MEDIFAS & Skupnost socialnih zavodov Slovenije
MEORL Serijska št. 19

DOLGOTRAJNA OSKRBA
IZZIVI IN PRILOŽNOSTI

Oskrbovalni in bivalni vidiki

Uredništvo:
prof.dr. Lorenzo Brian Ros McDonnell,
doc.ddr. David Bogataj
mag. Marta Kavšek

Šempeter pri Gorici, Ljubljana, september 2015

DOLGOTRAJNA OSKRBA: IZZIVI IN PRILOŽNOSTI
Oskrbovalni in bivalni vidiki

Založila: MEDIFAS in Skupnost socialnih zavodov Slovenije
MEORL, serijska številka 19

Uredništvo: prof.dr. Lorenzo Brian Ros McDonnell, doc. ddr. David Bogataj
mag. Marta Kavšek

Recenzija: prof.dr. Marija Bogataj
izr. prof.dr. Robert Vodopivec
doc.ddr. David Bogataj
Lektoriranje: Milena Žičkar Petan

Ključne besede: staranje, dolgotrajna oskrba, bivališče, naselja za starostnike, oskrbovalne mreže, socialno varstvo, zdravje

Natisnil: FORMAT, Kranj, d.o.o., naklada 150 izvodov

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

364-783.2"405"(082)

DOLGOTRAJNA oskrba : izzivi in priložnosti : oskrbovalni in bivalni vidiki / uredništvo Lorenzo Brian Ros McDonnell, David Bogataj, Marta Kavšek. - Šempeter pri Gorici : MEDIFAS ; Ljubljana : Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2015. - (MEORL ; serijska št. 19)

ISBN 978-961-90781-1-2

1. Ros McDonnell, Lorenzo Brian / Bogataj, David / Kavšek, Marta
281122560

Predgovor

Srečanje vodij služb zdravstvene nege in oskrbe se odvija v času, ko smo priča hitrim in nepredvidljivim spremembam na različnih nivojih družbe, ki vplivajo tudi na področje skrbi za starejše. Svetovna gospodarska kriza, staranje populacije ter druge demografske spremembe, zmanjševanje sredstev za zdravstveno in socialno varnost, spremembe vrednot, spremembe v načinu življenja sodobne družine ter povečane potrebe ljudi po kakovosti in odzivnosti zahtevajo, da se čim prej spoprimemo s prilagajanjem obstoječih, oziroma vzpostavimo nove organizacijske oblike in načine zagotavljanja storitev dolgotrajne oskrbe ter mehanizme socialne varnosti.

Samo prepoznavanje potreb in sklepanje, da jih je potrebno zadovoljiti, že zdaleč ni dovolj, udejanjiti jih je potrebno v kompetentne odzive in konkretna dejanja. Trenutno v Sloveniji področje dolgotrajne oskrbe še ni enotno sistemsko urejeno, izvajamo jo v ločenih sistemih socialne varnosti in zdravstvenega varstva, ki jih ureja več področnih zakonskih in podzakonskih aktov.

Poseben izziv pred nas postavlja dejstvo, da bi kar 86 % Evropejcev, kot navaja raziskava Eurobarometra iz leta 2007, v primeru potrebe po dolgotrajni oskrbi želelo, da bi jim bila leta omogočena na njihovem domu. To Slovenijo postavlja pred velik izziv, saj se večina organizirane dolgotrajne oskrbe odvija v institucijah. Po drugi strani je to lahko tudi priložnost, saj imamo v slovenskih domovih za starejše strokovnjake različnih strok, ki bi ob ustrezni sistemski ureditvi področja storitve dolgotrajne oskrbe strokovno in kompetentno izvajali tudi izven institucij in se tako razvijali v centre s ponudbo raznovrstnih storitev.

Kdor neguje in skrbi za nekoga, vedno posega v življenje drugega človeka, zato je pomembno, da ob urejanju področja dolgotrajne oskrbe že naprej razvijamo širok in celosten pristop, ki bo varen, human, empatičen in etičen ter prijazen do uporabnikov.

Dvodnevno srečanje ponuja paleto novih znanj, izmenjavo izkušenj ter primere, kako k problematiki dolgotrajne oskrbe na nove inovativne načine pristopajo v tujini. Verjamem, da bomo v dveh dneh izobraževanja in druženja vsak zase našli nekaj, kar bomo koristno uporabili pri svojem vsakdanjem delu ter tako pripomogli h kvalitetnejši zdravstveni negi in oskrbi naših uporabnikov.

Hermina Smole

Predsednica
Aktiva vodij služb zdravstvene nege in oskrbe
priSkupnosti socialnh zavodov Slovenije

KAZALO

1 Marta Kavšek in David Bogataj: SMERNICE KAKOVOSTI DOLGOTRAJNE OSKRBE..... 1

2 Janja Drole: ANALIZA STANJA NA PODROČJU DOLGOTRAJNE OSKRBE IN PREDLOGI REŠITEV – POROČILO PROJEKTA AHA.SI – AKTIVNO IN ZDRAVO STARANJE V SLOVENIJI…… 28

3 ZAGOTAVLJANJE DOLGOTRAJNE OSKRBE IN NASELJA UPOKOJENCEV V ZDRUŽENIH DRŽAVAH AMERIKE……...32

3.1 Marija Bogataj: BIVALNI POGOJI ZA STAROSTNIKE Z VIDIKA DELA PROF. DEBRE DOBBS - NAUK ZA SLOVENIJO……...32

3.2 Debra Dobbs: WHAT METTERS MOST IN USA..……43

4 David Bogataj, Norina Szander in Diego Ros McDonnell: ŠPANSKI MODEL BIVALNEG PROSTORA IN ZAGOTAVLJANJE DOLGOTRAJNE OSKRBE……59

5 Zdenka Tičar: VLOGA MINISTRSTVA ZA ZDRAVJE PRI IZVAJANJU STROKOVNIH NADZOROV S SVETOVANJEM 81

6 Saša Kadivec: POMEN STROKOVNIH NADZOROV V SISTEMU VODENJA KAKOVOSTI 87

7 Zlata Rebolj: ZAKON O PACIENTOVIH PRAVICAH IN ZDRAVSTVENO SOCIALNA OSKRBA PACIENTA……92

8 Metka Lampe: LETNI POGOVORI S SODELAVCI – NAMEN, PREDNOSTI IN KORISTI 96

9 Irena Debeljak, Dominika Novak Mlakar, Ana-Lucija Škrjanec: IZVAJANJE PROGRAMA SVIT IN PODPORA POSAMEZNIKOM PRI SODELOVANJU – PRIMER DOBRE PRAKSE . 102

10 Damjana Drobne: Pismo uredniku 111

1. POGLAVJE

SMERNICE KAKOVOSTI DOLGOTRAJNE OSKRBE

mag. Marta KAVČEK[1] in **doc. ddr. David BOGATAJ**[2]

1.1 UVOD

V tem poglavju je predstavljena problematika načrtovanja sistema kakovosti storitev dolgotrajne oskrbe. Namen prispevka je pregled tega, kaj obstaja in kaj je potrebno narediti za organizacijo sistema kakovosti storitev z vidika uporabnikov, izvajalcev storitev in nadzornikov, da bodo potrebe uporabnikov zadovoljene, da bodo izvajalci storitev imeli primerne delavne pogoje in bo nadzornikom omogočen nadzor nad skladnostjo izvajanja storitev dolgotrajne oskrbe (DO) s standardi kakovosti. Sistem kakovosti mora predvidevati tudi spremembe sistema, saj se potrebe po kakovosti in naboru storitev od generacije do generacije spreminjajo.

Določanje in spremljanje kakovosti dolgotrajne oskrbe s staranjem prebivalstva postaja pereče vprašanje, na katerega še nismo našli ustreznih odgovorov in za katerega še nismo določili sistemske organizacije. Pričakovanja so povezana s kulturo naroda, zato moramo sami določiti, kakšno kakovost dolgotrajne oskrbe si želimo in kako jo bomo financirali.

Pregledali smo, kako kakovost dolgotrajne oskrbe spremljajo druge države članice Evropske unije in države članice OECD. Primerjali smo rezultate lastnih raziskav z rezultati drugih avtorjev ter vsebinami dokumentov Evropske unije in OECD. Rezultati naše raziskave kažejo, da si starostniki želijo predvsem, da bi se upoštevali naslednji dejavniki: dostojanstvo, zasebnost, strokovnost, individualnost, prijaznost oskrbovalcev, odzivnost na pritožbe, pravica do samooskrbe in možnost organizacije lastnega časa. Rezultati še kažejo, da uporabniki storitev DO želijo, da se oskrba izvaja v manjših skupinah, da se razširi ponudba storitev nege na domu in da se razvijejo skupnosti za upokojence s primernim naborom storitev v domačih krajih, kjer so upokojenci živeli v svoji aktivni dobi življenja. Koristniki DO želijo, da so jim storitve oskrbe in bivališča dostopne v domačih krajih in se jim ni potrebno seliti daleč od mesta, kjer so živeli.

Dolgotrajno oskrbo (DO) mednarodne institucije (OECD, Eurostat, WHO) v enotni definiciji opredeljujejo kot niz storitev, ki jih potrebujejo ljudje z zmanjšano stopnjo funkcionalne zmožnosti (fizične ali kognitivne) in ki so posledično v daljšem časovnem obdobju odvisni od pomoči pri izvajanju temeljnih in / ali podpornih dnevnih opravil. Temeljna dnevna opravila (ADL) oz. storitve osebne oskrbe se pogosto zagotavljajo v kombinaciji z osnovnimi zdravstvenimi storitvami, kot so zdravstvena nega, zdravstvena

[1] Dom starejših občanov Krško
[2] MEDIFAS

preventiva, rehabilitacija ter paliativna oskrba. Podporna dnevna opravila (IADL) oz. storitve podporne oskrbe so povezane predvsem s pomočjo v gospodinjstvu (UMAR, 2014).

Temeljno vprašanje je torej, kako zagotoviti in organizirati takšen sistem dolgotrajne oskrbe, da bo finančno vzdržen in učinkovit ter bo obenem zadovoljil potrebe po oskrbi starajočega prebivalstva, ki mu padajo funkcionalne zmožnosti. Storitve, ki jih je potrebno izvajati v okviru DO, se delijo na osnovne, socialne in storitve zdravstvene nege. Osnovne storitve vključujejo bivanje, organiziranje prehrane, tehnična oskrba in prevoz. Temeljne dnevne aktivnosti zdravstvene nege vključujejo kopanje, oblačenje, hranjenje, pomoč pri spreminjanju položaja v postelji in vstajanje iz nje, gibanje, uporabo stranišča in intervencije po naročilu zdravnika, kot je previjanje ran, protibolečinska terapija, delitev zdravil, spremljanje vitalnih funkcij in drugo. Podporna dnevna opravila (IADL) so predvsem priprava hrane, pranje perila, prevozi in čiščenje.

V Sloveniji dolgotrajna oskrba še ni sistemsko urejena, pač pa se zagotavlja v okviru različnih zakonodaj oz. preko ločenih sistemov socialne varnosti. Zakon, ki bo urejal to področje, je v pripravi že vrsto let, zadnji osnutek zakona pa bo v javni razpravi letos. Poleg tega, da je za področje nujna vsebinska ureditev (sprejetje zakona), pa igra pomembno vlogo tudi statistično oz. podatkovno spremljanje omenjenega področja. Kaže se namreč velika potreba po organiziranem, usklajenem in sistematičnem zbiranju tovrstnih podatkov, saj gre za področje, ki zahteva enovit pristop. Podatki so čedalje bolj pomembni tudi na mednarodni ravni, saj omogočajo primerjave različnih sistemov dolgotrajne oskrbe, med drugim pa predstavljajo tudi vhodni podatek za dolgoročne projekcije javnih izdatkov, povezanih s staranjem prebivalstva, ki so pomembni za oceno javnofinančne vzdržnosti države (UMAR, 2014).

1.2 KAKOVOST DOLGOTRAJNE OSKRBE

Po definiciji OECD kakovostna DO pomeni, da je oskrba učinkovita in varna, da je uporabnik v središču pozornosti pri oskrbi, da so skrbniki odzivni na njegove potrebe, da koordinirajo DO, zagotavljajo skladnost izvajanja aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe po standardih aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe. Pričakuje se, da bodo uporabniki DO imeli zagotovljen način oskrbe, ki je celostno urejen in usklajen znotraj sistema nastanitve oziroma domov starejših občanov. Strukturna kakovost, ki je odvisna od kapacitete institucije, izvajalke DO, se nanaša na število zaposlenih in na menedžment, negovalno okolje ter informacijske in komunikacijske tehnologije (IKT), ki jih institucija uporablja, in tehnologij pomoči, ki so ključnega pomena za kakovost DO.

Sistem kakovosti in varnosti mora tudi v dolgotrajni oskrbi temeljiti na kazalnikih, ki vključujejo strukturo, procese in izide. Tudi OECD razvršča različne kazalnike po tem sistemu. Merila za ocenjevanje kakovosti izvajanja dolgotrajne oskrbe postajajo vse bolj izpopolnjena in zanesljiva, vendar ni globalnih standardov za ocenjevanje kakovosti izvajanja DO. Nacionalni organi različno obravnavajo potrebo po ukrepih za izboljšanje kakovosti. Nekateri uporabljajo ukrepe podeljevanja akreditacij za kakovost v povezavi s sistemi spremljanja kakovost (Nemčija, Grčija, Francija, Ciper, Nizozemska, Slovaška). Drugi (Luksemburg) uporabljajo klinične smernice na podlagi medicine, ki temeljijo na znanstvenih

dokazih. Za preprečevanje regionalne neenakosti pri izvajanju dolgotrajne oskrbe, uporabljajo nekatere države (Češka, Nemčija, Estonija, Latvija, Litva, Švedska, Slovenija, Velika Britanija) enotne mehanizme zagotavljanja kakovosti (Dolgotrajna oskrba v Evropski uniji 2008, 7).

Smernice in merila kakovosti, ki jih postavlja Evropska unija (A voluntary European quality framework for social services = Prostovoljni evropski okvir kakovosti za socialne storitve), zagotavljajo spoštovanje načel dostojnega dela v sektorju, vključno z nediskriminacijo, socialnim varstvom, zdravstvenim varstvom in varnostjo, socialnim dialogom, dostojnimi plačami ter enakosti spolov in, še zlasti, enakega plačila za delo enake vrednosti, ugotavljanje potreb po znanju in opredelitev kariernih profilov, spodbujanje zaposlovanja in sprejemanja politik, ki omogočajo izbor kvalificiranih delavcev z zahtevanimi znanji, spretnostmi in kompetencami. Smernice izpostavljajo pomen vzpostavitve partnerstva med izobraževalnimi sistemi in ponudniki storitev za vključitev pripravništva v času študija in programov mentorstva izkušenih delavcev, vzpostavitev programov usposabljanja, programov za vseživljenjsko učenje, mentorstvo, ki so ga deležni delavci, certificiranje za delavce, kot tudi, kjer je to primerno, vzpostavitev mreže prostovoljcev in neformalnih oskrbovalcev. Smernice določajo potrebne poklice in spretnosti, poudarjajo pa tudi pomen dostopnosti in podpornih tehnologij, vključevanje uporabnikov in socialnih partnerjev v razvoj programov usposabljanja, spodbujanje socialnega dialoga na vseh ravneh, z namenom spodbujati delavce in sindikate, da aktivno sodelujejo pri razvoju, izvajanju in vrednotenju storitev, ki vključujejo tudi prostovoljce, kjer je to primerno (Social Protection Committee, str. 9).

