

PERSONALIZIRANI MODEL KUĆNE NJEGE / KUĆNA NJEGA PO MJERI KORISNIKA

Aida Spahić, Dragana Grbić Hasibović i Nermin Cocalić
Sarajevo, novembar, 2021.

PERSONALIZIRANI MODEL KUĆNE NJEGE / KUĆNA NJEGA PO MJERI KORISNIKA

Aida Spahić, Dragana Grbić Hasibović i Nermin Cocalić
Sarajevo, novembar, 2021.

U partnerstvu sa:



Sadržaj

	SAŽETAK	4
I.	UVOD	5
	1.1. Izazovi u kreiranju politika u oblasti kućne njege i pomoći.....	5
	1.2. Zašto je potrebna kućna njega.....	6
	1.3. Opis metodologije.....	8
	1.4. Ključne preporuke.....	8
II.	ZAKONSKI OKVIR ZA PRUŽANJE SOCIJALNIH USLUGA U BOSNI I HERCEGOVINI	9
	2.1. Kako je definirana usluga kućne njege i pomoći.....	9
	2.2. Ko su korisnici usluga kućne njege i pomoći.....	10
	2.3. Kako se ostvaruje pravo na uslugu kućne njege i pomoći.....	10
	2.4. Pružaoci usluga.....	11
	2.5. Finansiranje usluga.....	11
	2.6. Osiguranje kvaliteta usluga.....	12
	2.7. Ostvarivanje prava na uslugu u praksi.....	12
III.	OPĆE KARAKTERISTIKE POLITIKA ZEMALJA EU U OBLASTI KUĆNE NJEGE	14
	3.1. Kućna njega u zemljama EU.....	14
	3.3. Formalni i neformalni pružaoci usluga.....	15
	3.4. Finansiranje usluga.....	16
	3.5. Orijentiranost na korisnika – osiguranje kvaliteta usluga.....	16
	3.6. Korištenje savremenih tehnologija.....	17
IV.	PRIMJER DOBRE PRAKSE EU – AUSTRIJA	18
	4.1. Zakonski okvir.....	18
	4.2. Vrste usluga.....	18
	4.3. Organizacija i pružanje usluga kućne njege.....	19
	4.4. Model pružanja kućne njege u Beču.....	20
V.	ZAKLJUČCI I PREPORUKE	22
	5.1. Organizacija i pružanje usluga.....	22
	5.2. Standardizacija usluga i profesija.....	22
	5.3. Modeli finansiranja.....	22
	5.4. Osiguranje kvaliteta.....	23
	5.5. Prednosti korištenja savremenih tehnologija.....	23

1.

SAŽETAK

Pružanje usluge kućne njege i pomoći u Bosni i Hercegovini obavlja se u zakonskim okvirima definiranim u oblasti socijalne zaštite. Kućna njega i pomoć u većini zapadnih zemalja podrazumijeva nešto širi koncept te obuhvata pružanje usluga zdravstvene njege i socijalne usluge pomoći u kući. U ovom dokumentu nastojali smo ponuditi odgovarajuće smjernice za kreiranje javnih praktičnih politika u okviru postojećih zakonskih rješenja uzimajući u obzir prijedloge novih zakonskih i podzakonskih akata koji reguliraju ovu oblast, a koji se nalaze u parlamentarnoj proceduri. Istraživanje koje smo proveli s ciljem identifikacije stanja na terenu pokazalo je da se ova usluga koristi vrlo rijetko, a u većem broju općina se uopće ne koristi. Zakonodavstvo evropskih zemalja pod kućnom njegom tretira usluge koje su usmjerene na obezbjeđivanje dugotrajne zdravstvene i socijalne zaštite u cilju preveniranja institucionalizacije, uglavnom starih osoba. Kućna njega i pomoć je, u zakonodavstvu u oblasti socijalne zaštite u oba entiteta, te na nivou kantona u Federaciji Bosne i Hercegovine, pozicionirana kao posebna usluga. Kućna njega i pomoć razlikuje se od usluge tuđe njege i pomoći koja obuhvata novčanu pomoć osobama koje ne mogu samostalno da se staraju o sebi te od zdravstvene njege. Zaključci provedenog istraživanja ukazuju da razloge zbog kojih se ova usluga ne koristi treba tražiti u nedovoljno definiranom zakonskom okviru te nepostojanju adekvatnih podzakonskih akata. Osim toga, centri za socijalni rad i općinske službe kao centralne institucije zadužene za provođenje socijalne politike nisu dovoljno angažirani u identifikaciji potreba korisnika i inovativnim rješenjima u pravcu implementacije ove usluge. U dokumentu su predstavljeni osnovni principi na kojima funkcioniра pružanje usluge kućne njege te je korišten austrijski primjer dobre prakse organizacije pružanja usluga, imajući u vidu pilot-projekat koji je već u fazi implementacije u općini Centar Sarajevo. Preporuke za razvoj javne praktične politike prezentirane su s obzirom na ključne teme kojima se ovaj dokument bavi, a to su procjena potreba i način organizacije usluge, orijentiranost na korisnika, finansiranje usluga, sistem praćenja kvaliteta te mogućnost korištenja savremenih tehnologija.

2.

UVOD

1.1. Izazovi u kreiranju politika u oblasti kućne njege i pomoći

Različiti nivoi vlasti nadležni za kreiranje i provođenje socijalnih politika suočavaju se s velikim izazovima koji su uzrokovani kontinuiranim porastom udjela starih osoba u ukupnoj populaciji širom Evrope.

U posljednjih dvadeset godina zabilježen je značajan porast starih osoba kojima je potrebna zdravstvena i socijalna pomoć. Procenat starog neaktivnog stanovništva kojem je potrebna pomoć izračunava se u odnosu na broj radno sposobnog stanovništva u dobi od 15 do 64 godine.¹ Prije dvadeset godina, u zemljama Evropske unije, procenat starih osoba kojima je potrebna pomoć iznosio je 25,9%, a omjer radno sposobnog stanovništva u odnosu na starije osobe od 65 godina iznosio je 4:1. Do januara 2020. godine, udio starih osoba kojima je potrebna pomoć povećao se na 34%, što znači da se odnos radno sposobnog stanovništva u odnosu na osobe starije od 64 godine smanjio na 3:1. Procjenjuje se da će u evropskim zemljama procenat starijeg stanovništva do januara 2050. godine dostići čak 56,7%, čime se omjer između radno sposobnog stanovništva u odnosu na starije osobe smanjuje na 2:1. Prema projekcijama Eurostata, udio starije populacije će dostići 50% u većini evropskih regija.²

Ove projekcije predstavljaju veliki izazov za zdravstvene i socijalne politike, s obzirom na veliku incidencu hroničnih i degenerativnih bolesti koje su glavni uzročnici mortaliteta i morbiditeta starijeg stanovništva u cijelom svijetu.³ Radi se o takozvanoj "epidemiološkoj tranziciji" od infektivnih i akutnih prema hroničnim i degenerativnim oboljenjima.⁴

Sve većem broju ljudi sa hroničnim oboljenjima i nemoćnosti kretanja, djeci sa ozbiljnim zdravstvenim problemima te osobama s mentalnim teškoćama potrebna je usluga kućne njege. Kako se ova potreba povećava, javne politike se nalaze pred izazovima proširivanja usluga i povećanja troškova.

U pojedinim evropskim zemljama uveden je model njege u zajednici koja uključuje kućnu njegu, koji se pokazao finansijski održivim i orijentiranim na potrebe korisnika.⁵

Sociološki trendovi poput nestajanja tradicionalne porodice, ubrzani procesi urbanizacije te sociodemografske promjene izazvane migracijama ukazuju na potrebu većeg angažmana naučne zajednice u evaluaciji postojećih zdravstvenih i socijalnih politika i njihovog stalnog unapređenja u cilju zadovoljavanja potreba društvene zajednice.

Rezultati brojnih istraživanja provedenih u oblasti socijalne zaštite ukazuju na to da su ljudi sa određenim stepenom invaliditeta te stariji ljudi sa teškoćama u kretanju, članovi njihove porodice i drugi neformalni pružaoci usluga njege više opredijeljeni na kućnu nego na institucionalnu njegu.

Promjene u potrebama i socijalnoj strukturi zahtijevaju potpuno drugačije pristupe u kreiranju zdravstvenih i socijalnih politika. U praksi se pokazalo da fokusiranje na zdravstveni pristup ne može odgovoriti na sve potrebe korisnika, te se težište javnih politika sve više premješta na socijalni aspekt. U socijaliziranom kontekstu, kućna njega se posmatra kao održiv pristup prevenciji institucionalizacije i pružanju odgovarajućih uslova za kvalitetan život pojedincima kojima je ova usluga potrebna u poznatom okruženju, tj. u njihovim domovima, onoliko dugo koliko je to moguće.

1 https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Old-age_dependency_ratio

2 Eurostat regional yearbook, 2021

3 Alder, J., Mayhew, L., Moody, S., Morris, R., Shah, R.(2005) The chronic disease burden – An analysis of health risks and health care usage, Cass Business School London, Special Report, www.nkm.org.uk/flyers/SpecialReports/CDB_Oct05.pdf.

4 US Census Bureau Report (2009), An Ageing World: 2008, <http://www.census.gov/prod/2009pubs/p95-09-1.pdf>.

5 Thornicroft T, Tansella M. What are the arguments for community-based mental health care? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (Health Evidence Network report; http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/mentalhealth/20030903_8, pristupljeno 25. jula 2008).

Rezultati brojnih istraživanja provedenih u oblasti socijalne zaštite ukazuju na to da su ljudi sa određenim stepenom invaliditeta te stariji ljudi sa teškoćama u kretanju, članovi njihove porodice i drugi neformalni pružaoci usluga njege više opredijeljeni na kućnu nego na institucionalnu negu.⁶

Promjene u potrebama i socijalnoj strukturi zahtijevaju potpuno drugačije pristupe u kreiranju zdravstvenih i socijalnih politika. U praksi se pokazalo da fokusiranje na zdravstveni pristup ne može odgovoriti na sve potrebe korisnika, te se težište javnih politika sve više premješta na socijalni aspekt. U socijaliziranom kontekstu, kućna njega se posmatra kao održiv pristup prevenciji institucionalizacije i pružanju odgovarajućih uslova za kvalitetan život pojedincima kojima je ova usluga potrebna u poznatom okruženju, tj. u njihovim domovima, onoliko dugo koliko je to moguće.

1.2. Zašto je potrebna kućna njega

Pod kućnom negom podrazumijevaju se zdravstvene usluge i socijalne usluge njege u domovima korisnika koje pružaju profesionalni negovatelji ili članovi porodice korisnika, a u cilju osiguravanja optimalne i kontinuirane njege.⁷

U većini evropskih zemalja kućna njega je intersektorsko područje regulirano zdravstvenim i socijalnim politikama. U Bosni i Hercegovini zadržana je tradicionalna podjela prema kojoj se zdravstvene usluge u kući pružaju u okviru sistema zdravstvene zaštite, dok se socijalne usluge kućne njege i pomoći pružaju u okviru sistema socijalne zaštite.

Zdravstvene usluge kućne njege podrazumijevaju usluge koje pružaju zdravstveni profesionalci, dok socijalne usluge kućne njege obuhvataju različit spektar usluga od kućnih poslova do održavanja lične higijene i njege.

Istraživanja provedena širom evropskih zemalja pokazala su da većina korisnika preferira kućnu negu u odnosu na institucionalni tip njege, jer korisnicima daje osjećaj sigurnosti i pozitivno utiče na njihovo mentalno zdravlje i fizički oporavak.⁸

Jedan od argumenata u prilog kućne njege je da ovaj tip usluge omogućuje članovima porodice da budu uključeni u brigu o bliskom srodniku kojem je njega potrebna te u većini slučajeva ovaj tip njege može odložiti institucionalizaciju.

Kućna njega omogućuje pojedincu mnogo veću slobodu nego što to dozvoljava institucija, i prilagođena je specifičnim potrebama korisnika.

Bosna i Hercegovina nije izuzeta iz evropskih trendova kada je riječ o starenju populacije. Ne samo da će se nastaviti rast udjela populacije u dobi od 65 i više godina već će se usljed dugovječnosti povećati koncentracija u podgrupama "staro" (75–84 godine) i "najstarije staro" stanovništvo (iznad 85 godina), što se može vidjeti u Tabeli 1.⁹

⁶ Tarricone, Rosanna & Tsouros, Agis D (2006). The solid facts: Home Care in Europe, WHO Regional Office for Europe

⁷ Home-based and long-term care: home care issues and evidence. Geneva, World Health Organization, 1999 (http://www.who.int/chp/knowledge/publications/Chronic_conditions/en/index.html, pristupljeno 25. jula 2008)

⁸ Genet, Nadine & Boerma, Wgw & Kringos - Pereira Martins, Dionne & Bouman, Ans & Francke, A. & Fagerström, Cecilia & Melchiorre, Maria & C, Greco & W, Devillé. (2011). Home Care in Europe: A Systematic Literature Review. BMC Health Services Research.

⁹ Čičić, M et al. (2019) STUDIJA o emigracijama: Bosna i Hercegovina, Sarajevo: Akademija nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine.

