

Vanja Vasiljev Marchesi^{*, **}, Darko Roviš^{*, **, ***},
Lovorka Bilajac^{*, **, ***}, Tomislav Rukavina^{*, **, ***}

Europski gradovi budućnosti: uloga i značenje projekta *Urban Health Centres*, UHC

SAŽETAK

Porast udjela starog stanovništva jedno je od glavnih obilježja demografskih kretanja u razvijenim zemljama 21. stoljeća. Projekcije predviđaju da će se u Europi do 2050. godine broj osoba starijih od 65 godina udvostručiti, dok će se broj starijih od 75 godina utrostručiti. Ovakva demografska slika dovodi do povećanih zdravstvenih potreba i zahtjeva osoba starije životne dobi te stavlja izazove pred sustav zdravstva, socijalne skrbi i povezanih sektora u brizi za starije u svrhu povećanja kvalitete života, produljenja samostalnosti te smanjenja troškova skrbi. Koncept integrirane zaštite na lokalnoj razini podrazumijeva povezivanje neformalne i formalne infrastrukture u kojoj društvo te socijalne i zdravstvene organizacije međusobno surađuju. Za utvrđivanje potreba u skrbi o starijim osobama provedene su fokus grupe u gradu Rijeci, sa svim dionicima koji sudjeluju u skrbi za osobe starije životne dobi te s osobama starije životne dobi (75+). Obuhvaćene teme u fokus grupama bile su socijalna i zdravstvena zaštita, izazovi starenja i skrbi za osobe starije životne dobi, padovi, korištenje lijekova, usamljenost, koji ukazuju na stvarne potrebe dionika u sustavu skrbi o starijim osobama, kao i stvarne potrebe osoba starije životne dobi. Kvalitativnom obradom podataka dobili smo različita mišljenja sudionika skrbi o osobama starije životne dobi, kao i mišljenje samih starijih osoba, koja nam predstavljaju polaznu točku odlučivanja o mogućim potrebnim intervencijama s ciljem povećanja godina života u dobrom zdravlju.

Ključne riječi: zdravo starenje, osobe starije životne dobi, skrb, gradovi, fokus grupe.

* Katedra za socijalnu medicinu i epidemiologiju, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci.

** Katedra za javno zdravstvo, Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci.

*** Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije.

Adresa za korespondenciju: Vanja Vasiljev Marchesi, Katedra za socijalnu medicinu i epidemiologiju, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, B. Branchetta 20, 51000 Rijeka, Hrvatska. E-pošta: vanjav@uniri.hr.

Uvod

Populacijska dinamika Europske unije nalazi se u sredini jedinstvenog i nepovratnog procesa starenja stanovništva koje je posljedica produljenja životnog vijeka, smanjenja fertiliteta te postojeće populacijske strukture. Starenje stanovništva prepoznato je kao fenomen već 1982. godine, kada je Opća skupština UN-a sazvala Svjetsku skupštinu te donijela dokument pod nazivom Međunarodni Bečki akcijski plan za starenje koji se sastojao od 62 preporuke koje su se odnosile na zdravo starenje stanovništva (1). *Funkcionalno sposoban stariji čovjek najkorisniji je član zajednice u kojoj živi i stvara*, no činjenica je da je taj trend izraženiji u razvijenim zemljama i zemljama u razvoju u odnosu na zemlje „trećeg“ svijeta.

U EU-28 je 2014. godine zabilježen udio osoba starijih od 65 godina od čak 18 %, a prema predviđanjima Eurostata do 2080. godine taj će se udio povećati na 29 % (2). Trend ireverzibilnih demografskih promjena nije zaobišao niti Republiku Hrvatsku koja 2014. godine bilježi udio starijih osoba od 18 %, a time (prema klasifikaciji Ujedinjenih naroda) spada u vrlo stare države (3). Jedna od karakteristika starije populacije jest da, radi fizioloških promjena kao posljedice starenja, imaju povećanu potrebu za zdravstvenom, odnosno socijalnom skrbi, što često predstavlja financijsko i nematerijalno breme za države koje nisu spremne na takve izazove.