Smernice okvirja kakovosti priporočajo, da se potencialnim in dejanskim uporabnikom socialnih storitev in, če je to primerno, njihovim družinam, zagotavljajo jasne, natančne in dostopne informacije, prilagojene posebnostim vsake ciljne skupine, zlasti glede vrste, razpoložljivosti, obsega in omejitve opravljenih storitev. Informacije naj bi vsebovale tudi neodvisna poročil vrednotenja in ocenjevanja kakovosti. Priporočajo zagotavljanje dostopa invalidnih oseb do sredstev obveščanja in komuniciranja, prilagojenega njihovim potrebam, izvajanje preglednega, dostopnega in uporabniku prijaznega svetovanja in vpeljavo pritožbenih postopkov za uporabnike, vzpostavitev zakonskih okvirov in nadzornih mehanizmov za preprečevanje fizične, psihične ali finančne zlorabe in zagotavljanje izvajanja skladno s pravili o zdravju in varnosti, zagotavljanje primernega števila delavcev in prostovoljcev, ki sodelujejo pri izvajanju storitev z ustrezno izobrazbo, preprečevanje diskriminacije, spodbujanje vključevanja uporabnikov v skupnost, zagotavljanje zaupnosti in varnosti podatkov o uporabnikih in storitvah, čeprav znotraj sistema, ki omogoča, da se podatki delijo, kadar je to primerno, med različnimi ponudniki storitev, v celoti v skladu z zakonodajo o varstvu podatkov.

1.3 DOBRO UPRAVLJANJE OSKRBOVALNIH MREŽ ZA STAROSTNIKE

Socialne storitve bi morale delovati na podlagi odprtosti in preglednosti, v spoštovanju evropske, nacionalne, regionalne in lokalne zakonodaje, načel učinkovitosti, uspešnosti in odgovornosti v zvezi z organizacijsko, socialno in finančno uspešnostjo izvajanja storitev. Zagotavljanje storitev mora temeljiti na usklajevanju ustreznih javnih organov, socialnih partnerjev in zainteresiranih strani v načrtovanju, programu financiranja (vključno z

naborom prednostnih nalog v okviru razpoložljivih proračunskih sredstev) in izvajanju storitev.

Vloge v sistemu morajo biti jasno opredeljene, kot tudi odgovornosti in medsebojni odnosi med akterji, ki sodelujejo pri načrtovanju, razvoju, financiranju, dobavi, podpori, spremljanju in vrednotenju storitev. Zagotoviti moramo redne postopke načrtovanja, pregledovanja in vzpostavljanja mehanizmov za sistematično stalno izboljševanje. Zbirati je potrebno redne povratne informacije o učinkovitosti in uspešnosti opravljanja storitev vseh udeležencev v sistemu, od uporabnikov, financerjev in drugih zainteresiranih strani, kot tudi potencialnih uporabnikov, ki bi se želeli vključiti v sistem. Vzpostavitev rednega neodvisnega pregledovanja postopkov, rezultatov in zadovoljstva uporabnikov ter objava rezultatov je nujna. Svetovanje mora biti uporabniku prijazno, izvajanje pregledno in dostopno in pritožbene poti jasne (SPC, str. 9).

Povpraševanje po dolgotrajni oskrbi raste in presega ponudbo. V zadnjih letih so v Sloveniji skušali zadostiti rastočemu povpraševanju z gradnjo novih domov za starejše in s povečanjem zmogljivosti v obstoječih domovih, v negovalnih oddelkih v bolnišnicah, kot tudi s podaljšanim bolnišničnim zdravljenjem. Vsi ti ukrepi še vedno ne izpolnjujejo potreb, ki se bodo povečale še bolj v naslednjih 15 do 20 letih s staranjem populacije (Rupel, Ogorevc, 2010).

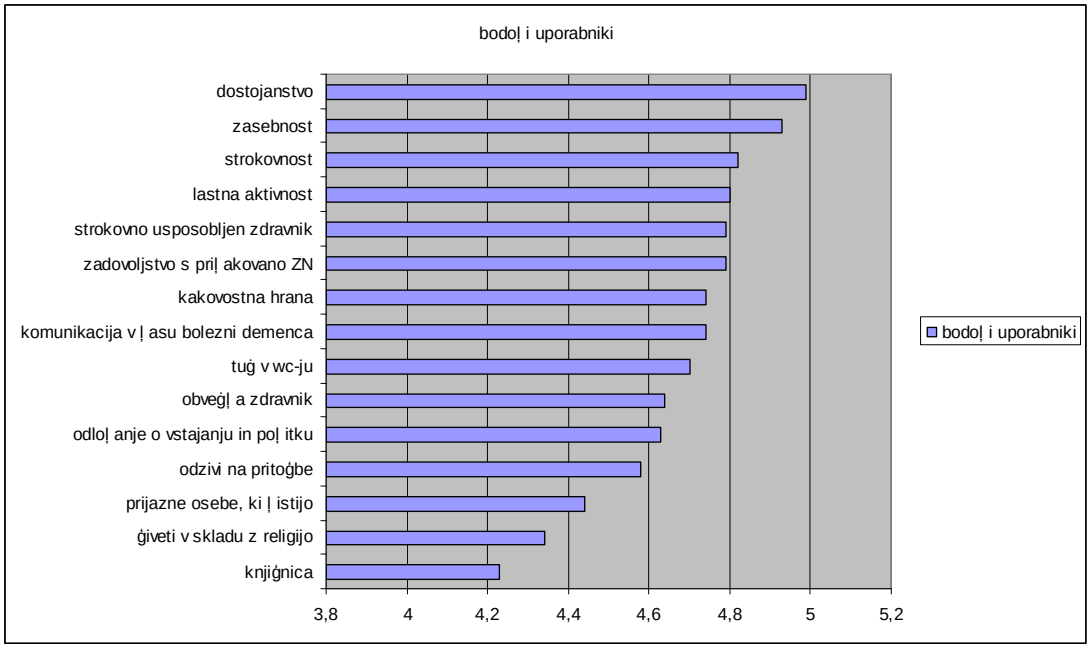
Kvalitativne raziskave kažejo, da je za nego starostnikov na domu, kakovost oskrbe sestavljena iz naslednjih strokovnih kompetenc:

1. zdravstvena nega je prilagojena potrebam posameznika,
2. na uporabnika prilagojena oskrba,
3. zanimanje za uporabnika,
4. neposredni stik,
5. sposobnost poslušanja,
6. izvajalci morajo obravnavati uporabnike dostojanstveno,
7. bližina,
8. prejemati informacije o zdravstveni negi,
9. empatija in sočutje in
10. spoštovanje njihovih vrednot in preferenc.

Obstaja veliko poudarkov o spoštovanju individualnih odločitev stanovalcev, vendar pa je njihova zmogljivost odločanja pogosto prezrta s strani izvajalcev dolgotrajne oskrbe (Beatriz – Rodriguez, 2013).

Iz raziskave, ki je bila izvedena v letu 2010 v treh slovenskih domovih, (Kavšek, 2012) sledi, da si starostniki želijo predvsem dostojanstva, zasebnosti, strokovnega osebja in omogočanje lastnih aktivnosti. Zdravnik naj bo strokoven in naj obvešča o zdravstvenem stanju. S pričakovano zdravstveno nego so zadovoljni. Želijo primerno komunikacijo v času bolezni in pravilno, spoštljivo obravnavo demence. Želijo si sobe s tušem, želijo, da bi se lahko odločali o času vstajanja in počitka. Pričakujejo odzive na pritožbe. Živeti želijo v skladu z religijo. Pomembno jim je, da bi imeli v domu knjižnico (glej sliko 1.1).

Slika 1.1: Priļakovanja bodoļih uporabnikov v dolgotrajni oskrbi (Kavģek, 2012).



V raziskavi so anketiranci izrazili željo, da jim je omogočeno skrbeti zase čim bolj samostojno čim dlje, kasneje s pomočjo prostovoljcev in izrazili željo po možnosti 24 - urnega klica na pomoč ter dnevnega varstva in nege na domu. Starejši si želijo bivanja v manjših domovih, v bližnji okolici domačega kraja. Želijo si strokovno usposobljenega kadra, ki je komunikativen in sposoben empatije. Pričakujejo ustanovo, ki bo povezana in vraščena z okoljem in bo nudila uporabnikom možnosti za kakovostno bivanje in vsestransko delovanje (Kavšek, 2012).

Zagotavljanje primernega bivališča je ena od pomembnih potreb starostnikov, ki jo prepuščamo skrbi oskrbovanca samega in temu vidiku posvečamo premalo pozornosti. V naslednjih desetletjih bo potrebno kar tretjino hiš in stanovanj transformirati v domove, ki bodo starostnikom bolj prijazni in bodo bolj ustrezali njihovim potrebam. Po Bogataju se bodo obnove stanovanj in selitve odvijale v dveh smereh v segregacijo starostnikov (naselja za upokojence), kar je pričakovati v njihovi visoki starosti, in v smer izgradnje univerzalnih stanovanj in spremljajočih objektov (Bogataj, 2013, str. 115).

1.4 KAZALNIKI KAKOVOSTI

Kazalniki, kot so lastnosti objektov, raven in usposabljanje osebja, varnost in primernost okolja in razvitost informacijske in komunikacijske tehnologije (IKT) in drugih podpornih tehnologij, so močno povezani z dobro kakovostjo oskrbe in lahko pomagajo zmanjšati neželene dogodke, kot so padci in druge nezgode ter omiliti posledice teh nezgod. Aktivnost varnost je bila opredeljena v številnih okvirih kakovosti, ki se uporabljajo za ocenitev dolgotrajne oskrbe na nacionalni ravni v okvirih DO politike v Avstraliji, Kanadi

(Ontario), v Angliji in drugih evropskih državah, kot je Finska, Nizozemska, v ZDA in drugje.

Kazalniki kakovosti izvajalcev DO, ki kažejo na probleme pri izvedbi in merijo delež neželenih dogodkov pri zagotavljanju oskrbe, so naslednji:

1. razširjenost razjed zaradi pritiska;
2. pojavnost padcev in z njimi povezanih zlomov;
3. pojavnost uporabe fizične prisile;
4. incidenca prebivalcev, ki uporabljajo več zdravil in napak pri zdravilih;
5. razširjenost nenačrtovane izgube teže;
6. pojavnost depresije (OECD, 2013).

V zadnjem času države preusmerjajo dolgotrajno oskrbo iz dolgotrajne oskrbe, ki se izvaja v institucionalnem okolju v oskrbo na domu, kjer dajejo prioriteto družinskim negovalcem. Lažje se zagotavlja socialni del oskrbe vendar je problematično izvajanje zdravstvene oskrbe na domu zaradi neizkušenosti in neustrezne izobrazbe družinskih negovalcev in njihove zaposlenosti, kar povzroča preobremenjenost družinskih negovalcev in slabo oskrbo.

Zaradi kompleksnosti dolgotrajne oskrbe se soočamo s problemi merjenja kakovosti. V zadnjem času se pojavljajo kritike, da se pri merjenju kakovosti posveča preveč pozornosti medicinskim oziroma kliničnim vidikom kakovosti, malo pozornosti pa se posveča kakovosti življenja ljudi, ki potrebujejo oskrbo. Pogosto je težko opredeliti, "kakovost življenja", zaradi subjektivne dimenzije te komponente kakovosti. Ta se nanaša na sposobnost prejemnikov DO, da dosegajo najvišji telesni, duševni, čustveni in socialni potencial. Problem merjenja kakovosti življenja je v tem, da skuša ujeti nematerialne dejavnike, ki vključujejo samostojnost, dostojanstvo, individualnost, udobje, dobro počutje in varnost, odnose in družbeno udejstvovanje. Tako med dejavnike kakovosti življenja štejemo kakovost oskrbe, odzivnost zaposlenih in koordinacijo oskrbe.

Sistem za merjenje kakovosti življenja je manj razvit od kliničnih vidikov učinkovitosti in varnosti oskrbe. Vidiki kakovosti dolgotrajne oskrbe so na splošno manj razviti kot sistem merjenja kakovosti v zdravstvu. V sistemu kazalnikov kakovosti oskrbe je pomembno, da so podatki, na katerih temeljijo kazalniki, veljavni, zanesljivi, primerljivi, nepristranski in ustrezni. Pri merjenju kakovosti življenja uporabnikov je razlikovanje med subjektivnimi mnenji in objektivno oceno pogosto težko določiti in okrog posebnih kazalnikov ni soglasja za uporabo. Zaradi tega se merjenje kakovosti na področju dolgotrajne oskrbe sooča s precejšnjimi težavami.

Kakovost akutne zdravstvene oskrbe lahko merimo s poudarkom na doseganju specifičnih zdravstvenih rezultatov in odpravljanju zdravniških napak. Medtem ko pri akutni zdravstveni oskrbi lahko merimo rezultate, pa smo pri merjenju kakovosti življenja uporabnikov DO odvisni od njihovih subjektivnih občutkov, pri čemer so težave uporabnikov degenerativne narave in vključujejo kombinacije različnih negovalnih, socialnih in stanovanjskih rešitev, pri čemer je težko določiti pričakovani rezultat ali določiti merila za izboljšanje rezultata.

Rezultati naše raziskave kažejo, da si starostniki želijo predvsem, da bi se upoštevali naslednji dejavniki: dostojanstvo, zasebnost, strokovnost, individualnost, prijaznost, odzivi na pritožbe, samooskrba in organizacija lastnega časa. Kljub znatnim obsegom akademske razprave o ustreznem merjenju kakovosti DO, ima v praksi le malo držav OECD v sistemu DO razvit informacijski sistem, ki vključuje zgoraj našteta vprašanja in meritve kakovosti življenja.

1.5 CERTIFICIRANJA, AKREDITACIJE IN STANDARDI KAKOVOSTI DOLGOTRAJNE OSKRBE

Glavni instrumenti za urejanje kakovosti DO v institucionalnih okoljih so licence, akreditacije in standardi izvajanja DO. Skoraj vse države OECD zahtevajo od institucij DO dovoljenje za opravljanje storitev DO. Akreditacija je proces ocenjevanja, ki ocenjuje kakovost oskrbe in storitev. Namen akreditacije je spodbujati kakovost in varnost skozi kombinacijo skladnosti in kakovosti, ki lahko dosežejo trajno izboljševanje kakovosti izvajanja storitev DO. Postopek akreditacije običajno vključuje samooceno ponudnikov DO, pregledovanje standardov, določenih s strani akreditacijskega organa, in spremljanje in skladnost izvajanja DO s takimi standardi.

Standardi kakovosti so notranji mehanizmi zagotavljanja kakovosti in merjenje kakovosti na organizacijski ravni. Znani sistemi menedžment kakovosti vključujejo EFQM, ISO 9001-2015, Qualicert, E-Qalin, AFNOR, Total Quality Management in Balanced Score Card. Total quality management in poslovno odličnost opisujeta Marolt in Gomišček, 2005.