Tabela 1

Udio starosnih skupina u ukupnom stanovništvu Bosne i Hercegovine i relevantni analitički pokazatelji prema popisima stanovništva (1971–2013)

Godina popisa	Broj stanovnika u hiljadama	Ukupno	Dobna struktura (%)			Prosječna dob	Indeks starosti	Broj muškaraca na 1.000 žena
			0-14 godina	15-64 godina	65 i više godina			
1971.	3746	100,0	34,4	60,5	4,7	26,9	13,67	959,76
1981.	4124	100,0	27,5	66,2	6,1	29,6	22,08	989,18
1991.	4377	100,0	23,5	67,7	6,5	34,0	27,68	995,69
2013.	3531	100,0	15,4	70,4	14,2	39,5	92,33	962,97

U posljednje dvije decenije evidentan je porast ekonomskih migracija stanovništva; mladi ljudi odlaze u inostranstvo, što predstavlja izazov za kreiranje socijalnih politika u našoj zemlji. Prema procjenama Svjetske banke, ukupni procenat emigracija iznosi 44,5%, što Bosnu i Hercegovinu pozicionira na 16. mjesto u svijetu od ukupno 214 mjerenih zemalja.¹⁰

Iskustva evropskih zemalja su pokazala da je potrebno uložiti mnogo napora u podizanje svijesti javnosti o potrebi edukacije ne samo profesionalaca u oblasti zdravstvene i socijalne zaštite, već i neformalnih pružalaca usluga njege koji se brinu o ljudima kojima je ta njega potrebna. Uglavnom su to članovi bliže porodice, komšije ili bliski prijatelji. Ova vrsta njege mnogo više je zasnovana na konceptu humanosti i posvećenosti nego medicinskim intervencijama. Evropske politike koje reguliraju oblast kućne njege proizašle su iz potreba individualnih korisnika, njihovih porodica i šire društvene zajednice.¹¹ Za potrebe ove analize osvrnut ćemo se na nekoliko važnih aspekata evropskih politika:

- U većini evropskih zemalja, deinstitucionalizacija je prihvaćena kao opći princip na osnovu kojega se formuliraju socijalne politike, što je rezultiralo zatvaranjem ili transformacijom institucija za osobe s mentalnim teškoćama, integracijom pojedinaca s teškoćama u zajednicu te unapređenjem kvaliteta života starijih ljudi kroz jačanje usluga njege u zajednici;

- Model kućne njege je razvijen ne samo zbog zdravstvenih, socijalnih i emocionalnih efekata, već i zbog potencijalnog smanjenja potrošnje javnih sredstava, budući da se kućna njega pokazala efikasnijom i finansijski prihvatljivijom opcijom od institucionalizacije;¹²
- Primarna zdravstvena zaštita (patronažne usluge) pokazala se kao ključna u osiguravanju kvaliteta života, čime se rasterećuju bolnički kapaciteti, a omogućuje se njega u zajednici u okviru zdravstvenog i socijalnog sistema;
- Neformalni pružaoci usluga (porodica, prijatelji, komšije) prepoznati su kao ključni akteri u pružanju usluga kućne njege u novim formulacijama socijalnih politika u evropskim zemljama;¹³
- Moderne tehnologije su prepoznate kao važan faktor u pružanju usluga socijalne njege, s obzirom na široki spektar mogućnosti koje se nude korisnicima.¹⁴

¹⁰ Ministarstvo sigurnosti, Sektor sigurnosti, Migracijski profil Bosne i Hercegovine za 2016. godinu, Sarajevo, 2017. godine

¹¹ Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., Ghailani, D., Peña-Casas, R. and Vanhercke, B. (2018). Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies, European Social Policy Network (ESPN), Brussels: European Commission.

¹² Glendinning C et al. Funding long-term care for older people: lessons from other countries. York, Joseph Rowntree Foundation, 2004.

¹³ Schneider, U., Sundström, G., Johannson, L., Tortosa, M.A. (2016), Policies to support informal care, pp. 219-244 in Gori, C., Fernández, J.-L., Wittenberg, R. (eds.) Long-term care reforms in OECD countries. Successes and failures. Bristol, Policy Press

¹⁴ Clark RA et al. Telemonitoring or structured telephone support programmes for patients with chronic heart failure: systematic review and meta-analysis. British Medical Journal, 2007, 334:942.

1.3. Opis metodologije

Glavni cilj ovog dokumenta je usmjeren na širenje svijesti o značaju formulacije instrumenata javne praktične politike u oblasti pružanja usluga kućne njege. Imajući u vidu terminološke razlike u poimanju koncepta kućne njege, koje variraju u različitim evropskim zemljama gdje se ova usluga tretira kao multisektorsko područje regulirano zdravstvenim i socijalnim politikama, mi ćemo se ovdje fokusirati na koncept kućne njege i pomoći u kontekstu postojećih zakonskih okvira u oblasti socijalne zaštite u Bosni i Hercegovini.

Motiv za pisanje ovog dokumenta nije proizašao iz pokušaja da se pronađe odgovarajući argument za finansijsku održivost ove usluge, jer je iskustvo evropskih zemalja već potvrdilo pozitivne efekte modela kućne njege, a što se dugoročno odražava na povećanje kvaliteta života. Nastojanja autorskog tima bila su usmjerena na pronalaženje optimalnog modela organizacije kućne njege koji će zadovoljiti potrebe korisnika u Bosni i Hercegovini, a uzimajući u obzir postojeća zakonska rješenja, opće prilike u zemlji te dobre prakse drugih zemalja.

Za potrebe ove publikacije korišten je pregled dostupne stručne literature iz ove oblasti, zakonski i podzakonski dokumenti, studije, izvještaji i druga relevantna dokumentacija. Nakon analize zakonskih rješenja, obavljani su intervjui sa ključnim pružaocima usluga socijalne zaštite na različitim nivoima na osnovu unaprijed pripremljenih pitanja, a u cilju prikupljanja podataka o: a) načinu realizacije pružanja usluge kućne njege u praksi, odnosno procedurama koje se trebaju ispoštovati da bi se ostvarilo pravo na ovu uslugu; b) broju korisnika ove usluge; c) pružaocima usluga; d) načinu finansiranja; e) mehanizmima praćenja kvaliteta; f) potencijalnim preprekama za realizaciju ovih usluga i g) preporukama za unapređenje u ovoj oblasti.

Posebnu pažnju posvetili smo razmatranju različitih modela pružanja usluga kućne njege u evropskim zemljama s obzirom na ključne aspekte, kao što su organizacija, finansiranje, pružaoci usluga, monitoring kvaliteta, upotreba savremenih tehnologija itd. Na kraju je izdvojen primjer dobre prakse čiji bi elementi mogli biti primjenjivi u kreiranju politika u oblasti kućne njege u Bosni i Hercegovini, te su na osnovu toga navedene preporuke.

1.4. Ključne preporuke

Ključne preporuke su vezane za organizaciju i pružanje usluga, standardizaciju usluga i profesija, modele finansiranja, osiguranje kvaliteta te upotrebu savremenih tehnologija:

- Preporuke vezane za unapređenje organizacije u pružanju usluga podrazumijevaju izradu socijalnih planova na osnovu potreba za socijalnim uslugama u

lokalnim zajednicama. To uključuje aktivnosti na mapiranju i identifikaciji potreba korisnika i sistematskom prikupljanju informacija sa terena.

- Potrebno je raditi na jačanju koordinacije u pružanju usluga kućne njege i pomoći. Centri za socijalni rad/općinske službe socijalne zaštite trebaju preuzeti ulogu organizacije i koordinacije pružanja usluga kućne njege, što uključuje i pružanje relevantnih informacija o ovim i drugim uslugama, po uzoru na koordinacione centre koji djeluju u Beču. Pružanje usluga treba biti zasnovano na individualnom planu koji se priprema u skladu sa potrebama korisnika i informacijama koje je prikupio koordinator na terenu.
- Neophodno je što skorije donošenje odgovarajućih propisa koji pobliže reguliraju pružanje socijalnih usluga, propisuju minimalne uslove za rad i pružanje socijalnih usluga, te je potrebno raditi na jačanju svijesti o ulozi neformalnih njegovatelja i regulirati njihov status.
- Na osnovu socijalnih planova, napraviti programski okvir djelovanja za finansiranje usluga nevladinih organizacija. Ovaj program treba da sadrži ne samo aktivnosti nevladinih organizacija na direktnom pružanju usluga korisnicima, nego i druge aktivnosti kao što su informiranje, edukacija, savjetovanje i istraživanja.
- Preporučuje se poduzimanje aktivnosti u cilju promoviranja socijalnog poduzetništva, te uvođenje efikasnih podsticaja za unapređenje kvaliteta u pružanju usluga kućne njege i pomoći.
- Potrebno je omogućiti ugovaranje usluga po javnom pozivu na koji će se moći javiti svi pružaoci usluga koji zadovoljavaju standarde i posjeduju licencu za rad. Dokumentacija javnog poziva mora sadržavati jasne instrukcije o kriterijima, načinima bodovanja i plan monitoringa i evaluacije.
- Kako bi se unaprijedio kvalitet pružanja ovih usluga, te u većini općina aktivirala ova usluga, potrebno je napraviti planove informiranja građana o uslugama koje mogu koristiti. U pružanju ove usluge moguće je koristiti resurse nevladinih organizacija koje imaju uvid u stanje na terenu.
- Stoga je potrebno jačati kapacitete javne administracije za pripremu i upravljanje projektima koji se finansiraju iz EU sredstava te uvesti odgovarajuće mjere podsticaja za veći angažman na ovim projektima. To podrazumijeva veću saradnju sa nevladinim sektorom koji može pružiti ekspertizu u ovoj oblasti.

2.

ZAKONSKI OKVIR ZA PRUŽANJE SOCIJALNIH USLUGA U BOSNI I HERCEGOVINI

Socijalna zaštita u Bosni i Hercegovini u nadležnosti je entiteta – Federacije Bosne i Hercegovine i Republike Srpske. Federalne i kantonalne vlasti imaju podijeljenu nadležnost u oblasti socijalne politike. Federacija Bosne i Hercegovine ima ustavnu nadležnost da utvrđuje osnove socijalne politike i donosi zakone, a kantoni su dužni da utvrđenu socijalnu politiku provode putem službi za socijalnu zaštitu i tako realiziraju utvrđena prava iz zakona. Federalni zakon se donosi kako bi poslužio kao osnov kantonima za donošenje zakona koji trebaju biti usaglašeni sa federalnim, s tim da kantoni mogu proširiti obim prava, ali ne mogu ići ispod minimuma predviđenih federalnim zakonom. Općinske nadležnosti u provođenju socijalne politike i uspostavljanju socijalne zaštite regulirane su zakonima na nivou Federacije Bosne i Hercegovine i kantona.

- Prava na usluge socijalne zaštite ostvaruju se preko kantonalnih centara za socijalni rad (u Kantonu Sarajevo i Bosansko-podrinjskom kantonu), općinskih centara za socijalni rad te općinskih službi (u nekim općinama). Sredstva za finansiranje centara za socijalni rad izdvajaju se iz budžeta osnivača, općina ili kantona. Sistem socijalne zaštite u Federaciji Bosne i Hercegovine karakterizira visok stupanj decentralizacije, što se odrazilo na komplikovane procedure ostvarivanja socijalnih prava u praksi.
- Republika Srpska ima centraliziran sistem socijalne zaštite reguliran zakonima koji se donose na entitetskom nivou. Usluge socijalne zaštite pružaju se u ustanovama socijalne zaštite, koje se osnivaju na entitetskom i lokalnom nivou. U njihovoj nadležnosti je ostvarivanje prava i pružanje usluga socijalne zaštite. Ustanovu socijalne zaštite može osnovati entitetska vlada, jedinica lokalne samouprave te pravna i fizička osoba, u skladu sa zakonom koji uređuje sistem javnih službi. Socijalne usluge se pružaju u okviru javnih ustanova socijalne zaštite na lokalnom nivou, a finansiranje se vrši iz budžeta entiteta i jedinica lokalne samouprave. Lokalne samouprave, u skladu sa svojim programima socijalne zaštite, mogu uvoditi set proširenih prava u odnosu na ona zagarantovana zakonom na republičkom nivou.

- U Brčko distriktu socijalna zaštita i usluge socijalne zaštite ostvaruju se putem Pododjeljenja za socijalnu zaštitu, koje djeluje u okviru Odjeljenja za zdravstvo Brčko distrikta, a koje pokriva cijelo područje Distrikta. Usluge socijalne zaštite, prema zakonu, pruža centar za socijalni rad i ustanove socijalne zaštite koje se mogu osnovati u javnom, privatnom i mješovitom svojstvu. Brčko distrikt nema javnih ustanova za smještaj korisnika i za svoje potrebe koristi usluge ustanova koje djeluju na području Republike Srpske i Federacije Bosne i Hercegovine.¹⁵

2.1. Kako je definirana usluga kućne njege i pomoći

Pojam kućne njege je gotovo istovjetno definiran entitetskim zakonima koji reguliraju oblast socijalne zaštite te Zakonom o socijalnoj zaštiti Brčko distrikta.

Tako se u Zakonu o osnovama socijalne zaštite, zaštite civilnih žrtava rata i zaštite porodice sa djecom ("Službene novine Federacije Bosne i Hercegovine", br. 36/99, 54/04, 39/06, 14/09, 45/16 i 40/18) kućna njega određuje kao organizirano pružanje raznih usluga, kao što su: prehrana, obavljanje kućnih i drugih potrebnih poslova i održavanje lične higijene osobama koje su određene članom 23, tačke 1. 2. i 6. istog zakona, odnosno osobama koje nisu u stanju da se staraju o sebi.

Gotovo identičnu definiciju kućne njege nalazimo u Zakonu o socijalnoj zaštiti Republike Srpske ("Službeni glasnik Republike Srpske", br. 37/2012, 90/2016, 94/2019 i 42/2020) gdje se u članu 48. navodi da pomoć i njega u kući obuhvata obavljanje kućnih poslova, održavanje lične higijene, nabavku hrane i organiziranje ishrane i zadovoljavanje drugih svakodnevnih potreba.

¹⁵ SeConS, Grupa za razvojne inicijative, "Komparativna analiza uloge civilnog društva u pružanju usluga socijalne zaštite na Zapadnom Balkanu", Beograd, 2014.

U članu 59. Zakona o socijalnoj zaštiti Brčko distrikta ("Službeni glasnik Brčko distrikta BiH", br. 01/03, 04/04, 19/07, 02/08, 21/18 i 32/19), pod kućnom njegom i pomoći podrazumijeva se organizirano pružanje raznih usluga, kao što su: prehrana, obavljanje kućnih i drugih potrebnih poslova i održavanje lične higijene korisnicima. Opseg usluge je detaljno naveden u članu 19. istog zakona gdje se navodi da pomoć i njega u kući može obuhvatiti: organiziranje prehrane (nabavka i dostava gotovih obroka u kući, odnosno nabavka životnih namirnica, pomoć u pripremanju obroka i dr.); obavljanje kućnih poslova (kao što su: pospremanje stana, donošenje vode, ogrjeva i slično, organiziranje pranja i peglanje rublja, pranje suđa, nabavka lijekova i drugih potrepština).

2.2 Ko su korisnici usluga kućne njega i pomoći

Korisnici usluga su u zakonima na nivou entiteta, Brčko distrikta i kantona definirani kao osobe koje nisu u stanju da se iz određenih razloga brinu o sebi. To mogu biti starije iznemogle osobe, teško oboljele osobe ili osobe s mentalnim teškoćama.

Korisnici kućne njega i pomoći definirani su članom 23, tačka 1, 2. i 6. Zakona o socijalnoj zaštiti Federacije Bosne i Hercegovine kao osobe koje nisu u stanju da se same staraju o sebi.