Europska komisija prepoznala je važnost zdravstvenog i socijalnog izazova te su osobe starije životne dobi jedna od prioritetnih populacijskih skupina za koju se vodeće strukture pojedinih članica trebaju prilagoditi. Inicijativa Europskog inovacijskog partnerstva za aktivno i zdravo starenje odražava potencijal poboljšanja zdravlja i dobrobiti te gospodarski rast, povezivanjem privatnog i javnog sektora u poticanju inovacija usmjerenih na potrebe starijih. Zdravstvena strategija EU-a ističe potrebu promicanja dobrog zdravlja u svim fazama starenja stanovništva. Drugi program zajednice za zdravlje pruža potporu projektima zdravog starenja te je u okviru navedenog programa odobren i projekt Urban Health Centres Europe (UHCE).

U okviru projekta promiče se aktivno i zdravo starenje, s ciljem očuvanja samostalnosti osoba starije životne dobi, pri čemu je naglasak stavljen na prevenciju padova, iznemoglosti i usamljenosti, regulaciji polifarmacije, a sve to povezivanjem resursa u zajednici s naglaskom na zdravstvenu i socijalnu skrb (4). Projekt čini konzorcij od 12 europskih partnera predvođenih glavnim partnerom Erasmus Medical Center iz Nizozemske. Jedan od partnera projekta je i Katedra za socijalnu medicinu i epidemiologiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci s pridruženim partnerima Gradom Rijekom i Domom zdravlja Primorsko-goranske županije. Projekt se temelji na prepoznavanju potreba i resursa u zajednici, te se kroz javnozdravstvene intervencije u pet europskih pilot gradova planira unaprijediti zdravlje osoba starije

životne dobi. Rijeka je, pored Manchestera, Valencije, Rotterdama i Pallinia, jedan od pet pilot gradova u kojima se provode intervencije projekta.

Radi udjela osoba starijih od 65 godina koji iznosi 20 % Rijeka je optimalan kandidat za provođenje i pilotiranje intervencija osmišljenih za potrebe projekta (5). Primorsko-goranska županija, zajedno s gradom Rijekom, smatra se socijalno osviještenom sredinom, osjetljivom za potrebe osoba starije životne dobi, te kao takva posvećuje posebnu pažnju unaprjeđenju kvalitete života starijih osoba. Grad Rijeka sudjeluje u cijelom nizu programa na razini intervencija s ciljem podizanja socijalne sigurnosti starijih osoba. Prepoznavanje skrbi o starijim osobama dokazano je kroz strateški dokument županije u kojem je od predstavnika politike, nevladinih udruga i struke iz svih sektora Primorsko-goranske županije kao jedan od prioriteta navedena upravo i *Skrb o starima i nemoćnima* (6).

Grad Rijeka je od 1998. godine uključen u Europsku mrežu zdravih gradova Svjetske zdravstvene organizacije. Potkraj 2008. godine završila je četvrta faza projekta koja se sastojala od tema poput promicanja zdravog starenja, zdravog urbanističkog planiranja, tjelesne aktivnosti i aktivnog življenja. Projekt je rezultirao i izradom strategije Grada Rijeke pod nazivom „*Strategija zdravog starenja u Rijeci 2009. – 2013.*“ (7). Može se reći da je starija populacija skupina kojoj se sustavno pristupa već 10 godina. Provedena su istraživanja i studije o njihovim potrebama te analizirani svi zdravstveni, socijalni, kulturni, sportski, rekreativni i društveni kapaciteti zajednice.