Menedžment kakovosti v zdravstveni, socialni in dolgoročni oskrbi se pogosto podreja upravljanju E-Qalin. E-Qalin je sistem za celovito, inovativno in dinamično upravljanje kakovosti, ki je usmerjen v prakso na naslednjih področjih:

1. Stanovanjska oskrba starejših;
2. Zdravstvena nega in oskrba v skupnosti;
3. Storitve za ljudi s posebnimi potrebami;
4. Socialno delo.

Za E-Qalin je značilno v prakso usmerjeno učenje, ki vključuje vse hierarhične ravni organizacije in zato poziva k aktivni udeležbi osebja. Osebje je usposobljeno za organizirano izvajanje učnega procesa v smeri nenehnega izboljševanja.

Pri izvajanju socialnih in zdravstvenih storitev so ključni cilji naslednji:

1. Povečati kakovost oskrbe in pomoči za stanovalce / stranke;
2. Povečati zadovoljstvo zaposlenih;
3. Spodbujanje dostojnega staranja v družbi in socialne vključenosti za vse ljudi s potrebami po zdravstveni negi in oskrbi;
4. Olajšati oceno, merjenje in izboljšati uspešnost struktur, procesov in kakovosti rezultatov);
5. Upravljanje kakovosti z izvedbo usposabljanja za izboljšanje konkurenčnosti, osebne odgovornosti, učinkovitosti in kompetentnosti posameznikov;
6. Izboljšati strokovnost in privlačnost delodajalca;

7. Spodbujati pozitivno podobo za celotno področje zdravstva in socialnega varstva. (OECD, 2013)

Večina držav OECD ima sistem dolgotrajne oskrbe pretežno urejen zakonsko in/ali s podzakonskimi akti. Izvajanje dolgotrajne oskrbe se razlikuje med državami. Še posebno velike razlike je zaznati na ravni strokovne usposobljenosti in kvalifikacijah izvajalcev. Zakonodaja mora vključevati tudi podlage na področju kakovosti in varnosti, njihov razvoj in nadzor. Glavni cilj zakonske ureditve mora biti usmerjen v načine, ki bodo omogočali ugotavljati število služb/izvajalcev, ki so vključeni v proces dolgotrajne oskrbe. Zakonske ureditve morajo biti usmerjene predvsem k doseganju treh ciljev in to so (OECD, 2013: *Monitoring and Improving Quality in Long-term Care)*:

1. Vodenje izvajalcev dolgotrajne oskrbe, kako naj izboljšujejo kakovost in varnost na svojem področju dela;
2. Obveščanje uporabnikov storitev in njihovih družinskih članov, kaj lahko upravičeno pričakujejo od izvajalcev storitev dolgotrajne oskrbe;
3. Informiranje odgovornih o različnih vidikih izvajanja dolgotrajne oskrbe in pomoč pri odkrivanju ovir oz. vrzeli.

Na splošno je kakovost služb, ki izvajajo dolgotrajno oskrbo, razumljena kot vzajemen sporazum zagotavljanju ustreznih organizacijskih oblik oz. zagotavljanju storitev. Za vodenje in razvijanje kakovosti se navadno uporabljajo orodja in metode, ki omogočajo primerljivost na enakih področjih dela/služb. Uporabnik ima tako možnost spremljati kakovost njihovih storitev in na podlagi tega izbirati izvajalca in obliko storitev dolgotrajne oskrbe. Merjenje izidov dolgotrajne oskrbe, ki bo temeljilo na dokazih, predvsem zaradi številnih izvajalcev in različnih interesov, bo v prihodnosti vsekakor predmet kritičnih razprav in raziskovanj (Rodrigues in drugi, 2013).

Skladno z razvojem dolgotrajne oskrbe bi bilo potrebno zagotoviti zadostno število usposobljenih in kompetentnih delavcev, z ustreznimi delavnimi pogoji, v dostojnih in stabilnih delovnih okoljih. Vlaganje v človeški kapital bo pripomoglo k obvladljivi obremenitvi. Ustrezno podporno okolje bi bilo treba zagotoviti tudi za prostovoljce in neformalne oskrbovalce.

1.6 OBSTOJEĻE STANJE DO V SLOVENIJI

V Sloveniji se obstoječa dolgotrajna oskrba izvaja v družinah (na domu) in v institucijah. Institucionalna oskrba je lahko le dnevna ali stalna. Določa jo Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev[3]. Institucionalna oblika dolgotrajne oskrbe se izvaja v zavodih, drugih družinah ali kakšni drugi organizirani obliki, ki upravičencem nadomešča, dopolnjuje ali zagotavlja funkcijo doma ali lastne družine. Obsega osnovno oskrbo in socialno oskrbo v skladu s tem pravilnikom ter zdravstveno varstvo po predpisih s področja zdravstvenega varstva. Osnovna oskrba zajema bivanje, organiziranje prehrane, tehnično

[3] U. l. RS, št. 45/2010 z dne 4. 6. 2010

oskrbo in prevoz. Osnovno oskrbo izvajajo zaposleni na delovnih mestih: vratar – receptor, čistilka, strežnica, perica, šivilja, servirka, pomočnik (dietnega) kuharja, kuhar/dietni/kuhar, ekonom, vzdrževalec, vzdrževalec – tehnik, voznik oseb s posebnimi potrebami, voznik.

Bivanje se organizira v opremljenih in vzdrževanih sobah, z ustrezno uravnavano temperaturo. Sobe so eno- ali dvoposteljne za odrasle osebe in starejše od 65 let. Vključuje zagotavljanje sanitarnih prostorov, prostorov za osebno higieno, skupnih prostorov ter prostorov za izvajanje programov. Bivanje zajema tudi čiščenje bivalnih prostorov in pranje, čiščenje ter vzdrževanje oblačil ter osebnega in skupnega perila. Organiziranje prehrane zajema nabavo, pripravo in ustrezno postrežbo (tudi razrezane, sesekljane in pasiranje) celodnevne, starosti in zdravstvenemu stanju primerne hrane in napitkov. Tehnična oskrba je organizirana dejavnost za zagotavljanje tehničnih pogojev za optimalno izvajanje institucionalnega varstva ter vključuje naloge vzdrževanja opreme, prostorov, objekta in okolice. Prevozi vključujejo organizacijo in izvedbo prevozov v zvezi z uveljavljanjem zakonskih pravic in obveznosti v nujnih primerih za vse upravičence.

Opredelitev socialne oskrbe v individualnem paketu določa:

– nego in pomoč pri vseh življenjskih opravilih, ki obsega osebno nego, kopanje in pomoč pri umivanju, pomoč pri oblačenju in slačenju, pomoč pri hranjenju in pitju, pomoč pri uporabi ortopedskih pripomočkov in podobno, spremstvo, ki obsega pomoč pri gibanju/premikanju v prostoru, pri orientaciji in spremljanju pri osebnih opravkih, nakupih, v prostem času, na prireditve in podobno,

– pomoč pri vzpostavljanju in ohranjanju socialnih stikov, ki obsega vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, s prostovoljci in s sorodstvom, informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca, pomoč pri komunikaciji,

– organiziranje prevozov in drugih storitev, ki so izražene s strani upravičenca v individualnem načrtu.

Individualni paket storitev vsebuje tudi opredelitev obsega zdravstvenega varstva in zdravstvene nege, ki se izvaja na podlagi predpisov s področja zdravstvenega varstva v sodelovanju z izvajalci zdravstvenega varstva v javni mreži. Socialno oskrbo izvajajo zaposleni na delovnih mestih: oskrbovalka, gospodinja oskrbovalka, varuhinja, delovni inštruktor, animator, skupinski habilitator, individualni habilitator, socialni delavec, psiholog.

1.6.1 Kategorije oskrbe in zdravstvene nege

Upravičenci so osebe, starejše od 65 let, opredeljene na naslednji način:

1. Osebe, ki zaradi starosti ali drugih razlogov, ki spremljajo starost, niso sposobne za popolnoma samostojno življenje in potrebujejo manjši obseg neposredne osebne pomoči in so razvrščene v oskrbo 1.
2. Osebe z zmernimi starostnimi in zdravstvenimi težavami, ki potrebujejo večji obseg neposredne osebne pomoči in so razvrščene v oskrbo 2.
3. Osebe z najzahtevnejšimi starostnimi in zdravstvenimi težavami, ki v celoti potrebujejo neposredno osebno pomoč za opravljanje vseh osnovnih življenjskih potreb in so razvrščeni v oskrbo 3A. Najtežje prizadete osebe so v institucionalnem varstvu razvrščene v oskrbo 3B.
4. Osebe z zahtevnejšimi dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, ki zaradi starostne demence ali sorodnih stanj potrebujejo delno ali popolno osebno pomoč in nadzor so razvrščene v oskrbo 4.

Stanovalce domov za starejše razvrščamo v kategorije zahtevnosti zdravstvene nege glede na potrebne aktivnosti. Zdravstvena nega je kategorizirana v tri kategorije zahtevnosti glede na sposobnost samooskrbe oskrbovanca pri zagotavljanju življenjskih aktivnosti in dnevno porabo časa zdravstveno negovalnega tima.

Zdravstvena nega I: Storitve se praviloma nanašajo na oskrbovance, ki so ves čas delno odvisni pri izvajanju življenjskih aktivnosti in sta potrebni najmanj 2 različni aktivnosti zdravstvene nege za zagotavljanje življenjskih aktivnosti, ki skupno dnevno zahtevata **nad 15 minut** časa zdravstveno negovalnega tima na oskrbovanca.

Zdravstvena nega II: Storitve se praviloma nanašajo na delno pokretne, delno inkontinentne osebe, oskrbovance s srednjo stopnjo demence in nepsihotičnimi duševnimi motnjami, nestabilne somatske kronične oskrbovance, oskrbovance po amputacijah okončin. Lahko pa gre za eno samo storitev iz nege II, ki se dnevno ponavlja trikrat in več ter skupno dnevno zahteva nad 30 minut časa negovalnega tima.

Zdravstvena nega III: Storitve se praviloma nanašajo na nepokretne bolnike, ki so odvisni od pomoči zdravstvenih delavcev zaradi fizične ali psihične prizadetosti oziroma obeh - zelo zmedeni, nemirni in delirantni bolniki; vse potrebe jim zagotavljajo zdravstveni delavci, vključno tudi potrebo po varovanju; potrebujejo pomoč, nadzor in zdravstveno nego v vseh treh izmenah; to skupino opredeljuje predvsem povečan obseg dela zaradi dodatnih zdravnikovih naročil po meritvah, posegih, nadzoru, opazovanju ter dajanju zdravil v vseh oblikah na določene ure.

Kategorije zdravstvene nege opredeljujejo čas, ki se porabi za zdravstveno negovalne intervencije pri stanovalcih, ki jim upadajo fizične sposobnosti, in pri stanovalcih, ki jim upadajo kognitivne sposobnosti. V normative dela za storitev "dan zdravstvene nege" spadajo poleg diplomirane medicinske sestre, ki ima licenco in se preko te zagotavlja kakovost, še tehnik zdravstvene nege, bolničar, zdravnik, diplomirani fizioterapevt in diplomirani delavni terapevt. Pri tem je definirano, da je medicinska sestra oseba, ki je zaključila najmanj dvanajstletno splošno ali strokovno izobraževanje in končala visoko strokovno izobraževanje s področja zdravstvene nege in ji je na podlagi pridobljene diplome podeljena licenca za samostojno opravljanje dela v zdravstveni dejavnosti. V okviru svojih kompetenc je usposobljena za zadovoljevanje potreb po zdravstveni negi in oskrbi, za zdravstveno vzgojo in izobraževanje, za organizacijo dela in razvojno raziskovalno dejavnost. Tehnik zdravstvene nege je oseba, ki je zaključila srednješolski strokovni program zdravstvene nege in je usposobljena za vrsto strokovnih del v okviru zdravstvene nege zdravih in bolnih ljudi v vseh življenjskih obdobjih in okoljih. Je član negovalnega tima in je po navodilih medicinske sestre izvajalec postopkov in posegov v procesu zdravstvene nege, nima pa licence. (Poklicne aktivnosti in kompetence, 2008, in Standardi v zdravstveni negi, 2008).

Trenutno normative dela določa Splošni dogovor za pogodbeno leto 2014, objavljen v Občasniku ZZZS, AKTI & NAVODILA št. 1/2. del z dne 4. 4. 2014. V prilogi SVZ II/e-3. Merila za razvrščanje oskrbovancev po zahtevnosti zdravstvene nege so določena v normativu dela za storitev "dan zdravstvene nege" v domovih za starejše in posebnih socialnovarstvenih zavodih (tip A, B in C).

1.6.2 Individualni naļrt

Nov predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo predvideva kot instrument planiranja in spremljanja funkcionalnih zmožnosti in ukrepov za optimalno oskrbo starostnika tudi osebni načrt. Ta nastane v postopku sprejemanja v zavod. Danes se ta izvaja po Pravilniku o postopkih pri uveljavljanju pravice do institucionalnega varstva[4] in Pravilniku o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev[5], ki pomanjkljivo določata merila za določanje funkcionalnih zmožnosti uporabnikov DO in zato je primerjava kakovosti izvedbe DO onemogočena.

Ko je v zavodu na razpolago ustrezno mesto, komisija predlaga sprejem uporabnika iz seznama čakajočih za sprejem in pri tem upošteva:
- vrstni red po prispetju prošenj oziroma dolžino čakalne dobe,
- zdravstveno stanje uporabnika, ki pogojuje vrsto potrebne storitve oziroma oskrbe,
- bližino stalnega bivališča uporabnika in njegovih svojcev,
- socialne razloge, ki lahko pomembno vplivajo na nujnost čimprejšnjega sprejema.

Z uporabnikom, ki bo sprejet v zavod, podpiše zavod dogovor, s katerim se uredijo vsa bistvena vprašanja izvajanja storitve, zlasti pa vrsta oskrbe, ki vključuje obseg ali paket storitev, ki jih uporabnik potrebuje, začetek izvajanja storitve, cena storitve, osebe, ki bodo storitev plačevale, in pogoji za spremembe in prenehanje veljavnosti dogovora. Taki dokumenti bi potrebovali za podlago ustrezno merljivo kategorizacijo stanj oskrbovancev.

Ustrezne ocenjevalne lestvice in mere danes nimamo predpisane. Potrebno je kvantitativno merjenje stanj in sprememb stanj. Zato je sistematično spremljanje uporabnikov DO in primerjava uspešnosti zavodov onemogočena.
Nemogoče pa je tudi statistično spremljanje, ki bi dalo podlago za nadaljnje optimalno planiranje kapacitet (človeški viri in grajeno okolje) in razporejanje resursov ter financiranje (določanje prispevnih stopenj za zavarovanje).