U skladu sa članom 47. Zakona o socijalnoj zaštiti RS, pravo na pomoć i njegu u kući obezbjeđuje se starijoj iznemogloj osobi, teško oboljeloj osobi i drugoj osobi koja nije u stanju da se brine o sebi. Jedan od uslova za ostvarivanje prava je novčani cenzus, po kojem ne smije preći preko 50% neto prosječne plate ostvarene u prošloj godini (minimum 487 KM). Pravo na uslugu ne ostvaruje osoba koja je otuđila (prodala ili poklonila) imovinu kao i osoba koja ima sklopljen ugovor o doživotnom izdržavanju sa nekom drugom osobom.

Korisnici usluge kućne njega i pomoći definirani su članom 60. Zakona o socijalnoj zaštiti Brčko distrikta u kojem se navodi da se pomoć i njega u kući može odobriti osobi kojoj je zbog tjelesnog ili mentalnog oštećenja ili trajnih promjena u zdravstvenom stanju neophodna pomoć i njega druge osobe: koja nema mogućnost da joj pomoć i njegu osiguraju roditelj, bračni drug i djeca, koja nema mogućnost da pomoć i njegu osigura iz ličnih sredstava.

Prema članu 60. Zakona o socijalnoj zaštiti Kantona Sarajevo korisnici kućne njega i pomoći su osobe kojima je zbog tjelesnog ili mentalnog oštećenja ili trajnih promjena u zdravstvenom stanju ili starosti potrebna pomoć i njega druge osobe.

Prema članu 67. Zakona o socijalnoj zaštiti Zeničko-dobojskog kantona, pravo na kućnu njegu i pomoć u kući ostvaruje osoba potpuno nesposobna za samostalan rad i privređivanje, osoba starija od 65 godina (muškarac), odnosno 60 godina (žena) i osoba sa trajnim smetnjama u fizičkom i psihičkom razvoju, koja nije u stanju da se sama stara o sebi, pod uslovima da ta osoba: a) ne ostvaruje pravo na novčanu naknadu za pomoć i njegu od strane druge osobe shodno ovom i federalnom zakonu, b) nema mogućnosti da joj kućnu njegu i pomoć u kući osiguraju roditelji, bračni drug i djeca, c) nema mogućnost da joj se kućna njega i pomoć u kući osigura na osnovu ugovora o doživotnom izdržavanju i d) čiji prihod po članu domaćinstva ne prelazi iznos 40% od prosječne plaće kantona. Pravo na kućnu njegu i pomoć u kući, pod uslovima iz stava (1) ovog člana, ima i osoba kojoj je zbog privremenih promjena u zdravstvenom stanju ili tjelesnog oštećenja neophodna kućna njega i pomoć u kući, zbog nemogućnosti da se sama stara o sebi.

2.3. Kako se ostvaruje pravo na uslugu kućne njega i pomoći

Članom 60. Zakona o socijalnoj zaštiti Kantona Sarajevo definirano je da potrebu za pomoć i njegu u kući za osobe koje zadovoljavaju kriterije navedene u istom članu zakona utvrđuje stručna institucija. U članu 61. navodi se da se aktima ustanova, a u skladu sa federalnim zakonom i ovim zakonom, bliže reguliše način pružanja i korištenja usluga kućne njega. Kućna njega i pomoć u kući odobrava se u skladu sa članom 62. do zaključno sa članom 66. Zakona, a iznos je utvrđen Zaključkom Vlade Kantona Sarajevo.¹⁶

U članu 47. Zakona o socijalnoj zaštiti Republike Srpske navodi se da se pomoć i njega u kući osigurava iz budžetskih sredstava pod uslovom da: a) osoba nema mogućnosti da pomoć i njegu u kući obezbijedi vlastitim sredstvima i sredstvima srodnika koji ima obavezu izdržavanja u skladu sa zakonom, b) osoba nije zaključila ugovor o doživotnom izdržavanju, v) osoba nije ugovorom o darovanju otuđila imovinu i g) ukupni prihodi korisnika po svim osnovima ne prelaze iznos od 50% osnovice iz člana 23. ovog zakona. Članom 50. definirano je da ministar donosi pravilnik o ostvarivanju prava na pomoć i njegu u kući kojim se propisuju vrsta usluga, bliži uslovi u vezi sa ostvarivanjem prava iz člana 47. ovog zakona, kao i učešće korisnika i njegovog srodnika obaveznog na izdržavanje u troškovima pomoći i njega u kući. U praksi, zahtjev za ostvarivanje prava na pomoć i njegu u kući u centar za socijalni rad podnosi potencijalni korisnik ili srodnici, kao i stručni radnici službenim putem.

¹⁶ "Službene novine Kantona Sarajevo", broj 14/02.

2.4. Pružaoci usluga

Na osnovu člana 59. Zakona o socijalnoj zaštiti Kantona Sarajevo, usluge kućne njege i pomoći u kući mogu pružati ustanove, Crveni križ i nevladine organizacije koje ispunjavaju uslove propisane federalnim zakonom i ovim zakonom.

Zakonom o socijalnoj zaštiti Republike Srpske u članu 49. navodi se da pomoć i njegu u kući može pružati ustanova socijalne zaštite, udruženje građana, vjerska zajednica i drugo pravno lice koje ispunjava uslove za realizaciju ovog prava.

Članom 62. Zakona o socijalnoj zaštiti Brčko distrikta određeno je da pomoć i njegu u kući pruža ustanova socijalne zaštite, a može i pravna i fizička osoba s kojom šef Odjeljenja sklopi ugovor. U skladu sa članom 63. istog zakona, obaveza izdržavanja između srodnika određuje se u skladu s važećim propisima kojima se uređuju porodični odnosi. Mogućnost izdržavanja ocjenjuje se prema prihodima srodnika obaveznog da osigurava izdržavanje, pri čemu se uzimaju u obzir njegove porodične prilike i druge okolnosti koje mogu biti od uticaja za utvrđivanje te mogućnosti. Centar za socijalni rad rješenjem utvrđuje iznos koji je srodnik, po osnovu učešća u izdržavanju, u obavezi da osigura osobi nesposobnoj za rad, u skladu s kriterijima i mjerilima koje propisuje šef Odjeljenja.

2.5. Finansiranje usluga

Federalnim zakonom ovo pitanje nije uređeno. U članu 62. Zakona o socijalnoj zaštiti Kantona Sarajevo navodi se da troškove kućne njege i pomoći snose pravne i fizičke osobe u skladu sa federalnim zakonom. Način realizacije usluge definiran je članom 63. u kojem se navodi da se ugovor o vršenju usluga kućne njege i pomoći u kući i visina naknade za usluge zaključuju između korisnika i njegovih srodnika, odgovarajuće ustanove koja ispunjava propisane uslove i centra.

U nekom kantonima, poput Zeničko-dobojskog, regulirano je da se ovo pravo finansira iz budžeta općine/grada (član 152, st. 1, tačka d.). Općinskom odlukom utvrđuju se prava na usluge kućne njege i pomoći u kući koja se obezbjeđuju iz sredstava budžeta Općine Zenica i sredstava korisnika ili sredstava drugog pravnog ili fizičkog lica koje je preuzelo tu obavezu za korisnika. Korisnici socijalne pomoći i osoba čija primanja u domaćinstvu ne prelaze iznos najniže penzije u Federaciji BiH ne učestvuju u snošenju dijela troškova na ime pružanja usluga kućne njege i pomoći u kući. Na osnovu općinske odluke, osoba koja je ostvarila pravo na usluge kućne njege i pomoći u kući i čiji prihodi prelaze iznos najniže penzije u Federaciji BiH učestvuje u snošenju dijela troškova pružanja usluga kućne njege i pomoći u kući sa 20% od iznosa naknade za pružanje usluga kućne njege i pomoći u kući. Kantonalnim zakonom je obaveza finansiranja troškova ostvarivanja ovoga prava prenesena na općine/gradove tako što je određeno da se ono finansira (u cijelosti) iz budžeta općine/grada. Zenica je otišla dalje pa je tu

obavezu podijelila sa korisnikom i drugim osobama koje su u obavezi ili prihvataju da finansiraju troškove.

Članom 50. Zakona o socijalnoj zaštiti Republike Srpske regulirano je da ministar donosi pravilnik o ostvarivanju prava na pomoć i njegu u kući. Na osnovu Pravilnika o ostvarivanju prava na pomoć i njegu u kući određuje se da se sredstva za finansiranje prava na pomoć i njegu u kući obezbjeđuju iz sredstava korisnika, izdržavanih i budžetskih sredstava lokalne jedinice samouprave, u skladu sa zakonom. Korisnik učestvuje u troškovima pomoći i njege u kući ukoliko mu ukupni mjesečni prihodi po svim osnovima prelaze iznos 40% prosječne neto plate u Republici ostvarene u prethodnoj godini. Učešće korisnika u troškovima pomoći i njege u kući podrazumijeva iznos koji prelazi 40% prosječne neto plate u Republici ostvarene u prethodnoj godini.

Finansiranje usluga kućne njege definirano je članovima 63–65. Zakona o socijalnoj zaštiti Brčko distrikta. Na osnovu člana 63. obaveza izdržavanja između srodnika određuje se u skladu s važećim propisima kojima se uređuju porodični odnosi. Mogućnost izdržavanja ocjenjuje se prema prihodima srodnika obaveznog da osigurava izdržavanje, pri čemu se uzimaju u obzir njegove porodične prilike i druge okolnosti koje mogu biti od uticaja za utvrđivanje te mogućnosti. Centar za socijalni rad rješenjem utvrđuje iznos koji je srodnik, po osnovu učešća u izdržavanju, obavezan da osigura osobi nesposobnoj za rad, u skladu s kriterijima i mjerilima koje propisuje šef Odjeljenja. U skladu sa članom 64. Zakona o socijalnoj zaštiti Brčko distrikta, Centar za socijalni rad ima pravo na naknadu sredstava isplaćenih na ime materijalnog osiguranja, doplatka za pomoć i njegu druge osobe, smještaja u ustanovu socijalne zaštite ili smještaja u drugu porodicu od osoba koje su po zakonu dužne da učestvuju u izdržavanju korisnika, kao i od korisnika socijalne zaštite u slučaju da otuđi nepokretnu imovinu. U slučaju smrti korisnika socijalne zaštite, Centar za socijalni rad ima pravo na naknadu iznosa isplaćenog na ime izdržavanja osoba navedenih u stavu 1 ovog člana iz ostavinske mase. Centar za socijalni rad, na osnovu pravosnažnog rješenja o priznavanju prava na socijalnu zaštitu, ima pravo na zabilježbu potraživanja u zemljišnim knjigama na nepokretnostima u vlasništvu korisnika socijalne zaštite. Sredstva osigurana realizacijom zahtjeva iz stavova 1 i 2 ovog člana uplaćivat će se u budžet Distrikta. Prema članu 65. ovog zakona, pravo na materijalnu pomoć i druge oblike socijalne zaštite može ostvariti osoba koja ispunjava uslove iz člana 31 ovog zakona i uslove propisane općim aktom, a ima nepokretnu imovinu koja joj predstavlja smetnju kod ostvarivanja ovih prava, ukoliko tu svoju imovinu prenese u imovinu Distrikta bez naknade, i to počevši od prvog dana narednog mjeseca od davanja pismene izjave o prenosu nepokretne imovine. Istovremeno s prenosom imovine šef Odjeljenja će zaključiti ugovor o doživotnom izdržavanju s prenosiocem. Standardni uslovi pod kojima će se ugovori o doživotnom izdržavanju zaključivati bit će utvrđeni odlukom gradonačelnika. Isplata materijalne pomoći i dugi oblici socijalne zaštite koju ostvari osoba iz prethodnog stava padaju na teret budžeta Distrikta.

2.6. Osiguranje kvaliteta usluga

Kvalitet u pružanju usluga kućne njege ključan je za poboljšanje kvaliteta života korisnika ove usluge, a posebno starijih i iznemoglih osoba. U zemljama Evropske unije definiran je niz standarda za akreditaciju, licenciranje i registraciju pružalaca usluga kućne njege. Kvalitet kućne njege može se pratiti i putem anketiranja korisnika i analizom uložene žalbi, ali se to ne provodi na sistematičan način.

U Federaciji Bosne i Hercegovine pripremljen je Prednacrt zakona o pružanju socijalnih usluga kojim se, između ostalog, reguliraju uslovi za pružanje usluga i licenciranje pružalaca socijalnih usluga. Kao pružaoci usluga određene su ustanove socijalne zaštite, udruženja, fondacije, vjerske zajednice, druga pravna lica koja su licencirana za pružanje socijalnih usluga; definirana je primjena drugih propisa na osnivanje, upravljanje, rukovođenje i nadzor nad zakonitošću rada, prestanak rada i druge statusne promjene pružalaca usluga, način na koji udruženja, fondacije, vjerske zajednice i druge pravne osobe mogu pružati usluge pod uslovima propisanim ovim zakonom. Članom 53. zakona dat je osnov za donošenje podzakonskog akta kojim će biti regulirani minimalni uslovi za rad i pružanje socijalnih usluga, članom 54. i 55. reguliran je postupak ocjene ispunjenosti minimalnih uslova za rad i pružanje socijalnih usluga i donošenje rješenja o ispunjenosti minimalnih uslova. Članovima zakona od 56. do 64. reguliran je postupak licenciranja, licenca, uslovi za izdavanje licence, ograničenja licenca, obnavljanje i privremeno ukidanje licence, oduzimanje licence i postupak za izdavanje, obnavljanje i oduzimanje licence.

Pravilnik o minimalnim standardima za rad i pružanje socijalnih usluga u Federaciji Bosne i Hercegovine određuje smjernice za pružanje usluga u oblasti stručnog rada, tretman korisnika, procjenu potreba, snaga, rizika, sposobnosti, interesovanja korisnika i kapaciteta pružalaca usluga, nivo podrške, planiranje usmjereno na osobu uključujući izradu individualnog plana usluga, zaštitu prava korisnika.

Na osnovu Pravilnika o ostvarivanju prava na pomoć i njegu u kući u Republici Srpskoj, pružalac usluga je odgovoran za uredno vođenje administracije i evidencije rada sa korisnikom što uključuje dnevnik rada sa pruženim uslugama i prateći individualni plan za svakog korisnika. Pružalac usluga dostavlja izvještaj nadležnom centru za socijalni rad o pruženim uslugama pomoći i njege jednom mjesečno, a po potrebi i češće. Jednom godišnje centar za socijalni rad vrši eksterni monitoring koji podrazumijeva da se slučajnim odabirom odabere određeni broj korisnika koji se običu i provjeri stanje i kvalitet usluge.

