali se mora eksplicitno navesti jer OECD i IBenC-ove usporedna istraživanja pretpostavljaju upravo komparativne ishode i troškove tijekom vremena što bi se moglo provesti u sljedećem istraživanju [94].

6. ZAKLJUČAK

Kada se rezultati organiziraju u strateško–taktičko–operativni okvir, postaje jasno da hrvatski sustav zdravstvene njege u kući trenutno ima ograničenu sposobnost standardizirane reprodukcije kvalitete: nedostaje općeprihvaćen model upravljanja, standardizirana multidimenzionalna procjena potreba slabo je implementirana, a ruralno urbane razlike očituju se primarno kao razlika u upravljačkim kapacitetima.

Hipoteza H1, prema kojoj u ustanovama zdravstvene njege u kući ne postoji jedinstveni, općeprihvaćeni model planiranja i upravljanja ljudskim resursima, potvrđena je. Potvrda proizlazi iz činjenice da su u analizama identificirane statistički značajne razlike u ključnim organizacijskim obilježjima povezanim s upravljačkom strukturom i kadrovskim kapacitetom. Usporedba ustanova koje imaju formalno imenovanog menadžera s ustanovama bez menadžera provedena je Mann–Whitneyjevim U testom, pri čemu je utvrđena značajna razlika u broju zaposlenih ($U=95,00$; $Z=-5,33$; $p=0,000$), u smjeru većeg broja zaposlenih u ustanovama s menadžerom. Dodatno, hi-kvadrat analizama utvrđene su varijacije u prisutnosti upravljačko-administrativnih funkcija i u pojedinim procesima organizacijskog upravljanja, što zajedno potvrđuje da sektor ne djeluje prema jedinstvenom standardiziranom modelu.

Hipoteza H2, koja pretpostavlja postojanje razlika u planiranju i upravljanju ljudskim resursima između ruralnih i urbanih područja, potvrđena je. Empirijska potvrda temelji se ponajprije na hi-kvadrat analizama koje su pokazale da se dostupnost menadžera i administrativnog osoblja značajno razlikuje s obzirom na tip područja ($p<0,05$), pri čemu ruralne ustanove raspoložu slabijim upravljačko-administrativnim kapacitetom u usporedbi s urbanim (i/ili mješovitim) ustanovama. Istodobno, Kruskal–Wallisovim H testom u dijelu kvantitativnih pokazatelja (broj pacijenata, broj osoblja, sati edukacije) za određene varijable nije utvrđena statistički značajna razlika ($p>0,05$). Međutim, to ne dovodi u pitanje potvrdu H2 jer se ključ hipoteze odnosi na razlike u upravljačko-organizacijskim praksama, a ne nužno na razlike u volumenu usluga ili veličini opterećenja izraženoj jednostavnim kvantitativnim mjerama.

Hipoteza H3, prema kojoj neravnomjerna raspodjela djelatnika između ruralnih i urbanih područja utječe na opterećenost i kvalitetu rada, nije u potpunosti potvrđena (djelomično je potvrđena). Na razini organizacijskih resursa i upravljačke infrastrukture utvrđene su razlike koje su teorijski i

operativno relevantne za opterećenje i kvalitetu: ruralne ustanove češće imaju manjak upravljačke i administrativne podrške (χ^2 , $p < 0,05$) što može proizvoditi posredne učinke na opterećenje. Dodatne analize logističkih obilježja rada upućuju da putovanje nema jedinstven izravan učinak na sve ishode, ali može djelovati posredno kroz fizičku zahtjevnost posla, što podupire interpretaciju H3 kao hipoteze o posredovanim, a ne nužno izravnim učincima. Slijedom toga, H3 se u ovoj disertaciji interpretira kao djelomično potvrđena: potvrđena je u segmentu strukturnih neravnoteža resursa i potencijalnih mehanizama opterećenja, ali nije konzistentno potvrđena u svim izravnim mjerama opterećenosti i kvalitete rada.

LITERATURA

1. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe [Internet]. Zagreb; 14. srpanj 2016. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2010_07_88_2474.html
2. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Odluka o izmjenama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja [Internet]. Zagreb; 31. svibanj 2023. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2023_05_58_990.html
3. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2021. g. [Internet]. Zagreb; svibanj 2023. [citirano 21. veljača 2026.]. Report. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis-za-2021-g/>
4. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Natječaj za sklapanje ugovora o provođenju primarne zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja za potrebe popune Mreže javne zdravstvene službe [Internet]. Zagreb; 2025 [citirano 21. veljača 2026.]. Dostupno na: <https://hzzo.hr/natjecaji>
5. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Pravilnik o izmjenama i dopuni Pravilnika o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja za bolničko liječenje medicinskom rehabilitacijom i fizikalnom terapijom u kući [Internet]. Zagreb: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje; 03. veljača 2021. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2021_02_9_184.html
6. World Bank. National Development Strategy Croatia 2030 Policy Note: Health Sector . Washington DC; srpanj 2019. Report.
7. Stevanović R, CK, BT, BK. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2023. godinu. 2024. Report.

8. Broese van Groenou MI, De Boer A. Providing informal care in a changing society. *Eur J Ageing*. 15. rujan 2016.;13(3):271–9. doi:10.1007/s10433-016-0370-7
9. Brandeau ML, Sainfort F, Pierskalla WP. Health Care Delivery: Current Problems and Future Challenges. *U*. 2005. str. 1–14. doi:10.1007/1-4020-8066-2_1
10. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Opis zdravstvenog sustava [Internet]. Zagreb; 2023. [citirano 21. veljača 2026.]. Report. Dostupno na: <https://hzzo.hr/pravni-akti/opis-zdravstvenog-sustava>
11. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Odjel za primarnu zdravstvenu zaštitu [Internet]. Zagreb; 2023. [citirano 21. veljača 2026.]. Report. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-javno-zdravstvo/odjel-za-primarnu-zdravstvenu-zastitu/>
12. Ministarstvo zdravstva. Plan zdravstvene zaštite Republike Hrvatske [Internet]. Zagreb; veljača 2020. [citirano 21. veljača 2026.]. Report. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2020_02_19_479.html
13. Ministarstvo zdravstva. Pravilnik o uvjetima za unutarnji ustroj općih i specijalnih bolnica [Internet]. Zagreb; 06. prosinac 2013. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2013_12_145_3100.html
14. Ministrastvo zdravstva. Zakon o zdravstvenoj zaštiti [Internet]. Zagreb: Hrvatski Sabor; 24. srpanj 2025. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/190/Zakon-o-zdravstvenoj-za%C5%A1titi>
15. Ministarstvo zdravstva. Zakon o zaštiti prava pacijenata [Internet]. Zagreb: Hrvatski sabor; 03. prosinac 2004. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/255/Zakon-o-za%C5%A1titi-prava-pacijenata>
16. Hrvatska. *U*. Hrvatska enciklopedija. *U*. Leksikografski zavod Miroslav Krleža; 2021 [citirano 21. veljača 2026.]. Dostupno na: <https://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=26390>
17. Državni zavod za statistiku. Procjene stanovništva. Zagreb: Državni zavod za statistiku; studeni 2025.

18. Vlada Republike Hrvatske. Članstvom u eurozoni ulazimo u krug ekonomski najrazvijenijih zemalja Europe [Internet]. 2022. [citirano 21. veljača 2026.]. Dostupno na: <https://vlada.gov.hr/vijesti/clanstvom-u-eurozoni-ulazimo-u-krug-ekonomski-najrazvijenijih-zemalja-europe/35952>
19. The World Bank. Croatia data [Internet]. 2023. [citirano 21. veljača 2026.]. Report. Dostupno na: <https://data.worldbank.org/country/croatia>
20. Eurostat. Eurostat database [Internet]. Bruxelles; 2023. [citirano 21. veljača 2026.]. Report. Dostupno na: <https://ec.europa.eu/eurostat>
21. OECD. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Country Health Profile 2025: Croatia. . 2025. Report.
22. Ministarstvo zdravstva. Djelokrug [Internet]. 2020. [citirano 21. veljača 2026.]. Report. Dostupno na: <https://zdravlje.gov.hr/o-ministarstvu/djelokrug-1297/1297>
23. Džakula Aleksandar. Mapiranje potreba za investicijama u zdravstvu [Internet]. Zagreb; rujan 2021. [citirano 21. veljača 2026.]. Report. Dostupno na: <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2022%20Objave/Prilog%201.%20Rezultati%20mapiranja%20potreba.pdf>
24. Ministarstvo zdravstva. Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. godine. Zagreb; 2021. Report.
25. Ministarstvo zdravstva. Zakon o podacima i informacijama u zdravstvu [Internet]. Zagreb: Hrvatski Sabor; 2019. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/1883/Zakon-o-podacima-i-informacijama-u-zdravstvu>
26. Ministarstvo zdravstva. Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju [Internet]. Zagreb: Hrvatski Sabor; 2013. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/192/Zakon-o-obveznom-zdravstvenom-osiguranju>
27. Ministarstvo zdravstva. Zakon o liječništvu [Internet]. Zagreb: Hrvatski Sabor; 29. srpanj 2003. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/405/Zakon-o-lije%C4%8Dni%C5%A1tvu>

28. Ministarstvo zdravstva. Zakon o sestrinstvu [Internet]. Zagreb: Hrvatski Sabor; 29. srpanj 2003. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/407/Zakon-o-sestrinstvu>
29. Ministarstvo zdravstva. Zakon o ljekarništvu [Internet]. Zagreb: Hrvatski Sabor; 29. srpanj 2003. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/409/Zakon-o-ljekarni%C5%A1tvu>
30. Ministarstvo zdravstva. Zakon o stomatološkoj djelatnosti [Internet]. Zagreb: Hrvatski Sabor; 29. srpanj 2003. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2003_07_121_1708.html
31. Ministarstvo zdravstva. Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite [Internet]. Zagreb: Hrvatski Sabor; 27. prosinac 2018. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/1763/Zakon-o-kvaliteti-zdravstvene-za%C5%A1tite>
32. Ministarstvo socijalne skrbi. Zakon o socijalnoj skrbi [Internet]. Zagreb: Hrvatski Sabor; 09. veljača 2022. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/222/Zakon-o-socijalnoj-skrbi>
33. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Izvješće o poslovanju HZZO-a za 2022. Zagreb; 2023. Report.
34. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Zdravstvena zaštita pokrivena obveznim zdravstvenim osiguranjem [Internet]. Zagreb; 2013. [citirano 21. veljača 2026.]. Report. Dostupno na: <https://hzzo.hr/zdravstvena-zastita/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim-osiguranjem>
35. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Prava na medicinske usluge [Internet]. Zagreb; [citirano 21. veljača 2026.]. Report. Dostupno na: <https://hzzo.hr/zdravstvena-zastita/prava-na-medicinske-usluge>
36. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Odjel za ljudske i materijalne resurse u zdravstvu [Internet]. Hrvatski zavod za javno zdravstvo [Internet]. [citirano 21. veljača 2026.]. Report. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-javno-zdravstvo/odjel-za-ljudske-i-materijalne-resurse-u-zdravstvu/>
37. OECD. Hrvatska: pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite . studeni 2019. Report.

38. Cachón-Rodríguez G, Blanco-González A, Prado-Román C, Del-Castillo-Feito C. How sustainable human resources management helps in the evaluation and planning of employee loyalty and retention: Can social capital make a difference? *Eval Program Plann.* prosinac 2022.;95:102171. doi:10.1016/j.evalprogplan.2022.102171
39. Obedgiu V. Human resource management, historical perspectives, evolution and professional development. *Journal of Management Development.* 11. rujan 2017.;36(8):986–90. doi:10.1108/JMD-12-2016-0267
40. Figueroa CA, Harrison R, Chauhan A, Meyer L. Priorities and challenges for health leadership and workforce management globally: a rapid review. *BMC Health Serv Res.* 24. prosinac 2019.;19(1):239. doi:10.1186/s12913-019-4080-7
41. Ministarstvo zdravstva. Nacionalni strateški okvir protiv raka do 2030 [Internet]. Zagreb; prosinac 2020. [citirano 21. veljača 2026.]. Report. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2020_12_141_2728.html
42. Kodner DL. Consumer-directed services: lessons and implications for integrated systems of care. *Int J Integr Care.* 2003.;3:e12. doi:10.5334/ijic.80 PubMed PMID: 16896379.
43. Roelands M, Van Oyen H, Depoorter A, Baro F, Van Oost P. Are cognitive impairment and depressive mood associated with increased service utilisation in community-dwelling elderly people? *Health Soc Care Community.* siječanj 2003.;11(1):1–9. PubMed PMID: 14629227.
44. Roelands M, Van Oost P, Depoorter A, Verloo H. Knowing the diagnosis and counselling the relatives of a person with dementia: the perspective of home nurses and home care workers in Belgium. *Health Soc Care Community.* ožujak 2005.;13(2):112–24. doi:10.1111/j.1365-2524.2005.00531.x PubMed PMID: 15717913.
45. Roelands M, Van Oost P, Depoorter A. Service use in family caregivers of persons with dementia in Belgium: psychological and social factors. *Health Soc Care Community.* siječanj 2008.;16(1):42–53. doi:10.1111/j.1365-2524.2007.00730.x PubMed PMID: 18181814.