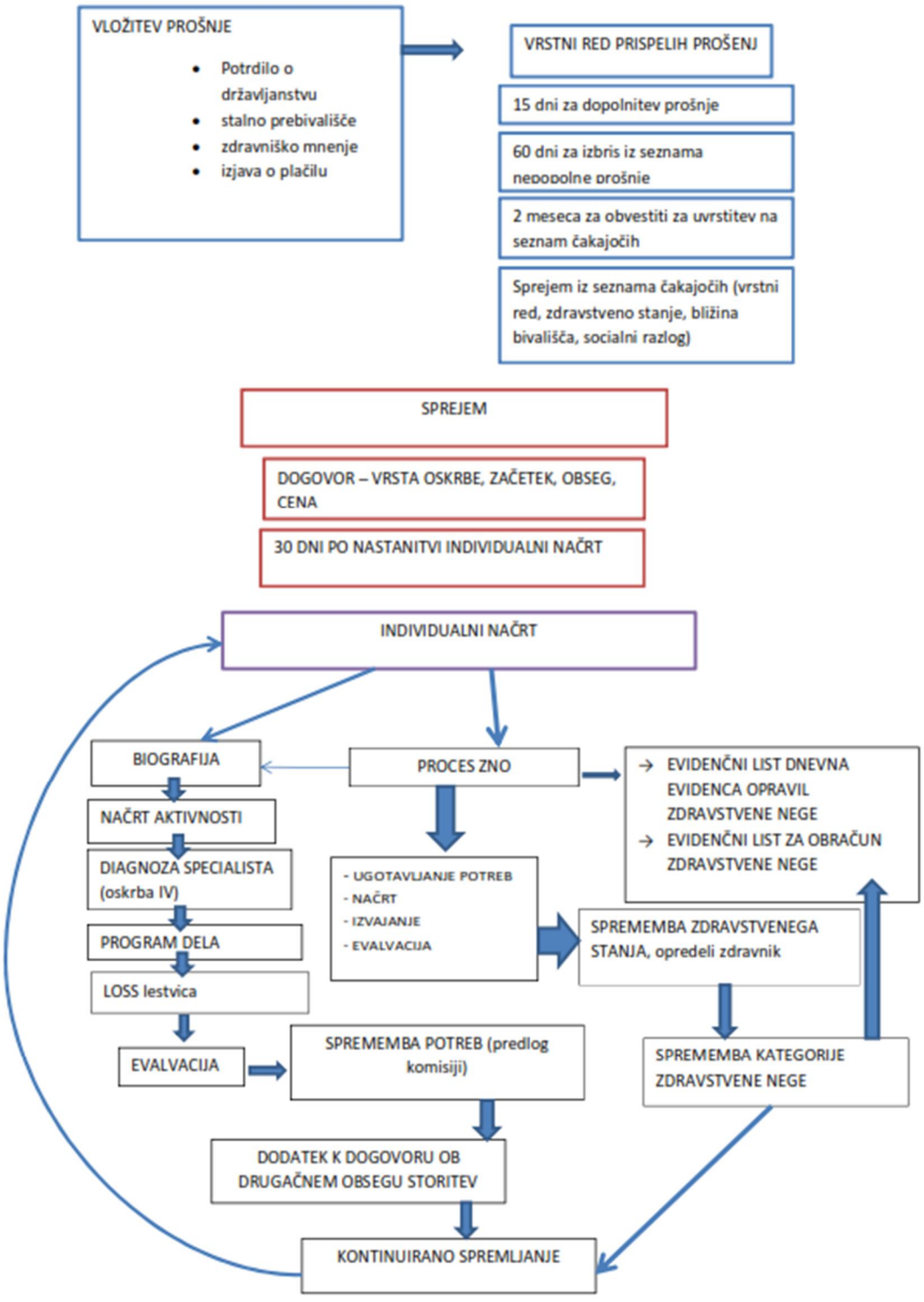
Potrebno je sprejeti ustrezne merske lestvice, kot je na primer LOSS lestvica, ki se je pilotsko že testirala tudi v Sloveniji.

Natančno je potrebno določiti meje kategorij, kot je to na primer določeno v Izvedbenem dokumentu o načinu plačevanja oskrbnih stroškov v Domu starejših občanov Črnomelj , ter sprejeti podzakonski akt, ki bi omogočal enoznačno uporabo meril in metod za kategorizacijo po nivojih funkcionalnih zmožnosti. V skladu s stroko zdravstvene nege se v domovih izvajajo aktivnosti zdravstvene nege po procesni metodi dela. Predlagamo, da se v pravilniku določi, da ob sprejemu starostnika v sistem DO uporabniku in svojcem v okviru negovalne anamneze izdela ocena po LOSS lestvici. Iz ugotovljenih potreb naredimo osebni načrt ZN in plan izvajanja. Načrt bi bilo potrebno izdelati v vseh okoljih, kjer se DO izvaja.

---

[4] Pravilnik o postopkih pri uveljavljanju pravice do institucionalnega varstva (Uradni list RS, št. 38/04, 23/06, 42/07 in 4/14)
[5]Pravilniku o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (Ur. l. RS 45/2010)

Slika: 1.2. Vključ evanje starostnikov v sistem dolgotrajne oskrbe (predlog)



1.7 LESTVICA OCENE SPOSOBNOSTI SAMOOSKRBE (V NADALJEVANJU: LESTVICA LOSS)

Lestvico LOSS so leta 1994 razvili na Nizozemskem kot instrument za oceno potreb in načrtovanje oskrbe za uporabnike domov za starejše in se uporablja po vsem svetu v različnih (zdravstvenih) okoljih (oskrba v skupnosti, oskrba na domu, institucionalna oskrba). Lestvica je bila prevedena v slovenski jezik, Kavšek (2006) jo je testirala v treh domovih za starejše. Pod okriljem Skupnosti socialnih zavodov Slovenije je bilo v letu 2012 opravljeno testiranje orodja v vseh domovih za starejše, v letu 2014 pa še testiranje na območju Celja, in sicer v domovih za starejše, v oskrbovanih stanovanjih, v dnevnih centrih, v okviru pomoči na domu in patronažnega varstva. Lestvico uporabljajo tudi redki izvajalci socialne oskrbe na domu (npr. Dom Danice Vogrinec Maribor za občini Duplek in Miklavž na Dravskem polju). Nekateri zdravstveni domovi (npr. Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor) v okviru patronažnega varstva uporabljajo lestvico življenjskih opravil po Virgini Henderson, ki je v bistvu predhodnica lestvice LOSS (IRSSV, 2014).

Točkovanje po LOSS sestavlja 15 kazalnikov. Pri ocenjevanju kazalnike vrednotimo na lestvici od 1 (samostojen) do 5 (odvisen), v Sloveniji v obratnem vrstnem redu kot ostalih državah, kar je smiselno ponovno proučiti. Pri oceni potreb uporabnik lahko torej prejme med 15 (popolnoma samostojen od oskrbe) do 75 (odvisen) točk. Točkovanje v slovenski različici CDS (LOSS lestvici) pa je naslednje:

61-75 točk: oseba je pri izvajanju temeljnih življenjskih opravil in dnevnih opravil popolnoma odvisna od pomoči druge osebe;

46–60 točk: oseba je pri izvajanju temeljnih življenjskih opravil in dnevnih opravil večji del odvisna od pomoči druge osebe;

31–45 točk: oseba je pri izvajanju temeljnih življenjskih opravil in dnevnih opravil ves čas delno odvisna od pomoči druge osebe;

16–30 točk: oseba je pri izvajanju temeljnih življenjskih opravil in dnevnih opravil občasno odvisna od pomoči druge osebe;

15 točk: oseba je v večini samostojna pri izvajanju vseh temeljnih življenjskih opravil in dnevnih opravil in ne potrebuje pomoči druge osebe.

Način izpolnjevanja vprašalnika temelji na opazovanju uporabnika, natančnost ocene pa je odvisna od stopnje poznavanja njegovih potreb in funkcionalnih zmožnosti. Spremljanje sposobnosti samooskrbe oziroma potreb uporabnika se izvaja kontinuirano. Ob ugotovljeni potrebi po večjem ali manjšem obsegu pomoči se z uporabnikom sklene dodatek k dogovoru oziroma ponudi izvajanje dodatnih storitev. Sposobnost samooskrbe lahko grafično predstavimo s krivuljo funkcionalnih zmožnosti, ki je podana na sliki 1.3. Te krivulje se pri posameznikih sicer rahlo obnašajo različno, vrh dosežejo po sedemnajstem letu, vendar pri mnogih precej pozneje, med dvajsetim in tridesetim letom, pa tudi ekstrem je zelo različno visoko.

Slika 1.3. Gibanje nivoja funkcionalnih zmoǵnosti oseb od rojstva do pozne starosti

Slika 1.3 ponazarja, da se funkcionalne kapacitete tako fizična aktivnost kot kognitivne sposobnosti večajo v otroštvu, vrh doseže v zgodnji odrasli dobi in sčasoma upade. Numerične vrednosti tej krivulji v poznih letih lahko podajamo z različnimi lestvicami. Ena od teh je tudi lestvica ocene sposobnosti samooskrbe (LOSS). Samostojnost posameznika pa ni odvisna samo od njegovih fizičnih in kognitivnih zmožnosti, ampak tudi od okolja. Stopnja upadanja je v veliki meri odvisna in povezana z načinom življenja, kot tudi zunanjimi socialnimi, okoljskimi in gospodarskimi dejavniki. Od posameznika in družbenega angažiranja je odvisno, kakšna je dinamika upadanja funkcionalnih zmožnosti in ali je lahko pojav reverzibilen pri vsaki starosti, ali lahko prag odvisnosti premaknemo daleč v prihodnost. Ker je aktivno staranje vseživljenjski proces, pa je starosti prijazno mesto prijazno ne samo starostnikom, ampak tudi ostalim generacijam. Tako na primer stavbe in ulice brez ovir spodbujajo mobilnost in neodvisnost invalidov, mladih, kot tudi starih. Družine doživljajo manj stresa, če imajo njihovi starejši člani podporo skupnosti, primerno bivalno okolje, tako da se grajeni objekti v okolju prilagajajo njihovim potrebam po mobilnosti, in so jim zagotovljene zdravstvene storitve, ki jih potrebujejo.

S starostjo pa upadajo tudi kognitivne sposobnosti. Najbolj se kaže povečanje števila starostnikov z demenco. Vsak človek z demenco mora imeti naslednje pravice:

1. do pravočasne diagnoze,
2. do kakovostne obravnave po postavljeni diagnozi,
3. do individualne, koordinirane in kakovostne obravnave ves čas bolezni,
4. do enakopravnega dostopa do zdravljenja in terapevtskih ukrepov,
5. do spoštovanja v skupnosti (Glasgowska deklaracija)[6].

[6] http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Glasgow-Declaration-2014

1.8 UPORABA LOSS LESTVICE ZA STARE IN NOVE OBLIKE OSKRBE STAROSTNIKOV PRI ĝIRĝIH MOÇNOSTIH IZBIRE GRAJENEGA BIVALNEGA OKOLJA ZA STAROSTNIKE

Kot je razvidno tudi iz slike 1.3, je sposobnost samooskrbe odvisna od starosti, dinamike upadanja funkcionalnih zmožnosti in ovir v grajenem bivalnem okolju, ki je starostniku na voljo, je vanj vpet in v njem prebiva. O samem grajenem bivalnem okolju govorita tudi poglavji 3 in 4, tukaj pa bomo prikazali, kako je mogoče LOSS lestvico povezati tudi s prilagodljivostjo grajenega okolja. Sposobnost samooskrbe je v različnih zgradbah različna, za vsak tip stanovanj in nanje vezanih oskrbovalnih mrež pa je mogoče ugotoviti, katere lastnosti po LOSS lestvici so potrebne, da v posameznem tipu stanovanja starostnik še lahko biva samostojno in do kolikšne mere samostojno lahko tam biva. Ocenjevanje po LOSS lestvici poteka po več komponentah. Te so:

1. Sposobnost stanovalca zadovoljevanja njegovih potreb po uživanju hrane in pitju;
2. Sposobnost stanovalca, da samostojno izloča urin in blato;
3. Sposobnost stanovalca, da zavzema ali prilagodi položaj telesa dejanskim potrebam;
4. Sposobnost stanovalca, da se giblje brez pomoči;
5. Sposobnost stanovalca, da zadovolji potrebe po spanju in počitku v normalnem dnevno-nočnem ritmu;
6. Sposobnost stanovalca, da se samostojno obleče in sleče;
7. Sposobnost stanovalca, da vzdržuje telesno temperaturo in se zaščiti pred zunanjimi vplivi v normalnih okvirih s pomočjo izbire ustreznih oblačil in uravnavanja temperature okolja;
8. Sposobnost stanovalca samostojnega ohranjanja telesne čistoče in urejenosti;
9. Sposobnost stanovalca, da se samostojno izogiba nevarnostim v okolju;
10. Sposobnost stanovalca komunicirati z drugimi z izražanjem čustev, potreb in občutkov;
11. Sposobnost stanovalca vzpostaviti, vzdrževati in zaključiti stik z drugo osebo;
12. Sposobnost stanovalca, da upošteva pravila in zakonitosti;
13. Sposobnost stanovalca, da si samostojno načrtuje dnevne aktivnosti v domačem okolju oziroma znotraj oddelka / ustanove
14. Sposobnost stanovalca, da samostojno sodeluje v aktivnostih v domačem okolju, zunaj oddelka /ustanove.
15. Sposobnost stanovalca pridobivati nova znanja in spretnosti in jih tudi obdržati.

Primer:

Vzemimo za primer organizacijo neke stanovanjske skupnosti starostnikov, za katero je značilno, da iz izbranega centra skrbijo za pomoč starostnikom kvečjemu določen časovni interval v dnevu (15 minut ali podobno) kvečjemu enkrat dnevno. Predpostavljamo, da sta oskrbovalni sistem in logistika v njem natančno določena. Označene aktivnosti so aktivnosti, ki jih po našem mnenju še zmorejo starostniki, ki živijo v taki skupnosti in imajo v njej stalno

ali začasno bivališče z vsemi pravicami, ki jih ustava zagotavlja lastnikom ali najemnikom stanovanj in je grajeno okolje primerno prilagojeno njihovim funkcionalnim zmožnostim. Z znakom X smo označili, kaj mora izpolnjevati posameznik, da lahko živi v takem naselju ob vnaprej določenem nivoju oskrbe.

1		**Sposobnost starostnika zadovoljevanja njegovih potreb po uživanju hrane in pitju.**
5		Stanovalec se ni sposoben samostojno hraniti in piti.
4		Stanovalec si ni sposoben pripraviti hrane in pijače brez pomoči; lahko pa sam je in pije.
3		Stanovalec si je sposoben pripraviti hrano in pijačo. Je in pije samostojno, vendar pri tem potrebuje spodbujanje. Ne zna kritično oceniti količine hrane.
2	X	Stanovalec je in pije samostojno, vendar potrebuje še občasno spodbujanje.
1	X	Stanovalec je popolnoma samostojen pri prehranjevanju in pitju.

Tabela pove, da starostnik je in pije samostojno prilagojeno hrano glede na konsistenco hrane (rezano, tekoče, pasirano, celo), vzorec prehranjevanja in dieto. Spremlja se telesna teža starostnika in ustna higiena. Hrana pomeni druţaben dogodek, v izbiri se upoštevajo individualne ţelje. Obrok hrane naj pomeni prijetno vznemirjanje in pričakovanje, ker vonjave povzročijo pozitivna čustva. Tremor ali sunkoviti gibi rok otežijo uţivanje hrane, pomanjkanje apetita in motnje poţiranja so stanja, kjer je potreben nadzor in pomoč. Pomembno je pitje tekočine.

