

Istraživanje kvalitete usluge skrbi za djecu s teškoćama u razvoju na području Istarske županije

Javoran, Rozalija

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Pula / Sveučilište Jurja Dobrile u Puli**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:137:178308>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-23**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository Juraj Dobrila University of Pula](#)



Sveučilište Jurja Dobrile u Puli
Fakultet ekonomije i turizma
«Dr. Mijo Mirković»

ROZALIJA JAVORAN

**ISTRAŽIVANJE KVALITETE USLUGE SKRBI ZA
DJECU S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU NA PODRUČJU
ISTARSKE ŽUPANIJE**

Diplomski rad

Pula, 2023.

Sveučilište Jurja Dobrile u Puli

Fakultet ekonomije i turizma

«Dr. Mijo Mirković»

**ISTRAŽIVANJE KVALITETE USLUGE SKRBI ZA
DJECU S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU NA PODRUČJU
ISTARSKE ŽUPANIJE**

Diplomski rad

ROZALIJA JAVORAN

JMBAG: 0303044913

Studijski smjer: Marketinško upravljanje

Predmet: Istraživanje tržišta i marketinga

Znanstveno područje: Društvene znanosti

Znanstveno polje: Ekonomija

Znanstvena grana: Marketing

Mentor: izv.prof.dr.sc. Dragan Benazić

Pula, lipanj, 2023.



IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

Ja, dolje potpisana Rozalija Javoran, kandidatkinja za magistru _____ ovime izjavljujem da je ovaj Diplomski rad rezultat isključivo mojega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na objavljenu literaturu kao što to pokazuju korištene bilješke i bibliografija. Izjavljujem da niti jedan dio Diplomskog rada nije napisan na nedozvoljen način, odnosno da je prepisan iz kojega necitiranog rada, te da ikoji dio rada krši bilo čija autorska prava. Izjavljujem, također, da nijedan dio rada nije iskorišten za koji drugi rad pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili radnoj ustanovi.

Student

U Puli, _____, _____ godine



IZJAVA
o korištenju autorskog djela

Ja, Rozalija Javoran, dajem odobrenje Sveučilištu Jurja Dobrile u Puli, kao nositelju prava iskorištavanja, da moj diplomski rad pod nazivom „Istraživanje kvalitete usluge skrbi za djecu s teškoćama u razvoju na području Istarske županije“ koristi na način da gore navedeno autorsko djelo, kao cjeloviti tekst trajno objavi u javnoj internetskoj bazi Sveučilišne knjižnice Sveučilišta Jurja Dobrile u Puli te kopira u javnu internetsku bazu završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice (stavljanje na raspolaganje javnosti), sve u skladu s Zakonom o autorskom pravu i drugim srodnim pravima i dobrom akademskom praksom, a radi promicanja otvorenoga, slobodnoga pristupa znanstvenim informacijama. Za korištenje autorskog djela na gore navedeni način ne potražujem naknadu.

U Puli, _____ (datum)

Potpis

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1. Predmet i problematika istraživanja.....	1
1.2. Ciljevi istraživanja.....	2
1.3. Metodologija istraživanja.....	2
1.4. Struktura rada.....	3
2. MARKETING USLUGA SOCIJALNE SKRBI.....	5
2.1. Obilježja usluga socijalne skrbi.....	5
2.2. Marketinški miks usluga socijalne skrbi.....	16
3. KVALITETA USLUGA SKRBI ZA DJECU S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU NA PODRUČJU ISTARSKJE ŽUPANIJE.....	20
3.1. Poimanje kvalitete usluga socijalne skrbi.....	20
3.2. Obilježja korisnika usluga socijalne skrbi.....	23
3.3. Institucije za podršku u skrbi za djecu s teškoćama u razvoju na području Istarske županije.....	28
3.4. Usluge skrbi za djecu s teškoćama u razvoju i njihova kvaliteta.....	29
4. ISTRAŽIVANJE STAVOVA I KVALITETE KORISNIKA SOCIJALNE SKRBI NA PODRUČJU ISTARSKJE ŽUPANIJE.....	31
4.1. Korištenje usluga socijalne skrbi.....	31
4.2. Kvaliteta i zadovoljstvo korisnika usluga socijalne skrbi na području Istarske županije.....	32
5. POLUSTRUKTURIRANI I STRUKTURIRANI INTERVJU SA RODITELJIMA DJECE S POTEŠKOĆAMA U RAZVOJU NA PODRUČJU ISTARSKJE ŽUPANIJE.....	52
5.1. Cilj i metodologija polustrukturiranog i strukturiranog intervjua.....	52
5.2. Sufinanciranje terapijskih usluga i potreba za stručnom psihosocijalnom podrškom njegovatelja.....	56
5.3. Nedostupnost terapija.....	56

5.4. Ocjena kvalitete terapijskih usluga.....	57
5.5. Problematika socijalne skrbi djece s teškoćama u razvoju i preporuke rješenja za istu na području Istarske županije.....	58
ZAKLJUČAK.....	60
POPIS LITERATURE.....	62
POPIS GRAFIKONA.....	66
POPIS TABLICA.....	68
POPIS SLIKA.....	69
SAŽETAK.....	70
SUMMARY.....	70

1. UVOD

1.1. Predmet i problematika istraživanja

Predmet ovog diplomskog rada je istraživanje kvalitete usluge skrbi za djecu s teškoćama u razvoju na području Istarske županije. Riječ je o istraživanju u kojem su sudjelovali roditelji djece s poteškoćama u razvoju sa područja Istarske županije.

Danas je broj djece s poteškoćama u razvoju velik, te je u rastu, kako na globalnoj razini, tako u Republici Hrvatskoj. Razvojne poteškoće zahtijevaju liječenja i terapije, koje nisu svakom djetetu lako dostupne, skupe su te ih obilježava različita razina kvalitete (često niska), što predstavlja problematiku za djecu, njihove roditelje, ali i cjelokupno društvo.

Tijekom istraživanja sudionici su istaknuli kako je nužno osigurati svakom djetetu dostupnu i intenzivnu terapiju. Roditelji se žale da sustav skrbi nije u mogućnosti pravovremeno osigurati potrebne zdravstvene i edukacijsko - rehabilitacijske usluge svoj djeci.

Nadalje, ispitanici se žale na nesadržajno provođenje slobodnog vremena u smještaju gdje starija djeca primaju uslugu dnevnog boravka, na nedovoljnu uključenost djece sa težim smetnjama u lokalnu zajednicu, te na postupak vještačenja kod djece sa višestrukim poteškoćama.

Kritike se odnose na dugotrajnost postupka, složene procedure, a ispitanici predlažu da se postupak pojednostavi, da se imenuje jedinstvena komisija koja će imati dostupan uvid u bazu zdravstvenih i specijalističkih podataka djeteta kako bi se skratio postupak. Roditelji upozoravaju i da je neujednačena inkluzivna kultura u odgojno - obrazovnim ustanovama, i da je nedovoljno dobro razrađenog sustav asistenta u nastavi i osobnih pomoćnika djece s teškoćama u razvoju, upozoravaju i da ravnatelji škola i vrtića toleriraju nekompetentno djelovanje odgajatelja, učitelja i nastavnika, stoga roditelji predlažu da izvršna vlast uložiti sredstva u edukaciju odgojno - obrazovnog osoblja.

Situacija u Istri je dodatno otežana u pogledu dostupnosti i kvalitete socijalnih, zdravstvenih i obrazovnih usluga, a mnoge obitelji djece sa poteškoćama u razvoju i invaliditetom suočavaju se sa problemima siromaštva zbog visokih troškova terapijskih usluga, te su često zbog nedostupnosti terapijskih usluga i dugih lista čekanja prisiljeni putovati u druge gradove (najčešće u Rijeku, Zagreb, Beograd).

Do informacija roditelji djece sa poteškoćama u razvoju najčešće dolaze iz neformalnih izvora, putem Interneta i drugih roditelja, a kao najveći nedostatak navode duge liste čekanja te preopterećenost terapeuta. Nadalje, ispitanici smatraju da je nužno učiniti informacije dostupnim na jednom mjestu. Individualizacija pristupa odabira sudionika je boravak u Istarskoj županiji i imanje djeteta sa poteškoćama u razvoju.

1.2. Ciljevi istraživanja

Ovaj istraživački rad ima za cilj dokumentirati i motivirati lokalnu zajednicu da pokrene nužne projekte, te senzibilizirati javnost. Nadalje, cilj rada je istražiti iskustva roditelja djece s poteškoćama u razvoju s procesom rane intervencije u Istarskoj županiji.

1.3. Metodologija istraživanja

Sudionici su ispitani metodom anketnog upitnika, polustrukturiranog intervjua, te metodom strukturiranog intervjua. Polustrukturirani i strukturirani intervjui su obavljani u veljači i ožujku 2023. godine, individualno, te su u prosjeku trajali oko 45 minuta.

Kvantitativni dio istraživanja sproveden je putem upitnika, koji se sastoji od 26 pitanja na koja je odgovore davalo 135 ispitanika. Pitanja su grupirana po demografskim varijablama ispitanika i po varijablama ocjene ukupne kvalitete.

Roditelji dece sa poteškoćama u razvoju su ispitanici ovog istraživanja, te su popunjavali upitnik dobrovoljno, a isti je prethodno bio pripremljen za potrebe ovog istraživanja.

Upitnik je obuhvaćao niz pitanja vezano za predmet istraživanja. Sa dijelom sudionika upitnika obavio se i kvalitativni dio istraživanja realiziran kroz polustrukturirani, te kroz strukturirani intervju.

Cilj polustrukturiranih i strukturiranih intervju, nakon upitnika, je dobiti produbljene informacije u odnosu na pitanja iz upitnika. S tim u vezi, kao relevantni uzimaju se i utisci istraživača.

1.4. Struktura rada

Rad se nakon uvoda kao prvog poglavlja, sastoji od 4 glavna poglavlja, te zaključka i popisa literature, grafikona, tablica i od sažetka na hrvatskom i engleskom jeziku. U drugom poglavlju se definira marketing usluga socijalne skrbi, pri čemu je fokus na objašnjavanju obilježja usluga socijalne skrbi, te marketinškog miksa usluga socijalne skrbi.

U trećem poglavlju se analizira kvaliteta usluga skrbi za djecu s teškoćama u razvoju na području Istarske županije. Najprije se definira poimanje kvalitete usluge socijalne skrbi, zatim obilježja korisnika usluge socijalne skrbi, institucije za podršku u skrbi za djecu s teškoćama u razvoju na području Istarske županije, te se navode usluge skrbi za djecu s teškoćama u razvoju i njihova kvaliteta.

U četvrtom poglavlju se prikazuje istraživanje stavova i kvalitete korisnika socijalne skrbi na području Istarske županije. Pri tome se objašnjava korištenje usluga socijalne skrbi, te kvaliteta i zadovoljstvo korisnika usluga socijalne skrbi na području Istarske županije, slijedom rezultata anketnog upitnika.

U petom poglavlju se prikazuju rezultati polustrukturiranog i strukturiranog intervju sa roditeljima djece s poteškoćama u razvoju na području Istarske županije. Pri tome se objašnjavaju cilj i metodologija polustrukturiranog i strukturiranog intervju, a zatim se na temelju odgovora analizira kvaliteta socijalne skrbi kroz prikaz analize

sufinanciranja terapijskih usluga i potrebe za stručnom psihosocijalnom podrškom njegovatelja, kroz nedostupnost terapija, prikaz ocjene kvalitete terapijskih usluga, kroz prikaz problematike socijane skrbi djece s teškoćama u razvoju i preporuka kao rješenja za istu na području Istarske županije.

2. MARKETING USLUGA SOCIJALNE SKRBI

Da bi se bolje razumjelo istraživanje, u ovom poglavlju se obrađuje marketing usluga socijalne skrbi. Pri tome se najprije objašnjavaju obilježja usluga socijalne skrbi, a zatim se definira marketinški miks usluga socijalne skrbi.

2.1. Obilježja usluga socijalne skrbi

Usluge socijalne skrbi su dio marketinga usluga socijalne skrbi. Marketing usluga socijalne skrbi u fokusu ima usluge socijalne skrbi koje su dio primarne zdravstvene zaštite. Uspješna integracija zdravstvenih usluga se oslanja na suradnju različitih stručnjaka kroz koncept zajedničkog rada koji uključuje međuljudske vještine i administrativnu podršku. Službe primarne zdravstvene zaštite za djecu i mlade mogu imati koristi od primjene perspektive usluga na način da iste usmjere na stvaranje zajedničke vrijednosti, koja će utjecati na cjelokupno društvo.¹ U teoriji marketinga usluge socijalne skrbi promiču dobrobit za cjelokupnu zajednicu. Poseban fokus je na socijalnim uslugama za djecu i roditelje, koji surađuju sa službama (javnim i privatnim) u cilju promicanja zdravlja. Stoga se radna snaga primarne zdravstvene zaštite sastoji od velikog broja stručnjaka raznih profila, koji svojim radom utječu na zdravstvenu prevenciju, olakšanje tegoba ili na ozdravljenje (mentalno, fizičko). Uspješna suradnja između stručnjaka i roditelja djece, odnosno oboljelih, je preduvjet za učinkovito pružanje skrbi.

Usluge socijalne skrbi obilježava:²

- odnos između pružatelja (liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika) i pacijenata kao korisnika – takav odnos treba biti izgrađen na povjerenju, razumijevanju, empatiji, uključenosti i predanosti obje strane, stoga pogreške i neodgovornost nisu dobre odlike takvog odnosa (tada su pacijenti nezadovoljni, usluge nekvalitetne, a sustav medicinsko osoblja gubi dobru reputaciju),

¹ Clancy, A., Vespestad, M.-K., *Service-dominant logic and primary care services*, International Journal of Quality and Service Sciences, Vol. 11, No. 1, 2019., (pp. 127-140), str. 127.

² Ibidem, str. 286.

- takve usluge su egzistencijalno potrebne, trebale bi dostupne svakome, pojavljuju se neočekivano, neželjeno,
- takve usluge zahtijevaju stručnost, potrebna znanja za dijagnosticiranje i liječenje, da ne bi došlo do neželjenih rizika koji bi pogoršali zdravstveno stanje pacijenata,
- socijalne usluge trebaju jamčiti sigurnost i povjerenje,
- koncept socijalnih usluga stalno napreduje jer je društvo spoznalo da je njihova kvaliteta veoma značajna; takav napredak ovisi o razini uključenosti i o interesu medicinskog osoblja, pacijenata i zakonodavaca,
- usluge socijalne skrbi zahtijevaju od upravitelja bolnica i drugih institucija da budu više zainteresirani za davanje informacija pacijentima o istima, kako bi mogli sa pacijentima imati otvorenu komunikaciju i ispuniti očekivanja pacijenata, te kako bi se mogao omogućiti pravi izbor inicijative za poboljšanje kvalitete usluga, što će u konačnici rezultirati uspjehom.
- Usluge socijalne skrbi danas zahtijevaju stalnu edukaciju, praćenje tehnoloških trendova u zdravstvu, te poticati korištenje i pribavljanje resursa koji su slabije raspoloživi u javnozdravstvenom sektoru.

Ghenta, Sarbu i Mihai uslugama socijalne skrbi daju slijedeća obilježja:³

- Potreba za socijalnim uslugama na području Europe, ali i u ostatku svijeta, je u rastu jer se povećao broj potencijalnih korisnika socijalnih usluga, što je rezultiralo povećanom kompleksnošću ponuđenih usluga, kao i upravljanja i organizacije pružatelja usluga.

³ Ghenta, M., Sarbu, R., Mihai, M., *Managing Quality in Social Care Services*, Conference: 2014 International Conference on Production Research – Africa, Europe and Middle EastAt: Cluj Napoca, Romania, 2014., str. 2., dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/269397228_MANAGING_QUALITY_IN_SOCIAL_CARE_SERVICES (20.04.2023.)

- Socijalne usluge diljem svijeta su pod utjecajem općih trendova: globalizacija, migracija radne snage, demografske, ekonomske i društvene promjene koje se različitim intenzitetom razvijaju od jedne zemlje do druge.
- Važne su jer doprinose gospodarskom razvoju, posebno u pogledu kvalitete života osoba kojima su potrebne. Na europskom području su važne zbog čimbenika koji utječu na stvaranje nesigurnosti, a tu prvenstveno spadaju siromaštvo, starenje i nezaposlenost.

Slijedom navedenih obilježja usluge socijalne skrbi su složene, te zahtijevaju transformacije s ciljem poboljšanja njihove kvalitete, u skladu sa potrebama korisnika. Socijalne usluge su sastavni dio različitih modela kvalitete usluge socijalne skrbi. Općenito se model skrbi može definirati kao usluga koja se pruža pojedincu u obliku njege, skrbi, u pravo vrijeme, na pravom mjestu, od pravih ljudi (koji imaju vrijednosti i vještine potrebne za pružanje sigurne i visokokvalitetne podrške i skrbi).⁴ Modeli kvalitete socijalne skrbi su različiti zbog postojanosti različitih usluga socijalne skrbi, koje obilježava različita kvaliteta, u skladu sa okruženjem, te u skladu sa različitim mjestima i zemljopisnim područjima na kojima se skrb i podrška pružaju. Ono što je najvažnije je to da se korisnici i članovi obitelji korisnika mogu osloniti na skrb i na podršku, te da imaju mogućnost donošenja dobrih odluka na temelju primljenih informacija, prema modelima koji im najbolje odgovaraju.

Bez obzira na različitost modela kvalitete socijalne skrbi, ono što svaki model mora imati su temeljni elementi:⁵

- ključna etička načela, ukorijenjena u socijalnu skrb,
- svi su fokusirani na unaprijeđenje kvalitete života korisnika usluga,
- svi modeli imaju svrhu i vođeni su stručnjacima koji imaju smislenu individualno zanimanje,

⁴ Reinvesting Social Care, *Models of Care, What is a "model of care"?*, 2021., dostupno na: <https://reinventingsocialcare.co.uk/models-of-care> (5.05.)

⁵ Ibidem

- modeli su dizajnirani s ciljem zadovoljavanja potreba i ispunjavanja želja pojedinaca, ili cijele društvene zajednice,
- svi modeli socijalne skrbi su usmjereni na osobu, odnosno na pojedinca, na identificiranje njegovih problema i ciljeva
- temelje se na prednostima – ljudi se oslanjaju na socijalnu skrb temeljenu na mreži podrške,
- da bi usluga bila besprijekorna, ista mora biti integrirana u zajednicu,
- orijentirani su prema društvenim vrijednostima – socijalno potrebite obitelji i pojedinci su ravnopravni dionici u društvu, te imaju pristup skrbi i podršci na način da su cijenjeni i uvažavani.

U skladu sa navedenim svi modeli socijalne skrbi i podrške obilježeni su fizičkim okruženjem i mjestom na kojem se pruža skrb, te imaju intenzitet kombinacije osiguravanja fizičkog i mentalnog zdravlja pojedinaca i njihovih obitelji, s ciljem postizanja najbolje kvalitete života. Takva skrb treba biti prilagodljiva potrebama pojedinaca, te pružati podršku i oporavak. Postoji široki konsenzus da „paket“ usluga za zaštitu i podršku djece zahtijeva individualan pristup svakom djetetu i obitelji. Navedeno podrazumijeva „široku lepezu intervencija i prava kako bi pojedina djeca i obitelji mogli istinski zadovoljiti svoje potrebe. Primjerice, mala djeca vjerojatno imaju potrebu za dnevnim oblicima skrbi u obiteljskim centrima, dok je adolescentima primjerenija podrška za samostalan život ili skrb u malim stambenim zajednicama. Prema tome, lepeza prava i usluga treba biti definirana kao širok spektar mogućnosti koje će u najvećoj mogućoj mjeri udovoljiti posebnim individualnim potrebama obitelji i djece s teškoćama u razvoju. Te se usluge (intervencije) u pravilu dijele na dvije velike skupine:

- ciljane intervencije za ranjivu djecu: usluge pomoći u kući i kućne podrške obiteljima (od konkretne pomoći do savjetovanja), centri za dnevnu skrb o djeci, programi psihološke i socijalne podrške roditeljima i djeci u sredinama u kojima djeca uobičajeno borave (dječji vrtići, škole), specifični programi edukacije roditelja djece s teškoćama u razvoju, integrirani edukacijsko-

rehabilitacijski programi, programi zagovaranja prava djece s teškoćama u razvoju u zajednici i dr.