46. Bos JT, Frijters DHM, Wagner C, Carpenter GI, Finne-Soveri H, Topinkova E, i ostali. Variations in quality of Home Care between sites across Europe, as measured by Home Care Quality Indicators. *Aging Clin Exp Res.* kolovoz 2007.;19(4):323–9. doi:10.1007/BF03324709 PubMed PMID: 17726364.
47. Stuart M, Hansen EB. Danish home care policy and the family: implications for the United States. *J Aging Soc Policy.* 2006.;18(3–4):27–42. doi:10.1300/J031v18n03_03 PubMed PMID: 17135093.
48. Lewinter M. Developments in home help for elderly people in Denmark: the changing concept of home and institution. *Int J Soc Welf.* 28. siječanj 2004.;13(1):89–96. doi:10.1111/j.1369-6866.2004.00300.x
49. Avlund K, Vass M, Lund R, Yamada Y, Hendriksen C. Influence of psychological characteristics and social relations on receiving preventive home visits in older men and women. *Eur J Ageing.* rujan 2008.;5(3):191–201. doi:10.1007/s10433-008-0086-4 PubMed PMID: 28798572.
50. LITWIN H, ATTIAS-DONFUT C. The inter-relationship between formal and informal care: a study in France and Israel. *Ageing Soc.* 10. siječanj 2009.;29(1):71–91. doi:10.1017/S0144686X08007666
51. Bihan B Le, Martin C. *A Comparative Case Study of Care Systems for Frail Elderly People: Germany, Spain, France, Italy, United Kingdom and Sweden.* *Soc Policy Adm.* 12. veljača 2006.;40(1):26–46. doi:10.1111/j.1467-9515.2006.00475.x
52. Bode I. Co-governance within networks and the non-profit – for-profit divide. *Public Management Review.* prosinac 2006.;8(4):551–66. doi:10.1080/14719030601022932
53. Onder G, Liperoti R, Soldato M, Carpenter I, Steel K, Bernabei R, i ostali. Case management and risk of nursing home admission for older adults in home care: results of the AgeD in HHome Care Study. *J Am Geriatr Soc.* ožujak 2007.;55(3):439–44. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01079.x PubMed PMID: 17341249.

54. Söderlund R. The Role of Information and Communication Technology in Home Services: Telecare Does not Satisfy the Needs of the Elderly. *Health Informatics J.* 01. lipanj 2004.;10(2):127–37. doi:10.1177/1460458204042237
55. Hammar T, Perälä ML, Rissanen P. Clients' and workers' perceptions on clients' functional ability and need for help: home care in municipalities. *Scand J Caring Sci.* ožujak 2009.;23(1):21–32. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00582.x PubMed PMID: 19000091.
56. Hammar T, Rissanen P, Perälä ML. Home-care clients' need for help, and use and costs of services. *Eur J Ageing.* 21. lipanj 2008.;5(2):147–60. doi:10.1007/s10433-008-0078-4
57. Blomgren J, Martikainen P, Martelin T, Koskinen S. Determinants of home-based formal help in community-dwelling older people in Finland. *Eur J Ageing.* 21. prosinac 2008.;5(4):335–47. doi:10.1007/s10433-008-0094-4
58. Kröger T. Universalism in social care for older people in Finland – weak and still getting weaker. *Nordisk sosialt arbeid.* 24. veljača 2003.;23(1):30–4. doi:10.18261/ISSN1504-3037-2003-01-06
59. TIMONEN V, CONVERY J, CAHILL S. Care revolutions in the making? A comparison of cash-for-care programmes in four European countries. *Ageing Soc.* 24. svibanj 2006.;26(3):455–74. doi:10.1017/S0144686X0600479X
60. Timonen V, Doyle M. Worlds apart? Public, private and non-profit sector providers of domiciliary care for older persons in Ireland. *J Aging Stud.* kolovoz 2007.;21(3):255–65. doi:10.1016/j.jaging.2006.10.003
61. Timonen V. From the workhouse to the home: evolution of care policy for older people in Ireland. *International Journal of Sociology and Social Policy.* 25. travanj 2008.;28(3/4):76–89. doi:10.1108/01443330810862151
62. Landi F, Lattanzio F, Gambassi G, Zuccalà G, Sgadari A, Panfilo M, i ostali. A model for integrated home care of frail older patients: the Silver Network project. SILVERNET-HC Study Group. *Aging (Milano).* kolovoz 1999.;11(4):262–72. doi:10.1007/BF03339667 PubMed PMID: 10605615.

63. Carpenter I, Gambassi G, Topinkova E, Schroll M, Finne-Soveri H, Henrard JC, i ostali. Community care in Europe. The Aged in Home Care project (AdHOC). *Aging Clin Exp Res.* kolovoz 2004.;16(4):259–69. doi:10.1007/BF03324550 PubMed PMID: 15575119.
64. van Campen C, van Gameren E. Eligibility for long-term care in The Netherlands: development of a decision support system. *Health Soc Care Community.* srpanj 2005.;13(4):287–96. doi:10.1111/j.1365-2524.2005.00546.x PubMed PMID: 15969699.
65. Algera M, Francke AL, Kerkstra A, van der Zee J. An evaluation of the new home-care needs assessment policy in the Netherlands. *Health Soc Care Community.* svibanj 2003.;11(3):232–41. doi:10.1046/j.1365-2524.2003.00424.x PubMed PMID: 12823428.
66. Xanthopoulou D, Bakker AB, Dollard MF, Demerouti E, Schaufeli WB, Taris TW, i ostali. When do job demands particularly predict burnout? *Journal of Managerial Psychology.* 13. studeni 2007.;22(8):766–86. doi:10.1108/02683940710837714
67. Kjøus BØ, Botten G, Romøren TI. Quality improvement in a publicly provided long-term care system: the case of Norway. *Int J Qual Health Care.* prosinac 2008.;20(6):433–8. doi:10.1093/intqhc/mzn031 PubMed PMID: 18653584.
68. Askheim OP. Personal Assistance for Disabled People – The Norwegian Experience. *Int J Soc Welf.* 04. travanj 1999.;8(2):111–20. doi:10.1111/1468-2397.00072
69. Vabø M. CARING FOR PEOPLE OR CARING FOR PROXY CONSUMERS? *European Societies.* 01. rujun 2006.;8(3):403–22. doi:10.1080/14616690600821990
70. Marcinowicz L, Chlabicz S, Konstantynowicz J, Gugnowski Z. Involvement of family nurses in home visits during an 8-year period encompassing primary healthcare reforms in Poland. *Health Soc Care Community.* srpanj 2009.;17(4):327–34. doi:10.1111/j.1365-2524.2008.00824.x
71. Santana S, Dias A, Souza E, Rocha N. The Domiciliary Support Service in Portugal and the change of paradigm in care provision. *Int J Integr Care.* 15. siječanj 2007.;7(1). doi:10.5334/ijic.177
72. Kogoj A. Care for people with dementia in Slovenia. *Psychiatr Danub.* lipanj 2008.;20(2):217–9. PubMed PMID: 18587292.

73. Otero A, de Yébenes MJG, Rodríguez-Laso A, Zunzunegui MV. Unmet home care needs among community-dwelling elderly people in Spain. *Aging Clin Exp Res*. lipanj 2003.;15(3):234–42. doi:10.1007/BF03324504 PubMed PMID: 14582686.
74. Karlsson S, Edberg A, Westergren A, Hallberg IR. Functional ability and health complaints among older people with a combination of public and informal care vs. public care only. *Scand J Caring Sci*. 05. ožujak 2008.;22(1):136–48. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00549.x
75. Johansson L, Sundström G, Hassing LB. State provision down, offspring's up: the reverse substitution of old-age care in Sweden. *Ageing Soc*. 20. svibanj 2003.;23(3):269–80. doi:10.1017/S0144686X02001071
76. Meinow B, Kåreholt I, Lagergren M. According to need? Predicting the amount of municipal home help allocated to elderly recipients in an urban area of Sweden. *Health Soc Care Community*. srpanj 2005.;13(4):366–77. doi:10.1111/j.1365-2524.2005.00570.x PubMed PMID: 15969708.
77. Malmberg B, Ernsth M, Larsson B, Zarit SH. Angels of the night: evening and night patrols for homebound elders in Sweden. *Gerontologist*. listopad 2003.;43(5):761–5. doi:10.1093/geront/43.5.761 PubMed PMID: 14570973.
78. Savla J, Davey A, Sundström G, Zarit SH, Malmberg B. Home help services in Sweden: responsiveness to changing demographics and needs. *Eur J Ageing*. ožujak 2008.;5(1):47–55. doi:10.1007/s10433-008-0071-y PubMed PMID: 28798561.
79. Santos-Eggimann B, Cirilli NC, Monachon JJ. Frequency and determinants of urgent requests to home care agencies for community-dwelling elderly. *Home Health Care Serv Q*. 2003.;22(1):39–53. doi:10.1300/J027v22n01_03 PubMed PMID: 12749526.
80. Dubois A, Santos-Eggimann B. Evaluation of patients' satisfaction with hospital-at-home care. *Eval Health Prof*. ožujak 2001.;24(1):84–98. doi:10.1177/01632780122034812 PubMed PMID: 11233588.
81. Taylor BJ, Donnelly M. Risks to home care workers: Professional perspectives. *Health Risk Soc*. 22. rujana 2006.;8(3):239–56. doi:10.1080/13698570600871695

82. Hardy B, Young R, Wistow G. Dimensions of choice in the assessment and care management process: the views of older people, carers and care managers. *Health Soc Care Community*. studeni 1999.;7(6):483–91. doi:10.1046/j.1365-2524.1999.00217.x PubMed PMID: 11560665.
83. Weiner K, Stewart K, Hughes J, Challis D, Darton R. Care management arrangements for older people in England: key areas of variation in a national study. *Ageing Soc*. 19. srpanj 2002.;22(4):419–39. doi:10.1017/S0144686X02008711
84. Scourfield P. Issues arising for older people at the ‘interface’ of intermediate care and social care issues. *Research Policy and Planning* . 2007.;25(1):57–67.
85. Fleming G, Taylor BJ. Battle on the home care front: perceptions of home care workers of factors influencing staff retention in Northern Ireland. *Health Soc Care Community*. siječanj 2007.;15(1):67–76. doi:10.1111/j.1365-2524.2006.00666.x PubMed PMID: 17212627.
86. Netten A, Jones K, Sandhu S. Provider and care workforce influences on quality of home-care services in England. *J Aging Soc Policy*. 2007.;19(3):81–97. doi:10.1300/J031v19n03_06 PubMed PMID: 17613471.
87. Kendall J, Matošević T, Forder J, Knapp M, Hardy B, Ware P. The Motivations of Domiciliary Care Providers in England: New Concepts, New Findings. *J Soc Policy*. 29. listopad 2003.;32(4):489–511. doi:10.1017/S0047279403007128
88. Mcfarlane L, Mclean J. Education and training for direct care workers. *Social Work Education*. kolovoz 2003.;22(4):385–99. doi:10.1080/02615470309140
89. WHO Regional Office for Europe. Country assessment framework for the integrated delivery of long-term care Working document WHO European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery [Internet]. Copenhagen; 2019. Report. Dostupno na: <http://www.euro.who.int/pubrequest>
90. Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske. Nacionalni portfelj ulaganja u zdravstvo i dugotrajnu skrb 2021. - 2027. [Internet]. 2021. [citirano 21. veljača 2026.]. Report. Dostupno na:

<https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2022%20Objave/Prilog%203.%20Nacionalni%20portfelj%20ulaganja%20u%20zdravstvo%20i%20dugotrajnu%20s...pdf>

91. SHARE. Zdravstveni i socioekonomski status tijekom životnog ciklusa [Internet]. Smolić Š, Čipin I, urednici. Zagreb: Ekonomski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2020 [citirano 10. rujan 2023.]. 245–318 str. Dostupno na: <https://www.share-project.hr/publikacije/>
92. Improving Long-Term Care in Croatia. OECD Publishing; 2023. doi:10.1787/9de55222-en
93. Vlada Republike Hrvatske. Pravo na status roditelja njegovatelja ili status njegovatelja [Internet]. Vlada Republike Hrvatske. [Internet]. [citirano 21. veljača 2026.]. Report. Dostupno na: <https://gov.hr/hr/pravo-na-status-roditelja-njegovatelja-ili-status-njegovatelja/726>
94. van der Roest HG, van Eenoo L, van Lier LI, Onder G, Garms-Homolová V, Smit JH, i ostali. Development of a novel benchmark method to identify and characterize best practices in home care across six European countries: design, baseline, and rationale of the IBenC project. BMC Health Serv Res. 15. prosinac 2019.;19(1):310. doi:10.1186/s12913-019-4109-y
95. The Economic Benefit of Promoting Healthy Ageing and Community Care. OECD Publishing; 2025. doi:10.1787/0f7bc62b-en
96. Chabouh S, El-Amraoui A, Hammami S, Bouchriha H. A systematic review of the home health care planning literature: Emerging trends and future research directions. Decision Analytics Journal. lipanj 2023.;7:100215. doi:10.1016/j.dajour.2023.100215
97. Advanced practice nursing in primary care in OECD countries. travanj 2024. Report. doi:10.1787/8e10af16-en
98. Beyond Applause? Improving Working Conditions in Long-Term Care. OECD Publishing; 2023. doi:10.1787/27d33ab3-en
99. European Commission: Directorate-General for Employment SA and I. Long-term care report – Trends. 2021. Report. doi:<https://data.europa.eu/doi/10.2767/677726>