2		**Sposobnost stanovalca, da samostojno izloča urin in blato**
5		Stanovalec ni sposoben samostojno in kontrolirano izločati urin in blato.
4		Stanovalec je nesposoben kontrolirano izločati urin in blato brez dodatne pomoči.
3		Stanovalec je sposoben kontrolirano izločati urin in blato v določenih časovnih intervalih.
2		Stanovalec je sposoben kontrolirano odvajati urin in blato, vendar se težko orientira o mestu - v kraju odvajanja.
1	X	Stanovalec je popolnoma samostojen in kontrolirano odvaja urin in blato.

Starostnik je pri izločanju urina in blata samostojen in kontrolira to aktivnost. S starostjo nastopijo problemi z inkontinenco, ki je obvladljiva s pripomočki glede na stopnjo inkontinence. Dokler je ob tem samostojen, ni moteno njegovo dostojanstvo ali dostojanstvo ostalih v skupnosti. Zagotoviti je potrebno avtonomnost in intimnost.

3		**Sposobnost stanovalca, da zavzema ali prilagodi položaj telesa potrebam.**
5		Stanovalec je nesposoben zavzemati in prilagoditi položaj telesa potrebam.
4		Stanovalec je delno sposoben zavzemati in namestiti položaj telesa dejanskim potrebam.
3		Stanovalec je sposoben zavzeti in namestiti položaj telesa, vendar pravilnosti položaja ne more v celoti zadovoljiti.
2	X	Stanovalec ima le malo težav pri zavzemanju in prilagoditvi položaja glede na dejanske potrebe.
1	X	Stanovalec je samostojen pri zavzemanju in prilagajanju položaja telesa dejanskim potrebam.

Starostnik, ki obleži, naj bi bil v stanovanjski skupnosti samostojen pri zavzemanju položaja v postelji pri obrokih, da se samostojno premika v postelji, da so dnevne aktivnosti raznolike, da je zaposlen tekom dneva.

4		**Sposobnost stanovalca, da se giblje brez pomoči**
5		Stanovalec je negibljiv in se ni sposoben gibati tudi s pomočjo pripomočkov.
4		Stanovalec je delno sposoben samostojnega gibanja; pri tem pogosto uporablja pripomočke.
3	X	Stanovalec je skoraj v celoti gibljiv; za pomoč pri gibanju včasih uporablja pripomočke.
2	X	Stanovalec se je sposoben samostojno gibati večino časa.
1	X	Stanovalec se je sposoben gibati samostojno ves čas.

Starostnik se s pripomočki samostojno giba v okolju, ki je njemu arhitektonsko prilagojeno. Okolje grajeno v pritličju, s prilagojenimi klančinami, vrata, ki se odpirajo samodejno, brez pragov, široka vrata. Spremembe v starosti se kažejo v drži, gibljivosti, koordinaciji, splošni kondiciji in kroničnih boleznih. Preventiva pri tej aktivnosti je fizična aktivnost. V starosti je pomembna sposobnost samostojnega gibanja, zagotovljene pomoči pri gibanju s pripomočki in zagotavljanje varnosti.

5		**Sposobnost starostnika, da zadovolji potrebe po spanju in počitku v normalnem dnevno-nočnem ritmu.**
5		Stanovalec je nesposoben zadovoljiti potrebo po spanju in počitku in ne ločuje med dnevno-nočnim ritmom.
4		Stanovalec je delno sposoben zadovoljiti potrebo po spanju in počitku; delno ločuje dnevno - nočni ritem
3		Stanovalec je sposoben zadovoljiti potrebo po spanju in počitku z veliko pomoči in ločuje dnevno nočni ritem.
2	X	Stanovalec je sposoben zadovoljiti potrebo po spanju in počitku z minimalno pomočjo in ločuje dnevno-nočni ritem.
1	X	Stanovalec si je sposoben samostojno zadovoljiti potrebo po spanju in počitku.

Star ļ lovek potrebuje manj spanja kot aktiven, potrebuje pa veļ poļ ivanja. Spanje motijo zunanji vplivi, neprimerna leģ ģ a, noļ na oblaļ ila, velik pomen ima temperatura prostora, zraļ nost prostora, hrup, svetloba ali popolna tema, odvisno od posameznika. Pomembno je ugotoviti vedenjski vzorec spanja.

6		**Sposobnost stanovalca, da se samostojno obleļ e in sleļ e.**
5		Stanovalec se je nesposoben sam obleči ali sleči.
4		Stanovalec se je delno sposoben obleči ali sleči, vendar ni sposoben določiti zaporedja oblačenja.
3	X	Stanovalec se je delno sposoben obleči ali sleči, toda pri tem potrebuje spodbudo in pomoč.
2	X	Stanovalec je samostojen pri oblačenju ali slačenju; delno pomoč potrebuje pri finih gibih (zapenjanje gumbov…).
1	X	Stanovalec je popolnoma samostojen pri oblačenju in slačenju.

Starostnik naj bi bil ļ ez dan obleļ en v dnevna oblaļ ila. Urejenost in privlaļ en videz je pomemben za starega ali mladega. Oblaļ ila morajo biti raztegljiva, dovolj velika, pralnih materialov, ki dobro vpijajo vlago in ne draģ ijo koģ e, se dobro perejo in suģ ijo v suģ ilnem stroju. Ko star ļ lovek opusti skrb za svojo zunanjost, se poļ uti nepomembnega, ima obļ utek, da odbija okolico in se boji medsebojnih odnosov z drugimi ljudmi. Zapre se vase in svojo zunanjost zanemarja. Pomembno je , da se moģ ki obrije, ģ enskam je pomembna priļ eska, ļ iģ l enje zob, pedikura, manikura in individualne ģ elje.

7		**Sposobnost stanovalca, da vzdrģ uje telesno temperaturo in se zaģ ļ iti pred zunanjimi vplivi v normalnih okvirih s pomoļ jo izbire ustreznih oblaļ il in uravnavanja temperature okolja.**
5		Stanovalec ni sposoben samostojno vzdrževati primerno telesno temperaturo; ne ločuje med toplim in hladnim.
4		Stanovalec je delno sposoben vzdrževati primerno telesno temperaturo; ločuje med toplim in hladnim, vendar ni sposoben ukrepati.
3	X	Stanovalec je delno sposoben vzdrževati primerno telesno temperaturo; hladno in toplo ločuje, vendar je le delno sposoben ukrepati.
2	X	Stanovalec je večino časa sposoben samostojno vzdrževati primerno telesno temperaturo in je tudi sposoben primerno ukrepati.
1	X	Stanovalec je popolnoma samostojen pri vzdrževanju primerne telesne temperature.

S starostjo se slabše prilagajamo na temperaturne spremembe. Na to vplivajo premalo gibanja, jemanje nekaterih zdravil. Pomembno je , da se starostnik obleče letnemu času primerno in načrtuje uživanje lahke hrane.

8		**Sposobnost samostojnega ohranjanja telesne čistoče in urejenosti**
5		Stanovalec je popolnoma odvisen pri izvajanju osebne higiene in skrbi za urejenost.
4		Stanovalec je delno samostojen pri izvajanju osebne higiene, vendar ne na lastno pobudo.
3	X	Stanovalec je sposoben samostojno izvajati večino aktivnosti osebne higiene, vendar pri tem potrebuje vedno spodbujanje.
2	X	Stanovalec je sposoben samostojno izvajati osebno higieno, potrebuje pa nadzor.
1	X	Stanovalec je popolnoma samostojen pri izvajanju osebne higiene.

Starostnik izgubi motivacijo za lastno skrb, da se pozabi umiti, opušča ustno higieno, nezmožnost samostojnega kopanja, ne vidi madežev na oblekah. Pomembni so ustrezni pripomočki za nego kože, kajti koža se tanjša. Z osebno higieno skrbimo za boljšo prekrvavitev.

9		**Sposobnost stanovalca, da se samostojno izogiba nevarnostim v okolju.**
5		Stanovalec ni sposoben samostojno prepoznati nevarnosti v okolju in se ji izogniti.
4		Stanovalec je občasno sposoben prepoznati nevarnost v okolju in pri sebi in se ji izogniti.
3	X	Stanovalec delno prepoznava nevarnosti v okolju in pri sebi ter se izogne večini nevarnih situacij, pri tem pa potrebuje pomoč in zaščito.
2	X	Stanovalec je sposoben večino časa samostojno prepoznavati, se izogibati in se zaščititi pred nevarnostmi v okolju.
1	X	Stanovalec je popolnoma samostojen pri zagotavljanju svoje varnosti.

Starostnikom peša vid, sluh, koža je tanka, slabša je gibljivost zato se poveča možnost nastanka poškodb. V stanovanju ne sme biti nepotrebnih predmetov, v katere bi se spotaknili ali udarili. Potrebna je primerna razsvetljava. Toaletni prostori morajo biti opremljeni z držali in nedrsečimi preprogami. Zunaj je še posebej nevaren sneg, led. Neorientirani in tavajoči starostniki niso primerni za bivanje v stanovanjski skupnosti brez vodenja.

10		**Sposobnost komunicirati z drugimi z izraţanjem ļustev, potreb in obļutkov.**
5		Stanovalec ni sposoben verbalno izraziti svojih potreb in čustev, izrazi pa jih neverbalno poznanim osebam.
4		Stanovalec je občasno sposoben izraziti svoje potrebe in čustva verbalno in neverbalno; pri tem uporablja različne glasove za izražanje svojih potreb in čustev ; po intonaciji glasu razume, kaj drugi želijo od njega.
3	X	Stanovalec je sposoben izraziti svoje potrebe in čustva s preprostimi besedami ali značilnimi gestami. Razume preproste in kratke besede drugih.
2	X	Stanovalec je sposoben samostojno izraziti svoje potrebe in čustva z besedami in stavki ali značilnimi gestami. Razume preprost jezik ali značilne geste drugih.
1	X	Stanovalec je popolnoma sposoben izražati verbalno in neverbalno svoje potrebe, čustva in občutke.

Komunikacija je psihološka potreba, je aktivnost potrebna za kontakt, naļin komunikacije prilagodimo specifičnim potrebam starostnika. Pomembno je, da je v skupnosti sposoben izraţati svoje ţelje, je sposoben empatije in zna poslušati in slišati ostale.

11		**Sposobnost vzpostaviti, vzdrţevati in zaključiti stik z drugo osebo.**
5		Stanovalec ni sposoben vzpostaviti kontakta z drugo osebo, odzove se pozitivno na prijetne in negativno na neprijetne izkušnje.
4		Stanovalec je delno sposoben vzpostaviti kontakt z drugo osebo; odzove se pri ljudeh, ki so zanj pomembni.
3	X	Stanovalec je sposoben navezati in vzdrževati omejeno število stikov z osebami, ki so zanj pomembne.
2	X	Stanovalec je sposoben večji del vzpostaviti, vzdrževati in zaključiti stik z drugo osebo; sposoben je dati tudi mnenje o tem stiku.
1	X	Stanovalec je popolnoma sposoben vzpostaviti, vzdrževati in zaključiti stik z drugo osebo; popolnoma je sposoben podati tudi mnenje o tem stiku.

Starostnik v skupnosti mora biti sposoben vzpostaviti in vzdrţevati stik z drugo osebo in podati mnenje o tem stiku.

12		**Sposobnost stanovalca, da upoġteva pravila in zakonitosti.**
5		Stanovalec je nesposoben upoštevati pravila in zakonitosti.
4		Stanovalec je sposoben upoštevati določeno število pravil v domačem okolju, znotraj oddelka / ustanove.
3		Stanovalec je sposoben slediti pravilom v domačem okolju, znotraj oddelka / ustanove, vendar nima občutka za zasebnost.
2	X	Stanovalec je sposoben upoštevati pravila in zakonitosti v domačem okolju, znotraj in zunaj oddelka / ustanove, ima pa zmanjšan občutek za zasebnost.
1	X	Stanovalec je popolnoma sposoben upoštevati pravila in zakonitosti in zna samostojno izraziti potrebo po zasebnosti.

13		**Sposobnost, da si samostojno naļrtuje dnevne aktivnosti v domaļem okolju oziroma znotraj oddelka / ustanove.**
5		Stanovalec je nesposoben samostojno načrtovati dnevne aktivnosti.
4		Stanovalec je delno sposoben načrtovati in skrbeti za dnevne aktivnost s pomočjo druge osebe.
3	X	Stanovalec je sposoben načrtovati večino dnevnih aktivnosti samostojno, pri tem ga je potrebno vzpodbujati.
2	X	Stanovalec se je sposoben osredotočiti na dnevne aktivnosti v domačem okolju, znotraj oddelka / ustanove za kratek čas ; z izvajanjem dnevnih aktivnosti si pridobiva samospoštovanje.
1	X	Stanovalec je sposoben samostojno izvajati dnevne aktivnosti v domačem okolju, znotraj oddelka / ustanove na organiziran način; z rezultati dela si pridobiva samospoštovanje.

14		**Sposobnost, da samostojno sodeluje v aktivnostih v domaļem okolju, zunaj oddelka /ustanove.**
5	X	Stanovalec je nesposoben, da sodeluje v rekreacijskih aktivnostih izven oddelka / ustanove; je sposoben pasivno uživati v stvareh, ki ga osrečujejo.
4	X	Stanovalec je delno sposoben sodelovati ali biti prisoten pri rekreacijskih aktivnostih izven oddelka / ustanove; pogosto uživa v aktivnostih.
3	X	Stanovalec se je sposoben vključevati v rekreacijske aktivnosti zunaj oddelka / ustanove, vendar pri tem vedno potrebuje spodbudo.
2	X	Stanovalec je sposoben sodelovati v rekreacijskih aktivnostih izven oddelka / ustanove vedno samostojno, vendar potrebuje vzpodbudo.
1	X	Stanovalec se je sposoben samostojno vključevati v rekreacijske aktivnosti zunaj oddelka / ustanove.

Pri tej aktivnosti je lahko sodelovanje v skupini pasivno. Mogoč je ogled predstav. Ohranjanje ročnih spretnosti, socializacija, ples, pohodništvo ali gledanje televizije.

15		**Sposobnost, da pridobiva nova znanja in spretnosti ter jih tudi obdrži.**
5		Stanovalec se je nesposoben naučiti določenih spretnosti in jih obdržati.
4	X	Stanovalec je sposoben osvojiti določene spretnosti z večkratnim ponavljanjem.
3	X	Stanovalec se je sposoben naučiti enostavnih novih spretnosti z večkratnim ponavljanjem; nova znanja - spretnosti pozabi, če jih ne uporablja.
2	X	Stanovalec se je sposoben naučiti novih spretnosti; je zelo malo verjetnosti, da bo pozabil, kar se je naučil.
1	X	Stanovalec se je sposoben naučiti več novih spretnosti; ne pozablja naučenih spretnosti in znanj.

Učenje je psihološka potreba. Pomembno je, da se starostnik nauči določenih spretnosti z ponavljanjem pri zdravstveno vzgojnem delu, ozaveščanju, učenju računalništva, tujih jezikov.

Seštevek točk pri aktivnostih, ki smo jih določili, da bi še lahko živeli v stanovanjski skupnosti starostnikov je takšen, da je lahko oseba ves čas delno odvisna od pomoči druge osebe.

1.9 STROŠKI OSKRBE

Metodologijo za določanje splošnih elementov za oblikovanje cen socialno varstvenih storitev ob današnjih organizacijskih in bivalnih oblikah opredeljuje Pravilnik o metodologiji za oblikovanje cen socialnovarstvenih storitev[7].