2.7. Ostvarivanje prava na uslugu u praksi

Pravo na kućnu njegu i pomoć u kući ostvaruje se kao i ostala prava iz socijalne zaštite, provođenjem upravnog postupka, odnosno podnošenjem zahtjeva ili po službenoj dužnosti, donošenjem rješenja o utvrđenom pravu, a na osnovu pravosnažnog rješenja se zaključuje ugovor između prvostepenog organa (centra za socijalni rad) i pružaoca usluga.

“Ozbiljna manjkavost ovog pristupa”, kako saznajemo iz razgovora vođenog sa djelatnicima centara za socijalni rad jeste da “korisnici usluga nisu stavljeni u poziciju ugovarača, što je bio slučaj prije 1992. godine. Korisnik usluga mora lično, ili preko staratelja (ako je poslovno nesposoban ili prema medicinskoj dokumentaciji nije sposoban shvatiti značaj postupka) biti u poziciji da ugovara uslugu i na taj način kontroliše obim, sadržaj i kvalitet pruženih usluga”. Iz razgovora sa predstavnicima nadležnih institucija saznajemo da u Sarajevu i Zenici nikada nije pružena nijedna ova usluga niti je pokrenut ijedan postupak. “Prije izmjena Zakona o socijalnoj zaštiti, zaštiti civilnih žrtava rata i zaštiti porodice s djecom u Zeničko-dobojskom kantonu 2011. godine, koji na povoljniji način određuje krug pružalaca usluga i uslove koje mora zadovoljiti pružalac usluga, raspisan je javni poziv, ali niko se nije prijavio, čak ni Crveni križ. Više nije bilo pokušaja, ali to ne znači da nije bilo potrebe”, istakao je jedan od sagovornika. Izmjenom zakona 2011. godine određeno je da se ovo pravo – usluga pruža zaključivanjem ugovora između prvostepenog organa, odnosno centra za socijalni rad i odgovarajućeg udruženja, pravnog ili fizičkog lica. Sa odgovarajućim udruženjem, pravnim i fizičkim licem koja neposredno pružaju usluge kućne njege i pomoći u kući, imaju iskustvo, posjeduju materijalne i kadrovske kapacitete, općinski prvostepeni organ zaključuje ugovor kojim se preciziraju obim usluga, visina naknada i druga prava i obaveze.¹⁷ Zakon odredbom čl. 29. i 72. upućuje na nadležnost općine/grada da utvrđuje detaljnije ovo pravo – uslugu.

Ako se izuzme široko postavljen i nedovoljno razrađen pravni okvir, sagovornici su kao glavnu prepreku istakli inertnost centara za socijalni rad u prepoznavanju značaja ove usluge u pravovremenom rješavanju problema te prevećiji institucionalizacije. “Konkretnije, problem je u glavama direktora, ali i u neinventivnosti socijalnih radnika i drugih profesionalaca koji rješavaju probleme pojedinaca i porodice”. Kao prepreke se navode i nedovoljna promocija usluge i nedostatak njegovateljica.

Reforme u ovoj oblasti evidentne su u pripremi novih zakonskih rješenja poput Prednacrt zakona o socijalnim uslugama, koji obuhvata i ovu uslugu, te Nacrt pravilnika o minimalnim uslovima za rad i pružanje socijalnih usluga u Federaciji Bosne i Hercegovine. Ova rješenja su odlično polazište za unapređenje ovih usluga u praksi.

¹⁷ Član 21. Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o socijalnoj zaštiti, zaštiti civilnih žrtava rata i zaštiti porodice sa djecom (“Službene novine FBiH”, br. 13/11)

Kao pružaoci usluga u Federaciji Bosne i Hercegovine uglavnom su angažirani Crveni križ, vjerske organizacije i organizacije civilnog društva. U posljednje vrijeme ta se usluga u većem dijelu Federacije Bosne i Hercegovine više ne pruža zbog nedostatka finansijskih sredstava. Općine izdavaju veoma skromna finansijska sredstva za provođenje aktivnosti kućne njege, tako da se ova usluga pruža uglavnom zahvaljujući dobrovoljnom radu volontera i njihovom nesebičnom angažmanu. Na poslovima kućne njege u organizacijama Crvenog križa općina Kantona Sarajevo angažiraju se njegovateljice obučene po programu Crvenog križa Njemačke i Švicarske. Crveni križ Kantona Sarajevo ima vlastitu kuhinju i volonteri kućne njege korisnicima dostavljaju obroke.

Na području Kantona Sarajevo djeluje Kantonalna javna ustanova "Gerontološki centar" u okviru koje se pruža usluga kućne njege i pomoći starim, iznemoglim, hronično bolesnim osobama te osobama sa invaliditetom. Pomoć u kući podrazumijeva zdravstvenu njegu polupokretnih i nepokretnih starih, iznemoglih, bolesnih i osoba sa invaliditetom, koje ne zahtijevaju ili su završile bolnički tretman i kod kojih se svrha pružanja odgovarajuće pomoći može ostvariti kod kuće. Pomoć u kući obuhvata različite usluge kojima se pruža pomoć starijim osobama u njihovim domovima i olakšava život u starosti. Ove usluge podrazumijevaju pomoć u domaćinstvu u smislu održavanja higijene prostora u kojem korisnik živi, usluge pranja i peglanja veša, frizersko-brijačke usluge, priprema ili dostava obroka hrane, nabavka namirnica, usluge raznih kućnih opravki i druge neophodne usluge. Obim i vrsta usluga kućne njege i pomoći u kući zavisi od narušenosti zdravstvenog stanja i porodičnih uslova korisnika usluga, kao i od finansijskih mogućnosti korisnika, porodice ili centra za socijalni rad, odnosno naručioca ovih usluga. Poslove i zadatke Službe kućne njege i pomoći u kući provodi tim zaposlenika, različitog profila stručnosti i zanimanja, a u skladu sa potrebama korisnika ovih usluga (medicinska sestra, fizioterapeut, njegovateljica, socijalni radnik, kućni majstor, frizerka, spremačica i drugi). Cijena usluga kućne njege i pomoći u kući utvrđena je Zaključkom Vlade Kantona Sarajevo 5. 6. 2014. godine i po satu iznosi 10,00 KM. Broj korisnika usluge kućne njege Gerontološkog centra je iznimno mali, a usluge se pružaju isključivo na komercijalnoj bazi. Korisnici ili njihovi zastupnici usluge plaćaju direktno Gerontološkom centru bez posredovanja centra za socijalni rad.

U Republici Srpskoj, kućnu njegu najvećim dijelom pružaju nevladine i vjerske organizacije. U opštini Banja Luka, ovu uslugu pruža nevladina organizacija Partner. Nakon podnesenog zahtjeva, stručni radnici kontaktiraju organizaciju Partner, te utvrđuju da li organizacija raspolaže njegovateljem koji bi se mogao angažirati za dio grada ili u ruralnom dijelu gdje korisnik živi. Ukoliko Partner raspolaže njegovateljem za potrebno područje, stručni radnici Centra za socijalni rad odlaze u terensku posjetu kod korisnika, obavljaju razgovor, uzimaju izjavu da je osoba saglasna da će njegovatelj iz organizacije Partner dolaziti na kućnu adresu. Prilikom terenske posjete sačinjava se plan tretmana po

kojem se odredi šta će sve usluga obuhvatiti kao i potreban broj sati na sedmičnom i na mjesečnom nivou. Nakon toga stručni radnici sačinjavaju službenu zabilješku, donose mišljenje i rješenje. Rješenje se dostavlja korisniku usluge i organizaciji Partner. Ukoliko organizacija Partner ne raspolaže njegovateljem za potrebno područje grada, nastoji se pronaći osoba u neposrednoj blizini korisnika koja je voljna da se bavi tom vrstom posla, koja dalje sa organizacijom Partner dogovara način angažmana.

U Bosni i Hercegovini već 25 godina djeluje austrijska organizacija Hilfswerk International koja ima dugogodišnju tradiciju u pružanju usluga kućne njege i pomoći. Početkom 2021. godine Hilfswerk International GmbH iz Austrije i Udruženje za pomoć i razvoj "HAJDE" iz Bosne i Hercegovine osnovali su HILFSWERK Kuću podrške u okviru projekta "Kuća podrške – Održivo pružanje usluga za starije osobe u kući u Bosni i Hercegovini". Osnivanjem "Hilfswerk Kuće podrške" Bosna i Hercegovina postaje prva zemlja u regionu u kojoj je dostupna mobilna njega po austrijskom modelu. Općina Centar Sarajevo je prepoznala vrijednost ove ideje i podržala projekat u vidu dodjele kancelarijskog prostora za sjedište "Hilfswerk Kuće podrške" i izrazila volju za subvencioniranjem troškova dnevne njege za nekoliko najugroženijih stanovnika ove općine. Cjelokupan program "Hilfswerk Kuće podrške" namijenjen je svim građanima Kantona Sarajevo, uz plan da se u bliskoj budućnosti njeno djelovanje proširi i na područje cijele BiH. Hilfswerk Kuća podrške je specijalizirana ustanova za organizaciju i pružanje sveobuhvatne profesionalne i integrirane njege i stručne podrške u vlastitom domu za osobe kojima je potrebna njega, njihovim porodicama i ostalim članovima društva.

U cilju daljeg razvijanja ovog modela kao modela dobre prakse koji ima tendenciju da se proširi na druge općine u Bosni i Hercegovini, u ovom smo dokumentu nastojali istražiti osnovne karakteristike pristupa u pružanju usluga kućne njege i pomoći u Austriji sa fokusom na grad Beč. S obzirom na dosadašnju praksu saradnje sa nevladinim sektorom i nova zakonska rješenja koja su u pripremi, smatramo da bi model koji se koristi u Beču mogao biti primjenjiv u Bosni i Hercegovini.

3.

OPĆE KARAKTERISTIKE POLITIKA ZEMALJA EU U OBLASTI KUĆNE NJEGE

3.1. Kućna njega u zemljama EU

Opsežno istraživanje¹⁸ o organizaciji kućne njega u evropskim zemljama identifikovalo je tri dominantna modela organizacije kućne njega, i to: a) decentralizirani, b) centralizirani i c) *laissez-faire*.

Decentralizirani tip organizacije karakterizira visok nivo decentralizacije u kreiranju politika u ovoj oblasti, ali na osnovu veoma eksplicitne nacionalne politike. Na nacionalnom nivou definiran je zakonski okvir i opći principi koji se moraju poštovati u kreiranju politika na nižem nivou vlasti. Zakonski okvir postavljen na nacionalnom nivou odnosi se na utvrđivanje okvirnih principa i određenih ograničenja u korištenju usluga kućne njega. Na državnom nivou se definiraju i principi osiguravanja i praćenja kvaliteta pružanja usluga u oblasti kućne njega. Lokalnim nivoima vlasti ostavljena je mogućnost formulacije politika i definiranja podzakonskih rješenja u skladu sa potrebama zajednice. Na lokalnom nivou se donose odluke o kriterijima, cijenama usluga i opsegu usluga kućne njega.

Centralizirani tip je organiziran na državnom nivou. Socijalna zaštita je regulirana nacionalnim zakonima pri čemu regionalne vlasti provode politike donesene na državnom nivou. Ovakav model zastupljen je u nekoliko manjih evropskih država, ali i u Francuskoj i Portugalu.

Tip *laissez-faire* karakterizira nepostojanje nacionalne strategije u oblasti kućne njega. U ovom tipu organizacije, kriterije za ostvarivanje prava na kućnu njegu postavljaju privatni pružaoci usluga i nevladine organizacije. Ovakav model se primjenjuje u Bugarskoj. Međutim, nepostojanje državne strategije i porast siromaštva dovelo je do toga da se ova usluga više ne pruža u ovoj zemlji.

U praksi se ne mogu povući granice između ovih teorijskih modela. Organizacija modela kućne njega podložna je stalnim promjenama, koje mogu biti uslovljene različitim faktorima.

U većini evropskih zemalja, opći principi socijalne politike formulirani su na nacionalnom nivou, a detaljna formulacija i implementacija politika realizira se na lokalnim nivoima vlasti. Vođenje politike u oblasti socijalne zaštite karakterizira visok stupanj decentralizacije. Lokalni nivoi vlasti kreiraju politike u ovoj oblasti, poštujući zakonske okvire postavljene na nacionalnom nivou.

U većini evropskih zemalja, usluge zdravstvene njega organiziraju se i finansiraju odvojeno od socijalnih usluga kućne njega i pomoći. Razlika postoji i u nivou organizacije ovih usluga. Zdravstvene usluge kućne njega se organiziraju na nacionalnom i regionalnom nivou, dok se socijalne usluge kućne njega i pomoći organiziraju na nivou općine.

Kako bi se premostile razlike i spriječilo preklapanje određenih aktivnosti u pružanju usluga kućne njega, sve više zemalja opredjeljuje se za pristup integriranih usluga kućne njega. Postoje različiti tipovi integracije: organizaciona integracija u kojoj određena organizacija ili stručni tim pružaju sve vrste usluga kućne njega. Za ovaj tip integracije karakteristična je jasna podjela poslova između članova profesionalnog tima. Drugi tip integracije podrazumijeva model koordinacije usluga kućne njega koju pružaju različite organizacije posredovanjem menadžera (*case manager*); povezivanjem profesionalaca iz različitih organizacija ili formulacijom individualnih planova njega. Pružanje usluga kućne njega može se koordinirati posredstvom multidisciplinarnog plana njega, zasnovanog na integriranoj procjeni potreba i jasnoj podjeli zadataka između profesionalaca u pojedinačnom slučaju. Treći model podrazumijeva integraciju na volonterskoj bazi. U ovom slučaju, profesionalci samostalno odlučuju kada će kontaktirati druge profesionalce te nema jasne podjele zadataka između različitih profesionalaca.