100. Wirnitzer J, Heckmann I, Meyer A, Nickel S. Patient-based nurse rostering in home care. *Oper Res Health Care*. ožujak 2016.;8:91–102. doi:10.1016/j.orhc.2015.08.005
101. Chabouh S, El-Amraoui A, Hammami S, Bouchriha H. A systematic review of the home health care planning literature: Emerging trends and future research directions. *Decision Analytics Journal*. lipanj 2023.;7:100215. doi:10.1016/j.dajour.2023.100215
102. Ashlea R. Bennett. HOME HEALTH CARE LOGISTICS PLANNING [Internet]. Georgia Institute of Technology; 2010 [citirano 21. veljača 2026.]. Dostupno na: <https://repository.gatech.edu/entities/publication/90265bf8-8503-43b0-9532-a886ca8ee645>
103. Džakula A, Vočanec D, Banadinović M, Vajagić M, Lončarek K, Lukačević Lovrenčić I, Radin D, Rechel B. Croatia: Health System Summary. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe; 2024.
104. Towards a Structured and Systemic Integration of Home Care for the Non-Self-Sufficient in Italy. OECD Publishing; 2025. doi:10.1787/a204ba8c-en
105. Health workforce burn-out. *Bull World Health Organ*. 01. rujan 2019.;97(9):585–6. doi:10.2471/BLT.19.020919
106. Bađun M. Long-Term Care Workforce in Croatia: A Qualitative Study on the Potential Role of Immigration. *Revija za socijalnu politiku*. 02. ožujak 2025.;31(3):261–79. doi:10.3935/rsp.v31i3.33

ILUSTRACIJE

Popis slika

Slika 1: Dijagram postupaka kontinuiranog provođenja skrbi zdravstvene njege u kući.....	4
Slika 2. Korisnici zdravstvene njege u kući po dobnim skupinama korisnika i njihovoj funkcionalnoj sposobnosti u Hrvatskoj u 2023. godini	40
Slika 3. Dobna struktura sudionika,	48
Slika 4. Bračni status sudionika	50
Slika 5. Utjecaj sudionika na količinu posla koji im je zadan	52
Slika 6. Utjecaj sudionika na odmor rokom radnog vremena.....	53
Slika 7. Prekovremeni rad sudionika	54
Slika 8. Spremnost nadređenih da sasluša probleme koje imaju zaposlenici	55
Slika 9. Zahtijevanje brzog i kontinuiranog fizičkog napora na poslu	56
Slika 10. Pomicanje ili podizanje teških tereta na poslu.....	57
Slika 11. Zadovoljstvo sudionika poslom.....	58
Slika 12. Stručno usavršavanje sudionika.....	59
Slika 13. Težina rada s klijentima/pacijentima	60
Slika 14. Preporuka radnog mjesta	61
Slika 15. Moj je raspored radnog vremena zadovoljavajući.....	63
Slika 16. Rješavaju li se sukobi na pravedan način?	65
Slika 17. Uloga stručnjaka u odlučivanju o ciljevima organizacije posla u ustanovi.....	66
Slika 18. Odluke stručnih osoba o metodama rada i postupcima u ustanovi.....	68
Slika 19. Godina osnivanja ustanove	78
Slika 20. Struka ravnatelja ustanove	79
Slika 21. Područje u kojemu se pružaju zdravstvene usluge	80
Slika 22. Broj zaposlenih u ustanovama	81
Slika 23. Postoji li dežurstvo liječnika u ustanovama.....	83

Popis tablica

Tablica 1. Razina postignutog obrazovanja i dodatno stručno usavršavanje.....	49
Tablica 2. Zdravlje i dobrobit sudionika u posljednja četiri tjedna.....	51
Tablica 3. Zadovoljstvo poslom.....	57
Tablica 4. Pružanje adekvatnih informacija zaposlenicima i kvaliteta neposredno nadređene osobe.....	62
Tablica 5. Odnos menadžmenta i zaposlenika.....	64
Tablica 6. Utjecaj stručnjaka na odlučivanje o ciljevima pri organizaciji posla.....	67
Tablica 7. Utjecaj na donošenje odluka.....	69
Tablica 8. Rezultati Mann-Whitney U-testova za odnos vremena putovanja između pacijenata i radnih uvjeta.....	70
Tablica 9. Povezanost između vremena putovanja i učestalosti brze i kontinuirane fizičke aktivnosti.....	72
Tablica 10. Povezanost između vremena putovanja i učestalosti pomicanja ili podizanja teških tereta.....	73
Tablica 11. Spearmanovi koeficijenti korelacije između zadovoljstva poslom i radnih čimbenika.....	74
Tablica 12. Spearmanovi koeficijenti korelacije između vjerojatnosti potrage za novim poslom i radnih čimbenika.....	75
Tablica 13. Spearman koeficijenti korelacije između faktora posla i vjerojatnosti da će posao preporučiti prijatelju.....	76
Tablica 14. Duljina smjene prema broju sati rada.....	82
Tablica 15. Instrumenti procjene ili sustav instrumenata za kliničku gerijatrijsku procjenu.....	84
Tablica 16. Rezultati Kruskal-Wallis H testa.....	85
Tablica 17. Prijedlog nacionalnog modela planiranja i upravljanja na temelju rezultata istraživanja.....	94
Tablica 18. Prijedlog komponenata nacionalnog modela, aktera i provedbenih koraka.....	96

POPIS POKRATA

IBenC – *Identifying Best Practices for Care-Dependent Elderly by Benchmarking Costs and Outcomes of Community Care* (**Identificiranje najboljih praksi skrbi za starije osobe ovisne o skrbi usporedbom troškova i ishoda skrbi u zajednici**)

NN – Narodne novine

HZZO – Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

COVID-19 – *Coronavirus Disease 2019* (**koronavirusna bolest 2019.**)

BDP – bruto domaći proizvod

EU – Europska unija

HZJZ – Hrvatski zavod za javno zdravstvo

WHO – *World Health Organization* (**Svjetska zdravstvena organizacija**)

HIV – *Human Immunodeficiency Virus* (**virus humane imunodeficijencije**)

HbA1c – hemoglobin A1c

HSPA – *Health System Performance Assessment* (**procjena uspješnosti zdravstvenoga sustava**)

E-zdravstvo – elektroničko zdravstvo

NUTS – *Nomenclature of Territorial Units for Statistics* (**Nomenklatura teritorijalnih jedinica za statistiku**)

BPGG – *Bundespflegegeldgesetz* (**Savezni zakon o doplatku za njegu**)

LPGG – *Landespflegegeldgesetze* (**pokrajinski zakoni o doplatku za njegu**)

COCOF – *Commission communautaire française* (**Komisija francuske zajednice**)

ADHOC – *Aged in Home Care* (**starije osobe u kućnoj skrbi**)

ADL – *Activities of Daily Living* (**aktivnosti svakodnevnoga života**)

IADL – *Instrumental Activities of Daily Living* (**instrumentalne aktivnosti svakodnevnoga života**)

HSE – *Health Service Executive* (**Izvršna služba za zdravstvo**)

RAI – *Resident Assessment Instrument* (**instrument procjene korisnika**)

IPLOS – *Individual-based Statistics for Nursing and Care Services* (**individualna statistika usluga njege i skrbi**)

OECD – *Organisation for Economic Co-operation and Development* (**Organizacija za**

ekonomsku suradnju i razvoj)

SHARE – *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (Istraživanje o zdravlju, starenju i umirovljenju u Europi)

EU-SILC – *European Union Statistics on Income and Living Conditions* (Statistika Europske unije o dohotku i životnim uvjetima)

RH – Republika Hrvatska

PRIVITCI

Prilog 1 Upitnik 1- Značajke djelatnika u zdravstvenoj skrbi

Upitnik 1- Značajke djelatnika u zdravstvenoj skrbi Ispunjavaju djelatnici u zdravstvenoj njezi u kući

Poštovani,

Zahvaljujemo Vam na sudjelovanju u ovom istraživanju u okviru izrade doktorske dizertacije na temu „Model planiranja i upravljanja u sustavu zdravstvene njege u kući u Republici Hrvatskoj“. U okviru ovoga doktorskog rada istražujemo koje značajke ustanove koje se bave zdravstvenom njegom u kući mogu pridonijeti uspostavi sustava kvalitetne i dostupne zdravstvene njege u kući, što uključuje i osoblje koje se bavi zdravstvenom njegom bolesnika u kući .

Ovaj upitnik osmišljen je kao sredstvo za mjerenje značajki djelatnika koji se bave zdravstvenom njegom bolesnika u kući u Hrvatskoj.

Pitanja se odnose na uvjete u kojima radite te na Vaše mišljenje. Stoga biste trebali izbjeći „pomoć“ od drugih osoba. Molimo Vas da imate na umu da ne postoje točni i netočni odgovori. Za kvalitetu istraživanja od velike je važnosti da odgovorite na sva pitanja.

Sudjelovanje je u popunjavanju upitnika dobrovoljno. Ukoliko ne želite ispuniti upitnik, to se ni na koji način neće odraziti na Vaš radni status.

Vaši će odgovori biti obrađeni kao anonimni. Rezultati obrade odnose se na grupe, stoga se individualni odgovori pojedinačnih ispitanika ne identificiraju kao takvi. Predmet istraživanja ustanove su koje se bave zdravstvenom njegom u kući, a ne pojedinačni zaposlenici.

Potrebno je oko 30 minuta da ispunite upitnik. Odgovarate na način da označite odgovarajuće polje. U nekim se pitanjima od Vas traži da upišete broj ili nekoliko riječi. Na kraju upitnika možete dopisati svoja zapažanja ili dati opsežniji odgovor na bilo koje od postavljenih pitanja, ukoliko to želite.

Nakon što pročitate izjavu koja slijedi u nastavku i označite je križićem, smatra se da ste dali svoju suglasnost (pristanak) za sudjelovanje u istraživanju.

Želimo Vam puno uspjeha i unaprijed zahvaljujemo na trudu!

Informirani pristanak za sudjelovanje u istraživanju „Model planiranja i upravljanja u sustavu zdravstvene njege u kući u Republici Hrvatskoj,,

Označivši kvačicom polje na dnu ove stranice dajem svoju suglasnost za sudjelovanje u *ovom istraživanju*.

Ovim putem izjavljujem:

- Dostatno sam i na odgovarajući način informiran/a o ciljevima i sadržaju istraživanja.
- Dobio/la sam pismene informacije o projektu.
- Pružena mi je prilika da postavljam pitanja o projektu. Na pitanja sam dobio/la zadovoljavajuće odgovore.
- Upoznat/a sam s činjenicom da je moje sudjelovanje na dobrovoljnoj osnovi te da mi je dopušteno povući se iz sudjelovanja u bilo koje vrijeme.
- Jasno mi je da se u okviru ovoga istraživanja prikupljaju i obrađuju podaci. Dobrovoljno pristajem na to.
- Poznato mi je da će se podaci pohranjivati i obrađivati kao anonimni te da nitko izvan istraživačkoga tima, osim mene osobno, neće imati pristup tim podacima.
- Ovim putem dajem svoju privolu da se moji podatci pohrane po završetku projekta.
- Dajem svoju suglasnost za sudjelovanje u istraživanju.

Molimo označite polje (rubriku) kvačicom da biste dali svoj pristanak te započnite s popunjavanjem upitnika.

7. Radno mjesto/dužnost u ustanovi

1. Označite radno mjesto na kojem ste zaposleni kod svojega trenutnog poslodavca:

- medicinska sestra/tehničar
- menadžer/ica na rukovodećem mjestu
- administrativno osoblje
- ostalo, molimo točno navedite:

8. Socijalni uvjeti, socijalno okruženje i životne navike

2. Koja je Vaša najviša razina postignutog obrazovanja?

- srednja škola
- viša razina od srednje škole, ali niža od sveučilišnog / stručnog prvostupnika
- sveučilišni / stručni prvostupnik
- magistar
- doktor znanosti
- ostalo, molimo točno navedite:

3. Koji je ukupan broj mjeseci koje ste proveli u dodatnom stručnom usavršavanju ili osposobljavanju po završetku školskoga obrazovanja (isključite stručne skupove/konferencije)?

4. Označite kojoj dobnoj skupini pripadate:

- manje od 20 godina
- 20 – 24 godine
- 25– 29 godina
- 30 – 34 godine
- 35 – 39 godina
- 40 – 44 godine
- 45 – 49 godina
- 50 – 54 godine
- 55 – 59 godina
- 60 – 64 godine
- 65 godina i više

5. Spol :

- ženski
- muški

6. Molimo označite svoje državljanstvo:

- hrvatsko
- neke druge europske zemlje članice EU
- neke druge europske zemlje koja nije članica EU
- neke druge zemlje izvan Europe

7. Molimo označite svoje trenutno bračno stanje:

- neoženjen/neudana
- oženjen / udana / registrirano partnerstvo
- udovac/udovica

- razveden/razvedena
8. Molimo označite u kakvom kućanstvu živite:
- sam/a
 - s bračnim drugom / partnerom i/ili s djecom
 - s nekom drugom osobom
9. Koliko djece živi s Vama u kućanstvu?
Molimo obratite pozornost da se ovo odnosi samo na djecu koja još uvijek žive s Vama. Ne ubrajaju se djeca koja više ne žive s Vama u kućanstvu.
- niti jedno
 - jedno
 - dvoje
 - troje ili više
 - četvero ili više
10. Tko se u prvome redu brine o djeci?
- Ja zajedno s partnerom.
 - Samo ja.
 - Samo moj partner.
 - Imamo zajedničko skrbništvo.
 - Netko drugi.
 - Nije primjenjivo.
11. Brinete li se u privatnom životu o invalidnim, bolesnim ili starijim osobama?
- Da.
 - Ne.
12. Molimo označite u koju od dolje navedenih kategorija prosječnoga mjesečnog neto dohotka po obitelji spadate. Radi se o zbirnom prihodu svih članova obitelji.
- 1874,99 HRK mjesečno ili manje
 - 1875,00 – 3749,99 HRK mjesečno
 - 3750,00 – 7499,99 HRK mjesečno
 - 7500,00 - 11 249,99 HRK mjesečno
 - 11 250,00 - 14 999,99 HRK mjesečno
 - 15 000,00 – 18 749,99 HRK mjesečno
 - 18 750,00 – 22 499,99 HRK mjesečno
 - 22n500,00 HRK mjesečno ili više
13. Raspoložete li s dovoljno novca da zadovoljite svoje potrebe?
- nipošto
 - u maloj mjeri
 - umjereno
 - uglavnom
 - u potpunosti
14. Do koje se mjere slažete sa sljedećim izjavama o socijalnoj podršci koju dobivate izvan radnog mjesta?