Stroški storitve, ki se upoštevajo kot elementi za oblikovanje cen, so stroški dela, stroški materiala in storitev, stroški amortizacije, stroški investicijskega vzdrževanja in stroški financiranja. Višina plač in drugih stroškov dela se določi na podlagi števila zaposlenih v okviru kadrovskih normativov za opravljanje socialno varstvenih storitev, kot jih določa pravilnik, ki ureja standarde in normative socialnovarstvenih storitev, akta o sistemizaciji delovnih mest in soglasja pristojnega ministrstva oziroma pristojnega organa občine k zaposlitvam, kadar je to soglasje potrebno, če gre za izvajalca, ki ima status javnega zavoda, kolektivne pogodbe, veljavne za dejavnost zdravstva in socialnega varstva, drugih predpisov in aktov, ki določajo prejemke zaposlenih. Stroški materiala in storitev so vsi stroški in

[7] Pravilnik o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o metodologiji za oblikovanje cen socialnovarstvenih storitev (Uradni list RS, št. 51/08 z dne 23. 5. 2008),.

odhodki za porabljeni material in opravljene storitve, v obsegu, ki je potreben za izvajanje storitve. V primeru, da je v stroških storitev vključena najemnina za zgradbo in opremo ali del zgradbe in opreme za izvajanje oskrbe, se upošteva strošek najemnine največ do višine, kot bi znašali stroški amortizacije, investicijskega vzdrževanja in stroški financiranja, določeni na način v tem pravilniku. Stroški amortizacije so stroški izračunane amortizacije v skladu z zakonom o računovodstvu in na njegovi podlagi izdanim pravilnikom, ki ureja način in stopnje rednega odpisa neopredmetenih dolgoročnih sredstev in opredmetenih osnovnih sredstev. Stroški investicijskega vzdrževanja so stroški za večja popravila, ki ohranjajo uporabno vrednost zgradb in njenih delov ves čas njihovega trajanja, in se določijo največ v višini 30% predpisanih stopenj rednega odpisa osnovnih sredstev za zgradbe in njene dele iz prvega odstavka prejšnjega člena, kolikor ni s tem pravilnikom določeno drugače. Stroški financiranja so stroški ali nadomestilo za vloženi kapital in se določijo v višini zmnožka do največ 60% knjigovodske vrednosti opredmetenih osnovnih sredstev in priznane letne obrestne mere.

Cene socialno varstvenih storitev se določijo na osnovi načrtovanih povprečnih mesečnih stroškov za tekoče leto – elementov za oblikovanje cen, preračunanih na enoto storitve.
Cene storitev institucionalnega varstva se za posamezne skupine uporabnikov določijo kot naslednje kategorije oskrbe:
Za osebe starejše od 65 let kot:

- oskrba I za osebe, ki zaradi starosti ali drugih razlogov, ki spremljajo starost, niso sposobne za popolnoma samostojno življenje in potrebujejo manjši obseg neposredne osebne pomoči,
- oskrba II za osebe z zmernimi starostnimi in zdravstvenimi težavami, ki potrebujejo večji obseg neposredne osebne pomoči,
- oskrba III za osebe z najzahtevnejšimi starostnimi in zdravstvenimi težavami, ki v celoti potrebujejo neposredno osebno pomoč, in sicer:
    - za osebe, ki potrebujejo neposredno osebno pomoč za opravljanje vseh osnovnih življenjskih potreb,
    - za najtežje prizadete osebe,

- oskrba IV za osebe z zahtevnejšimi dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, ki zaradi starostne demence ali sorodnih stanj potrebujejo delno ali popolno osebno pomoč in nadzor (oskrba dementnih oseb).

Za odrasle osebe z motnjami v duševnem razvoju, s težavami v duševnem zdravju, s senzornimi motnjami in motnjami v gibanju (odrasli s posebnimi potrebami) kot:

- oskrba I za odrasle osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju,
- oskrba II za odrasle osebe z zmerno motnjo v duševnem razvoju,
- oskrba III za odrasle osebe s težjo motnjo v duševnem razvoju,
- oskrba IV za odrasle s težko motnjo v duševnem razvoju,
- oskrba V za odrasle osebe z več motnjami (odrasli z motnjo v duševnem razvoju, osebnostnimi motnjami, gibalnimi in senzornimi ovirami ter s poškodbami glave),
- oskrba VI za odrasle osebe s težjo ali težko obliko gibalne ali senzorne oviranosti, ki niso sposobne samostojnega življenja.

Cena storitve institucionalnega varstva se določi na oskrbni dan. Storitev se za uporabnike izvaja v trajanju 24 ur dnevno (celodnevno institucionalno varstvo), krajši čas od 24 ur, in sicer v primeru dodatne vključitve upravičenca v drugo socialno varstveno storitev (storitev zaposlitvene rehabilitacije ali zaposlitev), 8 ur dnevno ali krajši čas (dnevno varstvo).

V primeru, da se odločimo za različne prostorske razpršitve stanovanjskih skupnosti starostnikov, bodo te različne razpršitve vplivale na različnost stroškov poti od oskrbovanca do oskrbovanca, kar bo potrebno posebej proučiti, kot to izpostavlja četrto poglavje, in pretehtati, kdaj gre tu za nadstandard in kdaj ne, ter kakšna je odvisnost med logističnimi in stanovanjskimi stroški oskrbe[8].

Cene nadstandardnih storitev se določijo tako, da se cena oskrbe poveča za stroške, ki se nanašajo na nadstandardni bivalni prostor (višji strošek amortizacije in investicijskega vzdrževanja zaradi večje površine bivalnega prostora, amortizacija dodatne opreme, stroški čiščenja, poraba vode in drugo, če gre za najem oziroma vrsto institucionalne oskrbe, ki jo imamo danes). Povečani stroški morajo biti posebej izkazani in dokumentirani.

V vseh oblikah dolgotrajne oskrbe pred institucionalno oskrbo v domu starostnikov, kot ga poznamo danes, bo potrebno mnogo bolj natančno doreči tudi javno-zasebna partnerstva, pokrivanje stroškov skupnih programov, predvsem pokrivanje stroškov nadstandardov, še posebej pa razmejevanjem med stroški zdravstvene oskrbe, drugimi stroški podpore starostnikom, same logistike, ki je odvisna od nivoja storitve in razpršenosti objektov v prostoru in stroški bivališča, ki je lahko v lasti oskrbovanca, v najemnem odnosu oskrbovanca s poljubnim lastnikom ali v javni (država, regija, lokalna skupnost) lasti.

1. 10 ZAKLJUĻEK

Slovenija in njene lokalne skupnosti nimajo izvedene celovite kvantitativne raziskave, kaj si bodoči uporabniki dolgotrajne oskrbe želijo. Kakovost dolgotrajne oskrbe se bo zagotovila za uporabnike takrat, ko se bomo s storitvami približali željam uporabnikov, seveda v okviru finančnih zmožnosti. Brez kategorizacije ne moremo načrtovati kadrovske, prostorske in finančne prenove in ne moremo planirati števila uporabnikov v posamezni kategoriji oskrbe. Potrebno je določiti mnogo bolj natančne normative in standarde dolgotrajne oskrbe in bolje povezati javno z zasebno iniciativo, pri tem pa vključiti v planiranje tiste, ki jim je sistem namenjen, v največji možni meri.

Bistvo vsega sistema je zadovoljstvo uporabnikov, zaposlenih in plačnikov-davkoplačevalcev, njihove potrebe naj bodo usklajene, realizacije želene, dosežen kompromis.

---

[8] To se lepo vidi pri izvajalcih, kot je DSO Trebnje pri izvajanju pomoči na domu. Zaradi razpršenoti poselitve starostnikov izvajalec ne more pokriti stroškov prevozov oziroma jih v celoti vkalkulirati v ceno storitve, ker so skupni stroški omejeni. Zato je moral izvajalec z občino doseči dogovor, da te stroške povrne ločeno od same cene storitve pomoči na domu, namesto da bi bila ta storitev že v metodologiji opredeljena glede na gostoto poselitve starostnikov v lokalni skupnosti.

Pri pregledu tujih modelov, ki bodo delno prikazani tudi v tej publikaciji, prihajamo do zaključka, da se lahko Slovenija zgleduje po sistemih Avstrije, Španije in ostalih držav, do neke mere tudi po ZDA, ki imajo že vrsto let prečiščene zakone DO in jih nenehno izboljšujejo. Smernice in merila kakovosti nam postavlja Evropska unija in so v nekaterih delih zavezujoči tudi za nas. Problemi, ki se pojavijo pri merjenju kakovosti DO so subjektivne in objektivne narave, saj se meri kakovost življenja starih ljudi.

Opozorili smo na neželene dogodke, ki se pojavljajo v DO po predlogu OECD-ja. Podrobneje velja proučiti sistem kakovosti E-Qalin kot značilno v prakso usmerjeno učenje, ki vključuje vse hierarhične ravni organizacije. Omenili smo tudi ostale sisteme menedžmenta kakovosti. Pregledali smo postopek sprejema v institucionalno varstvo, nastanek individualnega načrta in kontinuirano spremljanje prilagojene oskrbe. V skladu z metodologijo za oblikovanje cen so stroški, ki nastajajo med prehodi, povezani s kadrom, ki je izračunan iz kategorij zdravstvene nege in oskrbe. Evropske listine podarjajo prilagojeno oskrbo za vse vključene v DO in samooskrbo.

Odvisnost s starostjo narašča in delež starega prebivalstva, predvsem zelo starega (80+), se podvaja. Upadajo ne samo fizične sposobnosti, ampak v visoki starosti so v upadanju kognitivne sposobnosti. Po podatkih ZDA je že vsak tretji starostnik ob smrti dementen. Samooskrba starostnika je močno odvisna od grajenega okolja, v katerem živi, in lahko zanj predstavlja nižje stroške oskrbe.

Predlagali smo organizacijo novih stanovanjskih skupnosti starostnikov, kot so vasi za starostnike in podobne organiziranosti lastnikov in najemnikov stanovanj, ki so prilagojena potrebam starejših, na podlagi prepoznavanja aktivnosti, ki bi jih starejši še zmogli v prilagojenem okolju, in dokazali, da v skupnosti starostnik lahko ostaja zelo dolgo ob minimalni pomoči izvajalcev dolgotrajne oskrbe.

V pričujočem delu želimo izpostaviti potrebe po tehničnih podlagah za organizacijo sistema kakovosti storitev z vidika uporabnikov, izvajalcev storitev in nadzornikov, da bodo potrebe uporabnikov zadovoljene, da bodo izvajalci storitev imeli primerne delovne pogoje in bo nadzornikom omogočen nadzor nad skladnostjo izvajanja storitev dolgotrajne oskrbe s standardi kakovosti. Sistem kakovosti pa mora predvidevati tudi spremembe sistema kakovosti, saj se potrebe po kakovosti in naboru storitev od generacije do generacije spreminjajo, zato je dinamični vidik še kako potreben.

Priložnost, ki je po našem mnenju še sploh nismo obdelali, je zagotavljanje primernega grajenega okolja, ki bo most med domom, kakršnega je imel posameznik kot starš v večji družini, in institucionalnim varstvom v domovih za starostnike. Stanovanjske skupnosti starostnikov so oblika okolja, ki je v našem prostoru še ni, v tujini pa je to ena izmed boljših ponujenih oblik bivanja za starotnike na domu, kamor se eksterno vključujejo izvajalci storitev.

Temeljno vprašanje je torej, kako zagotoviti in organizirati takšen sistem dolgotrajne oskrbe, da bo finančno vzdržen in učinkovit ter bo obenem zadovoljil potrebe po oskrbi starajočega se prebivalstva, ki mu upadajo funkcionalne zmožnosti in ki ga je vedno več.

Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije so skupaj s Sindikatom zdravstvenih delavcev Slovenije na temelju raziskave o potrebah po novih kadrovskih normativih izdali Modro knjigo standardov in normativov v zdravstveni in babiški negi in oskrbi (2013). To študijo bi veljalo resno obravnavati tudi z vidika ustreznega pokrivanja stroškov človeških virov v dolgotrajni oskrbi in normative izostriti tudi glede na prostorske možnosti starostnikov in njihovo razpršenost v prostoru. Za kakovostno dolgotrajno oskrbo v Sloveniji je potrebno poskrbeti za primerno obremenjenost in vrednotenje dela v tej dejavnosti.

Ob sistemski ureditvi področja dolgotrajne oskrbe se je bistveno dogovoriti, kakšen nivo storitev naj krije zavarovanje za dolgotrajno oskrbo, temu primerno in na prostorske danosti vezano določiti standarde za posamezne kategorije oskrbe in izračunati realno ceno za oskrbni dan po posamezni kategoriji. Na temelju teh kalkulacij je potrebno podatke povezati s projekcijo demografskih gibanj, razviti demografske tabele mnogoterih pojemanj (Bogataj et al, 2015c) in izvesti aktuarski izračun prispevnih stopenj za osnovni standard in za nadstandarde v primeru dopolnilnega oziroma dodatnega zavarovanja.

Literatura in viri

1. A voluntary european quality framework for social services. The Social Protection Committee SPC/2010/10/8 final.
2. Beatriz – Rodriguez, M., Martinez – Andres, M., Cervera – Monteagudo, B., Notario – Pacheco, B., Martinez – Vizcaino, V. (2013). Perception of quality of care among residents of public nursing-homes in Spain: a grounded theory study. BMC Geriatrics 2013, 13:65 doi:10.1186/1471-2318-13-65
3. Bogataj, D. (2013). Vlagaj v svoj dom, da boš dolgo živel in ti bo dobro na zemlji. MEDIFAS. Nova Gorica.
4. Evropski okvir kakovosti storitev dolgotrajne oskrbe. Načela in smernice za dobro počutje in dostojanstvo starejših, potrebnih oskrbe in podpore. WEDO, www.wedo-partnership.eu..
5. https://www.google.si/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=loss%20lestvica (19.06.2015).
6. Ivanuša,I., Železnik, D. (2008). Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Fakulteta za zdravstvene vede. Univerza Maribor.
7. Izvedbeni dokument o načinu plačevanja stroškov v Domu starejših Črnomelj. https://www.google.si/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=loss%20lestvica (1.9.2015).
8. Kavšek, M. (2006). Smernice kategorizacije za izboljšanje kakovosti zdravstvene nege in oskrbe v domovih starejših občanov, diplomsko delo. Dostopno prek: http://dkum.ukm.si/Dokument.php?id=5914 (19.06.2015).
9. Kavšek, M. (2012). Service quality of nursing and care in homes for elderly people. 31 International Conference on Organizational Science Development, Quality. Innovation. Future. Book of abstract, p. 75.