- Široke intervencije osnaživanja obitelji, primjerice, uključuju prevenciju stigmatiziranja i diskriminacije te djece koje vode njihovom zanemarivanju, zlostavljanju i napuštanju, osiguravanje pristupačnosti zdravstvenih usluga i odgojno-obrazovnih institucija, programe usmjerene širenju svijesti o potrebi poštovanja prava djece, razvoj različitih servisa za podršku djeci i obiteljima, programe podrške financijskih potreba obitelji i osnaživanja njihovih ekonomskih kapaciteta.“⁶

Jedan od modela kvalitete usluge socijalne skrbi je model olakšavanja tržišta⁷ – model kod kojeg vladine odluke najviše utječu na transformacije socijalne skrbi postavljanjem jasnog pristupa tržištu socijalne skrbi. Od vodećih osoba (na lokalnoj, regionalnoj razini) se očekuje da razviju strategije razvoja tržišta i da potiču aktivnosti kojima će se utjecati na promjene kvalitete života potrebitih pojedinaca, ali i cjelokupnog društva. U tom kontekstu uloga lokalnih vlasti u odnosu na tržište bi trebala biti olakšavajuća, što bi značilo da povjerenici lokalnih vlasti trebaju djelovati kao kupci između pružatelja usluga i korisnika istih, na način da učinkovito upravljaju tržištem kroz strategije poticanja i razvoja istog. Takvo upravljanje i razvoj su potaknuti dvama ključnim čimbenicima:

- poticanje vlade prema personalizaciji javnih usluga – raspisivanjem ugovora za pružatelje usluga da se nadmeću za isporuku usluga na lokalnom tržištu; na takav način će se osigurati usluge koje ljudi trebaju,
- priznavanjem vlade da se tržište mijenja – strukturiran pristup tržištu na način da se transformiraju socijalne usluge pružatelja istih, prema modelu usklađenim sa potražnjom na tržištu.

⁶ Tomić – Latinac, M. (ur.) *Nevidljiva djeca – od prepoznavanja do inkluzije*, Ured UNICEF-a za Hrvatsku, Zagreb, 2014., dostupno na:

https://www.unicef.hr/wp-content/uploads/2015/09/Nevidljiva_djeca_publikacija.pdf (1.06.2023.)

⁷ Institute of Public Care, *Transforming The Market For Social Care, A model for market facilitation, One in a series of seven papers on market facilitation*, Oxford Brookes University, 2009., dostupno na: https://ipc.brookes.ac.uk/files/publications/market_facilitation_paper2.pdf (1.05.2023.)

U modelu olakšavanja tržišta dolazi do potrebe za mapiranjem pružanja usluga, što zahtijeva utvrđivanje obujma i vrste dostupnih usluga, odnosno utvrđivanja kvantitativnih i kvalitativnih faktora (kako i koliko dobro usluge zadovoljavaju potrebe). Osim navedenog potrebno je utvrditi nedostatke i raspon usluga koje su potrebne u praksi, utvrditi isplativost i mjerenje kvalitete (važno je da usluga ima svoju vrijednost, a ne da samo dobro izgleda), te je u konačnici potrebno poticati tržište na proaktivan pristup u odnosu sa pružateljima usluga koje će omogućiti transformacije skrbi i poticati veće potpore zajednice koja će omogućiti davanje dobre skrbi ciljnim skupinama. Nadalje, dobrim razumijevanjem ponude i potražnje olakšavanje tržišta predstavlja proces kojim povjerenici osiguravaju postojanje primjerenih ponuda po pravoj cijeni, s ciljem zadovoljavanja potreba korisnika i dobrih rezultata u budućnosti. Dakle, prava cijena će biti ona koja je održiva i sposobna pružiti potrebnu kvalitetu i uspostaviti prave rezultate. U konačnici takav model se može opisati kroz slijedeće faze:⁸

- tržišna inteligencija:

odnosi se na razvoj zajedničke perspektive ponude i potražnje (uključujući sve nedostatke u ponudi), što dovodi do realne slike o tržišnoj poziciji za određeno tržište;

- strukturiranja tržišta:

odnosi se na aktivnosti naručitelja koje su osmišljene na način da daju oblik i strukturu bilo kojem tržištu, gdje je ponašanje naručitelja i pružatelja usluga socijalne skrbi vidljivo, a rezultati koji se nastoje postići su dogovoreni i prihvaćeni;

- tržišna intervencija:

povjerenici koji su na vlasti trebaju odrediti na kojem će se tržištu isporučiti usluge koje su neophodne za zajednicu.

⁸ Ibidem, str. 4.

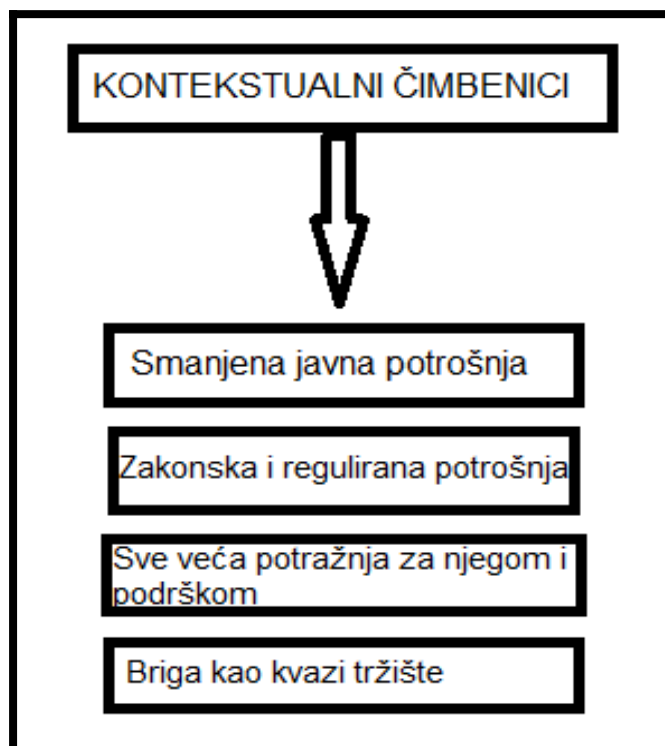
Takve funkcije u stvarnoj praksi mogu funkcionirati odvojeno, neovisno jedna o drugoj. Stoga je ovaj model koristan u realnom svijetu kod pristupa vlasti tržištu, kao glavnom igraču u kontroli ponude i potražnje usluga, posebno onih koje su inovativne i najpoželjnije u društvu.

Osim navedenog modela značajan je logički model kod kojeg su visokokvalitetne usluge usmjerene na pomaganje ljudima s ciljem poboljšanja njihova blagostanja, pri čemu je kontinuitet skrbi osiguran, na bilo kojem mjestu i bez obzira na to iz kojih se izvora skrb financira. Kod takvog modela logika je postavljena u programskoj teoriji prema kojoj bi tržište skrbi trebalo pružati kvalitetne usluge zbog promicanja dobrobiti cijele zajednice, pa učinkovitim oblikovanjem tržišta usluga i pružanjem podrške personalizacije iste se mogu isporučiti na kvalitetan način, u skladu sa potrebama socijalno ugroženih osoba i članova njihovih obitelji.⁹

U logičkom modelu lokalne vlasti, pružatelji usluga i korisnici usluga odgovaraju na kontekstualne čimbenike oblikovanja i personalizacije tržišta skrbi, a čine ih smanjena javna potrošnja, zakonska i regulirana potrošnja, sve veća potražnja za njegom i podrškom, te briga kao kvazi tržište. Navedeno je prikazano na Slici 1.

⁹ Needham, C., Hall, K., Allen, K., Burn, E., Mangan, C., Henwood, M., *Market Shaping and Personalisation in Social Care: A Realist Synthesis of the Literature*, University Birmingham, Health Services Management Centre, 2017., str. 8., dostupno na:

<https://www.birmingham.ac.uk/documents/college-social-sciences/social-policy/hsmc/research/market-shaping-and-personalisation-social-care.pdf> (1.05.2023.)



Slika 1.: Kontekstualni čimbenici oblikovanja i personalizacije tržišta skrbi

Izvor: Izrada autorice prema: Needham, C., Hall, K., Allen, K., Burn, E., Mangan, C., Henwood, M., *Market Shaping and Personalisation in Social Care: A Realist Synthesis of the Literature*, University Birmingham, Health Services Management Centre, 2017., str. 54., dostupno na: <https://www.birmingham.ac.uk/documents/college-social-sciences/social-policy/hsmc/research/market-shaping-and-personalisation-social-care.pdf> (1.05.2023.)

U takvom modelu, pod djelovanjem navedenih čimbenika, tržište treba biti inovativno i održivo, što bi značilo da pružatelji usluga trebaju omogućavati inovacije usluga skrbi, te biti financijski stabilni i usklađeni sa potražnjom. S obzirom na rast potreba za socijalnim uslugama sve više prevladava i zabrinutost nezadovoljenim potrebama korisnika, stoga su potrebne kvalitetne i inovativne usluge socijalne skrbi koje će dovesti sustav skrbi do učinkovitosti i povećati blagostanje pojedinca.

Lokalne vlasti bi trebale utjecati na prevenciju i na ranu intervenciju na način da daju podršku korisnicima da izaberu zdrav stil života, da sami upravljaju svojim dugoročnim stanjima, da pružaju pravovremenu podršku u vrijeme krize, odnosno da se ljudi oporave od problema s kojima se suočavaju.

Općenito, danas čelnici lokalnih i regionalnih vlasti u cijelom svijetu uvode reforme usluga socijalne skrbi s ciljem diverzificiranja tržišta pružatelja socijalnih

usluga prema potrošačima, pa primjerice dopuštaju i potiču kupovanje usluga od neovisnih profitnih i neprofitnih institucija. Na takav način je korisnicima socijalnih usluga omogućen veći izbor usluga i povećana je kontrola nad njihovom skrbi. Kupci zahtijevaju mjere kvalitete kako bi izvedba usluga mogla biti učinkovitija i djelotvornija, pa se stavlja naglasak na varijable dostupnosti usluga, odgovornosti, stavova i ponašanja osoblja, kontinuiteta skrbnika, fluidnog zagovarivanja promjena u skrbi, fleksibilnosti usluge da zadovolji promjenjive potrebe, na varijable privatnosti i dostojanstva, pouzdanosti, te vještina, znanja i pouzdanosti osoblja.¹⁰ Zahtjevanje za mjerenjem navedenih stavki pomaže u poboljšanju zdravlja i tjelesnog funkcioniranja korisnika, kao i povećanju zadovoljstva osnovnim fizičkim potrebama uz aktivnosti svakodnevnog života, omogućavanje pristupa društvenom životu te povećanje samopouzdanja (prihvatanje sebe sa zdravstvenim nedostacima).

Fokusirajući se na djecu sa teškoćama u razvoju razvijeni su modeli invaliditeta za djecu s teškoćama u razvoju. Djeca s teškoćama u razvoju, njihove obitelji te socijalni radnici koji pružaju usluge socijalne skrbi su suočeni sa raznim izazovima u složenim društvenim i institucionalnim okruženjima, koji proizlaze iz djetetovih razvojnih oštećenja i neadekvatnih socijalnih usluga te društvenih prepreka, s druge strane. Takvi izazovi zahtijevaju integrirane usluge koje će podržavati dijete i obitelj. Pretpostavke tih izazova se temelje na iskustvu invaliditeta i njegovih posljedica za djecu s teškoćama u razvoju i njihove obitelji, te se iste najbolje mogu objasniti kroz modele invaliditeta.

Modeli invaliditeta pružaju konceptualni okvir za razumijevanje i djelovanje na temelju informacija potrebnih za donošenje odluka. Jedan od takvih modela je ekološki model invaliditeta, kao sistemski model, koji integrira medicinski model, društveni model (fokusiran na socijalno okruženje) i transakcijski model (fokusiran na interakciju osoba – okolina). Takav model ima dijagnostičke, institucionalne i praktične implikacije.¹¹ Iskustva roditelja i djece sa invaliditetom i drugim teškoćama u razvoju (npr. autizam, cerebralna paraliza, oštećenje sluha, vida i mentalna

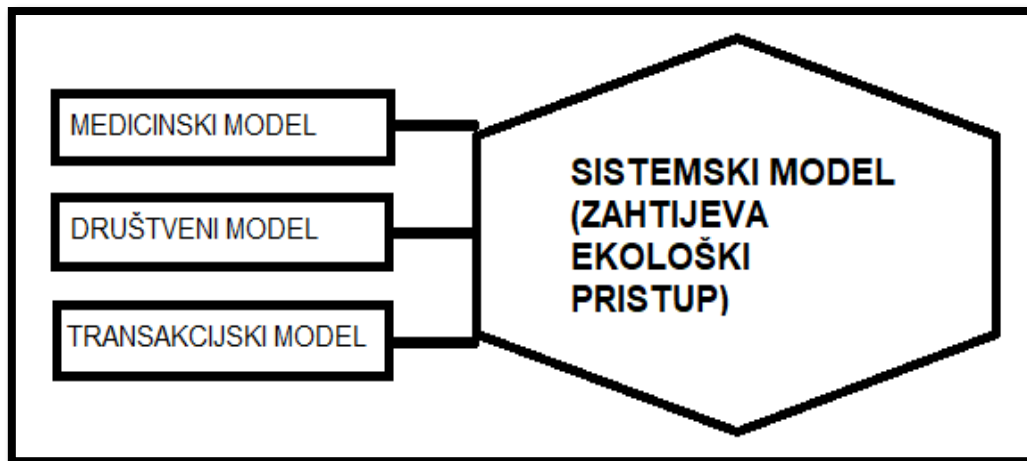
¹⁰ Malley, J., Fernández, J.L., *Measuring quality in social care services: theory and practice*, Annals of public and cooperative economics, 2010., 81 (4). pp. 559-582, dostupno na: <http://eprints.lse.ac.uk/30137/1/Measuring%20quality%20in%20social%20care%20services%20%28LSERO%29.pdf> (1.06.2023.)

¹¹ Bricout, J. C., Porterfield, S. L., Fisher, C. M., Howard, M. O., *Linking Models of Disability for Children with Developmental Disabilities*, November 2004., Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation 3(4):45-67, dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/233105295_Linking_Models_of_Disability_for_Children_with_Developmental_Disabilities (1.06.2023.)

retardacija) su u interakciji sa medicinskim sustavom zdravstvene njege na način da roditelji ulaze u sustav zdravstvene zaštite s namjerom da pomognu svom djetetu, pri čemu primaju informacije o medicinskoj intervenciji te s vremenom saznaju da invaliditet postaje doživotan. Tada nastupa podrška medicinskog osoblja, i druge okoline, koja puno znači djeci i roditeljima. Socijalni radnici nastupaju u usmjeravanju ka najboljem intevencijskom programu. Uspješno rješavanje potreba djece i roditelja zahtijeva plan ili viziju koju pružaju modeli invaliditeta kroz različite pristupe intervencije.

Integracijom medicinskog modela, društvenog modela i transakcijskog modela nastaje sistemski model koji zahtijeva ekološki pristup modelima invaliditeta korištenjem elemenata sva tri navedena modela (Slika 2.). U potrazi za ekološki valjanim modelima invaliditeta za istraživanje i kliničku primjenu s djecom, 2000. godine Llewellyn i Hogan su predložili tzv. model "analize sustava" koji se temelji na Bronfenbrennerovom modelu proces – osoba - kontekst. Bronfenbrennerov model pripisuje individualne karakteristike zajedničkom učinku vlastitih osobina i čimbenika okoline tijekom životnog vijeka. Bronfenbrennerova ekološka ili sistemska teorija temeljila se na ranijim radovima Kurta Lewina koji je osmislio pristupe teorije polja ljudskom ponašanju. Lewin je primijetio da na ljudsko ponašanje djeluje psiha u smislu kognitivne strukture, želje i očekivanja, tako da pronalazi način za suočavanje sa ograničenjima, prilikama i pritiscima koji proizlaze iz društvenog, političkog i tehnološkog okruženja, a osnova je pronalaženje "životnog prostora" (mjesto za stvaranje psihološkog iskustva pojedinca) na raskrižju između osobe i okoline.¹² Snaga Bronfenbrennerovog modela je u zamišljenoj interakciji pojedinca i okoline na način da primjerice dijete s teškoćama u razvoju, kao pojedinca, stavlja u kontekst okruženja koje svojim aktivnosti može utjecati na razvojne promjene (npr. davanjem potpora djeci i roditeljima).

¹² Ibidem, str. 53.-54.



Slika 2.: Sistemski model invaliditeta za istraživanje i kliničku primjenu s djecom

Izvor: Izrada autorice prema: Bricout, J. C., Porterfield, S. L., Fisher, C. M., Howard, M. O., *Linking Models of Disability for Children with Developmental Disabilities*, November 2004., *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation* 3(4):45-67

Jedan od primjera modela kvalitete socijalne skrbi iz prakse je „Model virtualnog doma Birtley House“ – model kod kojeg kuća Birtley (Ujedinjeno Kraljevstvo, Slika 3.) ulaže u razvoj održavanje veza s lokalnom zajednicom s ciljem stvaranja međugeneracijskih mogućnosti koje donose koristi za cijelu zajednicu.¹³ To je neprofitna dobrotvorna organizacija za starije osobe i osobe sa poteškoćama u razvoju.



Slika 3.: Birtley House

Izvor: Birtley House, *Activities & Wellbeing*, 2023., dostupno na: <https://birtleyhouse.co.uk/life-at-birtley/activities-day-club/> (5.05.2023.)

¹³ Reinvesting Social Care, *Models of Care*, What is a “model of care”?, op.cit.

Birtley House u okruženju svojih cvjetnih i zelenih vrtova uči kuharskim i ugostiteljskim vještinama, a od prodanih proizvoda prikuplja novce za dobrotvorne svrhe skrbi u domu. Takav model koristi digitalnu tehnologiju za poboljšavanje protoka informacija, za smanjenje troškova te za bolju komunikaciju svih dionika. Na takav način pojedinci imaju bolje iskustvo skrbi (u staračkim domovima, bolnicama te drugim institucijama koje nude skrb) na odjelima putem virtualnih unosa i prikaza na ekranima.

Službe za skrb putem virtualne tehnologije postaju timovi koji s jedne lokaciju imaju uvid u stanje osobe na drugoj lokaciji. Takav način poslovanja je izuzetno pogodan za kontrolu stanja i za vođenje skrbi nad osobama koje se nalaze u ruralnim područjima, koja su udaljena.

U kući Birtley takav model pomaže pri održavanju komunikacije sa vanjskim svijetom, ali i za komunikaciju i kontrolu skrbi unutar kuće od strane kvalificiranog osoblja. Osoblje na takav način može imati pristup pacijentima i nakon radnog vremena, pa u slučaju hitnoće može brzo reagirati i pomoći u potrebi za njegom.

Model Birtley House je značajan i zbog terapijskih intervencija. Digitalna podrška je od velikog značaja kao preventivna mjera za prepoznavanje potrebe ili za dobivanje informacija o potrebnim terapijama.

Njegu u Birtley Houseu odlikuju najviši standardi, a od usluga koje su omogućene su:¹⁴

- fizioterapija i rehabilitacija (identificiraju se svi fizički problemi koji se rješavaju putem personaliziranog pristupa stručnog osoblja),
- holistička njega (tretira se um, tijelo i duh osobe),
- palijativna skrb (skrb pred kraj života),
- skrb u obliku predaha i oporavka,

¹⁴ Birtley House, *Types of Nursing Care*, 2023., dostupno na: <https://birtleyhouse.co.uk/nursing-care/types-of-nursing-care/> (5.05.2023.)

- rehabilitacije u trajanju od sedam noći,
- dugotrajna njega (dnevna medicinska skrb osobama s kroničnim ili degenerativnim tegobama).

Modeli poput opisanog su korisni za pojedince, njihove obitelji i za cijelu zajednicu, omogućavaju jačanje povjerenja, osjećaja povezanosti i pripadnosti zajednici. Baš kao i drugi proizvodi, danas usluge socijalne skrbi zahtijevaju marketinške aktivnosti. Marketinške aktivnosti su obilježene postojanošću marketinškog miksa, o čemu će više riječi biti u nastavku.

2.2. Marketinški miks usluga socijalne skrbi

Marketinški miks usluga socijalne skrbi je dio marketinga u zdravstvu i socijalnoj skrbi, a čine ga:¹⁵

- proizvodi/usluge u zdravstvu- usluge socijalne skrbi su proizvodi kojima se zadovoljavaju potrebe potrošača/pojedinaca sa poteškoćama,
- cijena proizvoda/usluga – ukupni trošak potrošača za usluge socijalne skrbi koji može uključivati i putne troškove,
- distribucija (mjesto) – pogodnosti za potrošače usluga socijalne skrbi nastale zbog promjena u potrošačkom ponašanju i pojave e-trgovine, pa je fokus na pružanju pogodnosti potrošačima kroz stalne promjene i prilagodbe, a ne na postavljanje tradicionalnih i krutih distribucijskih kanala.
- promocija u zdravstvu – umjesto promocije prevladava komunikacija jer se klasična promocija oslanja na jednosmjernu komunikaciju, umjesto na dijalog sa potrošačima usluga socijalne skrbi.