Planirane javnozdravstvene intervencije projekta usmjerene su na aktivnosti koje uključuju integraciju socijalne i zdravstvene skrbi, rano otkrivanje iznemoglosti, regulaciju polifarmacije pomoću suvremenih tehnoloških rješenja (IT tehnologije) prilagođenih osobama starije životne dobi, prevenciju padova te zaključno izradu alata za integriranu skrb starijih osoba koje su potrebite u europskim gradovima. Konačni cilj projekta je održati što dužu samostalnost osoba starije životne dobi u vlastitom kućanstvu, kroz sustavan pristup koji uključuje intersektorsku suradnju, s ciljem podizanja kvalitete života osoba starije životne dobi u gradovima, odgađanjem institucionalizacije te posljedično i smanjenje troškova u zdravstvu i socijalnoj skrbi. U prvoj fazi projekta provele su se fokus grupe radi definiranja kulturološke specifičnosti grada Rijeke te postojećih resursa u zajednici s ciljem prikupljanja podataka stvarnih potreba, razmišljanja i stavova sudionika. Ciljne skupine fokus grupa su osobe starije životne dobi, formalni i neformalni pružatelji zdravstvene i socijalne skrbi (4).

Prikaz preliminarnih rezultata fokus grupa

Fokus grupe koristile su se kao metodološki odabir radi specifične interakcije sa i među ispitanicima, pri čemu se težilo dobivanju stavova, vrijednosti, motiva i značenja pojedinog prethodno definiranog interesnog područja. Provedene su sukladno protokolu koji je definiran za sve probne gradove koji sudjeluju u projektu.

Formalni pružatelji skrbi obuhvaćali su zdravstvene djelatnike i djelatnike u sustavu socijalne skrbi s minimalno pet godina radnog iskustva u struci, kako bi mogli izreći relevantno iskustvo i mišljenje. Prema svom iskustvu tijekom rada osobe starije životne dobi okarakterizirali su kao tvrdoglave, slabo motivirane za svoje zdravlje, ovisne o drugim osobama, usamljene i slabo motivirane za samostalnost, a uz to je prisutna i činjenica da imaju niz kroničnih bolesti i stanja te uzimaju puno lijekova. Iz dobivenih rezultata uočeno je da formalni pružatelji skrbi nisu uvijek u mogućnosti zadovoljiti potrebe osoba starije životne dobi prvenstveno ako te potrebe nisu formalnog karaktera, već se baziraju na slušanju i komunikaciji koje su posljedica usamljenosti osoba starije životne dobi. Prema formalnim pružateljima skrbi zdravstveni sustav ima mogućnosti za unaprjeđenje kroz smanjenje administracije, povećanje kapaciteta izvaninstitucijske skrbi, ali i uvođenjem multidisciplinarnog tima za skrb o starijim osobama (tablica 1).

Kategorije			
Stavovi o osobama starije životne dobi	Stavovi o profesionalnim potrebama	Potrebne vještine	Sustav zdravstvene i socijalne zaštite
ovisnost	potreba intersektorske suradnje - psiholog	slušanje	obveze djece
tvrdoglavost	specijalisti za starije	komunikacija	ograničena izvaninstitucijska skrb
samoća	administracija	emocionalna podrška	propisi i ograničenja LOM
slaba motivacija za neovisnost	više tehnologije u radu rezultira manjkom komunikacije	strpljenje	zlouporaba ugovora za doživotno uzdržavanje
neodgovornost za zdravlje		povjerenje	smanjene financije
polifarmacija			

Tablica 1. Prikaz čestica fokus grupa formalnih pružatelja zdravstvene i socijalne skrbi.

Neformalni pružatelji skrbi obuhvaćaju djecu, unuke, susjede, rodbinu, volontere, udruge koje u potpunosti ili djelomično skrbe o osobi starije životne dobi. Neformalni pružatelji skrbi suočavaju se s nedostatkom znanja i vještina koje su potrebne za adekvatnu skrb, nemogućnosti osiguravanja vremena potrebnog za kvalitetnu skrb, a s druge strane za zdravstveni i socijalni sustav smatraju da je kompliciran i neuređen, da im na neki način otežava skrb, koju članovi obitelji najčešće obavljaju uz redovit posao. Ako žele kvalitetnu privatnu skrb najčešće se suočavaju s velikim troškovima (tablica 2).