¹⁸ Genet, N, Boerma, W, Kroneman, M, Hutchinson, A, Saltman R. (2012) Home Care across Europe: Current structure and future challenges, World Health Organisation

Tabela 2

Tri tipa integracijskog modela

Organizacioni	Koordinacioni Karakteristike	Volonterski
<ul style="list-style-type: none"> Jedna organizacija ili tim pruža zdravstvene i socijalne usluge kućne njege Jasna podjela zadataka između članova tima 	<ul style="list-style-type: none"> Organizacija pruža ili usluge zdravstvene njege u kući ili socijalne usluge pomoći Integrirana procjena potreba Koordinacija kućne njege vrši se prema multidisciplinarnom planu njege Koordinator je zadužen za plan njege (može biti pojedinac ili organizacija) Jasna podjela zadataka 	<ul style="list-style-type: none"> Organizacije pružaju isključivo jedan tip usluge Profesionalci samostalno donose odluke o kontaktiranju drugih profesionalaca Nema jasne diferencijacije radnih zadataka

3.3. Formalni i neformalni pružaoci usluga

Kućna njega podrazumijeva širok spektar aktivnosti koje pružaju različiti pružaoci usluga u formi zdravstvenih i socijalnih usluga, uključujući i usluge neformalnih pružalaca ovih usluga. Pružaoci usluga mogu biti različitih profila, tj. mogu biti profesionalni pružaoci usluga i tzv. neformalni pružaoci usluga kućne njege. U pružanje usluga kućne njege u većini evropskih zemalja uključeni su sljedeći profili: medicinske sestre, terapeuti, asistenti kućne njege, socijalni radnici, liječnici, volonteri itd. Medicinske sestre čine najveću grupu profesionalaca koji pružaju usluge kućne njege. Najčešće njihov posao obuhvata evaluaciju osoba koje koriste uslugu kućne njege, pripremu plana njege, pružanje usluga zdravstvene njege, identifikaciju potreba za dodatnim uslugama, provođenje edukacije članova porodice. Posao kućne njege od medicinske sestre zahtijeva neovisnost u radu, sposobnost stručnog procjenjivanja, koordinaciju i rukovođenje timovima koji učestvuju u pružanju usluga kućne njege i pomoći.

Asistenti za pružanje usluga kućne njege i pomoći čine okosnicu radne snage u ovoj oblasti budući da pružaju širok spektar usluga od dijeljenja terapije i svakodnevnih aktivnosti do pripremanja hrane. Asistenti za kućnu njegu i pomoć provode najviše vremena sa osobama koje primaju uslugu kućne njege i pomoći. U evropskim zemljama evidentan je manjak radne snage, što bi moglo dovesti do krize u budućnosti.¹⁹

¹⁹ Stone R. Long-term care workforce shortages: impact on families. San Francisco, Family Caregiver Alliance, 2001 (Policy Brief No. 3)

Radna snaga koja dolazi iz zemalja jugoistočne Evrope najčešće se zapošljava u ovom sektoru, ali je kvalitet usluga koje se pružaju upitan. Stoga su vlade pojedinih zemalja kreirale programe usmjerene na osiguravanje kvalificirane radne snage u ovoj oblasti. Radna snaga uglavnom dolazi iz zemalja jugoistočne Evrope u kojima, zbog odlaska mladih ljudi na rad u inostranstvo, raste potreba za ovim profilima radnika.²⁰

Od ostalih zanimanja koja su uključena u pružanje usluga kućne njege, najviše su zastupljeni socijalni radnici i terapeuti. Socijalni radnici mogu pružiti podršku osobama kojima je potrebna kućna njega i njihovim porodicama da ostvare pravo na korištenje ove usluge. Terapeuti poput psihologa, okupacionog terapeuta i logopeda učestvuju u pripremi plana rehabilitacije i praćenja usluga koje pružaju asistenti.

Izraz "neformalni njegovatelj" koristi se za opisivanje osobe koja se brine za člana porodice, bračnog druga, roditelja, prijatelja ili komšiju kojem je pomoć potrebna. Neformalni njegovatelji su nosioci kućne njege. Tek je sredinom dvadesetog vijeka došlo do formaliziranja ove vrste djelatnosti.

²⁰ Lamura G, Polverini F. East to west: the migration of informal caregivers. Washington, DC, AARP International, September 1, 2005 (http://www.aarpinternational.org/gra_sub/gra_sub_show.htm?doc_id=556115, pristupljeno 25. jula 2008).

Supružnici, djeca i ostali članovi porodice spadaju u grupu neformalnih pružalaca usluga, tj. neformalnih njegovatelja.²¹

Učešće formalnih i neformalnih njegovatelja u pružanju usluga kućne njege varira u zavisnosti od političkih, ekonomskih, demografskih i ekonomskih faktora. Dok su u zemljama jugoistočne Evrope pružaoci usluga kućne njege uglavnom neformalni njegovatelji, u zemljama sjeverne Evrope dominantnu ulogu u pružanju usluga kućne njege imaju formalni njegovatelji, a usluga se finansira iz općinskog budžeta. Neformalna njega se pruža u vidu socijalne podrške.

Rezultati provedenih istraživanja u ovoj oblasti ukazuju na to da u skandinavskim zemljama stariji ljudi ne žele da se o njima brinu članovi porodice, te preferiraju usluge formalnog tipa njege.²²

3.4. Finansiranje usluga

Evropske zemlje su na različite načine regulirale finansiranje usluga kućne njege i pomoći. Različiti tipovi kućne njege finansiraju se iz različitih izvora. Dva glavna pristupa finansiranju usluga kućne njege su: a) kombinovano finansiranje iz poreza i doprinosa za socijalne usluge kućne njege i finansiranje iz fondova zdravstvenog osiguranja za usluge zdravstvene njege u kući; b) kombinovano finansiranje iz poreza za usluge zdravstvene njege i finansiranje socijalnih usluga kućne njege iz fondova socijalnog osiguranja.

Sve evropske zemlje imaju razvijenu infrastrukturu za javno finansiranje usluga kućne njege i pomoći u određenoj mjeri. Međutim, pojedine usluge nedostaju u određenim zemljama ili regijama. To su usluge psihološke podrške i psihosocijalne njege. Jedan od ključnih razloga nedovoljne razvijenosti i nedostatka pojedinih usluga jeste deficit u formalnim pružaocima usluga. Taj deficit se ponekad kompenzira neformalnim pružaocima usluga, ali podjela zadataka između formalnih i neformalnih pružalaca usluga također ovisi o kulturnim vrijednostima, strukturi porodica i stavovima prema starenju i položaju starih ljudi u društvu, posebno kada je riječ o njihovoj potrebi za neovisnošću.

Usluge kućne njege finansiraju se iz javnih i privatnih izvora. Kada je riječ o finansiranju iz javnih sredstava, to nužno ne znači da će sve usluge biti finansijski pokrivene, te se dodatne usluge korisnicima naplaćuju. Također, postoji određeni limit prihoda koji neku osobu kvalifikuje za korištenje usluga kućne njege, dok ostali koji su iznad tog određenog minimuma plaćaju ovu uslugu parcijalno ili u cijelosti.

²¹ Mestheneos E, Triantafillou J. Supporting family carers of older people in Europe – the pan-European background. Hamburg, University Medical Centre Hamburg-Eppendorf, 2005.

²² Penning MJ. Hydra revisited: substituting formal care for self and informal in home care among the older adults with disabilities. The Gerontologist, 2002, 42:4-16

U organizaciji pružanja usluga kućne njege ključno je utvrditi: opseg usluge, korisnike i najbolju opciju finansiranja ove usluge. Postoje značajne varijacije u konzistentnosti i održivosti postojećih sistema finansiranja kućne njege u evropskim zemljama s obzirom na različit pristup prikupljanju finansijskih sredstava i njihovoj distribuciji, dostupnosti i kvalitetu usluga, mehanizmima refundacije, javno-privatna partnerstva u pružanju usluga, opseg pokrivenosti populacije i zadovoljstvo korisnika uslugom kućne njege.

Pored evidentne raznolikosti načina finansiranja kućne njege u zemljama širom Evrope, svima je zajedničko nastojanje da se uspostavi održiv sistem finansiranja usluga kućne njege koji će odgovoriti na potrebe korisnika.

Mehanizmi finansiranja usluga kućne njege u evropskim zemljama obuhvataju: državnu intervenciju, kupovinu usluga na tržištu, doprinose članova porodice i resurse civilnog društva. Doprinosi za usluge kućne njege ulaze u sistem kao finansijski resursi i kao doprinosi u uslugama, a odnose se na plaćanje pružalaca usluga i neformalnih njegovatelja. Kombinacija javnih i privatnih resursa formira ekonomiju kućne njege koja funkcioniše u određenom nacionalnom okviru.

3.5. Orijentiranost na korisnika – osiguranje kvaliteta usluga

Sistem praćenja kvaliteta usluga kućne njege nije dovoljno razvijen u evropskim zemljama. Mjere za praćenje kvaliteta usluga ne provode se u kontinuitetu, a posebno se to odnosi na usluge kućne pomoći. Potrebu za uspostavljanjem kvalitetnih usluga kućne njege nemaju samo njeni korisnici, već i donosioci odluka. Mnoge zemlje nemaju artikuliranu politiku kućne njege, dok u zemljama koje ovu uslugu imaju, ona nije dovoljno razvijena da bi mogla da zadovolji potrebe korisnika. Kreatori politika su suočeni sa izazovom uspostavljanja finansijski prihvatljivog sistema pružanja usluga kućne njege koji će odgovoriti na potrebe korisnika. Praksa je pokazala da veće uključivanje privatnog sektora utiče na povećanje efikasnosti pružanja usluga kućne njege.

Pod ključnim faktorima koji utiču na prirodu, intenzitet i organizacionu strukturu u sistemu pružanja usluga kućne njege identifikovani su: definiranje kriterija za korištenje usluga kućne njege, rana detekcija osoba kojima će ova usluga biti potrebna i odgovarajuća procjena potreba. Ovi kriteriji su u svakoj zemlji različiti, a razlike se mogu uočiti i u različitim regijama unutar iste države.

Ispitivanje zadovoljstva korisnika sve više se primjenjuje, ali je još uvijek manje zastupljeno od sistema žalbi. Strukturirana upotreba anektiranja s ciljem ispitivanja zadovoljstva korisnika provodi se u Belgiji, Finskoj, Francuskoj, Holandiji, Norveškoj, Portugalu i Sloveniji. Intervjui sa korisnicima i pružiocima usluga o zadovoljstvu uslugama kućne njege provedeni u evropskim zemljama omogućuju uporedni pregled rezultata u različitim evropskim državama.²³

3.6. Korištenje savremenih tehnologija

Upotreba tehnologije sve više je zastupljena u pružanju usluga kućne njege. Prednosti upotrebe tehnologija u odnosu na tradicionalni pristup su višestruke. Zahvaljujući upotrebi modernih tehnologija korisnik usluga više ne mora posjećivati svog liječnika porodične medicine ili specijalistu u bolnici u kojoj dobija usluge zdravstvene njege. Za osobe sa hroničnim oboljenjima, na primjer, ovakve posjete mogu oduzeti dosta vremena, kako korisnicima, tako i članovima njihovih porodica.

Uređaji poput holtera i mjerača šećera u krvi mogu omogućiti mnogo češće praćenje zdravstvenog stanja nego što se to čini u uslovima tradicionalnog modela. Tako se na vrijeme mogu uočiti određene zdravstvene smetnje te poduzeti odgovarajuće mjere.

Postoje različiti tipovi uređaja koji se koriste u kućnoj njezi: a) aktivni uređaji koji omogućuju primanje terapije kod kuće kao što su dijalizni sistemi, perfuzijske pumpe, sistem davanja lijekova i oksigenska terapija; b) neaktivni uređaji koji funkcioniraju bez intervencije kliničara ili korisnika te ne zahtijevaju korištenje električne energije kao što su npr. pelene za odrasle; c) uređaji koji pomažu u nadzoru kao što su npr. podsjetnici za lijekove. Napredna informaciona i komunikaciona tehnologija može se koristiti za pronalaženje osoba koje boluju od Alzheimerove bolesti. Ovi uređaji također omogućuju simultano prenošenje informacija – koje se mogu sačuvati za korištenje u budućnosti – od korisnika do tima kućne njege; d) oprema koja se instalira u prostoru kako bi se omogućilo korisniku da bude samostalan, kao što su specijalne stolice, toaleti, tuševi, liftovi itd.

Brojne studije ukazuju na prednosti upotrebe tehnologije u kućnoj njezi. Tehnologija se pokazala uspješnom u unapređenju kliničkih ishoda kod mnogih oboljenja, što utiče na ranije otpuštanje iz bolnice, oporavak te poboljšanje kvaliteta života. Tehnologija omogućuje bolji kvalitet života neformalnih pružalaca usluga kućne njege.

Razvoj medicinskih i drugih tehnologija omogućuje ljudima sa kompleksnim stanjima da ostanu živjeti kod kuće umjesto da budu smješteni u domove. To podrazumijeva povećanu potražnju za sestrama u zajednici koje imaju obuku u različitim oblastima.

²³ TNS Opinion & Social (2007). Health and long-term care in the European Union. Brussels, European Commission, Special Eurobarometer 283/Wave 67.3.

IV.

PRIMJER DOBRE PRAKSE EU – AUSTRIJA

4.1. Zakonski okvir

U Austriji je zastupljena tradicionalna podjela na zdravstvene usluge koje se pružaju u okviru zdravstvenog sistema te na usluge njege koje se pružaju u okviru sistema socijalne zaštite. Zdravstvena zaštita je regulirana na federalnom nivou, dok je socijalna zaštita u nadležnosti devet regionalnih nivoa vlasti. Zdravstvena zaštita se finansira iz doprinosa za zdravstveno i socijalno osiguranje, iz poreza te participacijom pacijenata. Usluge socijalne zaštite se finansiraju različitim mehanizmima individualnih mjera preko shema socijalnog osiguranja koje se razlikuju od regije do regije. Dok je zakonodavstvo u oblasti zdravstvene zaštite precizno definirano na federalnom nivou, mnogi aspekti socijalne zaštite još uvijek nisu adekvatno zakonski regulirani.

Kako federalni okvirni zakon o socijalnoj zaštiti nikada nije usaglašen, ovu oblast regulira devet različitih zakona o socijalnoj zaštiti koji variraju u smislu obima usluga, kriterija za ostvarivanje prava itd. Usluge kućne njege su sastavni dio šire strategije za dugoročno zbrinjavanje starijih osoba. Austrija je 1993. godine provela reformu u oblasti dugoročne njege za stare (engl. *long-term care*). Prije ove reforme, dugoročna njega za stare je bila fragmentirana, a procjenjivala se s obzirom na stepen onesposobljenosti/invaliditeta, a ne na procjeni fizičkih i mentalnih sposobnosti osoba da se same brinu o sebi. Pružanje usluga socijalne zaštite bilo je u nadležnosti regionalnih i lokalnih vlasti. Dominantni oblik pružanja usluga bio je smještaj u domove za stare, dok njega u zajednici, uključujući kućnu njegu, gotovo da nije postojala.²⁴

Tri ključna faktora uticala su na tok reformi 1993. godine: a) predstavnici osoba s invaliditetom su insistirali na tome da se politika ne bi trebala fokusirati samo na pružanju podrške starima općenito, već da se u obzir treba uzeti procjena ovisnosti o izdržavanju od strane druge osobe; b) zagovarano je plaćanje usluga kako bi se ojačala autonomija korisnika usluga te odgovorilo na zahtjeve tržišta u području pružanja usluga dugotrajne njege; c) tri austrijske provincije uvele su nove sheme plaćanja usluga na osnovu potreba i kriterija.