¹⁵ Drašković, N., Valjak, A., *The 4Cs of the Croatian public healthcare system: social marketing challenges at the dawn of EU accession*, World Review of Entrepreneurship, Management and Sust. Development, Vol. 8, No. 2, 2012., (221-235), str. 228., dostupno na: https://www.bib.irb.hr/858737/download/858737.WREMSD080208_DRASKOVIC.pdf (26.04.2023.)

Kod marketinga socijalnih usluga potrošači nisu ključni donositelji odluka, već su tu prvenstveno organizacije i odluke vlade, odnosno onih koji imaju moć djelovati kada je tržište fragmentirano i sputano nedostatkom financijskih sredstava. Tada se u pitanje dovodi i plasiranje usluga, koje u sektoru zdravstva i socijalne skrbi djeluje na drugačiji način. Dakle, plasiranje usluga zahtjeva zapošljavanje marketinških stručnjaka, timova i pojedinaca koji su spremni i voljni surađivati u korist onih kojima su usluge socijalne skrbi potrebne.

Plasiranje takvih usluga na tržište, u korist potreba ljudi, dovodi do reklamiranja organizacije kao one koja je humana, društveno održiva, pa se ista probija na tržište zdravstva i socijalne skrbi. Promatrajući distribuciju usluga socijalne skrbi u suvremenom svijetu, promatraju se promjene ponašanja potrošača, odnosno korisnika usluga socijalne skrbi.

Rast potrebe za takvim uslugama zahtijeva planiranje, strategije i pripreme programa putem marketinških napora, putem društvenih i tradicionalnih kanala, koji će organizacije i kupce dovesti do komunikacije o robnim markama socijalne skrbi. Stoga je glavni fokus na riziku i na vremenu koje je potrebno za razvoj i provedbu strategije socijalne skrbi, pri čemu se posebna pažnja daje obuci agenata socijalne skrbi koji posjeduju strast za zadovoljavanjem potreba korisnika usluga socijalne skrbi.

Danas je putem društvenih mreža, poput Twitter-a, Facebook-a, Youtube-a, i drugih, omogućeno angažiranje agenata, odnosno timova, koji će surađivati zajedno u smjeru ispunjavanja ciljeva socijalne skrbi. Na takav način se vrši i promocija, odnosno komunikacija sa korisnicima usluga socijalne skrbi. U tom pogledu najbolja promocija je pružanje odlične usluge korisnicima.¹⁶

Potrošači od pružatelja socijalnih usluga kao proizvoda, zahtijevaju informacije, savjetovanja i dostupnost tih usluga. Usluge socijalne skrbi se danas personaliziraju, bez obzira na to da li se plaćaju, ili su osigurane od strane države (besplatne). Korisnici takvih usluga zahtijevaju da iste budu kvalitetne, usmjerene na osobu kojoj je pomoć potrebna, zahtijevaju poboljšanje istih zbog svoje dobrobiti. Kontinuirana

¹⁶ Brindley, M., *Social Care Is Marketing: Celebrate It*, Social Media Today, 2014., dostupno na: <https://www.socialmediatoday.com/content/social-care-marketing-celebrate-it> (1.05.2023.)

skrb treba biti osigurana, čak i ako se promjeni način financiranja.¹⁷ Područje zdravstvenih komunikacija se danas oslanja na sofisticiranije pristupe uspješnih tehnika koje se koriste u društvenom marketingu, pa umjesto da se diktira način na koji će se informacije prenijeti od vrha prema dolje, javnozdravstveni stručnjaci uče slušati potrebe i želje same ciljane publike i od tuda grade programe za potrošače, što zahtijeva istraživanja i ponovne procjene tih programa. Društveni marketing se na inicijativu Philipa Kotlera i Geralda Zaltmana počeo usmjeravati na prodaju ideja, stavova i ponašanja.¹⁸ Drugim riječima društveni marketing utječe na korist ciljne publike i društva općenito, pri čemu je glavni fokus na potrošaču. Ističu se potrošačeve potrebe, umjesto da se potrošače uvjerava da nešto trebaju.

U tom procesu dolazi do planiranja koje zahtijeva donošenje odluka o koncepciji proizvoda, odnosno o definiranju elemenata marketinškog miksa (proizvod, cijena, mjesto, promocija). U socijalnom ili društvenom marketingu marketinški miks dodatno zahtijeva slijedeće elemente:¹⁹

- javnost – vanjske grupe (ciljna publika, sekundarna publika, kreatori politika) i unutarnje grupe (javnost koja je uključena u odobravanje ili provedbu programa) koje su uključene u programe,
- partnerstvo – socijalna i zdravstvena pitanja znaju često biti složena pa zahtijevaju udruženje sa drugim organizacijama koje su dio zajednice, a kojima je cilj isti ili sličan; na takav način nastaje suradnja koja rezultira dobrobitima za cijelu društvenu zajednicu,
- politika – programi društvenog marketinga su važni za motiviranje javnosti na promjene ponašanja pojedinaca, odnosno na podržavanje promjena koje će utjecati na boljitak kvalitete života pojedinaca. Tada su programi zagovaranja medija učinkovit način dopunjavanja programa društvenog marketinga,

¹⁷ Needham, C., Hall, K., Allen, K., Burn, E., Mangan, C., Henwood, M., *Market Shaping and Personalisation in Social Care: A Realist Synthesis of the Literature*, University Birmingham, Health Services Management Centre, 2017., str. 27., dostupno na: <https://www.birmingham.ac.uk/documents/college-social-sciences/social-policy/hsmc/research/market-shaping-and-personalisation-social-care.pdf> (1.05.2023.)

¹⁸ Weinreich, N. K., *What is Social Marketing?*, Weinreich Communications, 2006., dostupno na: <https://www.social-marketing.com/whatis.html> (5.05.2023.)

¹⁹ Ibidem

- Financijska sredstva – potrebna su za osiguravanje programa društvenog marketinga, a uglavnom se izvlače iz zaklada, državnih potpora ili donacija.

Svaki od navedenih elementa marketinškog miksa je važan pri razvoju socijalnih programa. Razlog navedenom je činjenica da se oblikovanje proizvoda, cijene, mjesta i promocije temelji na dobrom donošenju odluka, a za to su potrebni prethodno navedeni dodatni elementi društvenog marketinga.

3. KVALITETA USLUGA SKRBI ZA DJECU S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU NA PODRUČJU ISTARSKJE ŽUPANIJE

Ovo poglavlje se bavi kvalitetom usluge skrbi za djecu s teškoćama u razvoju na području Istarske županije. Za potrebe boljeg razumijevanja objašnjava se poimanje kvalitete usluge socijalne skrbi, obilježja korisnika usluge socijalne skrbi, institucije za podršku u skrbi za djecu s teškoćama u razvoju na području Istarske županije, te usluge skrbi za djecu s teškoćama u razvoju i njihova kvaliteta.

3.1. Poimanje kvalitete usluga socijalne skrbi

Kvaliteta usluga socijalne skrbi je pojam koji uključuje razmatranje interesa dionika (pružatelja, korisnika, različitih institucija, stručnjaka) uključenih u razvoj i pružanje socijalnih usluga (različiti dionici imaju različite stavove o tome što čini kvalitetu socijalnih usluga, koja je višedimenzionalni koncept), komponenti kvalitete socijalnih usluga, te metoda ocjenjivanja.²⁰

Faktori kvalitete socijalnih usluga su najčešće:²¹

- dostupnost usluga,
- učinkovitost usluga,
- brzina i način djelovanja stručnog osoblja, čime se utječe na razinu zadovoljstva,
- promjene povezane sa ekspanzijom znanja kvalificirane radne snage koja se stalno potiče na usavršavanje i na obuke (radna snaga doprinosi rastu kvalitete kroz jasno definiranje kriterija za ocjenu kvalitete, kroz procjenu napretka korisnika, povratne informacije korisnika, te kroz poboljšanje razvoja planova socijalnih usluga na temelju povratnih informacija korisnika),
- rast troškova povezanih s tim uslugama, te
- društvena odgovornost institucija koje moraju braniti socijalnu skrb na racionalan i učinkovit način.

²⁰ Ghenta, M., Sarbu, R., Mihai, M., op.cit., str. 5.

²¹ Ibidem, loc.cit.

Zadovoljstvo kvalitetom usluga socijalne skrbi je rezultat dobrih tehničkih uvjeta u bolnicama i drugim institucijama u kojima se socijalne usluge provode (liječnička i sestrinska njega, empatija osoblja, sigurnost pacijenata, konačan ishod hospitalizacije, dobro radno okruženje, te boravak u bolnici su presudni faktori kvalitete).²²

Usluge socijalne skrbi su brojne, različite, te se analiziraju na temelju njihove kvalitete. „Tradicionalna podjela socijalnih usluga je prema kriteriju: pružatelja i primatelja usluga. Pružatelji socijalnih usluga u današnjoj praksi mogu biti: javne institucije – lokalne, državne, regionalne, privatne organizacije, organizacije civilnog društva, pojedinci i obitelji, dok socijalne usluge s obzirom na primatelje mogu biti one koje odgovaraju na brojne rizike pojedinih korisničkih skupina, te uobičajene socijalne usluge za pojedine skupine koje se koncipiraju tako da istovremeno odgovore na potrebe/rizike s kojima se suočava pojedinac, i ideju neovisnog življenja u zajednici. To rezultira raznorodnim, multidiscipliniranim, kreativnim uslugama koje u najvećoj mjeri trebaju oslikovati uobičajeni svakodnevni život u zajednici.“²³ Procjena kvalitete zdravstvenih socijalnih usluga zemalja u razvoju, poput Hrvatske, se utvrđuje Pravilnikom o standardima kvalitete socijalnih usluga.

Navedeni Pravilnik definira standarde kvalitete socijalnih usluga (ukupno 17 standarda) te smjernice za njihovo uvođenje. Standarde kvalitete socijalnih usluga čine:

- „dostupnost informacija,
- dostupnost usluga,
- povezivanje i suradnja,
- procjena i planiranje,
- prijem i otpust,
- odlučivanje i samoodređenje,
- privatnost i povjerljivost,

²² Ozretić – Došen, Đ., Škare, V., Čerfalvi, V., Benceković, Ž., Komarac, T., *Assessment of the Quality of Public Hospital Health care Services by using SERV QUAL*, Acta Clin Croat 2020; 59:285-293, str. 285.

²³ Pravni fakultet sveučilišta u Zagrebu, *Socijalne usluge: određenje, sadržaj i načela pružanja*, Zagreb, 2018., dostupno na: https://www.pravo.unizg.hr/_download/repository/9_Predavanje_2018_19.pdf (1.06.2023.)

- sigurnost od izrabljivanja,
- restriktivni postupci,
- prigovori i žalbe,
- rukovođenje,
- upravljanje,
- zaposlenici,
- rad volontera, studenata na praksi i pripravnika,
- pristupačnost okoliša,
- uvjeti prilagođeni korisnicima,
- sigurnost i zaštita.²⁴

Mjerenje navedenih standarda kvalitete dovodi do uvida u kvalitetu socijalnih usluga. Osim navedenog, rezultati mjerenja navedenih standarda kvalitete upućuju na usklađenost sa zahtjevima kvalitete u praksi.

Zadnjih dvadesetak godina u fokusu je analiza percepcije pacijenata kao vrijedan pristup za mjerenje kvalitete i za poboljšanje učinkovitosti zdravstvene organizacije (bolnice su u samom vrhu zdravstvenih sustava, njihov udio u proračunima zdravstva je značajan jer čini od oko 50% - 70% proračuna). Bolnice su najčešće središnji dio odvijanja zdravstvenih reformi, jer se njima u praksi upravlja na profesionalan način, stoga usluge koje pružaju bolnice obilježava predanost i značajan utjecaj na poboljšanje zdravlja pacijenata.²⁵ Mjerenje kvalitete usluga socijalne skrbi je važno zbog provođenja sigurnosnih načela u bolnicama, ali u drugim zdravstvenim ustanovama i institucijama. U Hrvatskoj je potrebno poticati unapređenje kvalitete usluga socijalne skrbi s ciljem poboljšanja zdravlja pacijenata, ali i ukupnog zdravstvenog sustava.

Projekt reforme sustava socijalne skrbi ima slijedeće glavne ciljeve:²⁶

- osigurati jednak pristup kvalitetnim socijalnim uslugama,

²⁴ Pravilnik o standardima kvalitete socijalnih usluga, NN 31/2023, čl.3., dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2023_03_31_563.html (1.06.2023.)

²⁵ Ibidem, loc.cit.

²⁶ Čevra, I., Vukušić, D., *Towards quality approach in social service provision in Croatia*, Europska komisija, 2010., str. 2., dostupno na: <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=8160&langId=en> (25.04.2023.)

- učinkovito organizirati programe socijalnih usluga,
- poboljšati načine pružanja socijalnih usluga, posebno u pogledu uvođenja reformi obrazovanja radnog osoblja, društvenog planiranja na regionalnoj i lokalnoj razini; reformi centara za socijalnu skrb i konačno uvođenje i provedbu standarda kvalitete u socijalnim uslugama, koji će biti usmjereni prema rezultatima, resursima i prema korisnicima. Standardi kvalitete socijalnih usluga obuhvaćaju 17 općih standarda i dodatnih 10 standarda, od kojih su svi univerzalni. Drugim riječima, svi se mogu primjenjivati na svim vrstama socijalnih usluga, i na svim pružateljima usluga (neprofitnim, privatnim, javnim). Standardi kvalitete su polazište za mjerenje kvalitete pružanja usluga socijalne skrbi, putem mjerljivih i provjerljivih kriterija. Sa stajališta korisnika socijalne skrbi standardi obuhvaćaju pristup informacijama, pristup uslugama, međusobno povezivanje i asocijacije, te procjenu i planiranje. Od dopunskih standarda, ako su korisnici djeca (0 – 18 godina), razmatraju se prijem i izlazak iz skrbi za djecu "izvan kuće", odnos osoblja s djecom, razvoj i učenje djece, zdravlje, prehrana i dobrobit djece, te restriktivni postupci sa djecom.

3.2. Obilježja korisnika usluga socijalne skrbi

Općenito, „u Republici Hrvatskoj, prema podacima Hrvatskog registra osoba s invaliditetom po stanju na dan 01.09.2022., živi 624.019 osoba s invaliditetom od čega je 353.550 muškog spola (56,7%) i 270.469 ženskog spola (43,3%) te na taj način osobe s invaliditetom čine oko 16,0% ukupnog stanovništva. U Istarskoj županiji, po stanju na dan 01.09.2022., živi 21.036 osoba s invaliditetom od čega je 11.390 muškog spola (54,1%) i 9.646 ženskog spola (45,9%), te na taj način osobe s invaliditetom čine 10,7% ukupnog stanovništva Istarske županije. Najveći broj osoba s invaliditetom, njih 9.633 (45,8%), su u dobnoj skupini 65+ godina, 10,7% prisutan je i u dječjoj dobi (0 - 19 godina), i to u udjelu od 11,2 %“²⁷ U Hrvatskoj je cilj razviti

²⁷ Benjak, T., *Izvešće o osobama s inavliditetom u Republici Hrvatskoj*, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, 2022., dostupno na:

mjere koje će utjecati na osiguranje kvalitete socijalnih usluga, posebno onih usmjerenih prema djeci i njihovim roditeljima.

Dakle, korisnici usluga socijalne skrbi mogu biti odrasle osobe i djeca. U skladu sa navedenim, fokus ovog rada je na istraživanju koje je ograničeno na djecu, odnosno na teškoće djece u razvoju. Analizom nije obuhvaćena cijela Hrvatska, već samo Istarska županija.

Korisnici usluga socijalne skrbi zahtijevaju od pružatelja usluga da ispunjavaju tehničke i administrativne standarde kvalitete, a posebnu odgovornost za navedeno snosi Ministarstvo zdravlja i socijalne skrbi. Prije ulaska u Europsku uniju Hrvatska je, kao tranzicijska zemlja, morala obnoviti, modernizirati i razviti nove standarde kvalitete, te napraviti reformu sustava socijalne skrbi, u potpunosti. „Znanstveni i stručni interes u području ranog dječjeg razvoja u zemljama svijeta u iznimnom je porastu tijekom posljednjih nekoliko desetljeća. Rana intervencija je pojam koji podrazumijeva širok i raznolik spektar aktivnosti i postupaka koji su namijenjeni podršci ranom dječjem razvoju.“²⁸ Zbog potrebe za smanjenjem troškova, brojne zemlje, pa tako i Hrvatska, nastoje razvijati i koristiti programe učinkovitih mjera kod ulaganja u ranu intervenciju, a rezultat je ekonomska isplativost i socijalna pravda.

Odredbe Konvencije o pravima osoba s invaliditetom nalažu slijedeće:²⁹

- osiguranje punog i ravnopravnog uživanja svih ljudskih prava osoba s invaliditetom (čl.1.), što je ujedno i temelj za tranziciju od medicinskog modela skrbi za djecu s teškoćama u razvoju ka socijalnom modelu,
- osiguravanje ranih i sveobuhvatnih informacija, usluga i potpora za djecu s teškoćama u razvoju i njihovim obiteljima (st. 3. čl. 23.),
- osiguravanje inkluzivnosti na svim razinama obrazovnog sustava i programa cjeloživotnog učenja (st. 1. čl. 24.), što, među ostalim, podrazumijeva da država stranka osigura (st. 2. čl. 24.):

https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2022/10/Izvjescje_o_osobama_s_invaliditetom_2022.pdf
(18.04.2023.)

²⁸ Milić – Babić, M., Franc, I., Leutar, Z., *Iskustva s ranom intervencijom roditelja djece s teškoćama u razvoju*, Ljetopis socijalnog rada Vol. 20, No. 3, 2013., dostupno na: www.hrcak.srce.hr (18.04.2023.)

²⁹ Eur – Lex, *Konvencija o pravima osoba s invaliditetom*, Službeni list Europske unije, 11/Sv. 66, 2010., dostupno na: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HR/TXT/PDF/?uri=CELEX:22010A0127\(01\)&from=EN](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HR/TXT/PDF/?uri=CELEX:22010A0127(01)&from=EN)
(1.06.2023.)

- da djeca s teškoćama u razvoju ne budu isključena iz besplatnog i obveznog,
 - osnovnog ili iz srednjeg obrazovanja na osnovi teškoće,
 - da mogu imati pristup kvalitetnom i besplatnom osnovnom obrazovanju i srednjem obrazovanju, na ravnopravnoj osnovi s drugima, u zajednicama u kojima žive,
 - razumnu prilagodbu svekolikog odgojno-obrazovnog okruženja individualnim potrebama učenika,
 - da osobe s invaliditetom dobiju potrebnu pomoć, unutar općega obrazovnog sustava, kako bi se olakšalo njihovo djelotvorno obrazovanje i pružanje učinkovitih individualiziranih mjera potpore u okruženjima koja najviše pridonose akademskom i socijalnom razvoju, u skladu s ciljem potpunog uključivanja,
- osiguravanje onih zdravstvenih usluga koje su im posebno potrebne zbog njihovog invaliditeta, uključujući primjerenu ranu identifikaciju i intervenciju, kao i usluge čija je namjena smanjenje ili sprječavanje daljnjeg invaliditeta (čl. 25.),
 - osiguravanje pružanja tih zdravstvenih usluga što je moguće bliže zajednicama u kojima žive (čl. 25.),
 - ustrojavanje, jačanje i proširivanje sveobuhvatnih usluga i programa rehabilitacije i rehabilitacije, posebice na području zdravstva, zapošljavanja, obrazovanja i socijalnih usluga, tako da (st. 1. čl. 26.):
 - započnu u najranijoj mogućoj fazi i da se temelje na multidisciplinarnoj procjeni individualnih potreba i jačih strana osobe i podupru sudjelovanje i uključivanje u zajednicu i sve aspekte društva,
 - da su dobrovoljni te da su osobama s invaliditetom (uključujući djecu s teškoćama u razvoju i razvojnim rizicima) dostupni i smješteni što bliže njihovu prebivalištu, pri čemu su uključena i ruralna područja.

Danas prevladava „noviji pristup dječjem razvoju, zasnovan na istim temeljima kao bihevizizam, koji pokazuje povezanost svih elemenata koji čine djetetov razvoj – kognitivni, psihološki, emocionalni, jezični te fizički. Navedenu teoriju razvio je razvojni psiholog Urie Bronfenbrenner, nazvavši je ekološko-sistemsom, kojom

zagovara da je konačni proizvod – a to je djetetov razvoj – posljedica djelovanja tih područja.³⁰ U Tablici 1. prikazani su razlozi ranog djelovanja kod djetetova razvoja.