10. Kavšek, M. (2012). Razvoj smernic kakovosti storitev dolgotrajne oskrbe starejših. Magistrska naloga. Fakulteta za organizacijske vede Kranj. Univerza v Mariboru.
11. Marolt, J., Gomišček, B. (2005). Management kakovosti. Moderna organizacija. Univerza v Mariboru. Fakulteta za organizacijske vede.
12. MERILA 2010 PREDLOGI SSZS.doc https://zdrzz.si/files/MERILA%202010%20PREDLOGI%20SSZS.doc (30.8.2015).
13. Nagode, M., Lebar, L., Kovač, N. (2014). Pregled izvajanja socialne oskrbe na domu po evropskih državah s poudarkom na ocenjevanju potreb uporabnikov. Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo (http://www.irssv.si/upload2/PND%20-%20mednarodni%20pregled%20in%20ocenjevanje%20potreb_koncno%20porocilo.pdf).
14. Občasnik ZZZS AKTI & NAVODILA št. 1/2.DEL // 4. 4. 2014 (1.9.2015).http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/0/c34071103519b84cc1257cb00036e7e3/$FILE/ZZZS%20Ob%C4%8Dasnik%20Akti%20&%20Navodila%20%C5%A1t.%201_2.%20del_4.4.2014.pdf.
15. OECD/European Commission (2013), A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/9789264194564-en.
16. Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi. (2008). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
17. Pravilnik o metodologiji za oblikovanje cen socialno varstvenih storitev (Uradni list RS, **št. 87/06, 127/06, 8/07, 51/08, 5/09 in 6/12).**
18. Pravilnik o postopkih pri uveljavljanju pravice do institucionalnega varstva (Uradni list RS, št. 38/04, 23/06, 42/07 in 4/14).
19. Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev Uradni list RS, št. 45/2010 z dne 4. 6. 2010 file:///C:/Users/Desktop/pravilnik%20o%20standardih%20in%20normativih.html. 30.8.2015.
20. Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego (2013). Modra knjiga standardov in normativov v zdravstveni in babiški negi ter oskrbi. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije in Sindikat delavcev v zdravstveni negi Slovenije.Ljubljana.
21. Rupel-Prevolnik, V., Ogorevc, M. (2010). Long-term care system in Slovenia. Enepri research report No. 87; Institute for economic, contribution to wp 1 of the ancien project, junij.
22. Spominčica. (2015). Glasilo Slovenskega združenja za pomoč pri demenci. Letnik 13/1. [1]http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Glasgow-Declaration-2014
23. Urad za makroekonomske analize in razvo (2014), Dolgotrajna oskrba - uporaba mednarodne definicije v Sloveniji Delovni zvezek št. 2/2014, Ljubljana.

2. POGLAVJE

ANALIZA STANJA NA PODROĻJU DOLGOTRAJNE OSKRBE IN PREDLOGI REĠITEV ï POROĻILO PROJEKTA AHA.SI ï AKTIVNO IN ZDRAVO STARANJE V SLOVENIJI

Janja DROLE[9]

2.1 O PROJEKTU AKTIVNO IN ZDRAVO STARANJE V SLOVENIJI

Projekt AHA.SI - Aktivno in zdravo staranje v Sloveniji, ki ga vodi Nacionalni inštitut za javno zdravje v sodelovanju s številnimi partnerji (Inštitut za ekonomska raziskovanja, Skupnost socialnih zavodov Slovenije, Inštitut RS za socialno varstvo, Zveza društev upokojencev Slovenije, Inštitut Emonicum in EuroHealthNet), se je začel izvajati v začetku leta 2014 in pokriva tri izjemno pomembna vsebinska področja, tj. podaljšano zaposlovanje in odloženo upokojevanje, podpora samostojnemu bivanju v domačem okolju in dolgotrajna oskrba ter področje aktivnega staranja, v okviru katerega se osredotoča predvsem na predupokojitvene aktivnosti in padce. Dejstvo je, da se prebivalstvo stara in da živimo dlje, žal pa temu ne sledijo v enaki meri tudi pričakovana leta zdravega življenja, zato je priprava ustreznih ukrepov, ki bodo zagotavljali bolj aktivno in varno starost, nujna in izjemnega pomena za sodobno družbo. Namen projekta AHA.SI je torej priprava takšnih ukrepov in priporočil na omenjenih področjih, ki bodo podlaga za celovito strategijo na področju staranja. Strategijo pripravlja Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti.

Projekt se izvaja tudi v času, ko v Sloveniji potekajo intenzivne razprave na temo priprave zakona o dolgotrajni oskrbi. Informacije, ki jih pridobivamo v sodelovanju z deležniki preko intervjujev, anketnih vprašalnikov, fokusnih skupin in posvetov, so zato ključne tudi za odločevalce, ki zakon pripravljajo. V nadaljevanju prispevka se bomo tako osredotočili predvsem na priporočila, ki jih na podlagi sodelovanja z različnimi deležniki pripravlja projektna skupina za področje dolgotrajne oskrbe.

2.2 DOLGOTRAJNA OSKRBA KOT NOVA SESTAVINA SOCIALNE VARNOSTI

Dolgotrajna oskrba je novo in pri nas v praksi še slabo razvito področje socialne varnosti, ki s staranjem prebivalstva vse bolj stopa v ospredje. Gre za dejavnosti pomoči osebam, ki zaradi delne ali popolne izgube telesnih, psihičnih in intelektualnih sposobnosti nujno potrebujejo

[9] Skupnost socialnih zavodov Slovenije, Letališka cesta 3 c, 1122 Ljubljana, info@ssz-slo.si

pomoč druge osebe pri opravljanju temeljnih dnevnih in podpornih življenjskih aktivnosti. Še nedaleč nazaj so bile te potrebe problem posameznika oziroma njegove družine, skladno z družbenimi spremembami pa postajajo vse bolj sestavina socialne varnosti, kar še zlasti velja za gospodarsko bolj razvite države sveta. Zaradi staranja prebivalstva in s tem povezanega porasta števila ljudi, ki potrebujejo pomoč druge osebe, in zaradi nekaterih drugih družbenih sprememb dobiva področje dolgotrajne oskrbe v družbi vse vidnejšo vlogo, a odpira tudi nova vprašanja. Ob tem se v gospodarsko razvitem svetu iščejo odgovori predvsem na dve vprašanji:

- kako organizirati dejavnost dolgotrajne oskrbe in zagotoviti čim boljšo dostopnost njenih storitev tistim, ki jo potrebujejo;
- kako financirati dejavnost dolgotrajne oskrbe, da bo ta vzdržna in dostopna tistim, ki potrebujejo pomoč druge osebe, s katerimi viri in kakšna je pri njenem izvajanju vloga in delež države, lokalnih skupnosti, družine in posameznika (Toth, 2014).

2.3 KAKO ORGANIZIRATI DEJAVNOST V SLOVENIJI?

Pri vzpostavljanju sistema dolgotrajne oskrbe v Sloveniji je potrebno zasledovati čim boljše prepoznavanje potreb, hitro odzivanje nanje, zagotavljanje ustrezne kakovosti, vključevati različne izvajalce od formalnih (javnih in tudi zasebnih), nevladnih organizacij kot tudi neformalnih izvajalcev (svojci, sosedje, prijatelji …) ter v povezovanju vseh povečevati sinergijske učinke pomoči.

Filipovič Hrast in drugi ugotavljajo, da so med posameznimi občinami v Sloveniji velike razlike v tem, kako razvita je oskrba na domu, precejšnje pa so tudi razlike glede prisotnosti institucionalne oskrbe. Posamezne občine so sicer zelo aktivne pri reševanju položaja starejših, a se soočajo predvsem z dvema težavama:

- zaradi staranja prebivalstva naraščajo potrebna sredstva za razne programe za starejše, obenem se srečujejo s posledicami gospodarske krize, zaradi katere so občine prisiljene v varčevanje, zagotavljanje storitev za starejše pa postaja nadstandard, ki pa si ga mnogi posamezniki, potrebni pomoči, ne bodo mogli privoščiti;
- neustrezna organizacija zagotavljanja storitev, kjer ni ustrezne podpore oz. usmerjanja s strani države, zato so občine v veliki meri prepuščene same sebi pri načrtovanju oskrbe starejših (Filipovič Hrast in drugi, 2014).

Ker obstajajo v posameznih okoljih različni pogoji za urejanje področja dolgotrajne oskrbe, smo v okviru projekta opravili evalvacijo petih modelov zagotavljanja oskrbe za starejše v Sloveniji. V izbrane modele iz občin Kanal ob Soči, Koper, Celje, Maribor in Lovrenc na Pohorju so bili vključeni različni koordinatorji (dom starejših občanov, patronažna služba, služba pomoči na domu, občinska uprava), izvajalci (formalni in neformalni) in uporabniki. Na podlagi analize evalvacij ugotavljamo, da bi bilo smiselno začeti z organizacijo tam, kjer že obstaja ustrezna pobuda in pripravljenost za izvajanje, same aktivnosti pa postopoma razvijati in širiti na potrebe ljudi in možnosti izvajalcev. Če ponazorimo na primeru domov starejših občanov: domovi, katerih primarna dejavnost je institucionalna oskrba, se že intenzivno odpirajo navzven in uvajajo t. i. skupnostne oblike storitev, sisteme kakovosti in izobražujejo kader za nove koncepte dela. Pomembna je tudi svetovalna vloga domov pri usposabljanju svojcev za nego družinskega člana, svetovanju za zdrav način življenja, izbiri pripomočkov idr.

Učinkovit, kakovosten in tudi finančno vzdržen sistem dolgotrajne oskrbe bomo lahko pripravili le na podlagi družbenega konsenza na širši ravni, in sicer s sprejetjem zakona o dolgotrajni oskrbi in z ustreznimi sistemskimi rešitvami na področju urejanja organizirane oskrbe starejših. V preteklih letih je Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti potrebo po večjem zagotavljanju pomoči starejšim reševalo s širitvami kapacitet institucionalnega varstva starejših in posebnih socialno varstvenih zavodov, vendar pa je predvsem zaradi demografskih sprememb in finančne vzdržnosti sistema v prihodnje treba ta proces bistveno pospešiti in sam sistem dolgotrajne oskrbe ustrezno urediti ter postopoma prenesti večji del aktivnosti v skupnosti in v domove uporabnikov (Drole, Lebar, 2014). Ocenjujemo, da morajo odgovornost za izvajanje dolgotrajne oskrbe prevzeti lokalna okolja, ki organiziranost oskrbe lahko optimalno prilagodijo potrebam, ki jih prepoznavajo v posameznem okolju. Organiziranost sama je namreč odvisna od demografske slike posameznega okolja, obstoječe infrastrukture, razvitosti posameznih oblik pomoči idr. Posnetek dobrih praks, ki smo jih analizirali v projektu, je pokazal, da je eden izmed ključnih elementov pri učinkovitem in integriranem izvajanju dolgotrajne oskrbe ustrezna koordinacija. Primarna naloga koordinatorja bi bila prepoznavanje in ocena potreb uporabnikov, usklajevanje aktivnosti različnih izvajalcev (formalnih, NVO, neformalnih), priprava in usmerjanje izvajanja individualnih načrtov, nadzor izvajalcev in redno sklicevanje problemskih konferenc.

Na ravni izvajalcev (socialne in zdravstvene službe ter drugi izvajalci v javnem in zasebnem sektorju in civilni družbi) je nujno, da se zagotovi medsebojno sodelovanje in povezovanje s ciljem izboljšanja komunikacije, medsebojnega spoštovanja, boljše organiziranosti in večje kakovosti storitev. V samem sistemu je treba zagotoviti podporo tudi neformalnim oskrbovalcem. Ti so najpogosteje družinski člani, ki ob skrbi za bližnjega izgorevajo, obolevajo in se srečujejo s številnimi težavami (izstop iz trga dela, finančne stiske, nepoučenost o načinu oskrbe …). Neformalnim oskrbovalcem bi morali zagotoviti socialno varnost, če izstopijo iz trga dela, omogočiti možnost počitka, zagotoviti več fleksibilnosti na ravni delodajalcev (npr. začasna vključitev uporabnika storitev v formalno oskrbo). V neformalno oskrbo vstopajo tudi prostovoljske organizacije, ki so pomembne zlasti na področjih, kot so družabništvo, medgeneracijsko povezovanje, pomoč pri podpornih aktivnostih, prepoznavanje potreb starejših, zato je treba ustrezne sistemske rešitve in finančne spodbude zagotoviti tudi njim.

Področje skrbi za starejše je treba sistemsko in vsebinsko na novo urediti in poiskati rešitve na več nivojih: pri uporabniku samem, v družini, na področju institucionalnega varstva (v Sloveniji prevladujoči obliki skrbi za starejše), na področju vključevanja neformalnih oskrbovalcev in nevladnih organizacij v sistem dolgotrajne oskrbe. Področje dolgotrajne oskrbe mora biti samostojna dejavnost, ki bo zagotavljala enovit in integriran sistem med zdravstvenim in socialnim sistemom.

Če je naš cilj, da bomo v sistemu dolgotrajne oskrbe omogočili dostopnost do ustrezne oskrbe pod enakimi pogoji vsemu prebivalstvu, in če je naš cilj imeti zadovoljnega uporabnika in mu zagotoviti čim večjo kakovost storitev, je treba skrbno preučiti vsa prej omenjena priporočila in jih upoštevati pri pripravi ustreznih sistemskih rešitev.

Literatura in viri

1. Drole, J., Lebar L., ur. 2014. Podpora samostojnemu bivanju v domačem okolju in dolgotrajna oskrba, Analitsko poročilo DP5 projekta AHA.SI. Delovna verzija 1. Dostopno prek: http://www.staranje.si/sites/www.staranje.si/files/upload/files/aha.si_dolgotrajna_oskrba_porocilo_v1.pdf (8. 9. 2015)

2. Filipovič Hrast, M., Hlebec, V., Kneževič Hočevar, D., Černič Istenič, M., Kavčič, M., Jelenc-Krašovec, S., Kump, S. in Mali, J. (2014). Oskrba starejših v skupnosti. Fakulteta za družbene vede. Ljubljana

3. Toth, M. (2014). Financiranje dolgotrajne oskrbe. Delovna verzija 1. Dostopno prek: http://www.staranje.si/sites/www.staranje.si/files/upload/files/financiranje_do-aha.pdf (8.9.2015)

3. POGLAVJE

ZAGOTAVLJANJE DOLGOTRAJNE OSKRBE IN NASELJA UPOKOJENCEV V ZDA

3.1 BIVANJSKI POGOJI ZA STAROSTNIKE Z VIDIKA DELA PROF. DEBRE DOBBS - NAUK ZA SLOVENIJO

prof.dr. Marija BOGATAJ[10]

3.1.1 Uvod

V akademskih krogih obstaja prepričanje mnogih, da sta globalizacija in modernizacija uničili povezanost v lokalnih skupnostih, kar je še posebej slabo vplivalo na skrb za starejše občane. Zato je toliko bolj tudi dolžnost lokalnih skupnosti in nas vseh, da prispevamo k integriranosti mestnega prostora in družbe, ki vključuje tudi starostnike. Tudi te bi bilo potrebno vključiti v planiranje obnove in razvoja mest in prisluhniti njihovim potrebam.

Članice Evropske unije se spopadajo s problemi upadanja števila mladih in rasti deleža starejših prebivalcev. Tako so v zadnjih letih postala vprašanja, kako najbolje zagotavljati dober življenjski standard in bivalne pogoje starostnikom, še predvsem ko potrebujejo intenzivnejšo oskrbo, ena od temeljnih tem. Tudi v Sloveniji se vroče debate vrtijo okrog vprašanja financiranja njihovih življenjskih potreb in meje zdravstvene in druge oskrbe, do katere lahko s financiranjem seže državni proračun, o njihovem grajenem okolju, o nastanitvi, pa se govori boj malo. Da bi odgovorili na te sodobne izzive evropske družbe, so tako uradniki v Bruslju, kot tudi posamezne članice zasule prebivalstvo z množico priporočil in novih zakonov, ki pa v krizi, ki jo preživljamo, samo krčijo pravice starostnikov in jim zmanjšujejo možnosti vzdrževanja bivališč. Da bi obdržali starajoče se prebivalstvo v mestih vitalno, je potrebno razviti nove socialne in ekonomske mehanizme, kakor tudi nove, starostnikom prilagojene oskrbovalne mreže mest in drugih naselij.