Reforma je obuhvatala dva pravca: zakonsko reguliranje oblasti finansiranja usluga te postizanje dogovora između federalnih i regionalnih vlasti o nadležnosti u oblasti pružanja usluga dugotrajne njege. Ovaj ugovor je još uvijek validan i nalaže da su usluge institucionalne i poluinstitucionalne njege te usluge kućne njege u nadležnosti regionalnih vlasti, dok je federalna vlast nadležna za pokrivanje usluga socijalnog osiguranja za pružaoce usluga. Iako je od tada doneseno nekoliko amandmana na postojeći zakon, reforma iz 1993. se i danas smatra okosnicom uspostavljanja dugotrajne njege u Austriji i funkcionalnog pružanja usluga u ovoj oblasti.²⁵

4.2. Vrste usluga

Austrijski sistem pružanja usluga dugotrajnije njege obuhvata dva osnovna tipa usluga: a) institucionalne usluge njege koje se osiguravaju na općinskom i regionalnom nivou. Ove usluge mogu da pružaju i religijske i neprofitne organizacije. Usluge njege se pružaju u domovima za stare, dnevnim i noćnim centrima; b) usluge kućne njege koje uglavnom pružaju neprofitne organizacije kao što su Caritas, Hilfswerk, Crveni križ i Volkshilfe. Između ostalog, ove usluge obuhvataju kućnu njegu i pomoć, usluge medicinske njege, mobilne terapijske usluge, uslugu "hrana na točkovima", usluge prevoza, čišćenje kuće, pranje rublja i pomoć vikendom.

Na raspolaganju su i usluge i pomoć za neformalne pružaoce usluga njege kao što su: a) finansijska podrška za doprinose u planiranju penzije (Begünstigte Selbst-/ Weiterversicherung in der Pensionsversicherung): iznos finansijske pomoći za neformalnog njegovatelja zavisi od potreba korisnika; b) kratkotrajna novčana podrška (Ersatzpflege) za njegovatelja koji zadovoljava kriterije za ovu vrstu pomoći; c) njega nakon otpuštanja iz bolnice (Familienhospizkarenz): omogućuje neformalnom njegovatelju da koristi bolovanje ili da mu se omogući smanjenje radnih sati kako bi se mogao brinuti za člana porodice. Ova usluga je limitirana na period od šest mjeseci.

²⁴ Österle and Bauer (2011) Home care in Austria In: Rostgaard et al, LIVINDHOME: Living independently at home, Reforms in home care in 9 European countries.

²⁵ Da Roit B., Le Bihan B., Österle A. (2007): Long-term Care Policies in Italy, Austria and France: Variations in Cash-for-Care Schemes. Social & Administration, Vol 41 (6), S. 653- 671.

4.3. Organizacija i pružanje usluga kućne njege²⁶

Pristup i procjena potreba. Nakon zaprimljenih zahtjeva za uslugom kućne njege, obavlja se medicinska procjena potencijalnog korisnika usluge. U Austriji ima sedam nivoa njege na skali od 1 do 7, ovisno o zdravstvenim potrebama korisnika. Austrija subvencionira troškove kućne njege i to u iznosima čak do 1688,90 €, a kod penzija manjih od 2000 € dodatnim iznosom do 550 €. ²⁷ Nivo 1 predstavlja samo povremenu njegu u koju su najčešće uključeni članovi porodice bez prisustva njegovatelja. Nivo 3 podrazumijeva svakodnevnu njegu i pomoć njegovatelja, dok nivo 7 predstavlja teža oboljenja kod kojih je uz prisustvo njegovatelja potrebna i stručna medicinska njega. Liječnik koji je odgovoran za procjenu medicinskog stanja odlazi u dom korisnika s ciljem utvrđivanja nivoa potrebne njege. Donošenje konačne odluke ne smije biti duže od šest mjeseci. ²⁸ Standardizirani instrumenti procjene se rijetko koriste, a procjene se donose na osnovu iskustva ili intuicije procjenitelja. U nekim federalnim jedinicama procjena potreba je delegirana kvalificiranim medicinskim sestrama koje koriste standardizirane instrumente procjene.

Pružanje usluga. Nadležnost za pružanje usluga socijalne zaštite razlikuje se po federalnim jedinicama. Od jula 2007. godine legalizirano je pružanje usluga 24-satne njege u kući korisnika od strane osoba koje nisu zaposlene u agencijama za pružanje usluga kućne njege, pod uslovom da su te osobe registrirane za pružanje ovih usluga. Ovaj propis se primjenjuje i na članove drugih EU zemalja, te zemalja jugoistočne Evrope. Korisnici učestvuju sa minimalnim iznosom sufinansiranja. Njegovatelji moraju biti osigurani u Austriji ili u zemlji iz koje dolaze. ²⁹ Zanimljivo je da je, prema podacima iz 2006. godine, čak 28% njegovatelja u Austriji bilo iz Bosne i Hercegovine. ³⁰

Koordinacija i integracija usluga. Koordinacija usluga još uvijek nije dobro razvijena, ali se intenzivno radi na tome, što pokazuju iskustva nekih provincija u kojima je 2004. godine osnovana institucija za integrirane socijalne i zdravstvene usluge (Styria) (ISGS).

U drugim dijelovima Austrije od 2000. godine primarna zdravstvena zaštita je povezana sa mobilnim uslugama za potrebe palijativne njege, a od 2005. godine federalna vlada i vlade svih devet provincija sklopile su ugovor kojim se regulira oblast socijalnih usluga koje pružaju humanitarne organizacije, provincije i općine, s ciljem smanjenja konkurencije i unapređenja saradnje.

Institucija i organizacije koje učestvuju u organizaciji i pružanju usluga. Akteri koji su uključeni u organizaciju i pružanje usluga kućne njege i pomoći su: Federalno ministarstvo socijalnih poslova i zaštite potrošača, Federalno ministarstvo zdravlja, vlade devet provincija, lokalne zajednice, pružaoci mobilnih usluga kućne njege, liječnici u zajednici, neformalni njegovatelji, korisnici usluga, državne, regionalne i lokalne institucije.

Korištenje informacionih tehnologija. Usluge telemedicine u oblasti njege zastupljene su na području cijele zemlje. Korisnicima su na raspolaganju usluge hitnog poziva, dok se u nekim područjima koriste sofisticiraniji uređaji za telemonitoring kao što je videokomunikacija.

4.4. Model pružanja kućne njege u Beču

Usluge kućne njege u Beču pružaju isključivo privatne volonterske organizacije, a finansiraju se iz općinskog budžeta. Postoji oko 20 volonterskih organizacija koje pružaju usluge kućne njege, a najveću ponudu ovih usluga pruža pet organizacija: Wiener Volkshilfe, Wiener Hilfswerk, Sozial Global, Rotes Kreuz, Wiener Sozialdienst. Za razliku od ostalih organizacija koje nude jednu ili dvije vrste, ove organizacije nude širok dijapazon usluga, kao što su: zdravstvena njega, "hrana na točkovima", usluge čišćenja i popravki kućanskih aparata, uvođenje alarm-sistema itd. U prosjeku oko 5% građana Beča starijih od 60 godina koristi neku od ovih usluga.

Dok je kod nekih organizacija prisutna stroga podjela na usluge zdravstvene njege i usluge pomoći u kući, druge organizacije, posebno one koje djeluju na području Donje Austrije, nude integrirane usluge njege u zajednici.

Odjeljenje "Soziale Dienste" provodi nabavke, koordinira i kontrolira pružanje usluga na nivou općine. Ugovaranje, planiranje i budžetiranje aktivnosti na pružanju usluga kućne njege i pomoći reguliraju se između ovog odjeljenja i pojedinačnih ponuđača usluga. Koordinaciju lokalnih nabavki vrši deset ispostava ovog odjeljenja, odnosno koordinacionih centara – "Soziale Stützpunkte" koji pokrivaju različita područja općine. Osoblje ovih centara čine medicinske sestre – koordinatorice, koje su odgovorne za uspostavljanje prvog kontakta sa klijentom i procjenu potreba korisnika u njihovom domu. Na osnovu toga sačinjava se individualni plan njege, uključujući vrstu usluga koje će biti potrebne. Medicinska sestra – koordinatorica odlučuje o tome kojeg će pružaoca usluga kontaktirati, osim ako korisnik usluge ne izrazi određene preferencije.

²⁶ Tekst u ovom poglavlju najvećim dijelom je zasnovan na publikaciji: Genet, N, Boerma, W, Kroneman, M, Hutchinson, A, Saltman R. (2013) Home Care across Europe: Case studies, World Health Organisation

²⁷ <https://blog.vecernji.hr/kategoricki-imperativno/iskustva-hrvatskih-njegovatelja-gordana-11933>

²⁸ Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, Sektion IV (Hrsg) (2009a): Blick Pflege. Ein Blick 5 Pflege. Orientierungshilfe zum Thema Behinderungen. 5. Auflage, Wien: BMSK.

²⁹ Hausbetreuungsgesetz (HBEG): <http://www.ris.bka.gv.at/>

³⁰ Lenhardt, M.; Österle, A. (2007): Migration von Pflegekräften: Österreichische und europäische Trends und Perspektiven. Österreichische Pflegezeitschrift, 12/07, <http://www.eogkv.at>

U posljednje vrijeme dolazi do integracije pojedinih socijalnih centara za koordinaciju i podršku u zdravstvene i socijalne centre – "Gesundheits- und Sozialzentren". U ovim centrima mogu se dobiti informacije, ne samo o kućnoj njezi i pomoći već i o domovima za njegu i drugim uslugama. U okviru ovih centara organizira se dnevna njega i druge socijalne usluge na lokalnom nivou. U Beču djeluje pet centara ovog tipa.

Usluge koje su na raspolaganju građanima Beča obuhvataju: a) pomoć u kući – podrazumijeva pomoć u svakodnevnim aktivnostima, nabavku i pripremu hrane; b) usluge socijalne psihijatrije – obuhvata usluge personalizirane njege za osobe sa mentalnim poremećajima i demencijom. Uključuje obavljanje kućanskih poslova, pomoć kod lične higijene i ostvarivanja socijalnih kontakata. Ovu uslugu pružaju posebno kvalificirani njegovatelji; c) "hrana na točkovima" – usluge dostavljanja hrane na kućnu adresu, dnevno ili sedmično. Korisnici mogu odabrati vrstu ishrane u skladu sa njihovim potrebama. Ovaj tip usluge korisnici plaćaju sami, ali u nekim slučajevima može se osigurati sufinansiranje; d) usluge pratnje – ove usluge pružaju specijalno obučeni njegovatelji, a namijenjene su građanima Beča koji usljed određenih mentalnih problema nisu u mogućnosti da samostalno izlaze. Ova usluga obuhvata asistenciju pri obavljanju nekih poslova, kao što su odlazak na medicinske preglede, odlazak u banku, frizeru itd.; e) usluga pranja odjeće – uključuje pranje, peglanje i manje popravke. Ova usluga se obavlja na zahtjev, vikendom ili dvaput sedmično. Sufinansiranje je moguće samo u slučaju pranja i dostave, ali ne i za hemijsko čišćenje, peglanje i popravke; f) okupaciona terapija – podrazumijeva posjetu okupacionog terapeuta koji savjetuje klijenta o mogućim terapijskim intervencijama. Ciljevi mobilnih terapijskih usluga usmjereni su na vježbanje korisnikovih kognitivnih funkcija s ciljem postizanja maksimalne samostalnosti i unapređenja kvaliteta života; g) mobilna permanentna zdravstvena njega – zdravstvena njega u kući koju pružaju medicinske sestre na dugoročnijoj osnovi. Ovaj tip njege podrazumijeva previjanje rana, mobilizaciju, davanje injekcija, lijekova itd. Obim usluge podrazumijeva svakodnevni dolazak u zavisnosti od potreba korisnika; h) mobilna privremena zdravstvena njega – obuhvata kratkoročnu njegu zdravstvenih profesionalaca u domu korisnika sa ciljem preveniranja hospitalizacije. Ova vrsta usluge dostupna je korisniku u periodu od maksimalno 28 dana, koji se može produžiti u zavisnosti od preporuka liječnika; i) mobilna palijativna njega – podrazumijeva kućnu posjetu stručnog tima koji sačinjava medicinska sestra, liječnik i socijalni radnik. Ovaj tim pruža uslugu kućne njege osobama koje boluju od ozbiljnih neizlječivih bolesti i dostupan je 24 sata; j) podrška volonterskih timova – volonteri koji su prošli obuku iz palijativne njege pružaju podršku timu za palijativnu njegu. Oni pomažu u organizacionim poslovima, provode vrijeme sa pacijentima itd.; k) savjetovanje u vezi s inkontinencijom – podrazumijeva pružanje diskretnih informacija i savjeta u vezi s inkontinencijom. Ove usluge mogu se pružiti i anonimno na zahtjev korisnika. Inkontinencija se može izliječiti ukoliko se na vrijeme dijagnosticira. Ova usluga se može pružiti u domu korisnika.

4.4. Model pružanja kućne njege u Beču

Usluge kućne njege u Beču pružaju isključivo privatne volonterske organizacije, a finansiraju se iz općinskog budžeta. Postoji oko 20 volonterskih organizacija koje pružaju usluge kućne njege, a najveću ponudu ovih usluga pruža pet organizacija: Wiener Volkshilfe, Wiener Hilfswerk, Sozial Global, Rotes Kreuz, Wiener Sozialdienst. Za razliku od ostalih organizacija koje nude jednu ili dvije vrste, ove organizacije nude širok dijapazon usluga, kao što su: zdravstvena njega, "hrana na točkovima", usluge čišćenja i popravki kućanskih aparata, uvođenje alarm-sistema itd. U prosjeku oko 5% građana Beča starijih od 60 godina koristi neku od ovih usluga.³¹

Dok je kod nekih organizacija prisutna stroga podjela na usluge zdravstvene njege i usluge pomoći u kući, druge organizacije, posebno one koje djeluju na području Donje Austrije, nude integrirane usluge njege u zajednici.