Slijedom prikazane Tablice 1. se vidi da rano djelovanje kod djetetova razvoja zahtjeva rad s djetetom, rad s roditeljima, rad sa širom obitelji i djelovanje na društvo. Rad sa djetetom je u pogledu ranog djelovanja povezan sa potrebom prevencije od rizika za razvojno kašnjenje ili disfunkciju, zbog pružanja pomoći djeci s odstupanjem u razvoju, te zbog smanjivanja mogućnosti pojave dodatnih odstupanja, poput nepoželjnih ponašanja.

Tablica 1: Razlozi ranog djelovanja kod djetetova razvoja

Rad s djetetom	Prevenција rizičnih čimbenika za razvojno kašnjenje i/ili disfunkciju.
	Pružanje pomoći djeci s odstupanjem – cilj je “uhvatiti” uredan razvoj.
	Smanjivanje mogućnosti pojave dodatnih odstupanja (npr. nepoželjna ponašanja).
Rad s roditeljima	Prihvatanje stanja djeteta; uključivanje roditelja u proces intervencije te otkrivanje njihovih mogućnosti i potencijala.
	Pružanje ispravnih informacija o: dijagnozi i mogućim ishodima, intervenciji i mogućnostima (pravima) iz sustava socijalne skrbi.
Rad sa širom obitelji	Prevenција neprikladnog ponašanja braće i sestara.
	Upoznavanje šire obitelji s intervjenskim postupcima te uspostavljanje „obiteljske mreže“. Pružanje većih mogućnosti za dalje školovanje, zaposlenje i djelovanje.
Djelovanje na društvo	Osvještavanje o djeci s odstupanjima koja su dijelom zajednice i imaju pravo na podršku.

Izvor: Demarin, I. M., *Rana intervencija nekad i sad*, Logopedija, 9, 1, 2019, 23-27, str. 24., dostupno na: www.hrack.srce.hr (25.04.2023.)

Nadalje, potreban je rad sa roditeljima zbog pružanja potrebnih informacija o stanju djeteta, odnosno o dijagnozi, potrebnim terapijama, te zbog

³⁰ Demarin, I. M., *Rana intervencija nekad i sad*, Logopedija, 9, 1, 2019, 23-27, str. 24., dostupno na: www.hrack.srce.hr (25.04.2023.)

olakšavanja situacije prihvaćanja stanja djeteta, kada je roditeljima često nužna psihosocijalna podrška.

Osim navedenog, rano djelovanje kod djetetova razvoja zahtjeva rad sa širom obitelji. Širu obitelj je potrebno upoznati s intervencijskim postupcima kojima će se utjecati na pružanje većih mogućnosti za dalje djelovanje.

Rana intervencija djeluje i na društvo. Navedeno bi značilo da se djecu s poteškoćama u razvoju pokušava na vrijeme osvijestiti da su dio zajednice i da imaju pravo na podršku u bilo kojem trenutku (tokom djetinjstva, školovanja, budućeg zapošljavanja). Pristup ranoj intervenciji je danas prioritet za globalna istraživanja razvojnih poteškoća i s njima povezanih nepovoljnih ishoda.³¹

- razvojne poteškoće: najčešće kašnjenja u razvoju, u intelektualnoj razvojnoj individualnosti, kod poremećaj iz spektra autizma, te dr., a takve poteškoće se javljaju tokom ranog djetinjstva i traju cijeli život);
- nepovoljni ishodi koji su povezani sa teškoćama u razvoju: poput mentalnog zdravlja, lošeg fizičkog zdravlja i društvenih nejednakosti, povećanih rizika od problema u ponašanju kod djece s teškoćama u razvoju (što je posebno prisutno u dobi od 3 – 5 godina, a traje i u adolescenciji i odrasloj dobi). U takvim okolnostima narušena je i dobrobit majki, odnosno roditelja, stoga je ključno razmotriti pružanje pristupa ranoj intervenciji.

Rana intervencija je usmjerena na niz različitih potpora putem kojih se promiče optimalan razvoj djece, ali i na potpore socijalne podrške roditeljima djece s poteškoćama u razvoju (kontakt s različitim univerzalnim i specijalističkim službama poput obrazovnih, zdravstvenih i socijalnih službi, te pristup intervencijskim i preventivnim programima).

Socijalna podrška se odnosi na pojam davanja pomoći osobama s poteškoćama u razvoju. „Pojam socijalne podrške svakako treba uključivati i pitanje socijalne integracije pojedinca u društvo, ali i podrške koju individua dobiva od zajednice, tako da državne službe (policija, zdravstvo: bolnice, domovi zdravlja,

³¹ Sapiets, S. J., Vasiliki, T., Hastings, R. P., *Factors influencing access to early intervention for families of children with developmental disabilities: A narrative review*, Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 2021., May; 34(3): 695–711, dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8246771/> (1.06.2023.)

stacionari, škole i knjižnice, centri za rekreaciju) mogu igrati ključnu suportivnu ulogu u životima ljudi. U razumijevanju subjektivnog osjećaja socijalne podrške treba uzimati u obzir podršku koja dolazi iz različitih smjerova, a koja uključuje pojedince s kojima osoba ima intimne bliske odnose, ali i one s kojima ima ograničene socijalne interakcije te povremene kontakte u zajednici.³² Dakle, korisnicima usluga socijalne skrbi podršku daju institucije određene zajednice. U nastavku će biti riječi o institucijama za podršku u skrbi za djecu s teškoćama u razvoju na području Istarske županije.

3.3. Institucije za podršku u skrbi za djecu s teškoćama u razvoju na području Istarske županije

Na području Istarske županije ne postoje dostatne institucije za podršku u skrbi za djecu s teškoćama u razvoju. „Dnevni centar za rehabilitaciju Veruda - Pula javna je ustanova koja je u začecima ovog prioritetnog područja prepoznata kao jedina ustanova koja pruža usluge rane intervencije na području Istarske županije.“³³ Dnevni centar za rehabilitaciju na Verudi u Puli surađuje sa općom bolnicom, odjelom pedijatrije, te stručnjacima poput logopeda, defektologa, psihologa, fizioterapeuta, pedijataru, fizijataru i drugih stručnih osoba. Zbog nedostatka institucija za podršku u skrbi djeci s teškoćama u razvoju roditelji često sa djecom odlaze u veće gradove poput Zagreba, Beograda i drugih gradova, u kojima imaju mogućnost primanja potrebnih terapija, ali im takav način pomoći djetetu stvara dodatne psihičke pritiske zbog nedostatka financijskih sredstava (troškovi putovanja i terapija su visoki).

3.4. Usluge skrbi za djecu s teškoćama u razvoju i njihova kvaliteta

³² Milić – Babić, M., *Socijalna podrška i roditeljstvo*, Socijalne teme Vol. 1, No. 6, 2019., str. 16., dostupno na: www.hrcak.srce.hr (1.06.2023.)

³³ Šimić, M., Morosin, L., *Unaprjeđenje kvalitete usluga rane intervencije kod djece s neurorizicima i razvojnim teškoćama u Istarskoj županiji*, Epoha zdravlja Vol. 9, No. 1, 2016., (13-16), dostupno na: www.hrcak.srce.hr (26.04.2023.)

Usluge socijalne skrbi pokušavaju maksimizirati kvalitetu života djece, odnosno pojedinaca koji nisu u potpunosti sposobni za dugotrajnu brigu o sebi, pa im cilj nije poboljšati ili sanirati temeljno oštećenje, već im je cilj nadoknaditi osobi utjecaj oštećenja na njezino fizičko i mentalno funkcioniranje, te na takav način održati kvalitetu života osobe. Kvaliteta života osobe se poboljšava intervencijom, obično u obliku usluga rehabilitacije putem raznih terapija koje treba odlikovati visoka razina kvalitete.

Danas je cilj razvijati personalizirane usluge i pružati podršku potrošačima, pa na takav način dolazi do rasta kvalitete pružanja usluga socijalne skrbi. Skrb usmjerena na djecu ima potporu kreatora politika, kojima je cilj pružati što više informacija zbog poboljšanja kvalitete usluga skrbi djece s poteškoćama.³⁴ Djeca sa poteškoćama u razvoju suočavaju se sa nedovoljno kvalitetnim uslugama socijalne skrbi, stoga obitelji takve djece imaju potrebu za boljim razumijevanjem, komunikacijom i suradnjom zdravstvenog osoblja kojemu obično nedostaje adekvatna obuka.

Suvremenost je obilježena razvijanjem programa poboljšanja kvalitete usluga socijalne skrbi koji kombiniraju strategije iz obrazovanja, bihevioralne psihologije i poboljšanja kvalitete.³⁵ Takvi programi su značajni jer provode znanje u praksi i na takav način utječu na podizanje razine kvalitete usluga socijalne skrbi.

Prema istraživanju Gović J. i Buljevac M., iz 2022. godine, pod nazivom „Sustav socijalne skrbi iz perspektiva roditelja djece s teškoćama u razvoju“ utvrđeno je da je kvaliteta usluga socijalne skrbi na području Hrvatske poboljšana zahvaljujući poboljšanje kvalitete života članova obitelji kroz mogućnost ostvarivanja slobodnog vremena, financijska podrška, ostanak sa djetetom kod kuće, napredak djeteta u pogledu smanjenja njegovih tegoba u razvoju, zbog poboljšanja profesionalnosti zaposlenika sustava socijalne skrbi koji se ogleda kroz odgovarajuću komunikaciju stručnjaka, zbog pravodobne realizacije prava i usluga, poboljšanja u pogledu dobivanja informacija o pravima i uslugama, zbog proaktivnosti socijalnih radnika, te dr. Kao nedostatke kvalitete usluga socijalne skrbi navedeno istraživanje nedostatke vezane uz rad centra za socijalnu skrb poput prostorne neprilagođenosti,

³⁴ Malley, J., Fernández, J. L., *Measuring quality in social care services: theory and practice*, PSSRU, London School of Economics and Political Science, 2010., (1 – 27), str. 9.

³⁵ Ong, N., Eapen, V., *Patient safety and quality care for children with intellectual disability: An action research study*, *Journal of Intellectual Disabilities*, 2022., dostupno na: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/17446295221104619> (26.04.2023.)

nedostatnog vremena za korisnike, učestalog mijenjanja nadležnog socijalnog radnika, izostanka komunikacije, zbog problema vezanih uz ostvarivanje prava i usluga, poput centralizacije usluga, većinom prema glavnom gradu Zagrebu, zbog suženih kapaciteta pružatelja usluga, nedostatka individualiziranih pristupa, te zbog nedostatka financijskih potpora.³⁶ U slijedećem poglavlju je provedeno istraživanje u 2023. godini, ali je obuhvaćeno samo područje Istarske županije. Istraživanje su obuhvaćeni stavovi korisnika o kvaliteti usluga socijalne skrbi.

4. ISTRAŽIVANJE STAVOVA I KVALITETE KORISNIKA SOCIJALNE SKRBI NA PODRUČJU ISTARSKE ŽUPANIJE

³⁶ Gović, J., Buljevac, M., *Sustav socijalne skrbi iz perspektiva roditelja djece s teškoćama u razvoju*, Revija za socijalnu politiku, Vol. 29 No. 2, 2022., str. 213-227, dostupno na: www.hrcak.srce.hr (2.06.2023.)

U ovom poglavlju je fokus na istraživanju stavova i kvalitete korisnika socijalne skrbi na području Istarske županije. Pri tome se objašnjava korištenje usluga socijalne skrbi, a zatim kvaliteta i zadovoljstvo korisnika usluga socijalne skrbi na području Istarske županije, na temelju dobivenih rezultata kvalitativnog i kvantitativnog istraživanja.

4.1. Korištenje usluga socijalne skrbi

Usluge socijalne skrbi koriste osobe koje nemaju dovoljno sredstava da bi podmirile osnovne životne potrebe, djeca bez roditelja, djeca sa posebnim potrebama i teškoćama u razvoju, djeca s poremećajima u ponašanju, žrtve trgovanja ljudima, djeca žrtve obiteljskog nasilja, ovisnici, beskućnici te druge potrebite osobe i obitelji (djeca i odrasli). Iz sustava socijalne skrbi se koriste naknade za socijalnu skrb u obliku:

- „zajamčene minimalne naknade,
- stambenog dodatka,
- doplatka za osobne potrebe,
- jednokratne pomoći,
- osobne invalidnine
- doplatka za njegu i pomoć,
- statusa roditelja njegovatelja ili statusa njegovatelja, te dr.“³⁷

U Hrvatskoj odluke o korištenju naknada iz sustava socijalne skrbi donosi Hrvatski zavod za socijalnu skrb. Da bi se usluge socijalne skrbi mogle koristiti potrebne su

³⁷ Government of the Republic of Croatia, *Social welfare system*, 2023., dostupno na: <https://gov.hr/en/social-welfare-system/248> (28.04.2023.)

institucije u kojima se obavljaju poslovi socijalne skrbi (obiteljski centri, javne i privatne ustanove socijalne skrbi, udruge, privatni kabineti, jedinice lokalne i područne samouprave; u Istri je za to zadužen grad Pazin).

Usluge koje se najviše koriste su usluge savjetovanja, psihosocijalne podrške, podrške ranom razvoju djece, uključivanje djece u programe odgoja i redovitog obrazovanja, obiteljska medijacija te druge usluge.

Korištenje usluga socijalne skrbi zahtjeva postojanje istih. Često su nedostatne na lokalnoj razini, pa korisnici iste pronalaze u drugim regijama. „Regionalna neujednačenost ponude socijalnih usluga bila je karakteristika i bivšeg isključivo institucionalnog sustava jer domovi socijalne skrbi nisu osnivani prema lokalnim potrebama, već prema ponudi raspoloživih zgrada u vlasništvu države poput napuštenih dvoraca i kurija u kojima se može smjestiti veći broj osoba. Decentralizacija socijalnih usluga i širenje mreže pružatelja usluga zahtijevaju uspostavu novih mehanizma za kontrolu kvalitete pružanja usluga na nacionalnoj i/ili regionalnoj razini.“³⁸ Zbog rasta potrebe za uslugama socijalne skrbi u cijeloj Hrvatskoj, pa tako i u Istarskoj županiji, prevladava interes da se broj pružatelja takvih usluga poveća, a kod postojećih pružatelja da se unaprijedi kvaliteta usluga, s ciljem povećanja zadovoljstva i ispunjavanja potreba korisnika. Više o kvaliteti i zadovoljstvu korisnika usluga socijalne skrbi slijedi u nastavku.

4.2. Kvaliteta i zadovoljstvo korisnika usluga socijalne skrbi na području Istarske županije

U ovom potpoglavlju se obrađuje kvaliteta i zadovoljstvo korisnika usluga socijalne skrbi na području Istarske županije. Analiza navedenog se temelji na rezultatima kvalitativnog i kvantitativnog istraživanja, prema područjima anketnog upitnika pod nazivom „Upitnik za roditelje djece s poteškoćama u razvoju“.

³⁸ World Bank Group, *Analitička podloga za Nacionalnu razvojnu strategiju Republike Hrvatske do 2030.: Regionalna dostupnost socijalnih usluga u Hrvatskoj*, 2019., str. 6.-7., dostupno na: <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/276741604615006394-0080022020/original/13Regionalnadostupnostsocijalnihusluga.pdf> (27.04.2023.)

Rezultati istraživanja su važni jer iznose stvarne potrebe korisnika usluga socijalne skrbi. Drugim riječima, rezultati istraživanja iznose na vidjelo sve ono što je u birokratskom sustavu postalo nevidljivo. „Republika Hrvatska se kao socijalna država i potpisnica Konvencije o pravima osoba s invaliditetom obvezala osigurati djeci s poteškoćama u razvoju pravo na dostojanstven život, inkluziju i obrazovanje.“³⁹ Ovim istraživanjem se analizira koliko je djeci s poteškoćama navedeno omogućeno i osigurano, na području Istarske županije.

Upitnik je napravljen putem Google Forms obraca, te je podijeljen u grupi za roditelje djece s poteškoćama u razvoju, na društvenoj mreži Facebook. U anketnom upitniku je sudjelovalo ukupno 135 ispitanika.

Ukupan broj pitanja je 26, a ista su grupirana na pitanja koja određuju:

- demografske varijable ispitanika (dob ispitanika, spol ispitanika, broj djece u obitelji ispitanika – roditelja djece, dob djece ispitanika, spol djeteta s poteškoćama u razvoju, spoznaja da dijete ima poteškoće prema dobi djeteta, nakon koliko vremena su ispitanici primjetili odstupanje u razvoju i postavljanje dijagnoze od strane liječnika), te
- varijable ocjene ukupne kvalitete.

Varijable ocjene ukupne kvalitete se mogu grupirati na:

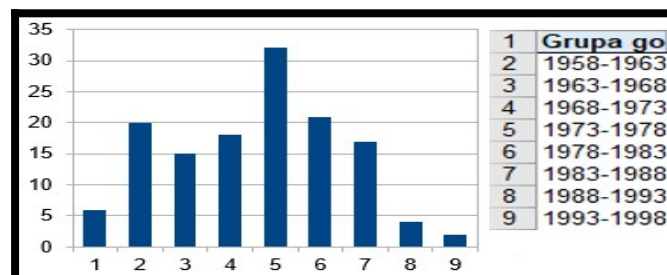
- dostupnost primljenih informacija,
- vremensko čekanje uključivanja djeteta u terapijski rad u javnoj ustanovi,
- dostupnost svih potrebnih terapija u javnoj ustanovi sve potrebne terapije,
- učestalost uključenosti djeteta u terapijski rad,
- najdostupniji stručnjaci za terapijski rad sa djecom,
- udaljenost ustanove/kabineta od mjesta stanovanja ispitanika,

³⁹ Tomić – Latinac, M. (ur.), op.cit., str. 8.

- mjesečni troškovi za terapije,
- upoznatost sa terapijama u lokalnom okruženju,
- potreba za većim brojem pružatelja usluga za djecu s poteškoćama u razvoju na području Istarske županije,
- dostupnost psihosocijalne podrške u javnoj ustanovi,
- teškoće sustava rane intervencije za djecu za djecu s poteškoćama u razvoju i obitelji djeteta, te
- ocjena kvalitete pruženih terapijskih usluga u javnoj ustanovi, u privatnim kabinetima, te u udrugama na području Istarske županije.

Na Grafikonu 1. su prikazane godine rođenja ispitanika. Prema istom se vidi da je najveći broj ispitanika rođen 1973. i 1978. godine (23,7 %). Prema navedenom najviše ispitanika je u dobi od 45 do 50 godina, odnosno srednje životne dobi.

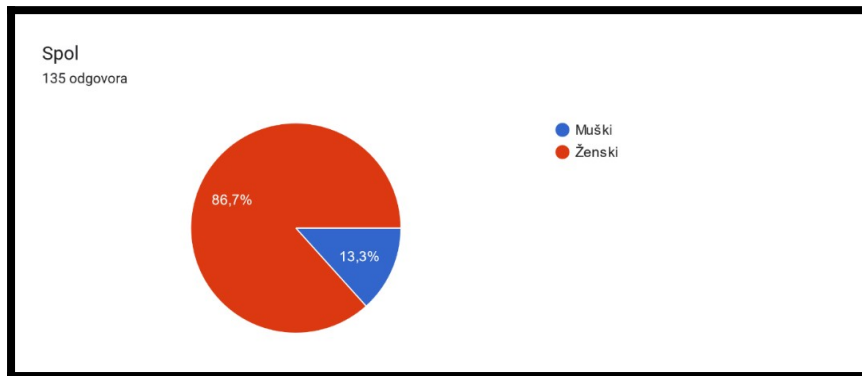
Grafikon 1.: Godina rođenja ispitanika



Izvor: Izrada autorice

Na Grafikonu 2. prikazan je spol ispitanika, roditelja djece sa poteškoćama u razvoju. Od ukupnog broja sudinika bilo je 86,7 % žena, te 13,3 % muškaraca.