		U potpunosti se slažem.	Donekle se slažem.	Niti se slažem, niti se ne slažem.	Djelomično se ne slažem.	Uopće se ne slažem.	Nije primjenjivo.
14.1	Mogu se osloniti na svoga bračnog druga kada je situacija na poslu teška.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.2	Mogu se osloniti na svoje prijatelje kada je situacija na poslu teška.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.3	Mogu se osloniti na svoje rođake kada je situacija na poslu teška.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.4	Moj bračni partner spreman je slušati o mojim osobnim problemima.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.5	Moji prijatelji spremni su slušati o mojim osobnim problemima.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.6	Moji rođaci spremni su slušati o mojim osobnim problemima.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Zdravlje i dobrobit

Pitanja koja slijede odnose se na Vaše zdravlje i dobrobit.

15. Sljedeća pitanja odnose se na Vaše *vlastito* zdravlje i dobrobit. Molimo Vas nemojte pokušavati razlučiti između simptoma koji su nastali kao posljedica posla i onih koji su nastali zbog drugih uzroka. Zadatak je da opišete kako se općenito osjećate.

	U posljednja četiri tjedna	odlično	vrlo dobro	dobro	osrednje	loše
C8	Općenito gledajući biste li rekli da je Vaše zdravlje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	U posljednja četiri tjedna	cijelo vrijeme	veći dio vremena	dio vremena	manji dio vremena	uopće ne
C10.16	Koliko često ste bili razdražljivi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 10.30	Koliko često ste bili pod stresom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		uvijek	često	ponekad	rijetko	nikada/ gotovo nikada
CBI 1	Koliko često se osjećate umorno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CBI 2	Koliko često ste fizički iscrpljeni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CBI3	Koliko često ste emocionalno iscrpljeni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CBI4	Koliko često pomislite: „Ne mogu ovo više izdržati?“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CBI 5	Koliko često se osjećate iznemoglo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CBI 6	Koliko često se osjećate slabo i osjetljivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Osobne informacije o poslu

16. Koliko godina i mjeseci radite kod trenutnoga poslodavca (ili ste samozaposleni)?
..... godina i mjeseci.

17. Imate li nadređenu osobu?

- Da.
 Ne.

18. Kakvu vrstu ugovora o radu imate?

- Ugovor na neodređeno vrijeme.
 Ugovor na određeno vrijeme.
 Samozaposlen/a sam.
 Nemam ugovor o radu.

19. Koja je vaša trenutna situacija po pitanju radnog vremena?

- Puno radno vrijeme. → Radim sati/ tjedno.
 Nepuno radno vrijeme:

20. Kako se odvija Vaš rad u smjenama?

- U fiksno vrijeme danju (uglavnom između 6:00 h i 18:00 h).
 U fiksno vrijeme popodne/navečer (uglavnom između 15:00 h i 24:00 h).
 U fiksno vrijeme noću (uglavnom između 22:00 h i 6:00 h).
 Imam varijabilno radno vrijeme bez rada noću.
 Imam varijabilno radno vrijeme s noćnim radom.

21. Koliko sati traje jedna prosječna radna smjena? sati.

22. Koliko godina radnog iskustva imate u zdravstvenoj njezi u kući ? godina.

23. Radite li trenutno za plaću na sličnom poslu za više od jednog poslodavca?

- Da.
- Ne.

24. Koliko ste dana bili na bolovanju prethodne kalendarske godine (2020.)?

- Nisam bio/bila na bolovanju u 2020. god.
- Od jednog dana do tjedan dana.
- Više od jednog tjedna, ali manje od jednog mjeseca.
- Od jednog do dva mjeseca.
- Od dva mjeseca do šest mjeseci.
- Više od šest mjeseci.

25. Donošenje odluka

27.1. Do koje mjere po Vašem mišljenju dolje navedeni stručnjaci u Vašoj ustanovi odlučuju o ciljevima pri organizaciji posla (npr. o prihodima i troškovima, broju slučajeva, pristupu njezi, smjeru u kojem treba provesti promjene i sl.)?

	u vrlo velikoj mjeri	u velikoj mjeri	donekle	u maloj mjeri	u vrlo maloj mjeri	Ta vrsta stručne osobe ne postoji u našoj ustanovi.
upravni odbor / ravnatelj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
voditelji timova	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
menadžeri zaduženi za kvalitetu / drugi menadžeri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
čitav tim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja osobno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
netko drugi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27.2. U kojoj mjeri po Vašemu mišljenju dolje navedene stručne osobe donose odluke u Vašoj ustanovi o metodama rada, postupcima i procedurama ustanove (npr. izrada plana pružanja njege, trajanje posjeta kod pacijenata/klijenata, rasprave o planiranju njege, zadaće koje treba izvršiti i sl.)?

	u jako velikoj mjeri	u velikoj mjeri	donekle	u maloj mjeri	u vrlo maloj mjeri	Ta vrsta stručne osobe ne postoji u našoj ustanovi
upravni odbor / ravnatelj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
voditelji tima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
menadžeri zaduženi za kvalitetu / drugi menadžeri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
čitav tim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja osobno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
netko drugi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Koliko zaposlenika radi zajedno s Vama u timu? *Misli se na tim s kojim radite u okviru Vaše ustanove.*

- Ne radim u timu.
- Tim u kojem radim sastoji se od:
 - voditelja/menadžera
 - drugih kolega.

27. Broj klijenata /pacijenata

		ni jeden klijent/ pacijent	1-5 klijenata/ pacijenata	6-10 klijenata/ pacijenata	11-15 klijenata/ pacijenata	16-20 klijenata pacijenata	> 20 klijenata /pacijenata
29a	Za koliko klijenata/pacijenata pružate uslugu zdravstvene njege u okviru prosječnog tjednog rada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. U kojoj mjeri ste Vi osobno upoznati s uslugama pružanja zdravstvene njege u kući koje su dostupne na području u kojem radite?

- U jako velikoj mjeri.
- U velikoj mjeri.
- Donekle.
- U maloj mjeri.
- U vrlo maloj mjeri.

29. Koliko minuta dnevno prosječno trošite na putovanje od jednoga do drugoga klijenta/pacijenta za vrijeme smjene? minuta.

11. Psihosocijalni čimbenici na poslu

Sljedeća pitanja odnose se na Vašu radnu okolinu. Neka su pitanja više, a druga manje primjerena Vašoj radnoj okolini, ali Vas molimo da odgovorite na sva pitanja.

		uvijek	često	ponekad	rijetko	nikad/gotovo nikad
C32.3	Dovodi li Vas posao u emocionalno uznemirujuće situacije?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CBI10	Osjećate li se iznemoglo na kraju radnoga dana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C32.4	Imate li visok stupanj utjecaja u pogledu posla koji obavljate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C32.8	Morate li se nositi s osobnim problemima drugih ljudi kao dio svakodnevnog posla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CBI11	Iscrpljuje li Vas već ujutro pomisao da još jedan dan morate provesti na poslu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		uvijek	često	ponekad	rijetko	nikad/gotovo nikad
C32.14	Zaostajete li u izvršavanju obveza na poslu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C32.23	Imate li dovoljno vremena za izvršavanje radnih zadataka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CBI12	Imate li osjećaj da je svaki sat rada zamoran za Vas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C32.24	Možete li utjecati na količinu posla koji Vam se zada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CBI13	Imate li dovoljno energije za obitelj i prijatelje tijekom slobodnog vremena?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C32.29	Možete li sami odlučiti kada ćete imati odmor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	Morate li raditi prekovremeno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CBI18	Je li Vam dosadio rad s klijentima/pacijentima?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C32.31	Možete li zastati s poslom da biste porazgovarali s kolegom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CBI19	Zapitate li se ponekad koliko dugo ćete još biti sposobni raditi s klijentima/pacijentima?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C47.1	Koliko Vas je često Vama neposredno nadređena osoba spremna saslušati o problemima koje imate na poslu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C47.3	Koliko često Vama neposredno nadređena osoba razgovara s Vama o tome koliko dobro izvršavate svoj posao?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		nikad	ponekad	često	uvijek
PWS1	Moj posao zahtijeva brze i kontinuirane fizičke napore.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PWS2	Moj posao zahtijeva repetitivne pokrete istih dijelova tijela (mišići, tetive, zglobovi...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		nikad	ponekad	često	uvijek
PWS3	Za vrijeme posla moram pomicati ili podizati teške terete.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PWS4	Moram u dugim vremenskim intervalima raditi u nespretnim položajima tijela.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. U kojoj je mjeri, ukoliko uopće jest, svaka od sljedećih stavki onaj dio posla koji Vas ispunjava zadovoljstvom:

		uopće me ne ispunjava zadovoljstvom	donekle me ispunjava zadovoljstvom	jako me ispunjava zadovoljstvom	izuzetno jako me ispunjava zadovoljstvom	ne odnosi se na moj posao
JRQ1	pomaganje drugima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JRQ2	osjećaj da ste nešto pokrenuli nabolje u životima drugih	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JRQ3	osjećaj da ste potrebni drugima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. U kojoj se mjeri slažete sa sljedećim tvrdnjama:

		Nipošto se ne slažem.	Ne slažem se.	U manjoj se mjeri ne slažem.	Niti se slažem, niti se ne slažem.	U manjoj se mjeri slažem.	Slažem se.	U potpunosti se slažem.
ITL1	Iduće ću godine vjerojatno potražiti novi posao.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ITL2	Često razmišljam o davanju otkaza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Sljedeća pitanja odnose se na situacije u kojima Vam je potrebna pomoć ili podrška na poslu.

Ukoliko nemate radnih kolega, označite kao „nije relevantno“.

		uvijek	često	ponekad	rijetko	nikad / gotovo nikad	nije relevantno
C33.4	Vlada li između Vas i Vaših kolega dobro ozračje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C33.6	Osjećate li na poslu pripadnost svojoj radnoj zajednici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		vrlo zadovoljan/na	zadovoljan/na	nezadovoljan/na	vrlo nezadovoljan/na
C34.6	Općenito gledajući na svoj posao, koliko ste u cijelosti zadovoljni njime kada sve uzmete u obzir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		u vrlo velikoj mjeri	u velikoj mjeri	donekle	u maloj mjeri	u vrlo maloj mjeri
C35.2	Je li nužno da uvijek radite brzim tempom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C35.4	Zahtijeva li Vaš posao od Vas da preuzmete inicijativu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C35.5	Ima li Vaš posao smisla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CBI16	Oduzima li Vam rad s klijentima / pacijentima energiju?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		u vrlo velikoj mjeri	u velikoj mjeri	donekle	u maloj mjeri	u vrlo maloj mjeri
C35.6	Jeste li na svojem radnome mjestu dovoljno unaprijed informirani, npr. u pogledu važnih odluka, promjena i planova za budućnost?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C35.7	Ima li Vaš rad jasne ciljeve?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IBenC2	Dobivate li stručno usavršavanje koje Vam je potrebno da biste dobro radili svoj posao?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CBI7	Je li Vaš posao emocionalno iscrpljujući?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C35.9	Brine li Vas da biste mogli ostati bez posla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C35.10	Cijene li rukovoditelji (menadžeri) Vaš rad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CBI8	Imate li osjećaj da zbog posla patite od sindroma sagorijevanja (<i>burn out</i>)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CBI14	Smatrate li da je teško raditi s klijentima/pacijentima?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C35.13	Smatrate li važnim posao koji obavljate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C35.14	Biste li dobrome prijatelju preporučili da se javi za radno mjesto na Vašem poslu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CBI9	Frustrira li Vas Vaš posao?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C35.22	Dobivate li sve informacije koje su Vam potrebne da biste mogli dobro obavljati svoj posao?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IBenC3	Izvršavate li zadatke koji nisu posebno navedeni u planu njege?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C35.25	Ponašaju li se prema Vama pravedno na Vašem radnom mjestu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C35.28	Znate li točno što se od Vas očekuje na poslu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		u vrlo velikoj mjeri	u velikoj mjeri	donekle	u maloj mjeri	u vrlo maloj mjeri
CBI15	Smatrate li da je rad s klijentima/pacijentima frustrirajući?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C35.30	Brine li Vas da bi moglo biti teško naći drugi posao u slučaju da postanete nezaposleni ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IBenC4	Izvršavate li zadatke koji nisu u opisu Vašega posla, ali koje smijete legalno obavljati, npr. isprazniti poštanski sandučić?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IBenC5	Izvršavate li zadatke koji nisu u opisu Vašega posla i koje ne morate izvršavati jer niste kvalificirani za izvođenje istih ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C35.31	Imate li mogućnost naučiti nove stvari obavljajući svoj posao?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C35.34	Je li Vaša plaća primjerena naporu koji ulažete u posao?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C35.35	Radite li brzim tempom tijekom čitavog dana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CBI17	Imate li osjećaj da više dajete nego što dobivate u radu s klijentima/pacijentima?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C35.37	Smatrate li da je Vaše radno mjesto od velike važnosti za Vas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C48.4	Do koje mjere po Vašem mišljenju Vama neposredno nadređena osoba daje važnost zadovoljstvu na poslu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C48.5	Do koje je mjere po Vašem mišljenju Vama neposredno nadređena osoba dobra u planiranju posla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sljedeća su pitanja samo za voditelje zdravstvene njege:

		u vrlo velikoj mjeri	u velikoj mjeri	donekle	u maloj mjeri	u vrlo maloj mjeri

IBenC6	U ulozi koju imam kao voditelj u doticaju sam s klijentima/pacijentima.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IBenC7	U ulozi koju imam kao voditelj u doticaju sam s obiteljima klijenata/pacijenata.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IBenC8	U ulozi koju imam kao voditelj imam previše administrativnog posla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. **Ova pitanja odnose se na to koliko ste zadovoljni rasporedom radnoga vremena.** (Stavke koje slijede popunjavaju samo stručne osobe zdravstvene njege.)