Kategorije				
Stavovi o osobama starije životne dobi	Potrebne kompetencije za skrb o starijim osobama	Stavovi o brizi za starije	Sustav zdravstvene i socijalne zaštite	Stavovi o potrebnim dodatnim profesijama
ovisnost	zdravstvena njega	napor	komplicirano	patronaža
tvrdoglavost	specijalisti za starije	neznanje	dugotrajno	domovi za starije
neprihvatanje starosti	vrijeme	iščekivanje	neuređeno	sve profesije ovisno o trenutku
slaba motivacija za neovisnost		strpljenje	skupo	kondominiji
neodgovornost za zdravlje		povjerenje	nedovoljno ljudi	specijalisti za starije
polifarmacija			nepoznata prava i obveze	

Tablica 2. Prikaz čestica fokus grupa neformalnih pružatelja zdravstvene i socijalne skrbi (obitelji, volonteri, udruge).

Dobiveni podaci fokus grupa osoba starije životne dobi ukazuju na vrijednosni sustav starije životne dobi, poput ljubavi, obitelji, društva. Ne smatraju da su tvrdoglavi i neodgovorni za svoje zdravlje. Suočavaju se s egzistencijalnom nesigurnošću, nedostupnim informacijama o pravima i obavezama u zdravstvenom i socijalnom sektoru. Smatraju da zdravstveni djelatnici nemaju dovoljno vremena za njih te da je cijeli sustav kompliciran, neuređen, dugotrajan; osjetljivost sustava za osobe starije životne dobi nedovoljna je (tablica 3).

Kategorije			
Stavovi o važnim stvarima u životu	Potrebe i problemi osoba starije životne dobi	Najčešći pružatelji pomoći	Stavovi o sustavima zdravstvene i socijalne zaštite
obitelj	dostupnost informacija	obitelj	komplificirano
ljubav	raspoloživo vrijeme zdravstvenih radnika	susjedi	dugotrajno
mentalna i fizička aktivnost	doprinos društvu	prijatelji	neuređeno
društvo	egzistencijalna nesigurnost		skupo
	samoća		nebriga sustava
			nepoznata prava i obveze

Tablica 3. Prikaz čestica fokus grupa osoba starije životne dobi (75+).

Rasprava

Formalni i neformalni pružatelji skrbi dijele zajedničko mišljenje o karakteristikama starije populacije, dok osobe starije životne dobi i neformalni pružatelji dijele zajedničko mišljenje o sustavu skrbi. Dobiveni rezultati stanovnika grada Rijeke slični su onima u ostalim pilot gradovima. Sustav zdravstva i socijalne skrbi karakteriziran je odvojenim pristupom prema korisnicima. Zdravstveni profesionalci često se suočavaju s golemom administracijom kao i velikim brojem osiguranika u skrbi, a to rezultira smanjenim vremenom za pojedinog pacijenta te nedovoljnim brojem preventivnih pregleda. Sukladno istraživanjima pokazalo se da ključnu ulogu u zdravstvenoj skrbi starije populacije imaju medicinske sestre. Pokazalo se da upravo medicinske sestre u postojećem sustavu skrbi za osobe starije životne dobi mogu biti poveznica i koordinacija integriranog koncepta zajednice, zdravstva i socijalne skrbi. Motivaciju osoba starije životne dobi za brigu o svom zdravlju može inicirati upravo medicinska/patronažna sestra. Aktivnosti koje imaju dokazanu dobrobit u životu osoba starije životne dobi uključuju društvenu aktivnost, uključivanje u programe prilagođene osobama starije životne dobi, razna kulturna i sportska događanja ili sudjelovanje u rekreativnim aktivnostima koje su organizirane u zajednici. Nemoć i iznemoglost koja se javlja kao posljedica fiziološkog procesa ili postojeće kronične

bolesti ograničava područje kretanja i aktivnosti kod osoba starije životne dobi. Posljedično, padovi predstavljaju najčešće uzroke ozljeda osoba starije životne dobi, a prevencija se očituje u sudjelovanju u fizičkoj aktivnosti kojom se ojačavaju mišići i uspostavlja ravnoteža. O odnosu između fizičke aktivnosti i sprječavanju padova mnogo je provedenih istraživanja koja ukazuju na povoljne učinke prilagođene fizičke aktivnosti na sprječavanje padova osoba starije životne dobi (8-11).