Grafikon 2.: Spol ispitanika



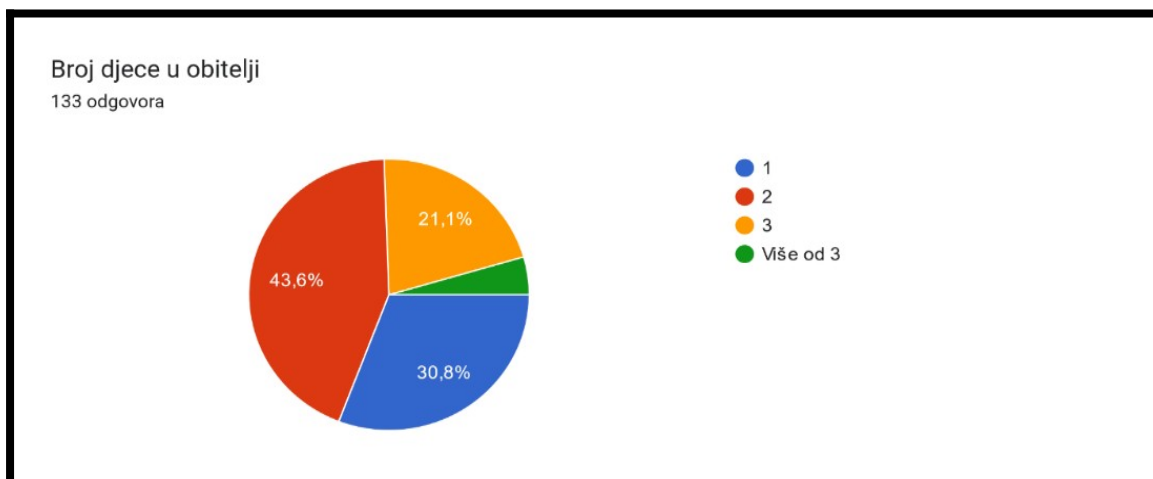
Izvor: Izrada autorice

Na Grafikonu 3. prikazan je broj djece u obitelji ispitanika.

Vidi se da najveći broj ispitanika u obitelji ima:

- dvoje djece (43,6%),
- zatim jedno dijete (30,8 %),
- troje djece (21,1 ispitanika) te
- više od troje djece u obitelji (4,5%).

Grafikon 3.: Broj djece u obitelji ispitanika



Izvor: Izrada autorice

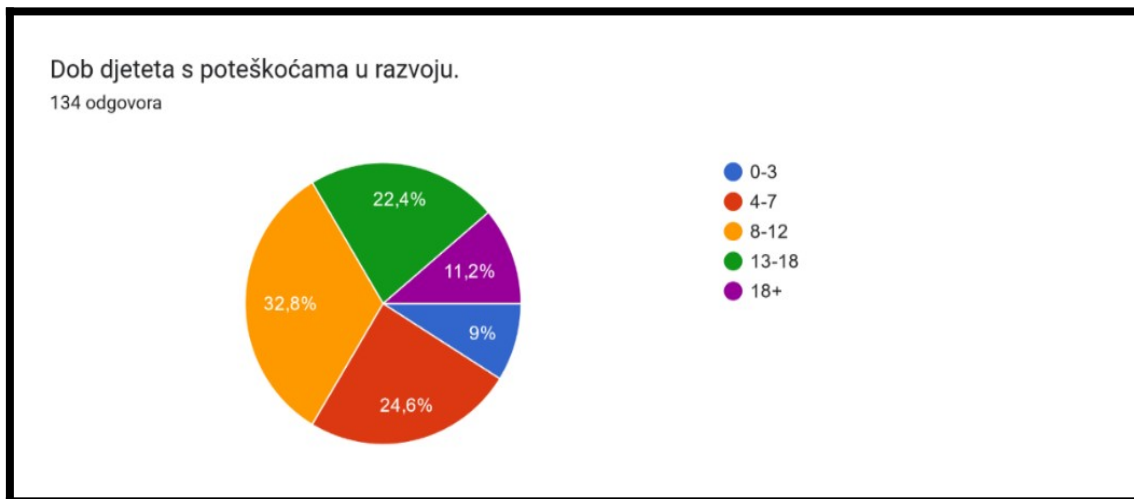
Grafikon 4. prikazuje dob djeteta s poteškoćama u razvoju.

Primjećuje se da najveći broj djece ima poteškoće u razvoju u dobi od:

- 8-12 godina (32,8%),
- zatim djeca u dobi od 4-7 godina (24,6%),
- od 13-18 godina (22,4 %),
- više od 18 godina (11,2%).

Najmanji je postotak djece koja imaju poteškoće u razvoju u dobi između 0-3 godine (9 %).

Grafikon 4.: Dob djeteta s poteškoćama u razvoju

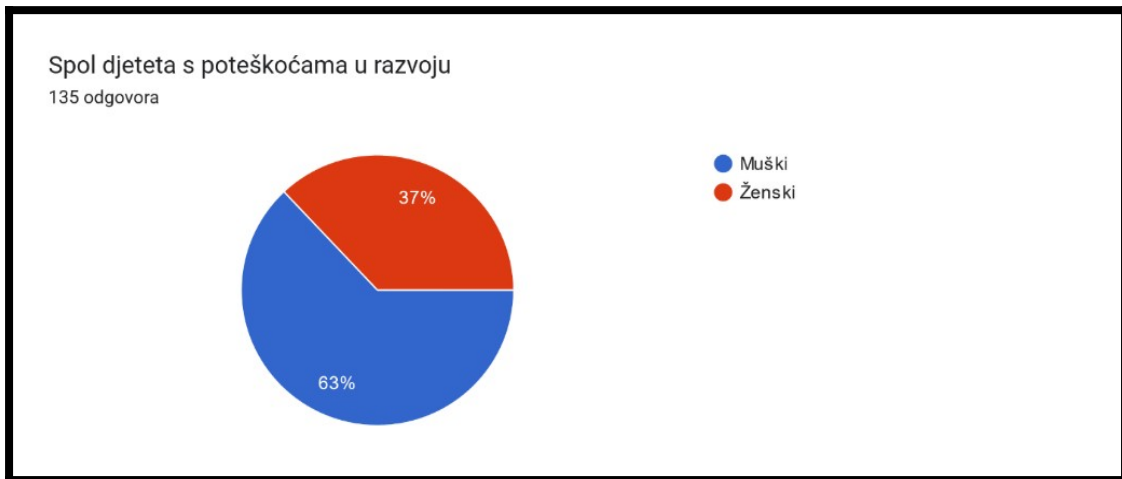


Izvor: Izrada autorice

Grafikon 5. prikazuje spol djeteta s teškoćama u razvoju.

Vidi se da su muška djeca podložnija teškoćama u razvoju (63%), u odnosu na žensku djecu (37 %).

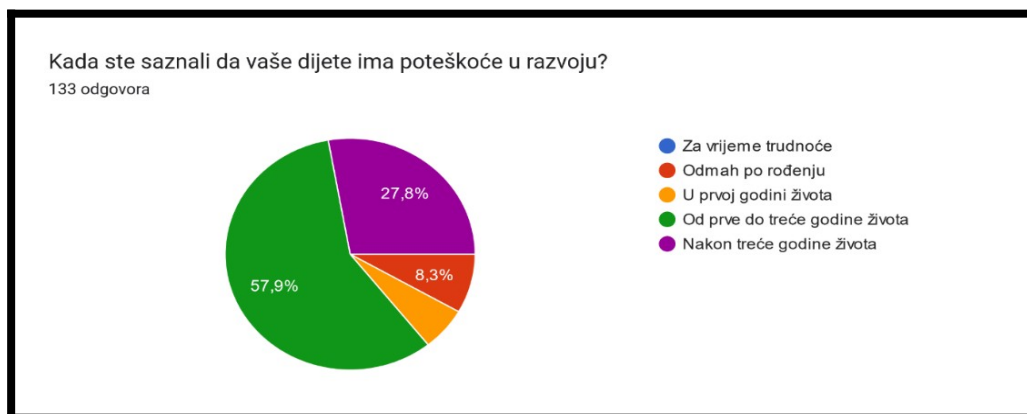
Grafikon 5.: Spol djeteta s poteškoćama u razvoju



Izvor: Izrada autorice

Na Grafikonu 6. se vidi vremenska spoznaja roditelja da dijete ima poteškoće u razvoju. Roditelji su, slijedom Grafikona 6., u najvećem postotku spoznali za teškoće djece u razvoju od prve do treće godine života (57,9%).

Grafikon 6.: Spoznaja da dijete ima poteškoće (dob djeteta)



Izvor: Izrada autorice

Grafikon 7. tumači vremensko odstupanje u razvoju i u postavljanju dijagnoze od strane liječnika.

Grafikon 7.: Vremensko odstupanje u razvoju i u postavljanju dijagnoze od liječnika



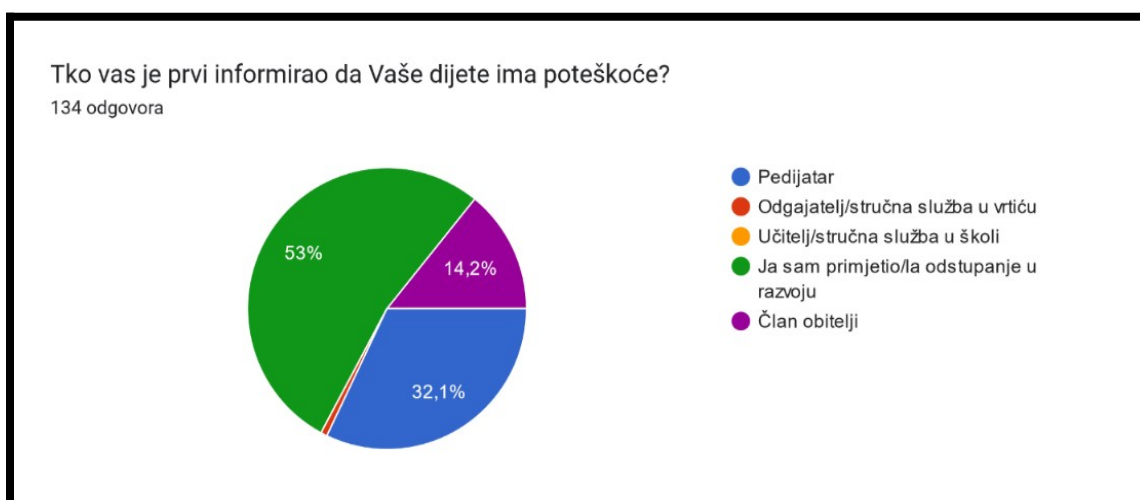
Izvor: Izrada autorice

Grafikon 8. prikazuje od koga su ispitanici primili prve informacije da dijete ima poteškoće.

Slijedom prikazanog, najviše roditelja su:

- sami primjetili odstupanja u razvoju, odnosno da dijete ima poteškoće (53 %),
- informacije o poteškoćama su dobili od pedijatra (32,1 %),
- od članova obitelji (14,2 %),
- te od odgajatelja u vrtiću (0,7 %).

Grafikon 8.: Od koga su primljene prve informacije da dijete ima poteškoće

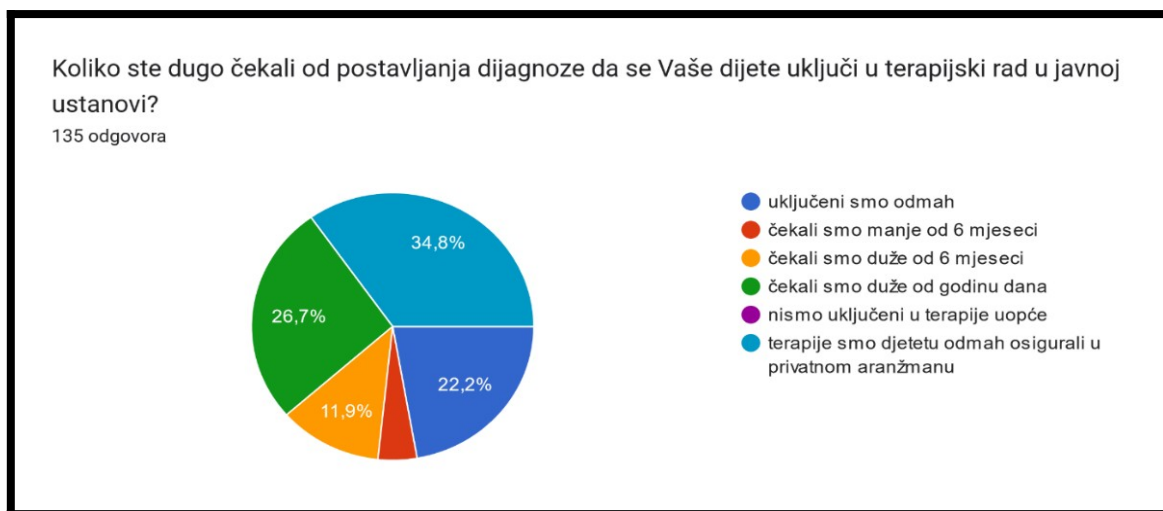


Izvor: Izrada autorice

Grafikon 9. prikazuje vremensko čekanje od postavljanja dijagnoze da se dijete uključi u terapijski rad u javnoj ustanovi. Prema prikazanim podacima istraživanja slijedi:

- 34,8 % roditelja terapije je osiguralo u privatnom aranžmanu,
- 26,7 % roditelja je čekalo više od godinu dana da se dijete uključi u terapije,
- 22,2 % roditelja je bilo uključeno odmah u terapijski rad u javnoj ustanovi,
- 11,9 % roditelja je čekalo duže od 6 mjeseci, dok je
- 4,4 % roditelja čekalo manje od 6 mjeseci.

Grafikon 9.: Vremensko čekanje od postavljanja dijagnoze da se dijete uključi u terapijski rad u javnoj ustanovi



Izvor: Izrada autorice

Grafikon 10. prikazuje ima li dijete u javnoj ustanovi sve potrebne terapije. Kako se vidi, 77 % ispitanika izjavljuje da im dijete u javnoj ustanovi nema sve potrebne terapije. Nadalje, 23 % roditelja smatra da djeca u javnoj ustanovi ima sve potrebne terapije.

Grafikon 10.: Ima li dijete u javnoj ustanovi sve potrebne terapije



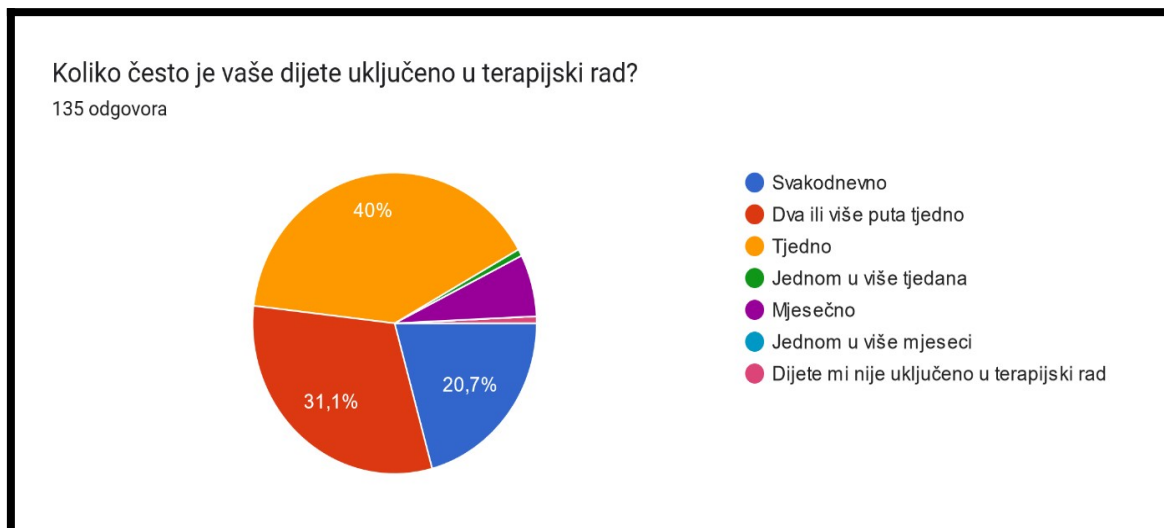
Izvor: Izrada autorice

Slijedom Grafikona 11., koji prikazuje učestalost uključenosti djeteta u terapijski rad, se vidi da:

- 40 % roditelja izjavljuje da djete odlazi na terapije jednom tjedno,
- 31,1 % roditelja izjavljuje da dijete odlazi na terapije dva ili više puta tjedno,
- 20,7 % roditelja izjavljuje da dijete odlazi na terapije svakodnevno.

U manjim postocima terapije se odvijaju jednom mjesečno, zatim jednom u više tjedana, ili dijete uopće nije uključeno u terapijski rad.

Grafikon 11.: Učestalost uključenosti djeteta u terapijski rad

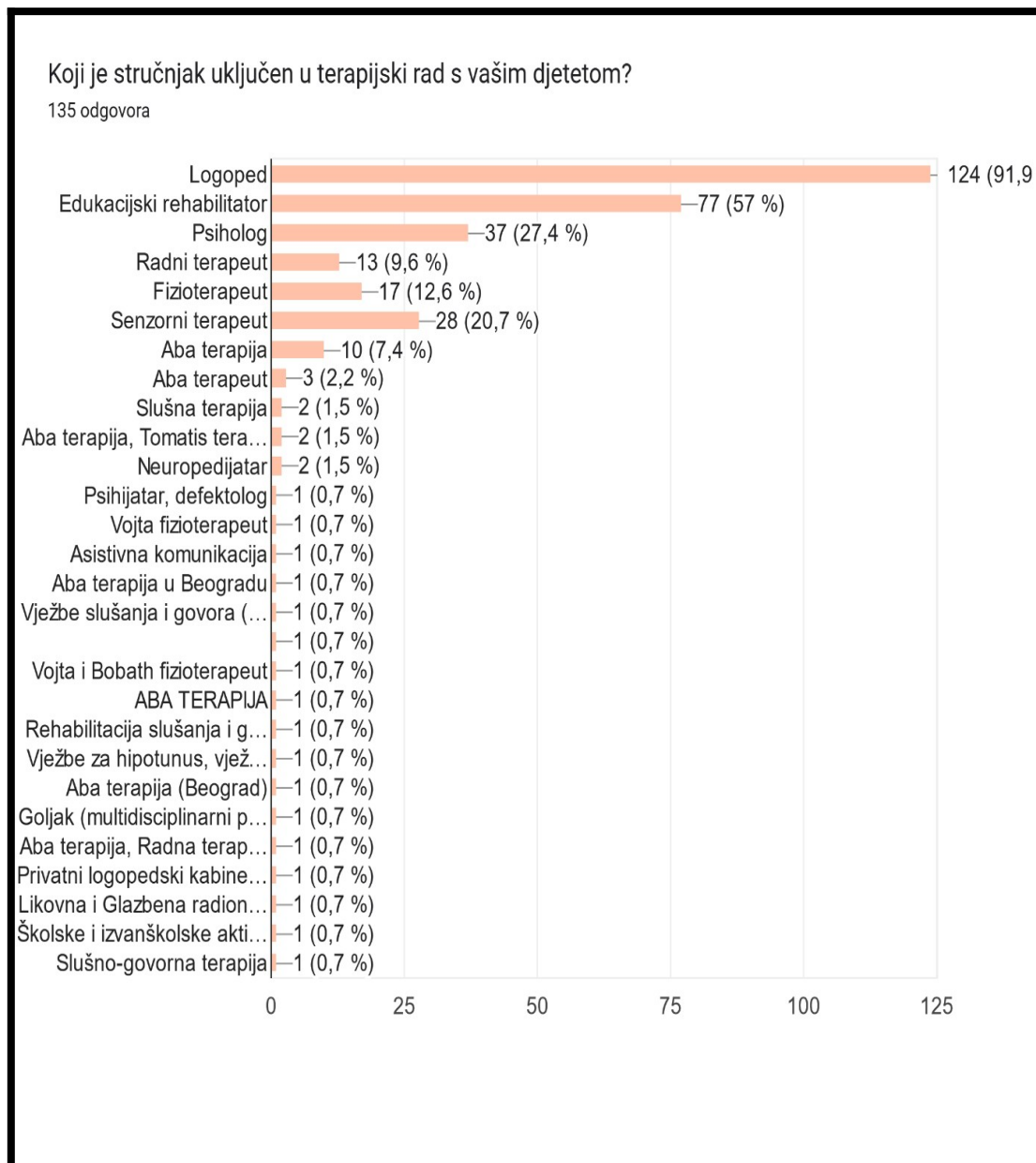


Izvor: Izrada autorice

Grafikon 12. prikazuje koji su stručnjaci najzastupljeniji po pitanju njihove uključenosti u rad. To su redom:

- logoped,
- edukacijski rehabilitator,
- psiholog,
- radni terapeut,
- fizioterapeut,
- senzorni terapeut,
- aba terapije/aba terapeut,
- slušna terapija,
- tomatitis terapija, te
- neuropedijatar.