Na mome radnom mjestu...

		Slazem se.	Djelomično se slažem.	Djelomično se ne slažem.	Ne slažem se.	Nije primjenjivo.
SDS1	Moj je raspored radnoga vremena zadovoljavajući.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SDS2	Zadovoljan/na sam brojem sati koji radim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SDS3	Zadovoljan/na sam fleksibilnošću u raspodjeli radnoga vremena općenito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SDS4	Zadovoljan/na sam sa smjenama u kojima radim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SDS5	Zadovoljan/na sam fleksibilnošću u raspodjeli radnoga vremena za vikende i slobodne dane.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SDS6	Zadovoljan/na sam brojem prekovremenih sati rada koje moram odraditi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Posao i privatni život

34. **Sljedeća dva pitanja odnose se na način na koji Vaš posao utječe na Vaš privatni i Vaš obiteljski život.**

		Svakako da.	Da, u nekoj mjeri.	Da, ali samo u manjoj mjeri.	Uopće ne.
C30.1	Smatrate li da Vam posao oduzima tako mnogo <u>energije</u> da to ima negativan učinak na Vaš privatni život?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30.2	Smatrate li da Vam posao oduzima tako mnogo <u>vremena</u> da to ima negativan učinak na Vaš privatni život?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Radno mjesto kao cjelina

35. **Sljedeća pitanja ne odnose se na Vaše osobno radno mjesto već na mjesto rada u cjelini.**

		u vrlo velikoj mjeri	u velikoj mjeri	donekle	u maloj mjeri	u vrlo maloj mjeri
C36.1	Vjeruje li menadžment da zaposlenici dobro obavljaju svoj posao?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C36.4	Možete li vjerovati informacijama koje stižu iz menadžmenta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C36.5	Rješavaju li se sukobi na pravedan način?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C36.25	Vrši li se raspored posla na pravedan način?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Sukobi i agresivno ponašanje

		Da, svakodnevno.	Da, svakog tjedna.	Da, svakog mjeseca.	Da, nekoliko puta.	Ne.
C40	Jeste li u posljednjih 12 mjeseci na radnom mjestu bili izloženi neželjenoj pozornosti u seksualnom smislu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ukoliko jeste, od kojih osoba? (Možete označiti više od jednog polja.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		kolega	menadžera/nadređenih	podređenih	klijenata/pacijenata	
		Da, svakodnevno.	Da, svakog tjedna.	Da, svakog mjeseca.	Da, nekoliko puta.	Ne.
C41	Jeste li u posljednjih 12 mjeseci na radnom mjestu bili izloženi nasilničkim prijetnjama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ukoliko jeste, od kojih osoba? (Možete označiti više od jednog polja.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		kolega	menadžera/nadređenih	podređenih	klijenata/pacijenata

		Da, svakodnevno.	Da, svakog tjedna.	Da, svakog mjeseca.	Da, nekoliko puta.	Ne.
C42	Jeste li u posljednjih 12 mjeseci na radnom mjestu bili izloženi fizičkom nasilju?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ukoliko jeste, od kojih osoba? (Možete označiti više od jednog polja.)		<input type="checkbox"/> kolega	<input type="checkbox"/> menadžera/nadređenih	<input type="checkbox"/> podređenih	<input type="checkbox"/> klijenata/pacijenata		
		Da, svakodnevno.	Da, svakog tjedna.	Da, svakog mjeseca.	Da, nekoliko puta.	Ne.	
C43	Jeste li u posljednjih 12 mjeseci na radnom mjestu bili izloženi <i>bullyingu</i> ? <i>Bullying znači da je osoba opetovano izložena ponašanju koje je vrijeđa i ponižava (zlostavljanju) te da se ta osoba teško može sama obraniti od takvog ponašanja.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ukoliko jeste, od kojih osoba? (Možete označiti više od jednog polja.)		<input type="checkbox"/> kolega	<input type="checkbox"/> menadžera/nadređenih	<input type="checkbox"/> podređenih	<input type="checkbox"/> klijenata/pacijenata
--	--	------------------------------------	--	--	--

15. Zdravstvena njega klijenata/pacijenata u kući

Tvrđnje koje slijede odnose se na usluge njege koje se pružaju klijentima/pacijentima. Molimo Vas da procijenite aktivnosti u pružanju zdravstvene njege pacijentima u svojoj posljednjoj smjeni na poslu. Tvrđnje procijenite na način da označite onaj ponuđeni odgovor koji najbliže odgovara Vašem mišljenju ili iskustvu.

		Nipošto se ne slažem.	Djelomično se ne slažem.	Niti se slažem, niti se ne slažem.	Djelomično se slažem.	U potpunosti se slažem.
ICIB01	Uzeo/la sam u obzir osjećaje pacijenta koje ima prema vlastitoj bolesti / zdravstvenom stanju.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Nipošto se ne slažem.	Djelomično se ne slažem.	Niti se slažem, niti se ne slažem.	Djelomično se slažem.	U potpunosti se slažem.
ICIB02	Uzeo/la sam u obzir njihove potrebe po pitanju zdravstvene njege i pažnje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ICIB03	Pacijenti su preuzeli odgovornost za svoju njegu u onoj mjeri u kojoj su to sposobni učiniti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ICIB04	Uzeo/la sam u obzir promjene u tome kako se osjećaju.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ICIB05	Uzeo/la sam u obzir njihove strahove i tjeskobu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ICIB06	Uzeo/la sam u obzir način na koji njihova bolest/zdravstveno stanje utječe na njih.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ICIB07	Uzeo/la sam u obzir značenje koje bolest/zdravstveno stanje ima za njih osobno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ICIB08	Uzeo/la sam u obzir svakodnevne aktivnosti (npr. u slobodno vrijeme) u koje su uključeni izvan kućne zdravstvene njege.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ICIB09	Uzeo/la sam u obzir njihova prijašnja iskustva u vezi zdravstvene njege.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ICIB10	Za vrijeme pružanja njege uzeo/la sam u obzir pacijentove svakodnevne navike (npr. navike osobne higijene).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ICIB11	Obitelji pacijenata sudjelovale su u pružanju njege, ukoliko je pacijent to želio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ICIB12	Uvjerio/la sam se da su pacijenti shvatili upute koje su dobili.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ICIB13	Dao/la sam pacijentima dovoljno informacija o njihovoj bolesti/zdravstvenom stanju.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ICIB14	Uzeo/la sam u obzir želje pacijenata u pogledu njihove njege.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Nipošto se ne slažem.	Djelomično se ne slažem.	Niti se slažem, niti se ne slažem.	Djelomično se slažem.	U potpunosti se slažem.
ICIB15	Pacijenti su sudjelovali u donošenju odluka po pitanju njihove njege.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ICIB16	Uzeo/la sam u obzir mišljenje pacijenata u pogledu njihove njege.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ICIB17	Pacijenti su imali prilike sami odlučiti o tome kada žele primiti njegu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IBenC9	Pacijenti me uvažavaju kao člana zdravstvenog tima za njegu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IBenC10	Obitelji pacijenata me uvažavaju kao člana zdravstvenog tima za njegu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Imate li komentara vezanih uz svoj posao ili svoje zdravlje?
Molimo upišite ih ovdje:**

**Nemamo više pitanja.
Zahvaljujemo Vam na popunjavanju upitnika.**

Prilog 2 Upitnik 2: Značajke ustanova (organizacija) za zdravstvenu njegu u kući

Upitnik 2: Značajke ustanova (organizacija) za zdravstvenu njegu u kući

Ovaj se upitnik sastoji od četiriju dijelova:

- I. Struktura ustanove (organizacije)
- II. Značajke pacijenata/klijenata kojima ustanova pruža usluge
- III. Značajke osoblja za pružanje njege
- IV. Proces organizacije rada

Ukoliko želite dati detaljnije odgovore ili dodati vlastite komentare, možete iskoristiti prostor koji Vam je za tu svrhu ostavljen na kraju upitnika.

I. Struktura ustanove (organizacije)

1. Osnivanje ustanove (organizacije)

- Godina u kojoj je Vaša ustanova osnovana:

2. Vlasništvo i vrsta ustanove (organizacije)

Označite vrstu vlasništva koja se odnosi na Vašu ustanovu (organizaciju).

- javna/državna /lokalna
- privatna

3. Ravnatelj (direktor)

Ravnatelj Vaše ustanove za zdravstvenu njegu u kući jest:

- doktor medicine (liječnik)
- medicinska sestra
- socijalni radnik
- ako je netko drugi, molimo da točno navedete:

4. Položaj

Područje u kojem vaša ustanova pruža usluge zdravstvene njege jest:

- seosko područje
- gradsko područje
- kombinacija seoskog i gradskog područja

5. Veličina prostora u kojem se pruža usluga

Područje koje Vaša ustanova pokriva pružanjem zdravstvenih usluga njege iznosi otprilike km².

6. Pružena zdravstvena njega u potpunosti se plaća iz:

	za sve pacijente	za dio pacijenata	ni za koga
obveznoga zdravstvenog osiguranja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

privatnog zdravstvenog osiguranja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iz osobnih izvora pacijenta / klijenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kombinirano iz obveznoga zdravstvenog osiguranja i osobnih izvora pacijenta / klijenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kombinirano iz obveznoga zdravstvenog osiguranja i privatnog osiguranja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kombinirano iz privatnoga zdravstvenog osiguranja i osobnih izvora pacijenta / klijenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kombinacijom svih triju izvora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Značajke pacijenata (klijenata)

1. Molimo navedite ukupan broj pacijenata kojima je Vaša ustanova aktivno pružala njegu na dan 1. siječnja 2021. god.

a) ukupan broj pacijenata uključenih u aktivno pružanje njege:

III. Značajke osoblja koje pruža njegu

Zanimanja

36. Koliko zaposlenika ima ustanova u kojoj radite?

- 1 (radite sami)
- 2 - 4 zaposlene osobe
- 5 - 9 zaposlenih osoba
- 10 - 19 zaposlenih osoba
- 20 - 49 zaposlenih osoba
- 50 - 99 zaposlenih osoba
- 100 - 249 zaposlenih osoba

37. Označite zanimanja osoba zaposlenih u Vašoj ustanovi (moguće označiti više odgovora):

- medicinske sestre / tehničari
- menadžeri na rukovodećim mjestima
- administrativno osoblje
- ostali djelatnici, molimo točno navedite:

38. U varijablama koje slijede označite broj zaposlenika po zanimanjima računavši od **1. siječnja 2021. god.** Zbrojite sve stručne osobe zdravstvene njege, one zaposlene na neodređeno kao i one zaposlene na određeno vrijeme, one koje su na bolovanju ili koriste roditeljski dopust ili dopust zbog osobnih razloga.

3.1 Medicinske sestre /tehničari

Broj zaposlenih prema struci i broj sati rada izražen kao ekvivalent punoga radnog vremena (FTE)

<ul style="list-style-type: none"> • Medicinske sestre /tehničari <ul style="list-style-type: none"> ○ Puno radno vrijeme: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ukupan broj medicinskih sestara / tehničara: ... ▪ Puno radno vrijeme obuhvaća sati rada tjedno.
Broj medicinskih sestara prema dobnim skupinama (medicinske sestre + pomoćno osoblje u zdravstvu)
a) mlađe od 20 godina: osoba b) 20 – 24 god.: osoba c) 25 – 29 god.: osoba d) 30 – 34 god.: osoba e) 35 – 39 god.: osoba f) 40 – 44 god.: osoba g) 45 – 49 god.: osoba h) 50 – 54 god.: osoba i) 55 – 59 god.: osoba j) 60 - 64 god. : osoba k) 65 god. ili starije: osoba
Broj medicinskih sestara prema spolu (medicinske sestre /tehničari)
a) žene: osoba b) muškarci: Osoba
Broj medicinskih sestara prema državljanstvu (medicinske sestre / tehničari)
a) hrvatsko : osoba b) neke druge europske države unutar EU, osim Hrvatske : osoba c) neke druge europske države izvan EU: osoba d) neke druge zemlje izvan Europe: Osoba
Broj medicinskih sestara prema razini obrazovanja (medicinske sestre / tehničari)
a) srednja škola: osoba b) viša razina od srednje škole, ali niža od sveučilišnog / stručnog prvostupnika: osoba c) sveučilišni / stručni prvostupnik: osoba d) magistar (struke): osoba e) doktor znanosti osoba f) ostalo, molimo točno navedite: osoba
Broj medicinskih sestara / tehničara prema duljini radnog staža. Duljina radnog staža odnosi se na broj godina koje je medicinska sestra/tehničar ostvario/la radeći u Vašoj ustanovi .
a) 0 - 5 god.: osoba b) 5 - 10 god.: osoba c) 10 - 20 god.: osoba d) > 20 god.: osoba
Broj medicinskih sestara / tehničara prema ugovoru o radu
a) ugovor na neodređeno vrijeme: osoba b) ugovor na određeno vrijeme: osoba
Broj medicinskih sestara koje su na dugoročnom bolovanju od 1. siječnja 2020. god. Dugoročno bolovanje označava nesposobnost za rad od 30 dana ili više. Djelatnici koji koriste roditeljni / roditeljski dopust ili dopust iz osobnih razloga ne računaju se.
dugoročno bolovanje: osoba

Zemlje koje su u okviru Europske unije: Austrija, Belgija, Cipar, Češka Republika, Danska, Estonija, Finska, Francuska, Njemačka, Grčka, Mađarska, Irska, Italija, Latvija, Litva, Luksemburg, Malta, Nizozemska, Poljska, Portugal, Rumunjska, Slovačka, Slovenija, Španjolska, Švedska i Hrvatska.