Poznato je da je iznemoglost fiziološko stanje koje nastaje kao posljedica starenja, odnosno gubitka snage i energije. Postoje načini i mnoge ljestvice za mjerenje iznemoglosti, no što učiniti kada se spozna? Iznemoglost nerijetko rezultira ovisnošću starijih osoba o drugima, pa u konačnici i institucionalizacijom (12-14). Rana detekcija iznemoglosti na razini primarne zdravstvene zaštite uz suradnju patronažnih sestara i odgovarajućim intervencijama prema standardiziranim protokolima svakako pridonosi odgodi i pravovremenom nadzoru nad iznemoglim osobama starije životne dobi. Polifarmacija je učestali problem u starijoj životnoj dobi (15) koji nastaje kao posljedica multimorbiditeta. U fokus grupama provedenim među ciljnim skupinama nerijetko je bilo rečeno da se dnevno koristi i do 11 različitih lijekova. Povrh toga zaboravljivost, nepovjerenje u zdravstvene djelatnike često dovodi i do neredovitog, odnosno uzimanja lijekova „po potrebi“. Ovakav način korištenja lijekova često rezultira hospitalizacijama pacijenata zbog komplikacija, bacanjem lijekova, a time i do povećanja troškova zdravstvenog sustava. Nepovjerenje u liječnike obiteljske medicine u odnosu na liječnike specijaliste rezultira i uzimanjem dvaju i više lijekova za istu zdravstvenu problematiku. Polifarmacija se kroz UHCE i suradnju s formalnim i neformalnim pružateljima zdravstvene i socijalne skrbi rješava uporabom suvremenih tehnologija pomoću kojih se osobe starije životne dobi podsjećaju na redovito uzimanje potrebnih lijekova, a pružatelji skrbi imaju uvid u korištenje i potrošnju lijekova. Na taj način se izbjegavaju nepotrebni troškovi proizašli iz njihove nekontrolirane potrošnje.

Očekivani ishodi UHCE projekta su koordinacija formalnih pružatelja zdravstvene i socijalne skrbi s osobama starije životne dobi, daljnja promocija zdravlja u zajednicama s naglaskom na preventivnu skrb o građanima, fokus zdravstvenih radnika putem standardiziranih protokola na populaciju starijih osoba s multimorbiditetom, invaliditetom, odnosno iznemoglošću s ciljem rane detekcije potreba i redovitih preventivnih pregleda. Kvalitativnim podacima dobili smo različita mišljenja sudionika skrbi o osobama starije životne dobi, kao i mišljenje samih starijih osoba, koja nam predstavljaju polaznu točku u odlučivanju o mogućim potrebnim intervencijama s ciljem povećanja godina života u dobrom zdravlju.

Zaključak

Kvalitativnom metodom fokus grupe istražili su se stavovi važnih dionika u sustavu skrbi za osobe starije životne dobi, a interakcijom među sudionicima dobili sliku sustava. S obzirom na postojeće stanje, današnjom demografskom slikom Europe te projekcijama za budućnost, jedan od prioriteta predstavlja integrirana skrb za osobe starije životne dobi koje uključuje lokalne, regionalne i nacionalne resurse te učinkovite strategije zdravog starenja s odgovarajućim akcijskim planovima. Dosadašnji napori uloženi u skrb za osobe starije životne dobi nedovoljni su, iako se radi o dobrim pa čak i učinkovitim projektima. Karakterizira ih nekoordiniranost pa ponekad djeluju kao usamljeni otoci usred mora bez međusobne povezanosti i umreženosti, što stvara dojam samodostatnosti. Slična situacija je i u ostalim europskim gradovima. UHCE projekt zamišljen je kao koordinator, odnosno dodana vrijednost svim lokalnim, regionalnim i nacionalnim programima, projektima i akcijskim planovima s ciljem stvaranja ujednačenih protokola vezanih uz najčešće zdravstvene i socijalne probleme starijih osoba. Europski gradovi budućnosti suočeni su s mnogo izazova koji nastaju kao posljedica demografskih promjena. U cilju osiguranja zdravog starenja potrebna je intersektorska suradnja mnogih dionika kao i razvijanje Centara urbanog zdravlja koji će odgovarati na izazove starenja stanovništva.