Grafikon 12.: Stručnjak koji je uključen u terapijski rad s djetetom



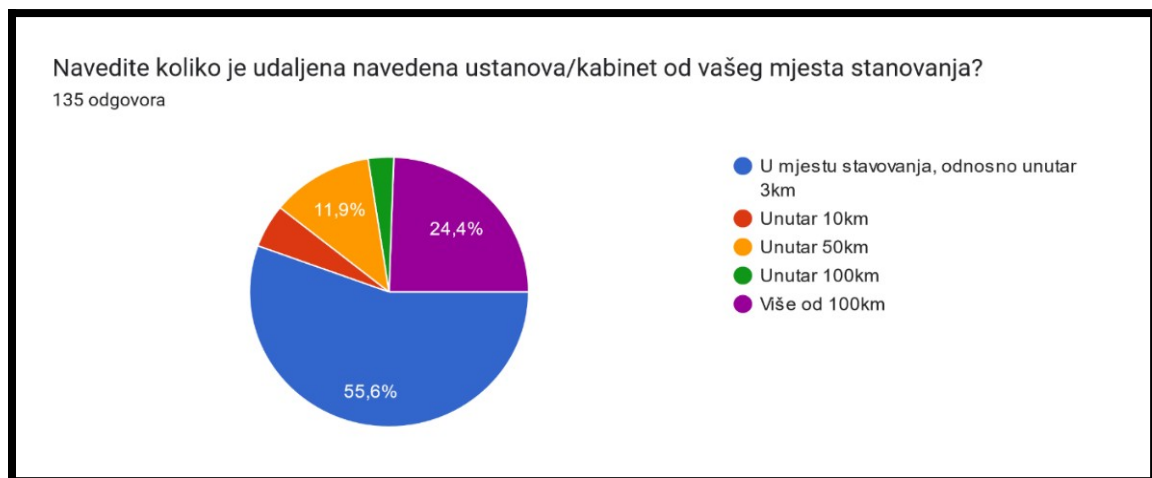
Izvor: Izrada autorice

U postotku manjem od 1 %, točnije 0,7 %, su manje zastupljeni psihijatri i defektolozi, vojta fizioterapeuti, stručnjaci asistivne komunikacije, stručnjaci aba terapije u Beogradu, stručnjaci vježbi slušanja i govora, rehabilitacije slušanja i govora, stručnjaci vježbi za hipotonus, stručnjaci privatnih logopedski kabineta, likovnih i glazbenih radionica, školskih i izvanškolskih aktivnosti, te drugi terapijski stručnjaci.

Grafikon 13. prikazuje udaljenost ustanove/kabineta od mjesta stanovanja ispitanika. Čak 55,6 % ispitanika navodi da je ustanova/kabinet na udaljenosti unutar tri kilometra, odnosno blizu mjesta stanovanja.

Čak 24,4 % ispitanika navodi da se ustanova kabinet nalazi 100 km dalje od mjesta stanovanja, a 11,9 % je udaljeno unutar 50 km.

Grafikon 13.: Udaljenost ustanove/kabineta od mjesta stanovanja ispitanika



Izvor: Izrada autorice

Na Grafikonu 14. se prikazuje iznos mjesečnog troška za terapije. Ispitanici navode da imaju mjesečni trošak za terapije:

- do 300 eura (28,9 %),
- do 150 eura (23,7 %),
- nemaju trošak – terapije su na račun HZZO-a (17 %),
- do 600 eura (14,1 %),
- do 100 eura (12,6 %), te
- više od 600 eura mjesečno (3,7 %).

Grafikon 14.: Iznos mjesečnog troška za terapije



Izvor: Izrada autorice

Grafikon 15. prikazuje da li ispitanici primaju subvencije/novčanu podršku od lokane zajednice. Čak 69,9 % ispitanika navodi da ne primaju takve oblike podrške, dok 30,1 % ispitanika navodi da primaju novčanu podršku/subvencije lokalne zajednice.

Grafikon 15.: Primanje subvencije ili novčane podrške od lokalne zajednice



Izvor: Izrada autorice

Grafikon 16. prikazuje upoznatost ispitanika s terapijama u lokalnom okruženju prilikom uspostavljanja dijagnoze kod djeteta.

Čak 77,8 % ispitanika navodi da nisu bili upoznati, dok 22,2 % navodi da su bili upoznati s terapijama u lokanom okruženju.

Grafikon 16.: Upoznavanje prilikom postavljanja dijagnoze u javnoj ustanovi sa terapijama koje su dostupne u lokalnom okruženju



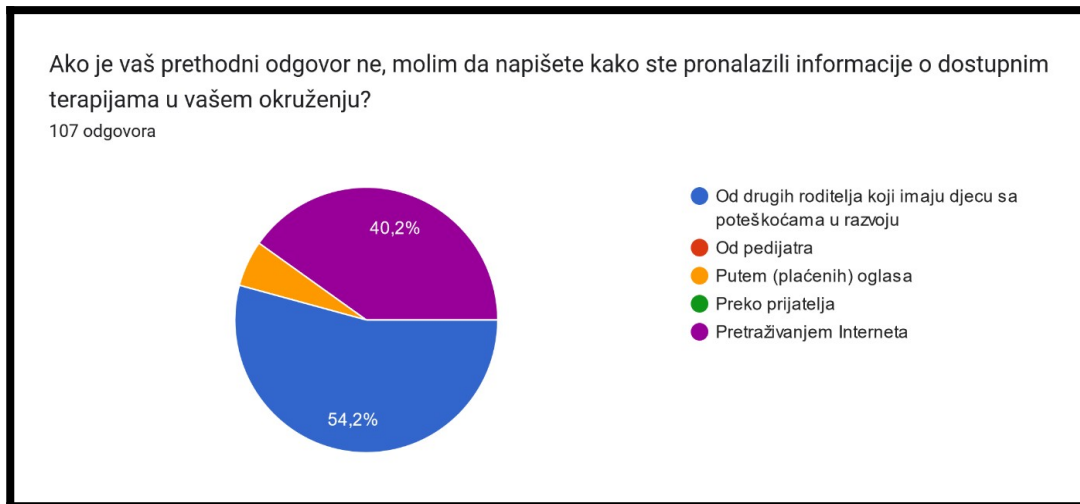
Izvor: Izrada autorice

Grafikon 17. prikazuje način dobivanja informacija o dostupnim terapijama u okruženju, ako nisu dobivene od strane javne ustanove u kojoj je postavljanja dijagnoza. Ispitanici izjavljuju da su informacije o dostupnim terapijama u okruženju, ako nisu dobivene od strane javne ustanove u kojoj je postavljanja dijagnoza, najčešće dobili od:

- drugih roditelja koji imaju djecu sa poteškoćama u razvoju (54,2 %),
- pretraživanjem interneta (40,2 %), te
- putem plaćenih oglasa (5,6 %).

Od pedijatara i od prijatelja nisu dobili takve informacije.

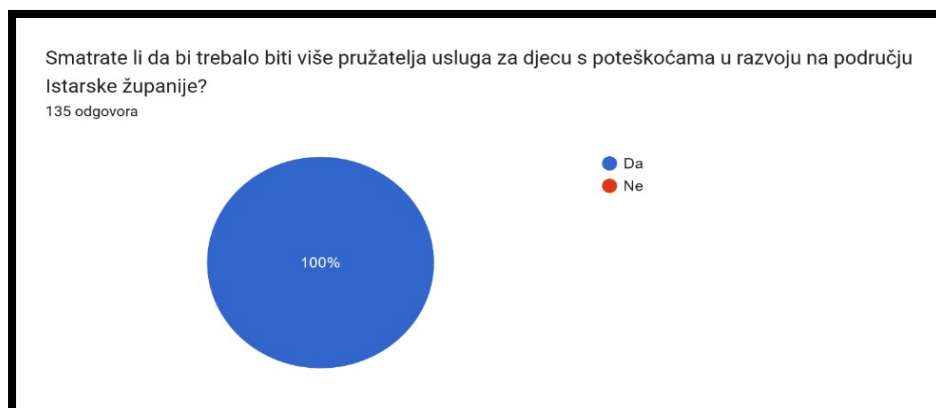
Grafikon 17.: Način dobivanja informacija o dostupnim terapijama u okruženju, ako nisu dobivene od strane javne ustanove u kojoj je postavljanja dijagnoza



Izvor: Izrada autorice

Grafikon 18. analizira odgovore ispitanika treba li biti više pružatelja usluga za djecu s poteškoćama u razvoju na području Istarske županije. Slijedom prikazanog Grafikona 18. se vidi da svi ispitanici (100%) smatraju da treba biti više pružatelja usluga za djecu s poteškoćama u razvoju na području Istarske županije.

Grafikon 18.: Treba li biti više pružatelja usluga za djecu s poteškoćama u razvoju na području Istarske županije

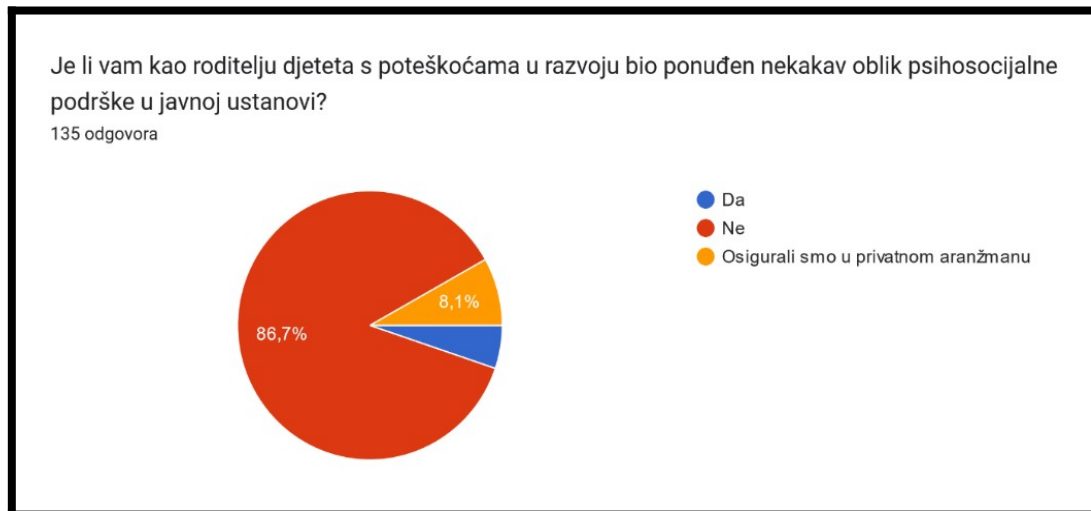


Izvor: Izrada autorice

Grafikon 19. prikazuje da li je roditeljima djece s poteškoćama u razvoju bio ponuđen nekakav oblik psihosocijalne podrške u javnoj ustanovi. Najviše ispitanika je

je navelo da im nije bio ponuđen nikakav oblik psihosocijalne podrške, dok je 8,1 % roditelja izjavilo da su dobili takvu vrstu pomoći u privatnom aranžmanu. Tek je 5,2 % roditelja primilo psihosocijalnu podršku u javnoj ustanovi.

Grafikon 19.: Da li je roditeljima djece s poteškoćama u razvoju bio ponuđen nekakav oblik psihosocijalne podrške u javnoj ustanovi

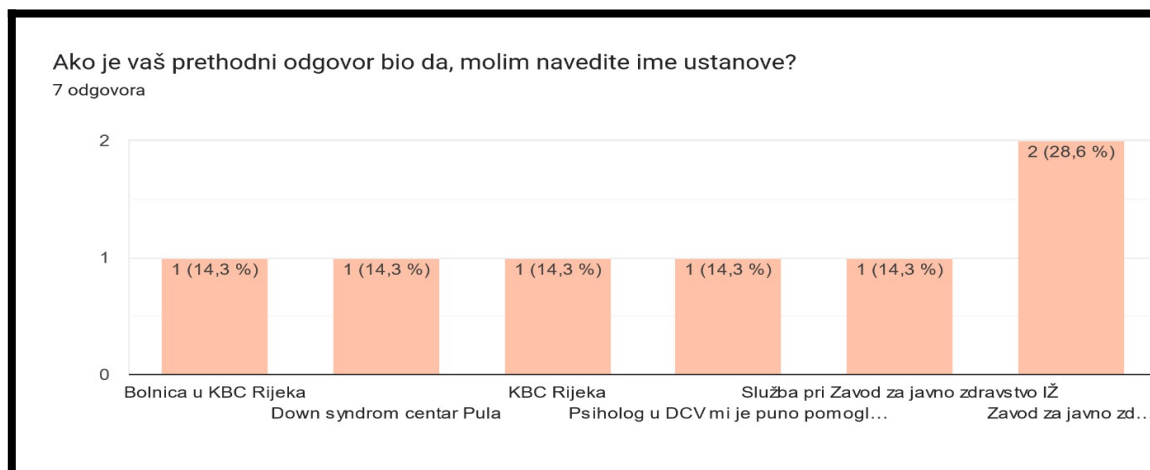


Izvor: Izrada autorice

Grafikon 20. prikazuje u kojoj je javnoj ustanovi roditeljima omogućena psihosocijalna podrška, ako im je ista bila ponuđena (tek 7 ispitanika, od ukupno 135, je dobilo psihosocijalnu pomoć u javnim institucijama). To su najčešće bile slijedeće javne ustanove:

- Zavod za javno zdravstvo (28,6 %),
- bolnica KBC Rijeka (14,3 %),
- Down sindrom centar Pula (14,3 %),
- psiholog u Dnevnom centru Veruda (14,3 %),
- te služba pri Zavodu za javno zdravstvo (14,3 %).

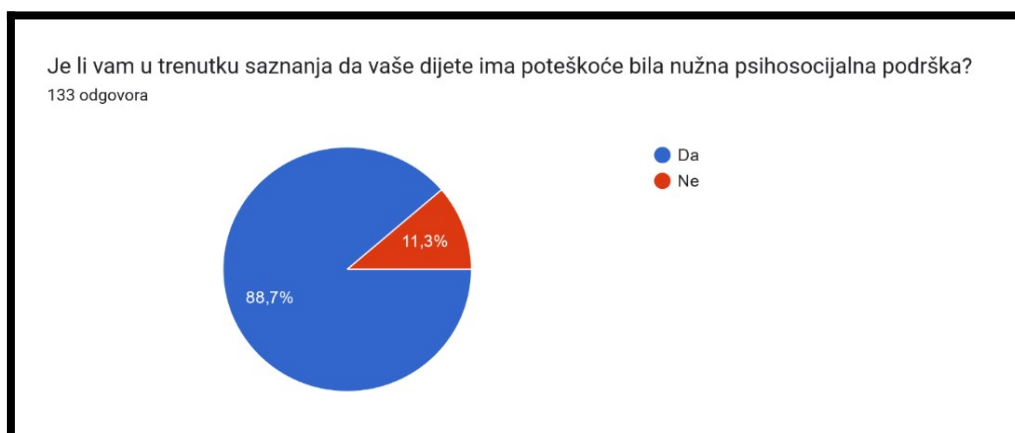
Grafikon 20.: U kojoj javnoj ustanovi je roditeljima omogućena psihosocijalna podrška, ukoliko je ista bila ponuđena



Izvor: Izrada autorice

Na Grafikonu 21. prikazana su stajališta roditelja o nužnosti psihosocijalne podrške u trenutku spoznaje da dijete ima poteškoće. Čak 88,7 % roditelja smatra da je psihosocijalna podrška nužna, dok 11,3 % roditelja smatra da ista nije nužnost u trenutku spoznaje da dijete ima poteškoće pri razvoju.

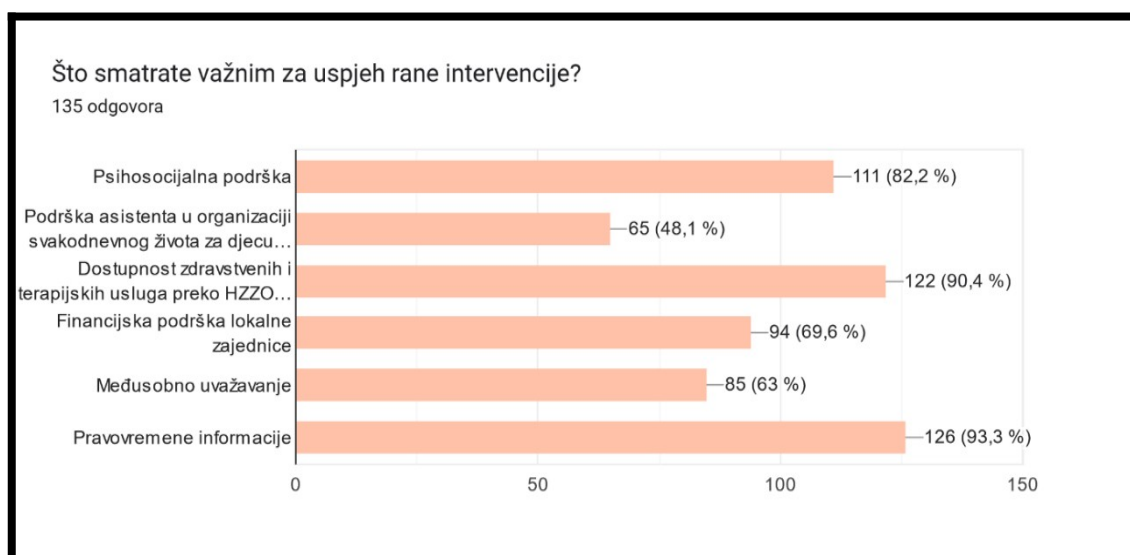
Grafikon 21.: Nužnost psihosocijalne podrške u trenutku spoznanje da dijete ima poteškoće



Izvor: Izrada autorice

Grafikon 22. prikazuje stajališta roditelja o tome što je važno za uspjeh rane intervencije pri spoznaji da dijete ima poteškoće. Ispitanici navode da je za ranu intervenciju najviše potrebno imati pravovremene informacije, dostupnost zdravstvenih i terapijskih usluga preko HZZO-a, zatim psihosocijalnu podršku, financijsku podršku lokalne zajednice, međusobno uvažavanje, te podršku asistenta u organizaciji svakodnevnog života za djecu.

Grafikon 22.: Što je važno za uspjeh rane intervencije



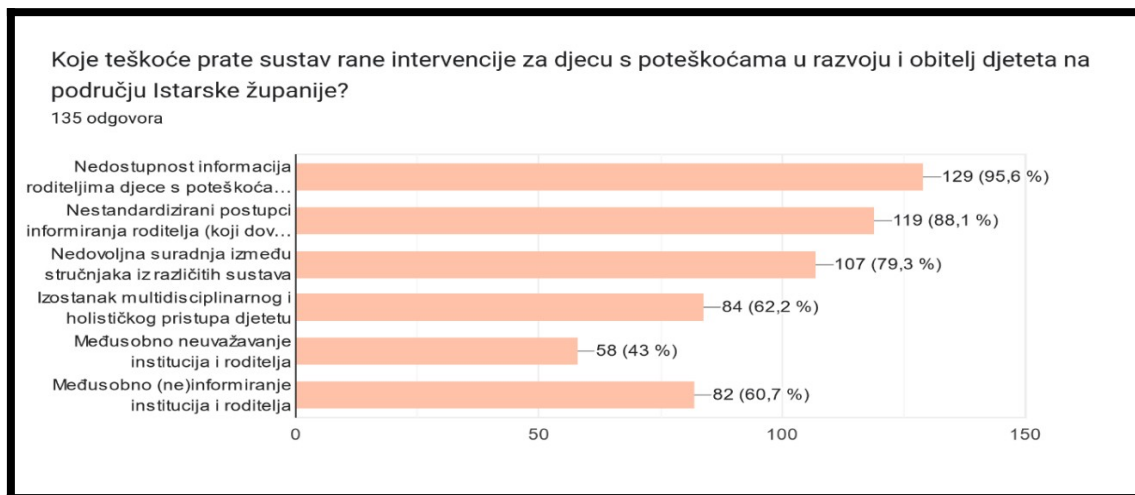
Izvor: Izrada autorice

Na Grafikonu 23. ispitanici navode svoje stavove o tome koje teškoće prate sustav rane intervencije za djecu s poteškoćama u razvoju i obitelji djeteta na području Istarske županije. Tu se najviše ističu:

- nedostupnost informacija roditeljima djece s poteškoćama u razvoju,
- nestandardizirani postupci informiranja roditelja,
- nedovoljna suradnja između stručnjaka iz različitih sustava,
- izostanak multidiscipliniranog i holističkog pristupa djetetu,

- međusobno neuvažavanje institucija i roditelja,
- međusobno ne/informiranje roditelja i institucija.