Europske zemlje koje nisu u sklopu Europske unije: Albanija, Andora, Armenija, Bjelorusija, Bosna i Hercegovina, Gruzija, Island, Lihtenštajn, Sjeverna Makedonija, Moldavija, Monako, Crna Gora, Norveška, Rusija, San Marino, Srbija, Švicarska, Turska, Ukrajina, Vatikan, Ujedinjeno Kraljevstvo.

3.2 Menadžeri na rukovodećim mjestima

Broj zaposlenih i broj sati rada izražen kao ekvivalent punoga radnog vremena (FTE)
<ul style="list-style-type: none"> ○ Puno radno vrijeme: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ukupan broj menadžera na rukovodećim mjestima: ... ▪ Puno radno vrijeme obuhvaća sati rada tjedno.
Broj menadžera na rukovodećim mjestima prema dobnim skupinama
a) mlađi od 20 godina: menadžera na rukovodećim b) 20 – 24 god.: menadžera na rukovodećim mjestima c) 25 – 29 god.: menadžera na rukovodećim mjestima d) 30 – 34 god.: menadžera na rukovodećim mjestima e) 35 – 39 god.: menadžera na rukovodećim mjestima f) 40 – 44 god.: menadžera na rukovodećim mjestima g) 45 – 49 god.: menadžera na rukovodećim mjestima h) 50 – 54 god.: menadžera na rukovodećim mjestima i) 55 – 59 god.: menadžera na rukovodećim mjestima j) 60 - 64 god.: menadžera na rukovodećim mjestima k) 65 god. ili stariji: menadžera na rukovodećim mjestima
Broj menadžera na rukovodećim mjestima prema spolu
a) žene: menadžera na rukovodećim mjestima b) muškarci: menadžera na rukovodećim mjestima
Broj menadžera na rukovodećim mjestima prema državljanstvu
a) hrvatsko: menadžera na rukovodećim mjestima b) neke druge europske države unutar EU, osim Hrvatske : menadžera na rukovodećim mjestima c) neke druge europske države izvan EU: menadžera na rukovodećim mjestima d) neke druge zemlje izvan Europe: menadžera na rukovodećim mjestima
Broj menadžera na rukovodećim mjestima prema razini obrazovanja
a) srednja škola: menadžera na rukovodećim mjestima b) viša razina od srednje škole, ali niža od sveučilišnog/stručnog prvostupnika: menadžera na rukovodećim mjestima c) sveučilišni/stručni prvostupnik: menadžera na rukovodećim mjestima d) magistar (struke): menadžera na rukovodećim mjestima e) doktor znanosti menadžera na rukovodećim mjestima f) ostalo, molimo točno navedite: menadžera na rukovodećim mjestima
Broj menadžera na rukovodećim mjestima prema duljini radnog staža. Duljina radnog staža odnosi se na broj godina koje je menadžer na rukovodećem mjestu ostvario radeći u Vašoj ustanovi .
a) 0 - 5 god.: menadžera na rukovodećim mjestima b) 5 - 10 god.: menadžera na rukovodećim mjestima c) 10 - 20 god.: menadžera na rukovodećim mjestima d) > 20 god.: menadžera na rukovodećim mjestima

Broj menadžera na rukovodećim mjestima prema ugovoru o radu
a) ugovor na neodređeno vrijeme: menadžera na rukovodećim mjestima
b) ugovor na određeno vrijeme: menadžera na rukovodećim mjestima
Broj menadžera na rukovodećim mjestima koji su na dugoročnom bolovanju od 1. siječnja 2020. god. Dugoročno bolovanje označava nesposobnost za rad od 30 dana ili više. Djelatnici koji koriste roditeljni / roditeljski dopust ili dopust iz osobnih razloga ne računaju se.
dugoročno bolovanje: menadžera na rukovodećim mjestima

3.3 Administrativno osoblje

Broj zaposlenih i broj sati rada izražen kao ekvivalent punoga radnog vremena (FTE)
<ul style="list-style-type: none"> ○ Puno radno vrijeme: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ukupan broj administrativnog osoblja: ▪ Puno radno vrijeme obuhvaća sati rada tjedno. ○ Nepuno radno vrijeme: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 80% ili više (ali manje od punoga radnog vremena): osoba na administrativnim poslovima ▪ između 50% i 79%: osoba na administrativnim poslovima ▪ između 20% i 49%: osoba na administrativnim poslovima ▪ manje od 20%: osoba na administrativnim poslovima
Broj administrativnog osoblja prema dobnim skupinama
a) mlađi od 20 godina: osoba na administrativnim poslovima b) 20 – 24 god.: osoba na administrativnim poslovima c) 25 – 29 god.: osoba na administrativnim poslovima d) 30 – 34 god.: osoba na administrativnim poslovima e) 35 – 39 god.: osoba na administrativnim poslovima f) 40 – 44 god.: osoba na administrativnim poslovima g) 45 – 49 god.: osoba na administrativnim poslovima h) 50 – 54 god.: osoba na administrativnim poslovima i) 55 – 59 god.: osoba na administrativnim poslovima j) 60 - 64 god.: osoba na administrativnim poslovima k) 65 god. ili stariji: osoba na administrativnim poslovima
Broj administrativnog osoblja prema spolu
a) žene: osoba na administrativnim poslovima b) muškarci: osoba na administrativnim poslovima
Broj administrativnog osoblja prema državljanstvu
a) hrvatsko: osoba na administrativnim poslovima b) neke druge europske države unutar EU, osim Hrvatske: osoba na administrativnim poslovima c) neke druge europske države izvan EU: osoba na administrativnim poslovima d) neke druge zemlje izvan Europe: osoba na administrativnim poslovima
Broj administrativnog osoblja prema razini obrazovanja
a) srednja škola: osoba na administrativnim poslovima b) viša razina od srednje škole, ali niža od sveučilišnog/stručnog prvostupnika: osoba na administrativnim poslovima c) sveučilišni/stručni prvostupnik: osoba na administrativnim poslovima d) magistar (struke): osoba na administrativnim poslovima e) doktor znanosti osoba na administrativnim poslovima

f) ostalo, molimo točno navedite: osoba na administrativnim poslovima
Broj administrativnog osoblja prema duljini radnog staža. Duljina radnog staža odnosi se na broj godina koje je osoba na administrativnim poslovima ostvarila radeći u Vašoj ustanovi .
a) 0 - 5 god.: osoba na administrativnim poslovima b) 5 - 10 god.: osoba na administrativnim poslovima c) 10 - 20 god.:osoba na administrativnim poslovima d) > 20 god.: osoba na administrativnim poslovima
Broj administrativnog osoblja prema ugovoru o radu
a) ugovor na neodređeno vrijeme: osoba na administrativnim poslovima b) ugovor na određeno vrijeme: osoba na administrativnim poslovima
Broj osoba na administrativnim poslovima koje su na dugoročnom bolovanju od 1. siječnja 2020. god. Dugoročno bolovanje označava nesposobnost za rad od 30 dana ili više. Djelatnici koji koriste roditeljni / roditeljski dopust ili dopust iz osobnih razloga ne računaju se.
dugoročno bolovanje: osoba na administrativnim poslovima

39. Suraduje li Vaša ustanova s volonterima ako se u obzir uzme stanje na dan 1. siječnja 2020.god.?

- Ne.
- Da, 1. siječnja 2020. god. volontera radilo je za našu ustanovu.

40. Rade li u Vašoj ustanovi stručne osobe specijalizirane za određena područja?

- Ne.
- Da, specijalisti u sljedećim područjima (moguće više odgovora):
 - i. demencija
 - ii. psihijatrijski poremećaji
 - iii. palijativna skrb
 - iv. specifična zdravstvena stanja, molimo navedite koja: ...
 - v. ostala područja, molimo navedite koja:...

Fluktuacija radne snage

Upišite **broj** stručnih osoba zdravstvene njege koji su napustili Vašu ustanovu **tijekom prethodne kalendarske godine (2020.)**.

- a) medicinske sestre / tehničari :
 - broj:
- b) menadžeri na rukovodećim mjestima:
 - broj:.....
- c) administrativno osoblje:
 - broj:.....
- d) ostale stručne osobe , navedite koje
 - broj:

Edukacija i stručno usavršavanje

- 1) Navedite točan broj **sati stručnoga usavršavanja** koje su **godine (2019.)** ostvarile stručne osobe zdravstvene njege koje su na dan 1. siječnja 2019. god. imale ugovor o radu s Vašom ustanovom . Uračunajte sve osobe zdravstvene njege, one koje imaju ugovor o radu na neodređeno ili na određeno vrijeme te one koje su na bolovanju, na roditeljskom/roditeljskom dopustu ili dopustu zbog osobnih razloga.

Interni skupovi te multidisciplinarni skupovi ne računaju se kao stručno usavršavanje.

- a) medicinske sestre/tehničari :
 - broj sati:
- b) menadžeri na rukovodećim mjestima
 - broj sati:
- c) administrativno osoblje
 - broj sati:
- d) ostali (navesti koji)
 - broj sati.....

- 2) Navedite ima li Vaša ustanova **zakonsku obvezu** osigurati za svoje zaposlenike dodatnu edukaciju i stručno usavršavanje.

2.1 Medicinske sestre/ tehničari

- a) Imamo zakonsku obvezu osigurati dodatnu edukaciju i stručno usavršavanje za medicinske sestre/tehničare.
- Da.
 - Ne.

2.2 Menadžeri na rukovodećim mjestima

- a) Imamo zakonsku obvezu osigurati dodatnu edukaciju i stručno usavršavanje za menadžere na rukovodećim mjestima.
- Da.
 - Ne.

2.3 Administrativno osoblje

- a) Imamo zakonsku obvezu osigurati dodatnu edukaciju i stručno usavršavanje za administrativno osoblje.
- Da.
 - Ne.

2.4. Ostalo osoblje – navesti koje

- a) Imamo zakonsku obvezu osigurati dodatnu edukaciju i stručno usavršavanje za ostalo osoblje.
- Da.
 - Ne.

Beneficije

- 1) Molimo Vas da navedete beneficije koje postoje u Vašoj ustanovi. Također navedite postoje li te beneficije za stručno osoblje zdravstvene njege, za menadžere ili za jedne i druge te jesu li te beneficije zakonska obveza ili ih dodatno nudi sama ustanova.

Beneficije	Beneficije su za	Beneficija je
inicijalna obuka ili osposobljavanje na radnom mjestu za nove zaposlenike	<input type="checkbox"/> stručne osobe zdravstvene njege <input type="checkbox"/> menadžere <input type="checkbox"/> obje grupe	<input type="checkbox"/> zakonska obveza <input type="checkbox"/> dodatno je nudi naša ustanova
mogućnost plaćenog ili neplaćenog studijskog dopusta	<input type="checkbox"/> stručne osobe zdravstvene njege <input type="checkbox"/> menadžere <input type="checkbox"/> obje grupe	<input type="checkbox"/> zakonska obveza <input type="checkbox"/> dodatno je nudi naša ustanova
mogućnost napredovanja	<input type="checkbox"/> stručne osobe zdravstvene njege <input type="checkbox"/> menadžere <input type="checkbox"/> obje grupe	<input type="checkbox"/> zakonska obveza <input type="checkbox"/> dodatno je nudi naša ustanova
osnovno zdravstveno osiguranje	<input type="checkbox"/> stručne osobe zdravstvene njege <input type="checkbox"/> menadžere <input type="checkbox"/> obje grupe	<input type="checkbox"/> zakonska obveza <input type="checkbox"/> dodatno je nudi naša ustanova
dopunsko zdravstveno osiguranje koje pored obveznoga zdravstvenog osiguranja ustanova u potpunosti ili djelomično plaća za svoje osoblje (npr. osiguranje u slučaju hospitalizacije za stručno osoblje zdravstvene njege)	<input type="checkbox"/> stručne osobe zdravstvene njege <input type="checkbox"/> menadžere <input type="checkbox"/> obje grupe	<input type="checkbox"/> zakonska obveza <input type="checkbox"/> dodatno je nudi naša ustanova
dopunsko zdravstveno osiguranje koje pored obveznoga zdravstvenog osiguranja ustanova u potpunosti ili djelomično plaća za svoje osoblje i njihove obitelji (npr. osiguranje u slučaju hospitalizacije za stručno osoblje zdravstvene njege i njihove obitelji)	<input type="checkbox"/> stručne osobe zdravstvene njege <input type="checkbox"/> menadžere <input type="checkbox"/> obje grupe	<input type="checkbox"/> zakonska obveza <input type="checkbox"/> dodatno je nudi naša ustanova
rano umirovljenje	<input type="checkbox"/> stručne osobe zdravstvene njege <input type="checkbox"/> menadžere <input type="checkbox"/> obje grupe	<input type="checkbox"/> zakonska obveza <input type="checkbox"/> dodatno je nudi naša ustanova
plaćen prekovremeni rad	<input type="checkbox"/> stručne osobe zdravstvene njege <input type="checkbox"/> menadžere <input type="checkbox"/> obje grupe	<input type="checkbox"/> zakonska obveza <input type="checkbox"/> dodatno je nudi naša ustanova
plaćeni dani za osobne potrebe, npr. plaćen radni dan ako ste ostali kod kuće s bolesnim djetetom	<input type="checkbox"/> stručne osobe zdravstvene njege <input type="checkbox"/> menadžere <input type="checkbox"/> obje grupe	<input type="checkbox"/> zakonska obveza <input type="checkbox"/> dodatno je nudi naša ustanova