LITERATURA

1. <http://www.un.org/en/globalissues/ageing/> (1. srpnja 2015.)
2. Eurostat statistic explained, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Population_structure_and_ageing (15. srpnja 2015.)
3. Population Reference Bureau. <http://www.prb.org/Publications/Datasheets/2013/2013-world-population-data-sheet.aspx> (15. srpnja 2015.)
4. <http://uhce.eu/> (15. srpnja 2015.)
5. Državni zavod za statistiku. Dostupno na: <http://www.dzs.hr/>
6. Primorsko-goranska županija. Dostupno na: http://www.pgz.hr/Arhiva_novosti?year=2014&yearActive=yes&month=1&newsId=1953 (pristupljeno 17. srpnja 2015.)
7. <http://www.rijeka.hr/RijekaUKojoj> (14. lipnja 2015.)
8. Frich LM. Nursing interventions for patients with chronic conditions. *J Adv Nurs.* 2003;44(2):137-53.
9. Markle-Reid M, Browne G, Weir R, Gafni A, Roberts J, Henderson SR. The effectiveness and efficiency of home-based nursing health promotion for older people: a review of the literature. *Med Care Res Rev.* 2006;63(5):531-69.
10. Markle-Reid M, Browne G, Gafni A. Nurse-led health promotion interventions improve quality of life in frail older home care clients: Lessons learned from three randomized trials in Ontario, Canada. *J Eval Clin Pract.* 2013;19(1):118-31.
11. Liebel DV, Friedman B, Watson NM, Powers BA. Review of nurse home visiting interventions for community-dwelling older persons with existing disability. *Med Care Res Rev.* 2009 Apr;66(2):119-46.
12. Sternberg SA, Wershof Schwartz A, Karunanathan S, Bergman H, Mark Clarfield A. The identification of frailty: a systematic literature review. *J Am Geriatr Soc.* 2011;59(11):2129-38.
13. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56(3):M146-56.
14. Vermeulen J, Neyens JC, van Rossum E, Spreeuwenberg MD, de Witte LP. Predicting ADL disability in community-dwelling elderly people using physical frailty indicators: a systematic review. *BMC Geriatr.* 2011;11:33.
15. Ryan R, Santesso N, Lowe D, Hill S, Grimshaw J, Prictor M, et al. Interventions to improve safe and effective medicines use by consumers: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;4:CD007768.

European Cities of Future: Role and Meaning of the Project Urban HealthCentres, UHC

ABSTRACT

By 2050, the number of Europeans aged 65 and over will double, and the number of those over 75 years of age will almost triple. This is associated with a steep increase in demand for care. Care is currently characterized by a professional approach, where health and social care are isolated from each other. Improving the quality of life and independent living, cost control, self-supporting methods, and infrastructures are needed. An integrated care concept must be organized in the local context where informal and formal infrastructures can be connected, and where community-, social-, and health-focused organizations are collaborating. This paper will cover preliminary results of the focus groups that were held in Rijeka in 2014 with main stakeholders included in care of elderly and with elderly persons (75+) living in the city of Rijeka. The themes covered in the focus groups were social and health care, challenges of ageism and aging, care for the elderly, falls, the usage of medicines, and loneliness with the main goal for perceiving their needs of stakeholders in the system of care for the elderly and the real needs of the elderly. Using qualitative data analysis we obtained different views of stakeholders involved in elderly care as well as the opinion of the elderly themselves, which represent a starting point of deciding on possible necessary interventions aimed at increasing the years of life in good health.

Key words: healthy ageing, the elderly, care, cities, focus groups.