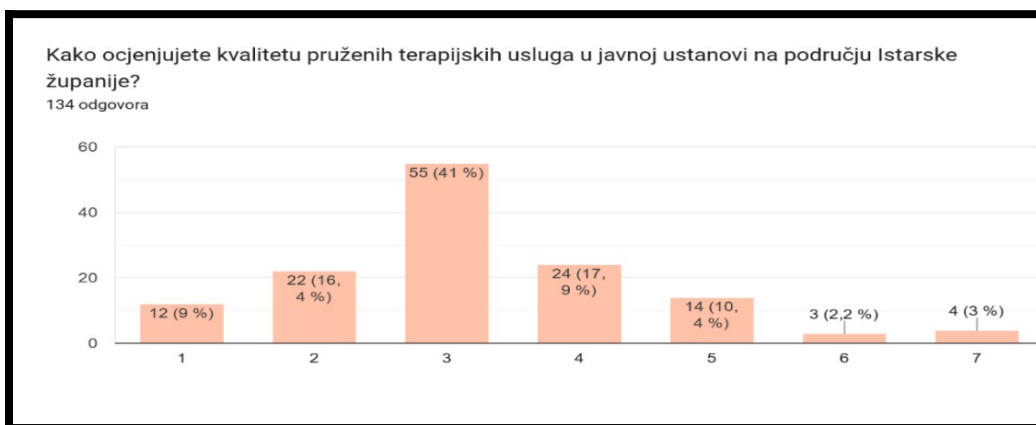
Grafikon 23.: Teškoće koje prate sustav rane intervencije za djecu s poteškoćama u razvoju i obitelji djeteta na području Istarske županije



Izvor: Izrada autorice

Ocjena kvalitete pruženih terapijskih usluga od strane ispitanika u javnoj ustanovi na području Istarske županije je prikazana na Grafikonu 24. Vidi se da je najveći broj ispitanika (41 %) kvalitetu pruženih terapijskih usluga ocjenio sa 3 (od ukupno 7).

Grafikon 24.: Ocjena kvalitete pruženih terapijskih usluga od strane ispitanika u javnoj ustanovi na području Istarske županije

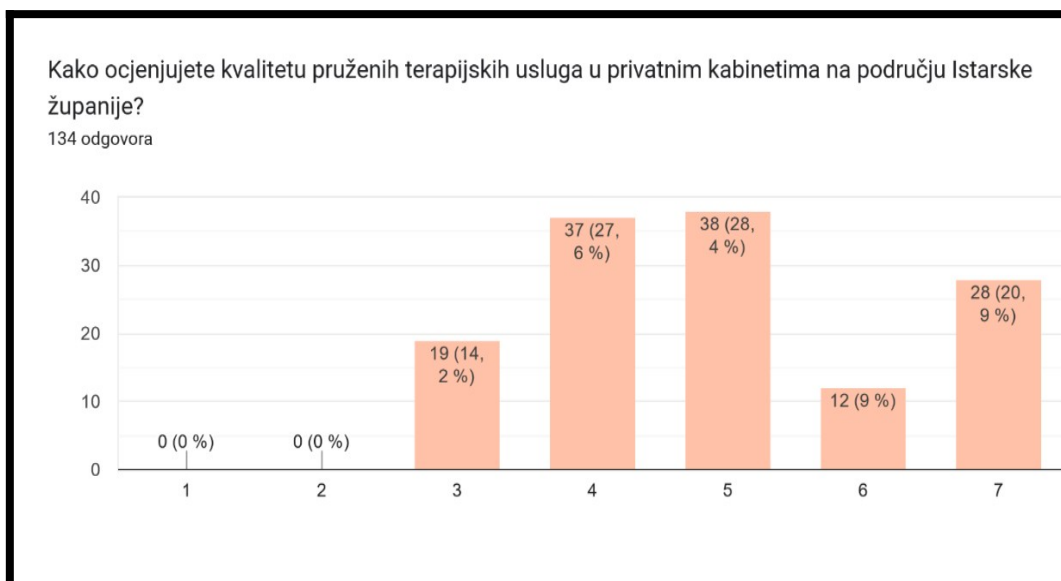


Izvor: Izrada autorice

Ocjena 3 je ispod medijalne razine, a to znači da kvaliteta srednja, prema niskoj, te da nije na razini na kojoj bi trebala biti. Ocjenu 1 – kao jako lošu razinu kvalitete dalo je 9 % ispitanika, dok je tek 3 % ispitanika dalo ocjenu 7, kao ocjenu vrlo visoke kvalitete. Takvi rezultati upućuju na potrebu za unaprijeđenjem kvalitete pruženih terapijskih usluga.

Grafikon 25. prikazuje ocjenu kvalitete pruženih terapijskih usluga u **privatnim kabineta** na području Istarske županije. Čak 28,4 % ispitanika dalo je ocjenu 6, kao ocjenu visoke kvalitete.

Grafikon 25: Ocjena kvalitete pruženih terapijskih usluga u privatnim kabineta na području Istarske županije

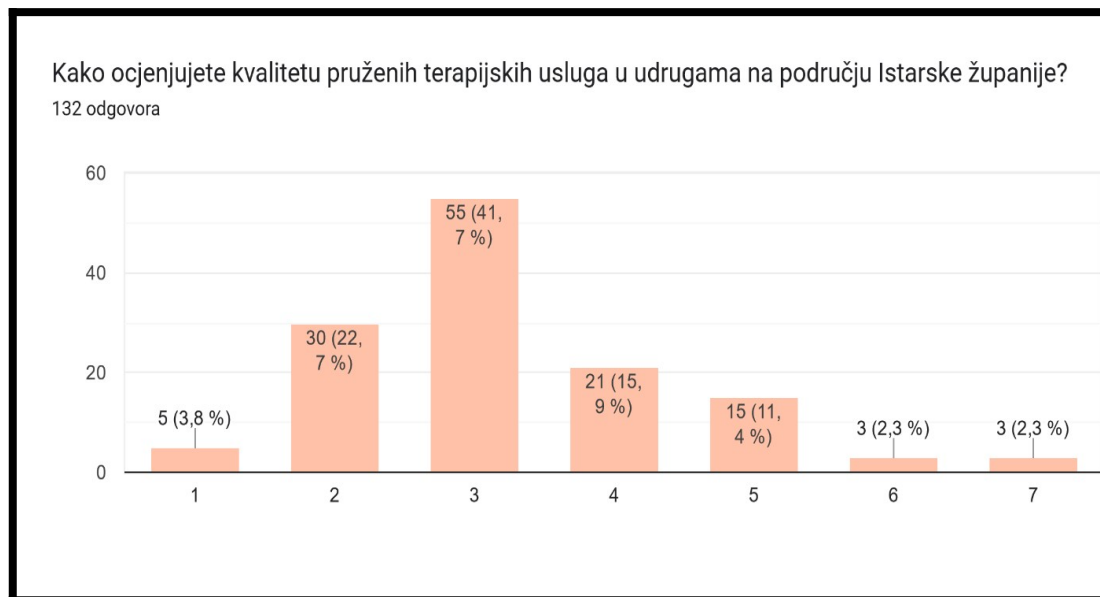


Izvor: Izrada autorice

Ocjenu 7 dalo 20,9 % ispitanika, kao znak izuzetno visoke razine kvalitete. Terapijske usluge u privatnim kabinetima nisu ocjenjene sa 1 ili 2 (od ukupno 7) što bi značilo da ispitanici smatraju da iste uopće nisu nekvalitetne (0 % ispitanika).

Na Grafikonu 26. prikazana je ocjena kvalitete pruženih terapijskih usluga u **udrugama** na području Istarske županije. Vidi se da je 41,7 % ispitanika dalo ocjenu 3, što bi značilo da je kvaliteta ispod srednje razine, odnosno da nema primjerenu razinu.

Grafikon 26.: Ocjena kvalitete pruženih terapijskih usluga u udrugama na području Istarske županije



Izvor: Izrada autorice

Tek 2,3 % ispitanika smatra da je kvaliteta izuzetno visoka te su dali ocjenu 7. Nadalje, 3,8 % ispitanika daje ocjenu 1 kao znak najniže razine kvalitete terapijskih usluga u udrugama na području Istarske županije.

5. POLUSTRUKTURIRANI I STRUKTURIRANI INTERVJU SA RODITELJIMA DJECE S POTEŠKOĆAMA U RAZVOJU NA PODRUČJU ISTARSKE ŽUPANIJE

Ovo poglavlje analizira rezultate polustrukturiranog i strukturiranog intervjua. Prethodno se opisuju ciljevi i metodologija, a potom su rezultati istraživanja grupirani na temelju odgovora roditelja na pitanja iz strukturiranog intervjua.

Odgovori su kategorizirani su na područje:

- sufinanciranja terapijskih usluga i potreba za stručnom psihosocijalnom podrškom njegovatelja,
- na nedostupnost terapija,
- ocjenu kvalitete terapijskih usluga,
- te na problematiku socijalne skrbi djece s teškoćama u razvoju na području Istarske županije.

5.1. Cilj i metodologija polustrukturiranog i strukturiranog intervjua

Cilj intervjua je istražiti iskustva roditelja djece s poteškoćama u razvoju s procesom usluge skrbi u Istarskoj županiji. Osim navedenog, cilj je potaknuti promjene u društvu i uputiti javnost na problematiku s kojom se susreću roditelji djece s poteškoćama u razvoju, te prepoznati načine putem kojih će svladati nedostaci sustava usluga socijalne skrbi za djecu s poteškoćama u razvoju.

Korištena je kvalitativna metodologija dubinskih intervjua, polustrukturiranog i strukturiranog intervjua, kako bi se omogućilo dublje razumijevanje istraživnog fenomena. Kvalitativna metodologija dubinskih intervjua omogućava „dobivanje informacija iz prve ruke o empirijskom svijetu koji se istražuje. Na taj način kvalitativna metodologija dovodi istraživača "bliže podacima" i omogućava razvijanje analitičke, konceptualne i kategorijalne komponente i objašnjenja iz samih podataka. Prema Caldarevidu kvalitativna metodologija svodi se na slijedede elemente: izbor nespecifičnih tema istraživanja, izbor nespecifičnih metodoloških postupaka,

dugotrajnost provođenja istraživačkih pothvata, nepragmatična orijentacija studija, odnosno želja da se istraživanjem problem još više i dublje upozna.⁴⁰ U ovom dijelu istraživanja sudionici su izabrani namjernim uzorkovanjem.

Kriterij odabira sudionika je boravak u Istarskoj županiji i imanje djeteta s teškoćama u razvoju. Intervju se sastoji od 9 pitanja. Pitanja su strukturirana na slijedeći način:

- prva četiri pitanja odnose se na demografske varijable poteškoća,
- a preostalih pet pitanja se odnose na varijable sustava i prijedloga poboljšanja s aspekta korisnika.

Sudionici su ispitani metodom polustrukturiranog i strukturiranog intervjuja. Općenito, intervju predstavlja dijalog između voditelja i ispitanika. Polustrukturirani intervju je vođen kao dvosmjerna komunikacija između voditelja i ispitanika, a pitanja istog nisu strogo formulirana, odnosno dopuštena su odstupanja od sastavljenih pitanja, dok kod strukturiranog intervjuja svi ispitanici odgovaraju na ista pitanja po jasno određenoj strukturi.

Za intervju je voditeljica odvojila dovoljno vremena, jer je „dužnost voditelja postupka da unaprijed odvoji vrijeme za upoznavanje s pojedinostima slučaja kako bi mogao voditi dobro strukturirani intervju te pokušati riješiti sva pitanja otvorena prije početka intervjuja. Dobrom pripremom ispitivač osigurava da se u vremenu odvojenom za intervju može usredotočiti na ključna pitanja zahtjeva umjesto na pitanja od manjeg značaja za zahtjev. Učinkovit intervju na kojem su prikupljeni važni dokazi o ključnim aspektima zahtjeva od najveće je važnosti za ispravno utvrđivanje prirode zahtjeva. Prilikom psihičke pripreme za intervju, voditelj postupka treba se zapitati koji stavovi, misli ili prethodna mišljenja važni za slučaj mogu utjecati na njegovu objektivnost te treba poduzeti napore kako bi ih izbjegao. Prepričavanje traumatičnih iskustava može biti bolno iskustvo za podnositelja zahtjeva. Voditelj postupka treba imati u vidu i moguće psihološke posljedice za njega samoga.“⁴¹ Prije

⁴⁰ Koller-Trbović, N., Žižak, A., Novak, T., *Kvalitativna analiza socijalnopedagoškom dijagnosticiranju*, Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja Vol. 39, No. 2, 2003., str. 192., dostupno na: www.hrcak.srce.hr (2.06.2023.)

⁴¹ Europski potporni ured za azil, *EASO-ov praktični vodič: Osobni intervju; Serija praktičnih vodiča EASO-a*, 2014., str. 11., dostupno na: <https://euaa.europa.eu/sites/default/files/public/EASO-Practical-Guide-Personal-Interview-hr.pdf> (2.06.2023.)

početka ovog intervjua voditelj/autorica rada je nastojala biti mentalno pripremljena jer je imala u vidu da je intervjuiranje posebno, jer izaziva visoku razinu emocija tuge, suosjećanja, te želje za pružanjem pomoći roditeljima djece s teškoćama u razvoju.

Bez obzira na mentalno pripremanje na voditeljicu je intervju djelovao vrlo emotivno, bolno, sa vidljivim suzama u očima, time više zbog spoznaje da su u pitanju razvojne poteškoće djece i traumatične i teške situacije s kojima se njihovi roditelji svakodnevno suočavaju.

Svi sudionici su individualno intervjuirani. Sudionicima je prije intervjua predstavljen cilj ovog istraživanja i istaknuta je važnost njihovog sudjelovanja.

U polustrukturiranom intervjuu sudjelovalo je 7 roditelja, 6 majki i 1 otac. Intervju je trajao u prosjeku oko 45 minuta.

Sudionici su u dobi od 31 do 52 godina, zajedničko im je imanje 1 djeteta s teškoćama u razvoju, dob djece s poteškoćama u razvoju kretala se od 3 do 15 godina, 4 sudionika ih je u braku, 1 sudionica je samohrana majka dok su dvije sudionice razvedene. S obzirom na obrazovni status, dva roditelja imaju završenu srednju školu, jedan roditelj ima višu stručnu spremu, tri roditelja imaju visoku stručnu spremu.

Prema broju djece: troje sudionika ima jedno dijete, dvoje sudionika ima dvoje djece.

Prosječna dob sudionika istraživanja je : 42.0

Prosječna dob djeteta je : 9.3

Sudionicima je ostavljena mogućnost ukoliko to žele da ih se informira o dobivenim rezultatima. Također sudionicima je zajamčena anonimnost te zbog zaštite osobnih podataka i privatnosti obitelji označeni su brojevima od 1 do 7.

Pitanja koja su se koristila u istraživanju putem polustrukturiranog intervjua su slijedeća:

1. Kada ste saznali da vaše dijete ima poteškoće u razvoju?
2. Koliko je vremena proteklo od trenutka kada ste primjetili odstupanje u razvoju i postavljanje dijagnoze od strane liječnika?

3. Koliko ste dugo čekali od postavljanja dijagnoze da se Vaše dijete uključi u terapijski rad?
4. Da li u mjestu stanovanja imate dostupne sve terapije koje su potrebne Vašem djetetu?
5. Koje teškoće prate sustav za djecu s teškoćama u razvoju i obitelj djeteta na području Istarske županije?
6. Što je po Vašem mišljenju nužno poboljšati?
7. Kako ocjenjujete kvalitetu pruženih terapijskih usluga u javnoj ustanovi/Centru za radnu terapiju i rehabilitaciju na području Istarske županije (nisam zadovoljan/na, zadovoljna sam, nisam koristio/la usluge)?
8. Kako ocjenjujete kvalitetu pruženih terapijskih usluga u privatnim kabinetima na području Istarske županije (nisam zadovoljan/na, zadovoljan/na sam, nisam koristio/la usluge)?
9. Kako ocjenjujete kvalitetu pruženih terapijskih usluga u udrugama na području Istarske županije (nisam zadovoljan/na, zadovoljna sam, nisam koristio/la usluge)?

Pitanja koja su se koristila kod strukturiranog intervjua su:

- Što je nužno promijeniti u sustavu socijalne skrbi kako bi vašem djetetu bilo bolje?
- Ima li Vaš dijete inkluziju?
- Ima li Vaše dijete pravo na terapijske usluge?
- Kako ste saznali informaciju o mogućnosti pružanja psihosocijalne podrške?
- Kakva su Vaša iskustva sa terapeutima?
- Da li ste dobili psihosocijalnu podršku, ako jeste, navedite mi molim Vas naziv ustanove?
- Ako dijete nije uključeno u terapijski rad u svom mjestu stanovanja, navedite gdje putujete na terapije?

5.2. Sufinanciranje terapijskih usluga i potreba za stručnom psihosocijalnom podrškom njegovatelja

Rezultati istraživanja putem strukturiranog intervjua upućuju na problematiku sufinanciranja terapijskih usluga i potrebu za stručnom psihosocijalnom podrškom njegovatelja. Ispitanici navode da djeca nakon sedme godine gube pravo na terapijske usluge u ustanovi i da taj nedostatak nadoknađuju odlaskom u privatne kabinete što ih jako financijski opterećuje.

Roditelji djece s poteškoćama u razvoju često dižu kredite da bi osigurali potrebne terapije. U skladu s navedenim smatraju da bi takve usluge trebale biti u potpunosti na trošak Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, pod uvjetom da se svakome omogući dostupnost istih.

Roditelji djece sa poteškoćama u razvoju su emotivno i psihički ranjivi, često slomljeni, pa im je potrebna podrška i razumijevanje stručnih osoba ali i ljudi iz okruženja, te vlasti na lokalnoj i regionanoj razini. Roditelji često za obolijevanja djece saznaju dok su djeca u nižoj dobi, pa ih spoznanja o odstupanju u razvoju emotivno boli. Još je teže kada su svjesni da moraju vremenski dugo čekati na uključivanje djeteta u terapijski rad sa fizioterapeutima, logopedima, defektolozima i drugim stručnjacima.

5.3. Nedostupnost terapija

Analizom odgovora roditelja utvrđeno je da prevladava nedostupnost svih terapija koje su nužne djeci sa posebnim potrebama. Roditelji koji imaju djecu s težim poteškoćama su prepušteni sami sebi.

Prava djece se iz godine u godinu smanjuju, a roditelji su sve nemoćniji da sami skrbe o djeci. Nemaju se kome obratiti, jer cijeli sustav djelatnika u sektoru socijalne skrbi navodi da brojne potrebne terapije nisu njihov djelokrug poslovanja.

5.4. Ocjena kvalitete terapijskih usluga

Slijedom rezultata ispitanici kvalitetu terapijskih usluga u javnim ustanovama/Centru za radnu terapiju i rehabilitaciju na području Istarske županije ocjenjuju kao dobru, odnosno zadovoljni su pružanjem usluga u istima, ali kao nedostatke izdvajaju:

- kratko trajanje terapija,
- dugo čekanje na terapije (više od godinu dana),
- te rijetkost razmjene povratnih informacija sa terapeutom.

Većina ispitanika koristi usluge u privatnim kabinetima te izjavljuju kako su jako zadovoljni kvalitetom usluga istih jer je osoblje stručno i poklanja djeci i roditeljima više vremena, daje više informacija, imaju dobru komunikaciju, i da se na terapije ne čeka dugo. Ukoliko se koriste privatne usluge, to je uglavnom zbog toga jer su preduga čekanja za terapijske usluge javnih ustanova, pa roditelji odlaze u druge udaljenije gradove.

U lokalnom okruženju obično nedostaje slijedećeg stručnog osoblja:

- logopeda,
- certificiranih Floortime terapeuta,
- kvalitetnih ABA terapeuta,
- fizioterapeuta,
- Vojta i Bobath stručnjaka,
- stručnjaka za asistivnu (potpomognutu) komunikaciju,
- asistenata te drugog potrebnog osoblja.

Zbog toga je cijeli sustav skrbi za djecu manjkav i djeca nemaju zajamčena osnovna prava. Roditelji smatraju da je za unaprijeđenje kvalitete usluga socijalne skrbi nužno:

- poticati inkluzivnu kulturu u društvu, posebno u vrtićima i školama,
- te da je nužno oformiti nekakav službeni portal na kojem će biti javno dostupne sve informacije o dostupnim terapijskim uslugama u mjestu stanovanja i šire.

Prema odgovorima roditelja, Hrvatska je kao potpisnica Konvencije Ujedinjenih naroda o pravima osoba s invaliditetom, dužna osigurati pristup uslugama asistivne tehnologije za sve osobe s invaliditetom (PECS, PODO, tablet komunikatori), te da bi djeca istu trebala dobiti na trošak Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO).

5.5. Problematika socijalne skrbi djece s teškoćama u razvoju i preporuke rješenja za istu na području Istarske županije

Problematika socijalne skrbi djece s teškoćama u razvoju na području Istarske županije nastala je analizom rezultata strukturiranog i polustrukturiranog intervjua, odnosno dodatnih pitanja koja su se postavljala ispitanicima, roditeljima djece s teškoćama u razvoju. Na temelju dodatnih pitanja spoznao se niz problema vezanih za potrebu izmjene sustava socijalne skrbi, s ciljem boljitka zdravlja djece, ali i podrške roditeljima.