plaćen godišnji odmor	<input type="checkbox"/> stručne osobe zdravstvene njege <input type="checkbox"/> menadžere <input type="checkbox"/> obje grupe	<input type="checkbox"/> zakonska obveza <input type="checkbox"/> dodatno je nudi naša ustanova
dodatno plaćen rad u popodnevnoj ili noćnoj smjeni	<input type="checkbox"/> stručne osobe zdravstvene njege <input type="checkbox"/> menadžere <input type="checkbox"/> obje grupe	<input type="checkbox"/> zakonska obveza <input type="checkbox"/> dodatno je nudi naša ustanova
dodatno plaćen rad vikendom	<input type="checkbox"/> stručne osobe zdravstvene njege <input type="checkbox"/> menadžere <input type="checkbox"/> obje grupe	<input type="checkbox"/> zakonska obveza <input type="checkbox"/> dodatno je nudi naša ustanova
dodatno plaćen rad praznikom	<input type="checkbox"/> stručne osobe zdravstvene njege <input type="checkbox"/> menadžere <input type="checkbox"/> obje grupe	<input type="checkbox"/> zakonska obveza <input type="checkbox"/> dodatno je nudi naša ustanova
dodatak (bonus) za dobar učinak	<input type="checkbox"/> stručne osobe zdravstvene njege <input type="checkbox"/> menadžere <input type="checkbox"/> obje grupe	<input type="checkbox"/> zakonska obveza <input type="checkbox"/> dodatno je nudi naša ustanova
naknada po kilometru za korištenje vlastitoga osobnog automobila	<input type="checkbox"/> stručne osobe zdravstvene njege <input type="checkbox"/> menadžere <input type="checkbox"/> obje grupe	<input type="checkbox"/> zakonska obveza <input type="checkbox"/> dodatno je nudi naša ustanova
automobil koji osigurava ustanova	<input type="checkbox"/> stručne osobe zdravstvene njege <input type="checkbox"/> menadžere <input type="checkbox"/> obje grupe	<input type="checkbox"/> zakonska obveza <input type="checkbox"/> dodatno je nudi naša ustanova
doplatak za obroke ili besplatni obroci	<input type="checkbox"/> stručne osobe zdravstvene njege <input type="checkbox"/> menadžere <input type="checkbox"/> obje grupe	<input type="checkbox"/> zakonska obveza <input type="checkbox"/> dodatno je nudi naša ustanova
dječji vrtić koji je u vlasništvu ustanove	<input type="checkbox"/> stručne osobe zdravstvene njege <input type="checkbox"/> menadžere <input type="checkbox"/> obje grupe	<input type="checkbox"/> zakonska obveza <input type="checkbox"/> dodatno je nudi naša ustanova
ostalo, navesti:	<input type="checkbox"/> stručne osobe zdravstvene njege <input type="checkbox"/> menadžere <input type="checkbox"/> obje grupe	<input type="checkbox"/> zakonska obveza <input type="checkbox"/> dodatno je nudi naša ustanova

- 2) Uvjeti rada u ustanovi usklađeni su s odgovarajućim kolektivnim ugovorom o radu.
- Da.
 - Ne.

- 3) Navedite za svaku od navedenih zanimanja prosječnu **bruto plaću rada** u HRK za djelatnike s **pet godina radnoga iskustva** zaposlene na **puno radno vrijeme** upravo u toj specifičnoj djelatnosti:
- a) medicinske sestre/tehničari:HRK
 - b) menadžeri na rukovodećim mjestima :HRK
 - c) administrativno osoblje:HRK
 - d) ostalo osoblje (navesti koje).....HRK

IV. Proces organizacije rada

- 1) Navedite duljinu svake smjene prema broju sati rada:

Radnim danima

- dnevna smjena:
- popodnevna smjena:
- noćna smjena:
- ostalo, molimo navedite:

Vikendom

- dnevna smjena:
- popodnevna smjena:
- noćna smjena:
- ostalo, molimo navedite:

- 2) Tko vrši raspored po smjenama?

- centralni administrativni ured (opći poslovi)
- voditelj tima
- sam djelatnik
- ostalo, molimo navedite.....

- 3) Je li bilo rezanja (smanjenja) u Vašoj ustanovi za vrijeme kalendarske godine 2020. (moguće više odgovora)?

- Ne.
- Da, po pitanju broja djelatnika prema ekvivalentu punoga radnog vremena (FTE).
- Da, po pitanju beneficija.
- Da, po pitanju plaće.
- Da, po pitanju nabave materijala .
- Da, ostalo.

- 4) Postoji li (pisani) dokument u kojemu su navedeni misija i vizija Vaše ustanove?

- Da.
- Ne.

Pripravnost/dežurstvo

- 5) *Postoji li u Vašoj ustanovi usluga zdravstvene njege/skrbi u pripravnosti/dežurstvu (moguće više odgovora)?*
- Da, uvijek.
 - Da, za vrijeme dopodnevne smjene.
 - Da, za vrijeme popodnevne smjene.
 - Da, za vrijeme noćne smjene.
 - Da, tijekom vikenda.
 - Da, ostalo, navedite:
 - Ne, nikada.
- 6) *Postoji li pripravnost (dežurstvo) liječnika opće medicine (bez obzira radi li u Vašoj ustanovi ili ne)?*
- Da, 24 sata dnevno, sve dane u tjednu (24/7).
 - Da, samo radnim danima.
 - Da, samo vikendom.
 - Ne, nemamo dežurnog liječnika opće medicine.
- 7) *Dežurni liječnik opće medicine jest (moguće više odgovora):*
- zaposlenik naše ustanove
 - uvijek obiteljski liječnik pacijenta
 - liječnik opće medicine dežuran za cijelo lokalno područje
 - Ne postoji dežurstvo liječnika opće medicine.
- 8) *Po upućenom pozivu liječnik opće medicine reagira:*
- u roku od 10 min.
 - između 10 - 30 min.
 - nakon 30 min.
 - Liječnik opće medicine ne reagira po pozivu.
- 9) *Po upućenom pozivu, liječnik opće medicine stiže u kuću pacijenta:*
- u roku od 30 min.
 - nakon 30 min.
 - Liječnik opće medicine ne dolazi u kuće pacijenata po pozivu.

Upućivanje pacijenata i premještanje u drugu ustanovu

- 1) *Tko može uputiti pacijente u Vašu ustanovu (moguće više odgovora)?*
- obiteljski liječnik (liječnik opće prakse)
 - socijalne službe (centar za socijalnu skrb)
 - bolnica
 - pacijent ili član njegove obitelji
 - bilo tko
 - ostalo, molimo navedite ...

- 2) Nakon što je pacijent upućen u Vašu ustanovu, provjeravate li ispunjava li uvjete ?
- Ne.
 - Da.
 - Ukoliko da, koristite li standardizirani obrazac?
 - Da.
 - Ne.
 - Provjera se vrši prema sljedećim kriterijima (moguće više odgovora):
 - razina fizičkog funkcioniranja
 - razina kognitivnog funkcioniranja
 - postojanje psihijatrijskih bolesti
 - obiteljska situacija
 - provjera tko pokriva uslugu (imovinski cenzus)
 - propisani lijekovi
 - Koje osobe su uključene u prikupljanje informacija na osnovu kojih se može donijeti odluka o tome ispunjava li pacijent kriterije za prijam u ustanovu (moguće više odgovora)?
 - medicinske sestre /tehničari
 - socijalni radnici
 - liječnik obiteljske medicine
 - menadžer ustanove
 - ravnatelj ustanove
 - fizioterapeut
 - psiholog
 - pacijenti
 - obitelj / osoba koja neformalno njeguje pacijenta
 - ostali, molimo navedite:
- 3) Ukoliko je pacijent privremeno otpušten iz Vaše ustanove, npr. zbog prijama u bolnicu, izdaje li Vaša ustanova popratni dokument?
- Da, uvijek.
 - Da, u većini slučajeva.
 - Da, ponekad.
 - Ne, ne izdajemo popratne dokumente.
- 4) Ukoliko je pacijent trajno otpušten iz Vaše ustanove, npr. zbog prijama u neku ustanovu za dugotrajnu njegu, izdaje li Vaša ustanova popratni dokument?
- Da, uvijek.
 - Da, u većini slučajeva.
 - Da, ponekad.
 - Ne, ne izdajemo popratne dokumente.

D. Dokumentacija o pacijentima i gerijatrijska procjena

Molimo Vas da za svako od dolje navedenih područja označite postoji li u Vašoj ustanovi jedan pojedinačan instrument procjene ili sustav instrumenata za kliničku gerijatrijsku procjenu.

Područje	Procjena se vrši
ADL (aktivnosti dnevnog života)	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da

IADL (instrumentalne aktivnosti svakodnevnog života)	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da
depresija	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da
kognitivno funkcioniranje	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da
društveni angažman	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da
zdravstveni status	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da
sluh/vid	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da
prehrambeni status	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da
količina neformalne njege	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da

1) Navedite koji su djelatnici / koje su osobe uključene u procjenu. Pri tome se misli na one od kojih se traže određene informacije kao i na one koji sami ispunjavaju određene stavke u instrumentima procjene (moguće više odgovora):

- pomoćno osoblje u zdravstvu
- medicinske sestre
- njegovatelji u kući
- socijalni radnici
- liječnik obiteljske medicine
- nadglednik tima
- menadžer ustanove
- ravnatelj ustanove
- fizioterapeut
- radni terapeut
- psiholog
- pacijenti
- obitelj / osoba koja neformalno neguje pacijenta
- ostali, molimo navedite:

2) Koliko često provodite gerijatrijske procjene (bez obzira na to koristite li instrumente za gerijatrijsku procjenu ili ne)? Molimo označite ukoliko je primjenjivo.

	samo pri prijamu	pri prijamu i ako se pojave značajne promjene u statusu	pri prijamu i u redovnim vremenskim intervalima	ostalo, navedite.....
ADL (aktivnosti dnevnog života)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> svakih mjeseci	<input type="checkbox"/>
IADL (instrumentalne aktivnosti svakodnevnog života)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> svakih mjeseci	<input type="checkbox"/>
depresija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> svakih mjeseci	<input type="checkbox"/>
kognitivno funkcioniranje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> svakih mjeseci	<input type="checkbox"/>
društveni angažman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> svakih mjeseci	<input type="checkbox"/>
zdravstveni status	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> svakih mjeseci	<input type="checkbox"/>
sluh/vid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> svakih mjeseci	<input type="checkbox"/>

prehrambeni status	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> svakih mjeseci	<input type="checkbox"/>
količina neformalne njege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> svakih mjeseci	<input type="checkbox"/>

- 3) Nakon gerijatrijske procjene (bez obzira na to koristite li instrumente za gerijatrijsku procjenu ili ne) organizira li se sastanak na kojemu razgovarate o planiranju specifične njege?
- Ne, ne razgovaramo u timovima o gerijatrijskoj procjeni.
 - Da, samo kod procjene pri prijemu.
 - Da, kod procjene pri prijemu i svaki puta kada dođe do značajne promjene u statusu pacijenta.
 - Da, kod procjene pri prijemu te u redovnim vremenskim intervalima, naime svakih mjeseci za svakog pacijenta.
 - Ostalo, molimo navedite:
- 4) Provodite li politiku razgovora o planu zdravstvene njege s pacijentima i njihovim obiteljima/neformalnim njegovateljima?
- Ne.
 - Da → svaka mjeseca.
- 5) Provodite li politiku aktivnog uključivanja obitelji / neformalnog njegovatelja u njegu pacijenta?
- Da.
 - Ne.
- 6) U Vašoj se ustanovi dokumentacija o pacijentima i/ili gerijatrijske procjene pohranjuje:
- u papirnatom obliku
 - digitalno
 - u papirnatom obliku i digitalno
 - Dokumentacija je dostupna samo ustanovi.
 - Dokumentacija je dostupna samo članovima obitelji pacijenta.
 - Dokumentacija je dostupna ustanovi i članovima obitelji pacijenta.

E. Sastanci

1) Sastanci menadžmenta

Pojašnjenje: sastanak menadžmenta sastanak je voditelja/menadžera ustanove da bi se porazgovaralo o cjelokupnom načinu rada ustanove.

- Koliko se često organiziraju sastanci menadžmenta u Vašoj ustanovi?
 - na dnevnoj osnovi
 - nekoliko puta tjedno
 - na tjednoj osnovi
 - dva puta tjedno
 - na mjesečnoj osnovi
 - u razmacima između dva i šest mjeseci
 - svakih šest mjeseci.
 - rjeđe od svakih šest mjeseci
 - nikada

- Koliko u prosjeku traje sastanak menadžmenta?minuta.
- Koliko ljudi sudjeluje u prosjeku na sastanku menadžmenta?
- Tko je obično prisutan na sastanku menadžmenta (moguće više odgovora)?
 - medicinske sestre
 - liječnik obiteljske medicine
 - menadžer ustanove
 - ravnatelj ustanove
 - fizioterapeut
 - pacijenti
 - obitelj / osoba koja neformalno njeguje pacijenta
 - ostali, molimo navedite: ...

2) Sastanci internog tima ustanove

Pojašnjenje: sastanak internog tima ustanove znači sastanak djelatnika (stručnih osoba) koji rade u zdravstvenoj njezi iste ustanove s ostalim djelatnicima zdravstvene njege u ustanovi da bi se razmijenile informacije i porazgovaralo o cjelokupnom načinu rada ustanove.