Odjeljenje "Soziale Dienste" provodi nabavke, koordinira i kontrolira pružanje usluga na nivou općine. Ugovaranje, planiranje i budžetiranje aktivnosti na pružanju usluga kućne njege i pomoći reguliraju se između ovog odjeljenja i pojedinačnih ponuđača usluga. Koordinaciju lokalnih nabavki vrši deset ispostava ovog odjeljenja, odnosno koordinacionih centara – "Soziale Stützpunkte" koji pokrivaju različita područja općine. Osoblje ovih centara čine medicinske sestre – koordinatorice, koje su odgovorne za uspostavljanje prvog kontakta sa klijentom i procjenu potreba korisnika u njihovom domu. Na osnovu toga sačinjava se individualni plan njege, uključujući vrstu usluga koje će biti potrebne. Medicinska sestra – koordinatorica odlučuje o tome kojeg će pružaoca usluga kontaktirati, osim ako korisnik usluge ne izrazi određene preferencije.

U posljednje vrijeme dolazi do integracije pojedinih socijalnih centara za koordinaciju i podršku u zdravstvene i socijalne centre – "Gesundheits- und Sozialzentren". U ovim centrima mogu se dobiti informacije, ne samo o kućnoj njezi i pomoći već i o domovima za njegu i drugim uslugama. U okviru ovih centara organizira se dnevna njega i druge socijalne usluge na lokalnom nivou.³² U Beču djeluje pet centara ovog tipa.

³¹ Grilz-Wolf, M., Strumpel, C., Leichsenring, K. and Komp, K. In K. Leichsenring, & A.M. Alaszewski (Ed.), Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons – A European Overview of Issues at Stake (pp. 97-137). Aldershot: Ashgate.

³² Leichsenring, K./Stadler, M. (1998) Purchaser-provider relationships and quality assurance in the area of personal social services in Vienna. Vienna: European Centre (Austrian National Report in the framework of the EU project 'Qualification for Development' co-ordinated by SMAER, Bologna).

Usluge koje su na raspolaganju građanima Beča obuhvataju:³³

a) pomoć u kući – podrazumijeva pomoć u svakodnevnim aktivnostima, nabavku i pripremu hrane; b) usluge socijalne psihijatrije – obuhvata usluge personalizirane njege za osobe sa mentalnim poremećajima i demencijom. Uključuje obavljanje kućanskih poslova, pomoć kod lične higijene i ostvarivanja socijalnih kontakata. Ovu uslugu pružaju posebno kvalificirani njegovatelji; c) “hrana na točkovima” – usluge dostavljanja hrane na kućnu adresu, dnevno ili sedmično. Korisnici mogu odabrati vrstu ishrane u skladu sa njihovim potrebama. Ovaj tip usluge korisnici plaćaju sami, ali u nekim slučajevima može se osigurati sufinansiranje; d) usluge pratnje – ove usluge pružaju specijalno obučeni njegovatelji, a namijenjene su građanima Beča koji usljed određenih mentalnih problema nisu u mogućnosti da samostalno izlaze. Ova usluga obuhvata asistenciju pri obavljanju nekih poslova, kao što su odlazak na medicinske preglede, odlazak u banku, frizeru itd.; e) usluga pranja odjeće – uključuje pranje, peglanje i manje popravke. Ova usluga se obavlja na zahtjev, vikendom ili dvaput sedmično. Sufinansiranje je moguće samo u slučaju pranja i dostave, ali ne i za hemijsko čišćenje, peglanje i popravke; f) okupaciona terapija – podrazumijeva posjetu okupacionog terapeuta koji savjetuje klijenta o mogućim terapijskim intervencijama. Ciljevi mobilnih terapijskih usluga usmjereni su na vježbanje korisnikovih kognitivnih funkcija s ciljem postizanja maksimalne samostalnosti i unapređenja kvaliteta života; g) mobilna permanentna zdravstvena njega – zdravstvena njega u kući koju pružaju medicinske sestre na dugoročnijoj osnovi. Ovaj tip njege podrazumijeva previjanje rana, mobilizaciju, davanje injekcija, lijekova itd. Obim usluge podrazumijeva svakodnevni dolazak u zavisnosti od potreba korisnika; h) mobilna privremena zdravstvena njega – obuhvata kratkoročnu njegu zdravstvenih profesionalaca u domu korisnika sa ciljem preveniranja hospitalizacije. Ova vrsta usluge dostupna je korisniku u periodu od maksimalno 28 dana, koji se može produžiti u zavisnosti od preporuka liječnika; i) mobilna palijativna njega – podrazumijeva kućnu posjetu stručnog tima koji sačinjava medicinska sestra, liječnik i socijalni radnik. Ovaj tim pruža uslugu kućne njege osobama koje boluju od ozbiljnih neizlječivih bolesti i dostupan je 24 sata; j) podrška volonterskih timova – volonteri koji su prošli obuku iz palijativne njege pružaju podršku timu za palijativnu njegu. Oni pomažu u organizacionim poslovima, provode vrijeme sa pacijentima itd.; k) savjetovanje u vezi s inkontinencijom – podrazumijeva pružanje diskretnih informacija i savjeta u vezi s inkontinencijom. Ove usluge mogu se pružiti i anonimno na zahtjev korisnika. Inkontinencija se može izliječiti ukoliko se na vrijeme dijagnosticira. Ova usluga se može pružiti u domu korisnika.

³³ Tekst koji slijedi većinom je zasnovan na informacijama iz: Care and Support in Vienna: <http://www.fsw.at>

V.

ZAKLJUČCI I PREPORUKE

5.1. Organizacija i pružanje usluga

Zaključak

Postojeća zakonska rješenja koja reguliraju pružanje usluga kućne njege i pomoći nisu dovoljno jasna, što je dovelo do toga da se ova usluga gotovo i ne koristi. Nova zakonska rješenja, koja su zasnovana na iskustvima drugih zemalja, mogla bi dovesti do unapređenja ove oblasti. Socijalne usluge se općenito pružaju s ciljem unapređenja kvaliteta života osoba koje se nalaze u stanju socijalne potrebe, a konačni cilj je dobrobit cijele društvene zajednice. Iako je pružanje socijalnih usluga u nadležnosti javnog sektora, u mnogim evropskim zemljama ove usluge povjerene su i drugim pružaocima usluga poput nevladinih organizacija. Prema zakonskim rješenjima, pružaoci usluga u Bosni i Hercegovini su ustanove socijalne zaštite, neprofitne organizacije i pravna lica. Istraživanje koje smo proveli pokazalo je da se usluga kućne njege i pomoći gotovo i ne provodi u većini kantona i općina u Federaciji Bosne i Hercegovine. Jedan od razloga koji se navodi je nejasan zakonski okvir i inertnost socijalnih radnika u pravcu organizacije pružanja ovih usluga. Važna prepreka je i nepostojanje sistema prikupljanja podataka o osobama u stanju socijalne potrebe. Imajući u vidu navedeno, a u skladu s pozitivnim iskustvima drugih zemalja, možemo preporučiti sljedeće:

Preporuka – Pristupiti izradi socijalnih planova

Socijalni planovi se pripremaju na osnovu potreba za socijalnim uslugama u lokalnim zajednicama. To podrazumijeva mapiranje korisnika i sistematsko prikupljanje informacija. Socijalno planiranje doprinosi unapređenju socijalnih usluga te poboljšanju kvaliteta života korisnika socijalnih usluga u zajednici.

Preporuka – Jačanje koordinacije socijalnih usluga u oblasti kućne njege i pomoći

Centri za socijalni rad/općinske službe trebaju preuzeti ulogu organizacije i koordinacije pružanja usluga kućne njege, što uključuje i pružanje relevantnih informacija o ovim i drugim uslugama, po uzoru na koordinacione centre koji djeluju u Beču i koji su zaduženi za nabavke, koordinaciju i praćenje kvaliteta pružanja usluga na nivou općine.

U ovim centrima građani bi se trebali informirati, ne samo o kućnoj njezi i pomoći već i o domovima za njegu i drugim uslugama. Pružanje usluga je zasnovano na individualnom planu koji se priprema u skladu sa potrebama korisnika i informacijama koje je prikupio koordinator na terenu.

5.2. Standardizacija usluga i profesija

Zaključak

U zakonodavstvu Bosne i Hercegovine regulirano je da usluge kućne njege mogu pružati ustanove socijalne zaštite, vjerske organizacije, nevladine organizacije i druga pravna lica. Prednacrtom zakona o socijalnim uslugama te Nacrtom pravilnika o minimalnim uslovima za rad i pružanje socijalnih usluga u Federaciji Bosne i Hercegovine definirani su stručni profili osoba koje mogu učestvovati u pružanju usluga kućne njege i pomoći. U zemljama EU u pružanje usluga kućne njege i pomoći mogu biti uključeni profesionalni pružaoci usluga i tzv. neformalni pružaoci usluga kućne njege. U pružanje usluga kućne njege u većini evropskih zemalja uključeni su sljedeći profili: medicinske sestre, terapeuti, asistenti kućne njege, socijalni radnici, liječnici, volonteri itd.

Preporuka

Potrebno je hitno donošenje propisa koji pobliže reguliraju pružanje socijalnih usluga i minimalne uslove za rad i pružanje socijalnih usluga. Potrebno je raditi na jačanju svijesti o ulozi neformalnih njegovatelja i regulirati njihov status.

5.3. Modeli finansiranja

Zaključak

Finansiranje usluga kućne njege i pomoći uglavnom se vrši iz budžeta kantona i općina, te sufinansiranjem pravnih i fizičkih lica. Za uslove u Bosni i Hercegovini mogao bi biti prihvatljiv austrijski model finansiranja organizacija koje pružaju ove usluge. Usluge kućne njege u Beču pružaju isključivo privatne volonterske organizacije, a finansiraju se iz općinskog budžeta. Od 20 organizacija koje pružaju usluge

kućne njege, najveću ponudu usluga kućne njege pruža pet organizacija (Wiener Volkshilfe, Wiener Hilfswerk, Sozial Global, Rotes Kreuz, Wiener Sozialdienst). U sarajevskoj općini Centar započeo je pilot-projekat u saradnji sa austrijskom organizacijom Hilfswerk koja je osnovala socijalnu ustanovu za pružanje usluga kućne njege i pomoći. Općina Centar sufinansira rad ove organizacije te je obezbijedila prostor za obavljanje aktivnosti. U opštini Banja Luka zabilježen je primjer dobre prakse saradnje Centra za socijalni rad sa lokalnom nevladinom organizacijom Partner.

Preporuka – Uspostaviti jasne kriterije za dodjelu grantova za ove usluge

Na osnovu socijalnih planova, napraviti programski okvir djelovanja za finansiranje usluga nevladinih organizacija. Ovaj program treba da sadrži ne samo aktivnosti nevladinih organizacija na direktnom pružanju usluga korisnicima, nego i druge aktivnosti kao što su informiranje, edukacija, savjetovanje i istraživanja.

Preporuka – Raditi na jačanju socijalne ekonomije

Socijalna ekonomija u Bosni i Hercegovini vrlo je nerazvijena u odnosu na visoki nivo razvijenosti socijalne ekonomije u zemljama EU. Organizacije socijalne ekonomije nisu primarno usmjerene na komercijalne ciljeve, već djeluju u općem interesu u pravcu zadovoljavanja potreba zajednice. Stoga je potrebno raditi na jačanju socijalnog poduzetništva, te uvesti efikasne podsticaje za unapređenje kvaliteta u pružanju usluga kućne njege i pomoći.

5.4. Osiguranje kvaliteta

Zaključak

Ministarstvo za rad i socijalnu politiku Federacije BiH prepoznalo je značaj reguliranja oblasti socijalnih usluga te je pripremljen Prednacrt zakona o socijalnim uslugama, koji obuhvata i ovu uslugu, te Nacrt pravilnika o minimalnim uslovima za rad i pružanje socijalnih usluga u Federaciji BiH. Pravilnikom je predviđeno licenciranje pružalaca usluga u cilju osiguravanja kvaliteta.

U centrima za socijalni rad i općinskim službama nije moguće doći do podataka o broju korisnika usluga, a u većini centara nikada nije zaprimljen niti jedan zahtjev za ovom vrstom usluge. Razloge možemo tražiti u nedovoljnom angažmanu centara u cilju informiranja građana o uslugama kućne njege i pomoći i načinu ostvarenja prava na ovu uslugu. Ovo se opet može posmatrati kao posljedica nejasno formuliranog zakonodavstva u ovoj oblasti, a posebno zakonskih kriterija za ostvarivanje ovog prava. Većina osoba koje zadovoljavaju kriterije za uslugu tuđe njege i pomoći imaju potrebu i za uslugama kućne njege i pomoći, ali korisnik zakonski ne može koristiti obje usluge.

Preporuka – Uspostavljanje sistema monitoringa i evaluacije

Uspostavljanje sistema praćenja kvaliteta pružanja usluga kućne njege proizlazi iz implementacije zakonskih rješenja. Stoga je neophodno što prije usvojiti zakon o socijalnim uslugama te novi pravilnik o minimalnim standardima za pružanje usluga socijalne zaštite na nivou Federacije BiH. U skladu sa nacrtom teksta pravilnika, socijalne usluge mogu pružati ustanove koje zadovoljavaju standarde za pružanje usluga, u skladu sa stručnim i prostornim standardima te standardima kvaliteta socijalnih usluga i smjernicama za njihovo uvođenje. Potrebno je omogućiti ugovaranje usluga po javnom pozivu na koji će se moći javiti svi pružaoci usluga koji zadovoljavaju standarde i posjeduju licencu za rad. Dokumentacija javnog poziva mora sadržavati jasne instrukcije o kriterijima, načinima bodovanja i plan monitoringa i evaluacije.

Preporuka – Unaprijediti sistem pružanja informacija o uslugama kućne njege i pomoći

Kako bi se unaprijedio kvalitet pružanja ovih usluga, te u većini općina aktivirala ova usluga, potrebno je napraviti planove informiranja građana o uslugama koje mogu koristiti. U pružanju ove usluge moguće je koristiti resurse nevladinih organizacija koje imaju uvid u stanje na terenu.

5.5. Prednosti korištenja savremenih tehnologija

Zaključak

Savremene tehnologije igraju značajnu ulogu u oblasti kućne njege i pomoći u zemljama EU. Tako su npr. usluge telemedicine u oblasti njege zastupljene na cijelom teritoriju Austrije. Korisnicima su na raspolaganju usluge hitnog poziva, dok se u nekim područjima koriste sofisticiraniji uređaji za telemonitoring kao što je videokomunikacija. Razvoj medicinskih i drugih tehnologija omogućuje ljudima sa kompleksnim stanjima da ostanu živjeti kod kuće umjesto da budu smješteni u domove.