Problemi uključuju nedostatak njegovatelja ili asistenta koji će djeci pomoći svakodnevno, da djeca sa težim teškoćama trebaju bolje uvjete u dnevnim boravcima, a ne da cijeli dan samo leže čekajući roditelje dok ne dođu po njih. Kao rješenje takve problematike roditelji predlažu potrebne terapije te izlaske na zrak.

Osim navedenog, roditelji problematikom smatraju nemogućnost terapijskih usluga u obliku vježbi za djecu nakon sedme godine, jer tada djeca izlaze iz takvog sustava, bez obzira na činjenicu da li bi im takva vrsta terapija pomogla. Nakon prestanka korištenja vježbi djeca gube neke vještine, pa je takva stvarnost bolna za svakog roditelja koji nema mogućnost plaćanja terapija.

Nadalje, vremensko trajanje vježbi je kratko, iako se terapeuti trude, pa je problem u tome što oni zbog prevelikog broja korisnika nisu u mogućnosti raditi sa djecom onoliko koliko je potrebno. Da nisu roditelji odlazili sa djecom u privatne

kabinete, ne bi bilo puno pomaka u napretku zdravlja djece. Prema odgovorima roditelja, problematiku predstavlja i nedostatak psihosocijalne podrške, koju najčešće roditelji daju jedni drugima međusobno.

Zbog nedostataka terapijskog rada u mjestu stanovanja, roditelji najčešće putuju u druge, udaljenije gradove poput Beograda i Zagreba. Nadalje, roditelji smatraju da je cijeli sustav loš i loše koncipiran, dijagnoze za djecu se priopćavaju na jako neprimjeren način, bez dodatnog informiranja i interpretiranja nalaza. Nitko od osoblja nije zainteresiran za davanje potrebne pažnje ili bilo kakve vrste psihosocijalne podrške.

Zbog nepravovremenog davanja informacija roditelji često saznaju prekasno za usluge koje su djeci potrebne, i koje su ustvari na raspolaganju, ali ih ne koriste. Ispitanici za nedostatke u sustavu socijalne skrbi (nedostatak stručnog kadra, nedostupnost usluga) krive državu. Roditelji za problematiku navode i nedostatak asistenta u nastavi, uslijed čega djeca ostaju izvan školskih prostorija, jer lokalna zajednica u suradnji sa školom ne može na vrijeme djetetu osigurati asistenta.

ZAKLJUČAK

Temeljem rezultata, roditelji kao teškoće u sustavu vide: izostanak pravovremene podrške i informiranja, neprofesionalnost i organizacijske teškoće. Roditelji su većinom zadovoljni primljenim uslugama i odnosima sa stručnjacima, ali daju primjedbe na nedostatak kvalitetnih logopedskih kabineta (poput Kabinet Blaži, u kojem su usluge kvalitetne i imaju ciljani pristup), na nedostatak aktivnosti za djecu s poteškoćama na kojima će biti prihvaćeni, sigurni, okruženi empatičnim osobljem, predugo čekanje na listama za primanje usluga što uglavnom rezultira samostalnim plaćanjem, a djeca bi sve usluge trebala imati preko HZZO-a, a ne da obitelj mora dizati kredit za kreditom za liječenje djeteta, nedostatak stručnog i empatičnog osoblja, te dr. terapijske usluge za djecu s poteškoćama u razvoju, za koje roditelji smatraju da bi trebale biti hitne na području Istarske županije su usluge logopeda, aba terapija, usluge psihološke pomoći, senzorna terapija, dječji psihijatar, usluge Centra za ranu intervenciju, korištenje bazena s terapeutima individualno, opremljeni kabineti za asistivnu tehnologiju, Tomatis (slušna terapija), terapijsko jahanje, Floortime terapeut, Bobath i Vojta fizioterapeut, asistivna komunikacija, Behringer logopedska terapija, usluge centra za autizam, Son Rise program, te druge usluge za koje smatraju da bi se trebale pružati na teret Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO).

U rezultatima istraživanja se očituju sljedeće najzastupljenije teškoće kod djece: autizam, pervazivni razvojni poremećaj, cerebralna paraliza, poremećaj senzorne integracije, govorno-jezične poteškoće, dječja govorna apraksija, Aspergerov sindrom, oštećenje vida, očnih živaca, odstupanje u motorici, epilepsija, hemipareza desne strane, epilepsija, psihoza, ADHD, bipolarni poremećaj, hipotonija, distonija, asimetrija kao posljedica krvarenja na mozgu I. i II. stupnja pri porodu, artikulacijski poremećaj, nekonzistentan fonološki poremećaj, Downov sindrom, Phelan McDermid sindrom, Cornelia de Lange sindrom, te druge poteškoće.

Rezultati istraživanja nam govore kako se roditelji prvenstveno žale na nedostupnost informacija, ističu kako do informacija najčešće dolaze iz neformalnih izvora (putem raznih grupa za podršku, interneta i preko drugih roditelja), predlažu kao rješenje da javne ustanove imenuju bar jednu osobu koja će roditelje informirati o dostupnim terapijskim uslugama i pravima, preporučuju da kontakt osobe koja će biti zadužena za informiranje bude javno objavljen na službenim stranicama.

Roditelji se također žale na nedostupnost terapijskih usluga, duge liste čekanja, te premali broj stručnjaka na broj djece. „Rascjepkan sustav“, nedostupnost terapijskih usluga i stručnog kadra dovodi do kršenje svima zajamčenih ustavnih prava na jednakost, pravednost i solidarnost stoga je nužno da se se od strane lokalne vlasti omogući stipendiranje suficitarnih stručnjaka u njihovoj općini/gradu, poticanje suradnje između ustanova i stručnjaka (umreženost), 100% financiranje asistenata za svu djecu s teškoćama u razvoju i usluge njege u kući za djecu sa težim teškoćama.

Za analizu podataka koristila se tematska analizu jer ona naglašava identifikaciju, analizu i tumačenje tema unutar kvalitativnih podataka. Prvi korak u obradi i analizi podataka bio je čitanje intervjua kako bi se što bolje sa njima upoznala te su iz njih prepoznate značajne izjave u obliku rečenica ili fraza. U ovom istraživanju je uzorak ispitanika malen, međutim, sudionici su poslali vrlo jasne poruke koje mogu svim zainteresiranim stranama biti „podloga“ za promjene. Rad u budućnosti može predstavljati instrument uvida svim relevantnim lokalnim sudionicima i drugim zainteresiranim skupinama u stanje i potrebe djece s poteškoćama u razvoju na području Istarske županije. Također, rad može utjecati na buduće pravce razvoja odgovarajućih usluga skrbi.

POPIS LITERATURE

E – knjige:

1. Needham, C., Hall, K., Allen, K., Burn, E., Mangan, C., Henwood, M., *Market Shaping and Personalisation in Social Care: A Realist Synthesis of the Literature*, University Birmingham, Health Services Management Centre, 2017., dostupno na:

<https://www.birmingham.ac.uk/documents/college-social-sciences/social-policy/hsmc/research/market-shaping-and-personalisation-social-care.pdf>

(1.05.2023.)

Publikacija:

1. Tomić – Latinac, M. (ur.) *Nevidljiva djeca – od prepoznavanja do inkluzije*, Ured UNICEF-a za Hrvatsku, Zagreb, 2014., dostupno na:

https://www.unicef.hr/wp-content/uploads/2015/09/Nevidljiva_djeca_publikacija.pdf (1.06.2023.)

Članci:

1. Bricout, J. C., Porterfield, S. L., Fisher, C. M., Howard, M. O., *Linking Models of Disability for Children with Developmental Disabilities*, November 2004., Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation 3(4):45-67, dostupno na:

https://www.researchgate.net/publication/233105295_Linking_Models_of_Disability_for_Children_with_Developmental_Disabilities (1.06.2023.)

2. Brindley, M., *Social Care Is Marketing: Celebrate It*, Social Media Today, 2014., dostupno na:
<https://www.socialmediatoday.com/content/social-care-marketing-celebrate-it>
(1.05.2023.)
3. Clancy, A., Vespestad, M.-K., *Service-dominant logic and primary care services*, International Journal of Quality and Service Sciences, Vol. 11, No. 1, 2019., (pp. 127-140)
4. Čevra, I., Vukušić, D., *Towards quality approach in social service provision in Croatia*, Europska komisija, 2010., dostupno na:
<https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=8160&langId=en> (25.04.2023.)
5. Drašković, N., Valjak, A., *The 4Cs of the Croatian public healthcare system: social marketing challenges at the dawn of EU accession*, World Review of Entrepreneurship, Management and Sust. Development, Vol. 8, No. 2, 2012., (221-235), dostupno na:
https://www.bib.irb.hr/858737/download/858737.WREMSD080208_DRASKOVIC.pdf (26.04.2023.)
6. Demarin, I. M., *Rana intervencija nekad i sad*, Logopedija, 9, 1, 2019, 23-27, dostupno na: www.hrack.srce.hr (25.04.2023.)
7. Ghenta, M., Sarbu, R., Mihai, M., *Managing Quality in Social Care Services*, Conference: 2014 International Conference on Production Research – Africa, Europe and Middle EastAt: Cluj Napoca, Romania, 2014., dostupno na:
https://www.researchgate.net/publication/269397228_MANAGING_QUALITY_IN_SOCIAL_CARE_SERVICES (20.04.2023.)
8. Gović, J., Buljevac, M., *Sustav socijalne skrbi iz perspektiva roditelja djece s teškoćama u razvoju*, Revija za socijalnu politiku, Vol. 29 No. 2, 2022., str. 213-227, dostupno na: www.hrcak.srce.hr (2.06.2023.)
9. Koller - Trbović, N., Žižak, A., Novak, T., *Kvalitativna analiza socijalnopedagoškom dijagnosticanju*, Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja Vol. 39, No. 2, 2003., dostupno na: www.hrcak.srce.hr (2.06.2023.)
10. Malley, J., Fernández, J. L., *Measuring quality in social care services: theory and practice*, PSSRU, London School of Economics and Political Science, 2010., (1 – 26)

11. Milić – Babić, M., Franc, I., Leutar, Z., *Iskustva s ranom intervencijom roditelja djece s teškoćama u razvoju*, Ljetopis socijalnog rada Vol. 20, No. 3, 2013., dostupno na: www.hrcak.srce.hr (18.04.2023.)
12. Milić – Babić, M., *Socijalna podrška i roditeljstvo*, Socijalne teme Vol. 1, No. 6, 2019., str. 16., dostupno na: www.hrcak.srce.hr (1.06.2023.)
13. Ozretić – Došen, Đ., Škare, V., Čerfalvi, V., Benceković, Ž., Komarac, T., *Assessment of the Quality of Public Hospital Health care Services by using SERV QUAL*, Acta Clin Croat 2020; 59:285-293.
14. Ong, N., Eapen, V., *Patient safety and quality care for children with intellectual disability: An action research study*, Journal of Intellectual Disabilities, 2022., dostupno na:
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/17446295221104619>
(26.04.2023.)
15. Reinvesting Social Care, *Models of Care, What is a “model of care”?*, 2021., dostupno na: <https://reinventionsocialcare.co.uk/models-of-care> (5.05.)
16. Sapiets, S. J., Vasiliki, T., Hastings, R. P., *Factors influencing access to early intervention for families of children with developmental disabilities: A narrative review*, Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 2021., May; 34(3): 695–711, dostupno na:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8246771/> (1.06.2023.)
17. Šimić, M., Morosin, L., *Unaprjeđenje kvalitete usluga rane intervencije kod djece s neurorizicima i razvojnim teškoćama u Istarskoj županiji*, Epoha zdravlja Vol. 9, No. 1, 2016., (13-16), dostupno na: www.hrcak.srce.hr
(26.04.2023.)
18. Weinreich, N. K., *What is Social Marketing?*, Weinreich Communications, 2006., dostupno na: <https://www.social-marketing.com/whatis.html>
(5.05.2023.)
19. World Bank Group, *Analitička podloga za Nacionalnu razvojnu strategiju Republike Hrvatske do 2030.: Regionalna dostupnost socijalnih usluga u Hrvatskoj*, 2019., dostupno na:
<https://thedocs.worldbank.org/en/doc/276741604615006394-0080022020/original/13Regionalnadostupnostsocijalnihusluga.pdf> (27.04.2023.)

Pravilnici:

1. Pravilnik o standardima kvalitete socijalnih usluga, NN 31/2023, dostupno na:
https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2023_03_31_563.html
(1.06.2023.)

Izvešća:

1. Benjak, T., *Izvešće o osobama s invaliditetom u Republici Hrvatskoj*, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, 2022., dostupno na:
https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2022/10/Izvjescje_o_osobama_s_invaliditetom_2022.pdf (18.04.2023.)

Priručnici:

1. Institute of Public Care, *Transforming The Market For Social Care, A model for market facilitation, One in a series of seven papers on market facilitation*, Oxford Brookes University, 2009., dostupno na:
https://ipc.brookes.ac.uk/files/publications/market_facilitation_paper2.pdf
(1.05.2023.)

Vodiči:

1. Europski potporni ured za azil, *EASO-ov praktični vodič: Osobni intervju; Serija praktičnih vodiča EASO-a*, 2014., dostupno na:
<https://euaa.europa.eu/sites/default/files/public/EASO-Practical-Guide-Personal-Interview-hr.pdf> (2.06.2023.)

Internetski izvori:

1. Birtley House, *Activities & Wellbeing*, 2023., dostupno na:
<https://birtleyhouse.co.uk/life-at-birtley/activities-day-club/> (5.05.2023.)
2. Birtley House, *Types of Nursing Care*, 2023., dostupno na:
<https://birtleyhouse.co.uk/nursing-care/types-of-nursing-care/> (5.05.2023.)

3. Eur – Lex, *Konvencija o pravima osoba s invaliditetom*, Službeni list Europske unije, 11/Sv. 66, 2010., dostupno na: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HR/TXT/PDF/?uri=CELEX:22010A0127\(01\)&from=EN](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HR/TXT/PDF/?uri=CELEX:22010A0127(01)&from=EN) (1.06.2023.)
4. Pravni fakultet sveučilišta u Zagrebu, *Socijalne usluge: određenje, sadržaj i načela pružanja*, Zagreb, 2018., dostupno na: https://www.pravo.unizg.hr/_download/repository/9._Predavanje_2018_19.pdf (1.06.2023.)

POPIS GRAFIKONA

Grafikon 1.: Godina rođenja ispitanika.....	34
Grafikon 2.: Spol ispitanika.....	34
Grafikon 3.: Broj djece u obitelji ispitanika.....	35
Grafikon 4.: Dob djeteta s poteškoćama u razvoju.....	36
Grafikon 5.: Spol djeteta s poteškoćama u razvoju.....	36
Grafikon 6.: Spoznaja da dijete ima poteškoće (dob djeteta).....	37
Grafikon 7.: Vremensko odstupanje u razvoju i u postavljanju dijagnoze od liječnika.....	38
Grafikon 8.: Od koga su primljene prve informacije da dijete ima poteškoće.....	38
Grafikon 9.: Vremensko čekanje od postavljanja dijagnoze da se dijete uključi u terapijski rad u javnoj ustanovi.....	39
Grafikon 10.: Ima li dijete u javnoj ustanovi sve potrebne terapije.....	39

Grafikon 11.: Učestalost uključenosti djeteta u terapijski rad.....	40
Grafikon 12.: Stručnjak koji je uključen u terapijski rad s djetetom.....	41
Grafikon 13.: Udaljenost ustanove/kabineta od mjesta stanovanja ispitanika.....	42
Grafikon 14.: Iznos mjesečnog troška za terapije.....	43
Grafikon 15.: Primanje subvencije ili novčane podrške od lokalne zajednice.....	43
Grafikon 16.: Upoznavanje prilikom postavljanja dijagnoze u javnoj ustanovi sa terapijama koje su dostupne u lokalnom okruženju.....	44
Grafikon 17.: Način dobivanja informacija o dostupnim terapijama u okruženju, ako nisu dobivene od strane javne ustanove u kojoj je postavljanja dijagnoza.....	45
Grafikon 18.: Treba li biti više pružatelja usluga za djecu s poteškoćama u razvoju na području Istarske županije.....	45
Grafikon 19.: Da li je roditeljima djece s poteškoćama u razvoju bio ponuđen nekakav oblik psihosocijalne podrške u javnoj ustanovi.....	46
Grafikon 20.: U kojoj javnoj ustanovi je roditeljima omogućena psihosocijalna podrška, ukoliko je ista bila ponuđena.....	47
Grafikon 21.: Nužnost psihosocijalne podrške u trenutku spoznanje da dijete ima poteškoće.....	47
Grafikon 22.: Što je važno za uspjeh rane intervencije.....	48

Grafikon 23.: Teškoće koje prate sustav rane intervencije za djecu s poteškoćama u razvoju i obitelji djeteta na području Istarske županije.....	49
Grafikon 24.: Ocjena kvalitete pruženih terapijskih usluga od strane ispitanika u javnoj ustanovi na području Istarske županije.....	50
Grafikon 25: Ocjena kvalitete pruženih terapijskih usluga u privatnim kabinetima na području Istarske županije.....	50
Grafikon 26.: Ocjena kvalitete pruženih terapijskih usluga u udrugama na području Istarske županije.....	51

POPIS TABLICA

Tablica 1: Razlozi ranog djelovanja kod djetetova razvoja.....	26
--	----

POPIS SLIKA

Slika 1.: Kontekstualni čimbenici oblikovanja i personalizacije tržišta skrbi.....

Slika 2.: Sistemski model invaliditeta za istraživanje i kliničku primjenu s djecom.....
14

Slika 3.: Birtley House.....
15

SAŽETAK

U radu je bilo riječi o istraživanju kvalitete usluga socijalne skrbi za djecu s teškoćama u razvoju na području Istarske županije, pri čemu je fokus bio na objašnjavanju obilježja usluga socijalne skrbi, te marketinškog miksa usluga socijalne skrbi. Nadalje, analizirala se kvaliteta usluga skrbi za djecu s teškoćama u razvoju na području Istarske županije, definiralo se poimanje kvalitete usluge socijalne skrbi, obilježja korisnika usluge socijalne skrbi, institucije za podršku u skrbi za djecu s teškoćama u razvoju na području Istarske županije, te usluge skrbi za djecu s teškoćama u razvoju i njihova kvaliteta. Putem istraživanja prikazivali su se stavovi i kvaliteta usluga socijalne skrbi za djecu u razvoju na području Istarske županije. Pri tome se objašnjavalo korištenje usluga socijalne skrbi, te kvaliteta i zadovoljstvo slijedom rezultata anketnog upitnika, polustrukturiranog i strukturiranog intervjua sa roditeljima djece s poteškoćama u razvoju, kroz prikaz analize sufinanciranja terapijskih usluga i potrebe za stručnom psihosocijalnom podrškom njegovatelja, kroz nedostupnost terapija, prikaz ocjene kvalitete terapijskih usluga, te kroz prikaz problematike socijalne skrbi djece s teškoćama u razvoju i preporuka kao rješenja za istu na području Istarske županije.

Ključne riječi: usluge socijalne skrbi, korisnici usluga socijalne skrbi, djeca sa teškoćama u razvoju, kvaliteta usluga socijalne skrbi na području Istarske županije, zadovoljstvo uslugama socijalne skrbi za djecu sa teškoćama u razvoju na području Istarske županije, nedostaci sustava socijalne skrbi u Istarskoj županiji

SUMMARY

The paper discussed the research into the quality of social care services for children with developmental disabilities in the Istrian County, where the focus was on explaining the characteristics of social care services and the marketing mix of social care services. Furthermore, the quality of care services for children with developmental disabilities in the area of Istria County was analyzed, the concept of the quality of social care services, characteristics of users of social care services,

institutions for support in the care of children with developmental disabilities in the area of Istria County, and services were defined. care for children with developmental disabilities and their quality. Through research, the attitudes and quality of social care services for children in development in the Istrian County were shown. In doing so, the use of social care services, as well as the quality and satisfaction of the results of the survey questionnaire, semi-structured and structured interviews with parents of children with developmental disabilities, were explained through the analysis of the co-financing of therapeutic services and the need for professional psychosocial support of caregivers, through the unavailability of therapies, the evaluation the quality of therapeutic services, and through the presentation of the issue of social care for children with developmental disabilities and recommendations as solutions for the same in the area of Istria County.

Keywords: social welfare services, users of social welfare services, children with developmental disabilities, quality of social welfare services in the Istrian County, satisfaction with social welfare services for children with developmental disabilities in the Istrian County, shortcomings of the social welfare system in the Istrian County