- Koliko se često organiziraju sastanci internoga tima u Vašoj ustanovi?
 - na dnevnoj osnovi
 - nekoliko puta tjedno
 - na tjednoj osnovi
 - dva puta tjedno
 - na mjesečnoj osnovi
 - u razmacima između dva i šest mjeseci
 - svakih šest mjeseci
 - rjeđe od svakih šest mjeseci
 - nikada
- Koliko u prosjeku traje sastanak internoga tima?minuta.
- Koliko ljudi sudjeluje u prosjeku na sastanku internoga tima ustanove?
- Tko je obično prisutan na sastanku internoga tima ustanove (moguće više odgovora)?:
 - medicinske sestre /tehničari
 - liječnik obiteljske medicine
 - menadžer ustanove
 - ravnatelj ustanove
 - fizioterapeut
 - pacijenti
 - obitelj / osoba koja neformalno njeguje pacijenta
 - ostali, molimo navedite:

3) Razmjena informacija o pacijentima

Pojašnjenje: razmjena informacija o pacijentima podrazumijeva sastanak djelatnika (stručnih osoba) koji rade u zdravstvenoj njezi u kući za istu ustanovu da bi razmijenili informacije o pacijentima.

- Koliko često se organiziraju sastanci za razmjenu informacija o pacijentima u Vašoj ustanovi?
 - na dnevnoj osnovi
 - nekoliko puta tjedno
 - na tjednoj osnovi
 - dva puta tjedno
 - na mjesečnoj osnovi
 - u razmacima između dva i šest mjeseci
 - svakih šest mjeseci
 - rjeđe od svakih šest mjeseci
 - nikada

- Koliko u prosjeku traje sastanak razmjene informacija o pacijentima?minuta.

- Koliko ljudi sudjeluje u prosjeku na sastanku razmjene informacija o pacijentima?

- Tko je obično prisutan na sastanku razmjene informacija o pacijentima (moguće više odgovora)?
 - medicinske sestre / tehničari
 - socijalni radnici
 - liječnik obiteljske medicine
 - menadžer ustanove
 - ravnatelj ustanove
 - fizioterapeut
 - pacijenti
 - obitelj / osoba koja neformalno njeguje pacijenta
 - ostali, molimo navedite:

F. Odgovornost

- 1) Podnosi li ustanova godišnja izvješća o radu/učinku (npr. o financijskoj situaciji, politici zdravstvene njege tijekom prethodne godine, strukturi djelatnika zdravstvene njege)?
 - Da, javno.
 - Da, vladi/tijelima državne uprave.
 - Da, osiguravajućim društvima.
 - Da, samo unutar ustanove.
 - Ne, izvješća se ne podnose.

- 2) Mjeri li se kvaliteta njege u ustanovi?
 - Ne, naša ustanova ne procjenjuje kvalitetu njege.
 - Da, naša ustanova procjenjuje kvalitetu njege.
 - Koliko često Vaša ustanova vrši procjenu kvalitete njege?
 - češće od svakih šest mjeseci
 - svakih šest mjeseci
 - svake godine
 - svake dvije godine
 - rjeđe od svake dvije godine, molimo točno navedite: ...
 - Po kojoj osnovi Vaša ustanova vrši procjenu kvalitete njege?
 - Na dobrovoljnoj osnovi.
 - Ima zakonsku obvezu.

- Zbog obaju razloga.
 - Jesu li dostupni rezultati procjene kvalitete njege?
 - Da, rezultati su javno dostupni.
 - Da , rezultati su dostupi za vladu/tijela državne uprave.
 - Da, rezultati su dostupni osiguravajućim društvima.
 - Ne, rezultati su dostupni samo za ustanovu za njezinu internu uporabu.
 - Procjenjuje li se kvaliteta njege uporabom standardiziranih instrumenata/dokumenata?
 - Da, molimo točno navedite;
 - Ne.
- 3) Mjeri li se zadovoljstvo pacijenata (klijenata) pruženom njegom u Vašoj ustanovi?
- Ne, naša ustanova ne procjenjuje zadovoljstvo pacijenata.
 - Da, naša ustanova procjenjuje zadovoljstvo pacijenata.
 - Koliko često Vaša ustanova procjenjuje zadovoljstvo pacijenata?
 - češće od svakih šest mjeseci
 - svakih šest mjeseci
 - svake godine
 - svake dvije godine
 - rjeđe od svake dvije godine, molimo točno navedite:
 - Po kojoj osnovi Vaša ustanova vrši procjenu zadovoljstva pacijenata?
 - Na dobrovoljnoj osnovi.
 - Ima zakonsku obvezu.
 - Zbog obaju razloga.
 - Jesu li dostupni rezultati procjene/mjerenja zadovoljstva pacijenata?
 - Da, rezultati su javno dostupni.
 - Da , rezultati su dostupi za vladu.
 - Da, rezultati su dostupni osiguravajućim društvima.
 - Ne, rezultati su dostupni samo za ustanovu za njenu internu uporabu.
 - Procjenjuje li se zadovoljstvo pacijenata pruženom njegom uporabom standardiziranih instrumenata/dokumenata?
 - Da, molimo točno navedite;
 - Ne.

V. Dodatni komentari

Ukoliko smatrate da određeni aspekti koji definiraju Vašu ustanovu nisu u dovoljnoj mjeri spominjani u ovome upitniku, molimo da ih ovdje pojasnite:

Ostali komentari:

ŽIVOTOPIS

Ime i prezime: Željka Cindrić

Tvrtka/institucija: Ustanova za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju Cindrić

Datum rođenja: 30. prosinca 1974.

Adresa ureda: Lomošćanska 44, Ogulin

Telefon ureda: +385 98 99 43 905

E-mail: zeljka.cindrich@gmail.com

zeljka.cindric@uniri.hr

Adresa stanovanja: Proce 65, 47300 Ogulin

Akademski stupnjevi: magistra sestринства

Radno iskustvo:

2016. Ravnateljica i osnivačica Ustanove za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju Cindrić, Ogulin

1996. Vlasnica Privatne prakse za zdravstvenu njegu, Ogulin

1993. - 1996. Opća bolnica Ogulin

Izbori u zvanje: 2017. Naslovni predavač na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci

2022. Viši predavač na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci

Poznavanje stranih jezika: engleski, B2

Radovi u časopisima:

Renata Volkmer Starešina, Irena Barbarić, Željka Cindrić, Ivana Piščenic: „Osnovni zakoni i njihove odredbe u definiranju sestринства”, SG/NJ 2014;19:165 DOI:11608 SGNJ.2014.19.037

Željka Cindrić, Ivana Piščenic: „Roditelji djece s poteškoćama u razvoju; stupanj zadovoljstva suradnjom sa zdravstvenim djelatnicima“, SG/NJ 2014;19:165 DOI:11608 SGNJ.2014.19.037

Željka Cindrić, Renata Volkmer Starešina, Ivana Piščenic, Anđa Letić, (2015). Otvaranje samostalne sestrijske djelatnosti, Opening of independent nursing activities. Sestrinski glasnik, 20(3). doi:10.11608/sgnj.2015.20.048

Renata Volkmer Starešina, Silvije Šegulja, Berislav Poje, Željka Cindrić, Ivana Piščenic: „Kvaliteta života zaposlenih majki u Primorsko –goranskoj županiji“, „The quality of life of working mothers in the Croatian Primorje-Gorski Kotar County “ SG/NJ 2017;22:63-71 DOI:10.11608/sgnj.2017.22.013

Andrijana Rašo, Željka Cindrić, Karolina Vižintin: Usporedba kvalitete života pacijenata s kroničnim ranama u domovima za starije i nemoćne i u ustanovama za zdravstvenu njegu u kući, Sestrinski glasnik, 2022;27:14-23

Cindrić, Ž., & Malnar, D. (2025). The influence of organizational support and working conditions on the job satisfaction of healthcare workers in home care: Comparison of urban and rural environments. WORK: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation, 0(0). <https://doi.org/10.1177/10519815251392554>

Sudjelovanje na međunarodnim znanstvenim skupovima (radovi objavljeni u Zborniku radova sa znanstvenog skupa):

Željka Cindrić, Ivana Piščenic. Mentalno zdravlje – okosnica zdravlja. Zbornik radova 5. Međunarodnog stručno -znanstvenog skupa „Zaštita na radu i zaštita zdravlja“ 2014;

Cindrić Željka, Piščenic Ivana, Volkmer Starešina Renata: „Zdravstvena njega u kući – štetni čimbenici radnog okoliša“ Zbornik radova 6. Međunarodnog stručno-znanstvenog skupa „Zaštita na radu i zaštita zdravlja“, 2016.

Željka Cindrić, Ines Galetić Žagar: Možemo li bolje? “NeuroetiK: Između bioetike i neuroznanosti“ Fakultet zdravstvenih studija, Znanstveni centar izvrsnosti za integrativnu bioetiku, Opća bolnica Karlovac, Znanstveno-stručni skup s međunarodnim sudjelovanjem, Karlovac, 2017.

Željka Cindrić, Renata Volkmer Starešina: „Subkutana infuzija u zdravstvenoj njezi u kući - Subcutaneous infusion in home healthnursing care,, Zbornik radova 7. Međunarodnog stručno-znanstvenog skupa „Zaštita na radu i zaštita zdravlja“, 2018.

BREASTFEEDING DURING COVID-19 PANDEMIC; VIII. međunarodni stručno-znanstveni skup ZAŠTITA NA RADU I ZAŠTITA ZDRAVLJA 21.-24.09.2022. Zadar Hrvatska

PROCJENA RADNE SPOSOBNOSTI MEDICINSKIH SESTARA/TEHNIČARA U BOLNICAMA I USTANOVAMA ZA ZDRAVSTVENU NJEGU U KUĆI; VIII. Međunarodni stručno-znanstveni skup ZAŠTITA NA RADU I ZAŠTITA ZDRAVLJA 21.-24.09.2022. Zadar Hrvatska

Stručna i znanstvena aktivnost:

Regionalni tečaj „Moderno zbrinjavanje rana“, Ogulin, 2013. predavač

Regionalni tečaj „Moderno zbrinjavanje rana“, Osijek, 2013. predavač

Regionalni tečaj „Moderno zbrinjavanje rana“ Split, 2013. predavač

Regionalni tečaj „Moderno zbrinjavanje rana“, Opatija, 2013. predavač

Regionalni tečaj „Moderno zbrinjavanje rana“, Sisak, 2013. predavač

Sudjelovanje na VI. simpoziju HUR-a s međunarodnim sudjelovanjem „Kronična rana – naglasci u prevenciji i liječenju,, Primošten, listopad 2013.

II. praktični multidisciplinarni međunarodni kongres “Limfedem i liječenje kroničnih rana”, 2018., Crikvenica

III. praktični multidisciplinarni međunarodni kongres “Liječenje kroničnih rana, limfedem i lipedem”, 2019., Crikvenica

IV. praktični multidisciplinarni međunarodni kongres “Zbrinjavanje kroničnih rana limfedem i lipedem”, 2020., Crikvenica

XIII. Simpozij zdravstvene njege u kući, Poreč 6. - 9. 2021. “Raspoloživim resursima do efikasno –
- efektivnog rada, visoke razine izvrsnosti, zadovoljstva bolesnika i djelatnika u zdravstvenoj njezi u kući”

XIV. Simpozij zdravstvene njege u kući Dubrovnik 7. - 10. 4. 2022. “Povezanost vrijednosti i postupaka u zdravstvenoj njezi u kući”

Projekti:

1. 2022. - projekt Centra za razvoj civilnog društva, a u sklopu poziva Prostori sudjelovanja - razvoj programa revitalizacije prostora u javnom vlasništvu kroz partnerstvo OCD-a i lokalne zajednice, UP.04.2.1.07. - voditelj zdravstvenih radionica za starije i nemoćne osobe.

2. Promocija zdravlja i prevencija bolesti – Faza II“ (UP.02.2.1.08) Operativni program „Učinkoviti ljudski potencijali“ – Što ima lima? „Udruga za zaštitu i promociju mentalnog zdravlja u zajednici Gita“

Usavršavanja:

„Zaštita mentalnog zdravlja u zajednici“ Twinning projekt Europske unije „OSIGURAVANJE OPTIMALNE ZDRAVSTVENE SKRBI ZA OSOBE S POREMEĆAJIMA MENTALNOG ZDRAVLJA“. 2017.

Poslijediplomski tečaj trajnog medicinskog usavršavanja - ULOGA OBITELJSKOG LIJEČNIKA U ZAŠTITI ZDRAVLJA OSOBA S DEMENCIJOM, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Referentni centar Ministarstva zdravstva za kognitivnu neurologiju i neurofiziologiju, 2018.

Radionice / tečajevi :

2015. - voditeljica tečaja za njegovateljice „PUČKO OTVORENO UČILIŠTE POUKA" Karlovac

Sudionik na tečaju „Prepoznavanje palijativnog bolesnika s osnovama komunikacije članova vanbolničkog i bolničkog palijativnog tima“, Karlovac, 2016.

Aktivno sudjelovanje na stručnoj edukaciji s radionicom “Wound management”, 2018., Beli Manastir

Sudjelovanje na tečaju II. kategorije za medicinske sestre / tehničare “Aktivno praćenje pacijenta s dekubitusom, kontrola kvalitete“, Ogulin, 2020.

Voditelj tečaja III. kategorije „Prevencija i kontrola infekcija u bolničkim i vanbolničkim ustanovama“, Karlovac, 2022.

Autorstvo visokoškolskih udžbenika iz područja kolegija:

Mrzljak, Vlatka; Cindrić, Željka; Matas, Nikša; Smokrović, Eva: Alzheimerova demencija od dijagnostike do zdravstvene skrbi kroz ustanove za zdravstvenu njegu. Zagreb: Udruga medicinskih sestara i medicinskih tehničara zdravstvene njege u kući, 2023.

Članstva i uredništva:

Član udruge medicinskih sestara / tehničara zdravstvene njege bolesnika u kući

Član HKMS