Preporuka – Podsticanje korištenja EU fondova u oblasti IT inovacija i asistivnih tehnologija

Evropska unija nudi finansijsku podršku za različite programe i projekte u oblasti inovacija u sektoru informacionih i asistivnih tehnologija. Ovi fondovi se u Bosni i Hercegovini ne koriste u dovoljnoj mjeri, a omogućuju nabavku sitne infrastrukture i opreme koja se može koristiti za pružanje usluga kućne njege i pomoći. Stoga je potrebno jačati kapacitete javne administracije za pripremu i upravljanje projektima koji se finansiraju iz EU sredstava te uvesti odgovarajuće mjere poticaja za veći angažman na ovim projektima. To podrazumijeva veću saradnju sa nevladinim sektorom koji može pružiti ekspertizu u ovoj oblasti.

* Dokument je izrađen uz svesrdnu saradnju i susretljivost Kantonalnog centra za socijalni rad Sarajevo, Službe socijalne zaštite Općine Centar Sarajevo, Centra za socijalni rad Zenica, Centra za socijalni rad Banja Luka i Općine Centar Sarajevo.

REFERENCE

1. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Old-age_dependency_ratio
2. Eurostat regional yearbook, 2021.
3. Alder, J., Mayhew, L., Moody, S., Morris, R., Shah, R. (2005) The chronic disease burden – An analysis of health risks and health care usage, Cass Business School London, Special Report, www.nkm.org.uk/flyers/SpecialReports/CDB_Oct05.pdf.
4. US Census Bureau Report (2009), An Ageing World: 2008, <http://www.census.gov/prod/2009pubs/p95-09-1.pdf>.
5. Thornicroft T, Tansella M. What are the arguments for community-based mental health care? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (Health Evidence Network report; http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/mentalhealth/20030903_8, pristupljeno 25. jula 2008).
6. Tarricone, Rosanna & Tsouros, Agis D (2006). The solid facts: Home Care in Europe, WHO Regional Office for Europe
7. Home-based and long-term care: home care issues and evidence. Geneva, World Health Organization, 1999 (http://www.who.int/chp/knowledge/publications/Chronic_conditions/en/index.html, pristupljeno 25. jula 2008)
8. Genet, Nadine & Boerma, Wgw & Kringos - Pereira Martins, Dionne & Bouman, Ans & Francke, A. & Fagerström, Cecilia & Melchiorre, Maria & C, Greco & W, Devillé. (2011). Home Care in Europe: A Systematic Literature Review. BMC Health Services Research.
9. Čičić, M et al. (2019) STUDIJA o emigracijama: Bosna i Hercegovina, Sarajevo: Akademija nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine.
10. Ministarstvo sigurnosti, Sektor sigurnosti, Migracijski profil Bosne i Hercegovine za 2016. godinu, Sarajevo, 2017. godine
11. Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., Ghailani, D., Peña-Casas, R. and Vanhercke, B. (2018). Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies, European Social Policy Network (ESPN), Brussels: European Commission.
12. Glendinning C et al. Funding long-term care for older people: lessons from other countries. York, Joseph Rowntree Foundation, 2004.
13. Schneider, U., Sundström, G., Johannson, L., Tortosa, M.A. (2016), Policies to support informal care, pp. 219-244 in Gori, C., Fernández, J.-L., Wittenberg, R. (eds.) Long-term care reforms in OECD countries. Successes and failures. Bristol, Policy Press
14. Clark RA et al. Telemonitoring or structured telephone support programmes for patients with chronic heart failure: systematic review and meta-analysis. British Medical Journal, 2007, 334:942.
15. SeConS, Grupa za razvojne inicijative, "Komparativna analiza uloge civilnog društva u pružanju usluga socijalne zaštite na Zapadnom Balkanu", Beograd, 2014.
16. Službene novine Kantona Sarajevo, broj 14/02.
17. Član 21. Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o socijalnoj zaštiti, zaštiti civilnih žrtava rata i zaštiti porodice sa djecom ("Službene novine FBiH", br. 13/11)
18. Genet, N, Boerma, W, Kroneman, M, Hutchinson, A, Saltman R. (2012) Home Care across Europe: Current structure and future challenges, World Health Organisation
19. Stone R. Long-term care workforce shortages: impact on families. San Francisco, Family Caregiver Alliance, 2001 (Policy Brief No. 3)
20. Lamura G, Polverini F. East to west: the migration of informal caregivers. Washington, DC, AARP International, September 1, 2005 (http://www.aarpinternational.org/gra_sub/gra_sub_show.htm?doc_id=556115, pristupljeno 25. jula 2008).
21. Mestheneos E, Triantafillou J. Supporting family carers of older people in Europe – the pan-European background. Hamburg, University Medical Centre Hamburg-Eppendorf, 2005
22. Penning MJ. Hydra revisited: substituting formal care for self and informal in home care among the older adults with disabilities. The Gerontologist, 2002, 42:4-16
23. TNS Opinion & Social (2007). Health and long-term care in the European Union. Brussels, European Commission, Special Eurobarometer 283/Wave 67.3.
24. Österle and Bauer (2011) Home care in Austria In: Rostgaard et al, LIVINDHOME: Living independently at home, Reforms in home care in 9 European countries.
25. Da Roit B., Le Bihan B., Österle A. (2007): Long-term Care Policies in Italy, Austria and France: Variations in Cash-for-Care Schemes. Social & Administration, Vol 41 (6), S. 653- 671.
26. Genet, N, Boerma, W, Kroneman, M, Hutchinson, A, Saltman R. (2013) Home Care across Europe: Case studies, World Health Organisation
27. <https://blog.vecernji.hr/kategoricki-imperativno/iskustva-hrvatskih-njegovatelja-gordana-11933>
28. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, Sektion IV (Hrsg) (2009a): Blick Pflege. Ein Blick 5 Pflege. Orientierungshilfe zum Thema Behinderungen. 5. Auflage, Wien: BMSK.
29. Hausbetreuungsgesetz (HBeG): <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnumm=20005362>, mart 2010.
30. Lenhardt, M.; Österle, A. (2007): Migration von Pflegekräften: Österreichische und europäische Trends und Perspektiven. Österreichische Pflegezeitschrift, 12/07, <http://www.eogkv.at>
31. Grilz-Wolf, M., Strumpel, C., Leichsenring, K. and Komp, K. In K. Leichsenring, & A.M. Alaszewski (Ed.), Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons – A European Overview of Issues at Stake (pp.97-137). Aldershot: Ashgate.
32. Leichsenring, K./Stadler, M. (1998) Purchaser-provider relationships and quality assurance in the area of personal social services in Vienna. Vienna: European Centre (Austrian National Report in the framework of the EU project 'Qualification for Development' co-ordinated by SMAER, Bologna).
33. Care and Support in Vienna: <http://www.fsw.at>

O AUTORICAMA I AUTORU

Aida Spahić rođena je u Banjoj Luci 22. 10. 1975. godine. Diplomirala je 2002. godine na Filozofskom fakultetu Univerziteta u Sarajevu, na Odsjeku za filozofiju i sociologiju te stekla zvanje profesora filozofije i sociologije. Postdiplomski studij je završila na Fakultetu političkih nauka Univerziteta u Sarajevu, gdje je stekla zvanje magistra socioloških nauka 2008. godine. Na istom fakultetu je 2014. godine odbranila doktorsku disertaciju u oblasti medicinske sociologije. Radno iskustvo stekla je u sektoru civilnog društva gdje je bila uključena u implementaciju različitih projekata koje su finansirali brojni međunarodni donatori. Održala je niz stručnih edukacija, prvenstveno u oblasti pripremanja projektnih prijedloga, analize javnih politika, učešća građana u procesu odlučivanja itd. Certificirana je predavačica u oblasti pisanja i upravljanja projektima koji se finansiraju iz EU fondova. Bila je stipendistica prve generacije Programa podrške razvoju javnih politika u Bosni i Hercegovini u organizaciji Fonda otvoreno društvo BiH. Autorica je više istraživačkih studija, analiza i akademskih članaka koji obrađuju teme iz oblasti civilnog društva, javnih politika, zdravstva i socijalne zaštite. Autorica je knjige "Kvalitativna istraživanja u primijenjenoj medicinskoj sociologiji". Od 2014. do 2020. bila je angažirana kao konsultantica na implementaciji međunarodnih projekata u Federalnom ministarstvu zdravstva, a od 2019. godine angažirana je i kao predavačica na IT Business Academy Sarajevo. Certificirana je i za pružanje usluga filozofskog savjetovanja u okviru Gabinetu PROJECT@ – Consultoria Filosófica iz Portugala. Trenutno radi kao konsultantica Svjetske banke na projektu "Hitnog odgovora na Covid 19 u Bosni i Hercegovini".

Dragana Grbić-Hasibović rođena je 26. 7. 1982. u Sarajevu. Posljednje tri godine je poduzetnica i vlasnica Agencije za promociju i poslovno savjetovanje "SUCCESS". Angažirana je kao konsultantica u oblasti javnog zagovaranja, pisanja i provedbe projekata i odnosa sa javnošću. Ima preko osamnaest godina iskustva u upravljanju projektima nevladinog sektora sa fokusom na socijalnu pravdu, razvoj i jačanje zajednica, mladih, žena i marginaliziranih grupa. Edukatorica je i trenerica u oblasti upravljanja projektnim ciklusom, javnog zagovaranja, jačanja kapaciteta organizacija civilnog društva, zapošljavanja i ličnog osnaživanja. Ima dugogodišnje iskustvo u provedbi projekata finansiranih sredstvima Evropske unije (provedenih od strane konzorcija na čelu sa Deutsche Welle, BBC), projekata jačanja građanskog aktivizma (CPCD, SIDA), predškolskog obrazovanja i pitanja migranata (World Vision), zapošljavanja mladih (SOS, BMZ), u pisanju i upravljanju projektima različite vrijednosti, edukacijama za organizacije civilnog društva, pojedince i kompanije. Autorica je Izvještaja o procjeni NVO mreža, platformi, inicijativa i koalicija u Bosni i Hercegovini, te je učestvovala u izradi mnogobrojnih analiza, izvještaja, istraživanja i studija. Posvećena je boljoj vidljivosti organizacija civilnog društva koje rade sa marginaliziranim grupama, te radi na kreiranju i provedbi komunikacijskih i marketinških kampanja.

Aktivna je članica Udruženja poslovnih žena u BiH, Slovenskog društva Cankar, Planinarskog društva Skakavac te koordinatorica i PR građanske inicijative "Tanjir više".

Nermin Cocalić rođen je u Sarajevu 1. 5. 1987. godine. Diplomirao je 2012. godine na Fakultetu za kriminalistiku, kriminologiju i sigurnosne studije pri Univerzitetu u Sarajevu. Profesionalno je angažiran u krovnoj nevladinoj organizaciji za podršku osobama s intelektualnim teškoćama Federacije BiH – SUMERO, gdje je dio projektnog tima te voditelj Službe stanovanje u zajednici uz podršku za osobe s intelektualnim i mentalnim teškoćama. Aktivan je na zagovaranju, izradi zakonskih rješenja politika i strategija u oblasti socijalne zaštite te praktičnoj implementaciji procesa deinstitucionalizacije i razvoja socijalnih usluga na nivou lokalne zajednice. Polaznik je cijelog spektra neformalnih edukacija iz oblasti socijalne zaštite, projektnog menadžmenta, saradnje javnog sektora i civilnog društva, međunarodne saradnje i replikacije dobrih praksi usmjerenih na unapređenje kvaliteta života osoba s invaliditetom i drugih marginaliziranih grupa. Aktivno radi na implementaciji projekata u saradnji s domaćim institucijama poput resornih ministarstava za socijalnu zaštitu, lokalnih socijalnih ustanova, međunarodnim partnerima poput USAID-a, Fonda otvoreno društvo, Caritas, Češke razvojne agencije i dr. Značajan dio profesionalnog angažmana realizira kroz operativni i terenski rad usmjeren na razvoj vaninstitucionalnih socijalnih usluga te je umrežen sa ključnim akterima socijalne zaštite u preko 20 lokalnih zajednica u cijeloj BiH. Redovni je učesnik u kreiranju istraživanja, analiza, politika, strategija i akcionih planova iz oblasti socijalne zaštite i socijalnih usluga. Živi u Sarajevu, oženjen, roditelj dvoje djece. Čvrsto je opredijeljen za ostanak u Bosni i Hercegovini i davanje ličnog doprinosa u stvaranju društva jednakih mogućnosti.

IMPRESUM

Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) | Ured u Bosni i Hercegovini
Kupreška 20, 71 000 Sarajevo, Bosna i Hercegovina

Odgovorni: dr. Peter Hurrelbrink, direktor

Tel.: +387 33 722 010

Fax: +387 33 613 505

E-mail: fes@fes.ba

www.fes.ba

DTP: Anel Ćuhara

Štampa: Amos Graf, Sarajevo

Tiraž: 150 primjeraka

CIP - Katalogizacija u publikaciji
Nacionalna i univerzitetska biblioteka
Bosne i Hercegovine, Sarajevo

616-083-085:649(497.6)

SPAHIĆ, Aida

Personalizirani model kućne njege / kućna njega po mjeri korisnika /
Aida Spahić, Dragana Grbić Hasibović i Nermin Cocalić. - Sarajevo : Fried-
rich-Ebert-Stiftung, FES, 2021. - 25 str. : tabele ; 30 cm

Bibliografija: str. 25 ; bibliografske i druge bilješke uz tekst.

ISBN 978-9926-482-49-7

1. Grbić Hasibović, Dragana 2. Cocalić, Nermin

COBISS.BH-ID 46841606

Stavovi, mišljenja i zaključci u ovoj publikaciji ne moraju nužno odražavati
stavove Friedrich-Ebert-Stiftunga. Friedrich-Ebert-Stiftung ne garantuje za
tačnost podataka koji su izneseni u publikaciji. Sva prava zadržana od Frie-
drich-Ebert-Stiftunga. Komercijalna upotreba tekstova objavljenih u publik-
acijama Friedrich-Ebert-Stiftunga nije dozvoljena bez pisane dozvole FES-a.

PERSONALIZIRANI MODEL KUĆNE NJEGE /
KUĆNA NJEGA PO MJERI KORISNIKA

Više informacija o ovoj temi pronađite na:
www.fes.ba