Stanovanjske potrebe starostnikov lahko zadovoljimo, če so bivališča in povezave z ostalim mestnim prostorom take, da lahko starostnik tudi z omejeno mobilnostjo zadosti svoje psihofizične, rekreacijske, medicinske in druge, socialne potrebe. V Evropski uniji (EU) imajo posamezne članice dolžnost, da vzpostavijo prostorsko-bivanjske pogoje ter sisteme zdravstvene in socialne zaščite starostnikov. S tem v zvezi je EU položila pred članice tri temeljna priporočila, ki jih velja upoštevati hkrati: (a) zagotoviti starostnikom dober dostop do zdravstvene in socialne oskrbe, tudi z zagotovitvijo potrebne infrastrukture, (b) izboljšati

[10] MEDIFAS, Mednarodni prehod 6, Vrtojba, 5290 Šempeter pri Gorici, marija.bogataj@guest.arnes.si

kvaliteto oskrbe, pri čemer naj bodo oskrbovalne mreže zasnovane optimalno in (c) zagotoviti vzdržno financiranje omenjenih nalog. Tako je postalo vprašanje vzdržnega financiranja starajoče Evropske populacije tudi eno ključnih vprašanj, povezanih z vlaganji v mesta, ki ga želimo izpostaviti tudi v tem poglavju. Slovenija namreč prepušča skrb za urejeno bivališče starostnika na plečih posameznega uporabnika.

V "Global age-friendly cities" WHO (2007) pričenja svoj priročnik s tezo, da sta staranje prebivalstva in urbanizacija dve najmočnejši silnici, ki bosta skupaj preoblikovali 21. stoletje. V 19. stoletju in začetku 20. stoletja sta bila dva temeljna dejavnika demografskih sprememb rast rodnosti in upad smrtnosti, kar je povzročalo prenaseljenost podeželja in selitve v na novo industrializirana mesta. Ti tokovi so pritiskali na rast mest in bogastvo grajenega prostora, s tem pa tudi na naglo rast vrednosti mestnih zemljišč (Bogataj, 2013). Od leta 1800 do 2010 je delež mestnega prebivalstva porasel iz 5 % na 50 %. Zato se tudi vprašanje načina oskrbe starostnikov od družinske oskrbe seli v okvire širših lokalnih skupnosti in države.

3.1.2 Demografske spremembe in razvoj mest

Podobno, kot je bilo v prejšnjih dveh stoletjih, je tudi danes osnovni dejavnik razvoja mest demografski. Upadajoča rodnost povzroča upadanje števila prebivalcev v posameznih regijah, naraščajoče podaljšanje življenjske dobe pa spreminjaje starostne strukture v času ter med mestom in podeželjem. Prebivalstvo se stara, s staranjem prebivalstva pa se spreminja tudi povpraševanje po stanovanjskih objektih. Bivalne potrebe starostnikov, ki so pogosto manj mobilni, kot je mlada populacija, in imajo pogosto majhno število članov gospodinjstva, so drugačne, kar bi moralo vplivati tudi na zasnove nadaljnje gradnje mestnega prostora. Gre namreč za velik delež mestnega prebivalstva.

Tabela 3.1.1. Ļasovna vrsta s projekcijo populacije EU po starostnih razredih 1950 -2050

	V 1000					V %				
starost	**1950**	**1970**	**1995**	**2025**	**2050**	**1950**	**1970**	**1995**	**2025**	**2050**
0-14	143,175	166,367	139,464	103,212	90,430	26.2	25.3	19.2	14.7	14.4
15-64	359,162	421,432	487,110	451,599	364,277	65.6	64.2	66.9	64.3	58
65+	44,981	68,642	101,338	147,524	172,985	8.2	10.5	13.9	21	27.6
75+	14,553	22,762	38,139	63,663	91,343	2.7	3.5	5.2	9.1	14.6
vsota	547,318	656,441	727,912	702,335	627,691	100	100	100	100	100

Vir: IIASA, http://www.iiasa.ac.at/Research/ERD/DB/data/hum/dem/dem_2.htm

Po rezultatih IIASA (International Institute for Applied Systems Analysis) iz tabele 1, ki temeljijo na ERD (European Rural Development) podatkovni bazi, bo imela Evropa leta 2050 več kot 91 milijonov prebivalstva starejšega od 75 let, kar bo predstavljalo več kot 14% evropske populacije, ter nadaljnjih 82 milijonov populacije med 65 in 75 let starosti, kar

predstavlja nadaljnjih 13% evropske populacije. Problematika z rastjo deleža starega prebivalstva bo velika predvsem v mediteranskih državah, kjer bo delež starostnikov presegel 32% populacije, hkrati pa bo delež mestnega prebivalstva najhitreje naraščal. Te perspektive postavljajo pred prostorske planerje evropskih mest nove naloge.

Probleme staranja in vpliv staranja na javne finance posameznih članic EU podrobneje razčlenjujejo Ageing reporti (EC 2009, 2012, 2015). O pomembnosti vključevanja nepremičnin tudi v zasnovah stavbnih zemljišč v prostorskih planih (Bogataj, Drobne, Bogataj, 2005) med vire za socialno varnost starostnikov pa zasledimo v Sloveniji že vrsto let (Bogataj in Bogataj, 2003; Banovec, 2011), ki jih nadgrajujejo dela zadnjih let (Bogataj in Aver, 2013a, 2013b; Bogataj, 2012, 2013; Bogataj et al, 2015a,2015b, 2015c).

Tabela 3.1.2. Projekcija Slovenske populacije po starostnih razredih 1950 -2050

Pričakovano trajanja življenja pri 65 letih	Prirast 13-60	2013	2020	2030	2040	2050
	let	let	let	let	let	let
moški	4.9	17.1	17.9	19	20	21.1
ženske	4.6	20.9	21.6	22.7	23.6	24.6
otroci do 14. leta kot % celotne populacije	0.2	14.5	15.4	14	13.6	14.9
Stari 25-54 let kot % celotne populacije	-8.9	43.8	40.6	36.4	34.2	34.1
Stari 65 let in več kot % celotne populacije	12.1	17.3	20.6	25	27.9	29.9
Stari 80 let in več kot % celotne populacije	7.8	4.6	5.5	6.8	9.6	11.1

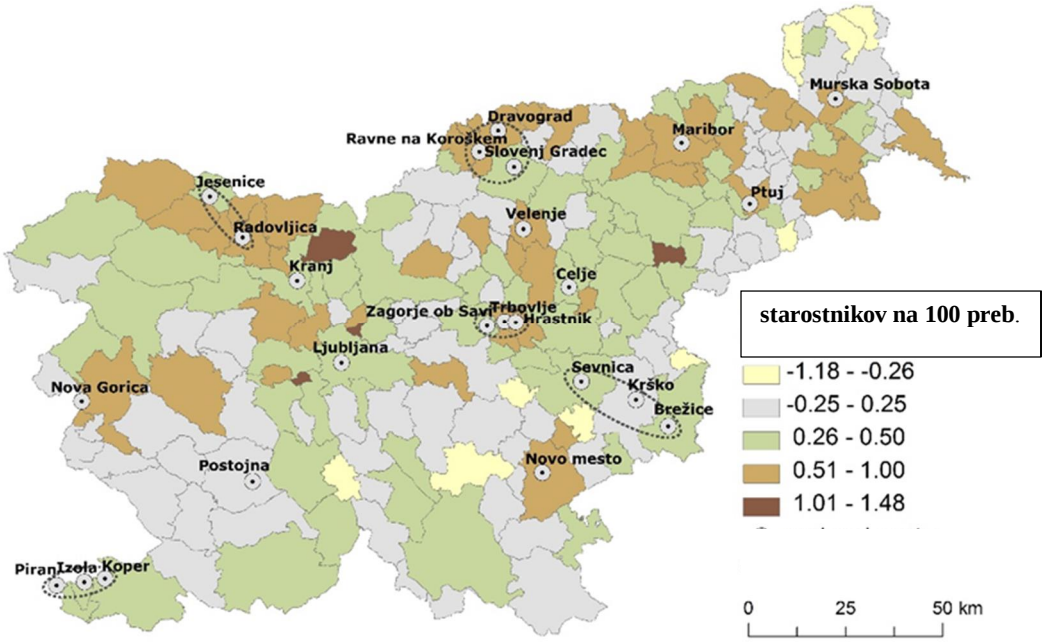
Vir: Aging report 2015.
http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/ee3_en.htm

Odstotek starih nad 80 let se bo do leta 2050 skoraj potrojil, vendar pa bo ta dinamika po različnih regijah Slovenije različna, kot se razlikuje že danes (glej sliko 3.1.1!).

Prihodki starostnikov po upokojitvi največkrat upadejo. Da bi obdržali nivo življenja tudi po upokojitvi in hkrati tudi ustrezno vzdrževali nepremičnine, prihodki od pokojnin največkrat ne zadoščajo. Poleg pokojnin je lastništvo nepremičnin eden najpomembnejših možnih virov za dvig kvalitete bivanja starostnika. Po študijah Reifnerja (2009) se je delež nepremičnin v lasti stanovalcev v le-teh v letu 2007 gibal med 43 % (Nemčija) in 98 % (Romunija). V zadnji četrtini stoletja je delež starostnikov vedno bolj naraščal. V Sloveniji znaša ta delež 84 %, pri čemer starostniki prednjačijo s preko 90 % bivališč v lasti, medtem ko je delež

najemnih stanovanj, še predvsem neprofitnih, zanemarljivo majhen (Temeljotov Salaj et al, 2011).

Slika 3.1.1. Letna rast koeficienta starostne odvisnosti (starostnikov nad 80 let na 100 prebivalcev) po slovenskih obļinah glede na regionalne centre in somestja.



Vir: Drobne, Bogataj: Regions for Servicing Old People, doi: 10.2478/bsrj-2014-0017

Ocene struktur iz tabel 3.1.1. in 3.1.2 nas opozarjajo, da bo veliko potreb po ustrezno zgrajenih objektih za starostnike. Četudi ustvarimo institucionalne okvire za boljše prilagajanje tem potrebam, bo povpraševanje težko zadovoljiti, če se pravočasno ne pristopi k reševanju te problematike. Medtem ko se pričakuje, da bo število prebivalcev, mlajših od 65 let v Evropi do leta 2050 upadlo za skoraj tretjino, bo delež starostnikov za skoraj tretjino porasel. Tako bo velik del stanovanj, ki so danes namenjena družinam aktivnih prebivalcev, potrebno prilagoditi starostnikom z bolj ali manj samostojnim življenjem, pa tudi takim, z mnogo manjšo mobilnostjo in potrebami po dolgotrajni socialni oskrbi.

3.1.3 Potrebe starostnikov po prilagoditvah grajenega prostora

Želje po vrsti stanovanj in pričakovanja prebivalstva, kakšen dom si lahko privoščijo tudi na starost, so različna in še posebej različna od mladih (Grum in Temeljotov Salaj, 2012). Starejši si predvsem želijo ostati kar se da dolgo v svojem obstoječem domu, v krogu svojih prijateljev in znancev ali v bližini otrok, vendar so njihove prostorske potrebe vedno manjše, potrebe po bolj priročnem stanovanju z večjo dostopnostjo do različnih servisov pa vse večje. Hkrati pa postaja ogrevanje in adaptacija bivališča strošek, ki si ga mnogi ne morejo več privoščiti. Vedno bolj se srečujejo tudi z zdravstvenimi težavami in omejeno mobilnostjo, kar zahteva temu primeren prostor in oskrbovalne mreže. S funkcionalno omejenostjo se

starostniki vse bolj srečujejo z omejitvami v mestu. V zadnjih desetletjih je bilo sicer v mnogih mestih razvitih držav izvedeno precej prilagoditev grajenih objektov starostnikom, zgrajenih je bilo tudi kar nekaj domov za upokojence, varovanih stanovanj oziroma stanovanj za posebne potrebe, vendar pa so bile te akcije izvedene pogosto nesistematično, brez dolgoročne vizije razvoja mest z večjim deležem starostnikov v populaciji. Ustrezno grajena bivališča in dostopnost v prijazno okolje morata postati pomembno vodilo prostorskim planerjem in investitorjem v mestni prostor nekoč mnogo bolj industrijsko usmerjenih gradenj v mestih. Od upravljavcev mest 21. stoletja je pričakovati, da bo ustrezna graditev objektov za vse generacije prebivalstva, tudi za starejše in manj mobilne, ena od njihovih temeljnih skrbi. S tem pa bodo mesta dobila nov podobo.

V naslednjih desetletjih bo potrebno kar tretjino hiš in stanovanj transformirati v domove, ki bodo starostnikom bolj prijazni in bodo bolj ustrezali njihovim potrebam. Za to preoblikovanje bodo potrebna velika finančna sredstva**.** Že samo preureditev in dodelava javnih zgradb, ki bodo bolj dostopna starostnikom, zahtevajo večja sredstva in teh ni mogoče pričakovati od drugod kot iz davčnih prihodkov mest oziroma lokalnih skupnosti.

Za prilagoditev stanovanj potrebam starostnikov pa predvsem v Sloveniji drugih virov, kot so prihodki iz njihovega nepremičnega premoženja, ne bo veliko. Glede na mobilnost posameznikov in druge njihove prioritete je pričakovati, da se bodo obnove stanovanj in selitve odvijale v dveh smereh: v segregacijo starostnikov (naselja za upokojence), kar je mogoče pričakovati predvsem v njihovi visoki starosti, in v smer izgradnje univerzalnih stanovanj in spremljajočih objektov, ki bodo primerni za vse generacije, tudi za manj mobilne s posebnimi potrebami, ki so značilne predvsem za starostnike. Ne glede za kakšno preoblikovanje mest in naselij mestnega značaja bo šlo, bodo potrebna večja finančna sredstva, h katerim bodo morali participirati tudi starostniki.

Tega pa s svojimi skromnimi pokojninami ne bodo mogli. Če jih bo država omejevala še pri uporabi lastnih nepremičnin, ki bodo obremenjene s hipoteko, kar je uvedel Zakon o socialno-varstvenih prejemkih (ZSVarPre. Ur.l.RS, št. 6172010). Ta bistveno znižuje možnosti, da jih na trgu zamenjajo za bolj primerne svojemu stanju in starosti. Ta omejitev bo življenje starostnika še bolj osiromašila in pustila mesta še bolj neurejena, s starimi, energetsko potratnimi fasadami, razpadajočimi okni in puščajočimi strehami. Če država ne bo poskrbela za večje možnosti, da se starostniki s svojimi nepremičninami vključijo v omenjeno preureditev mest in si poiščejo sebi najprimernejše prebivališče, bo to bistveno znižalo kvaliteto bivanja starostnikov, ki jim pokojnine ne bodo dovolj za primerno preživljanje starosti. Samo institucionalna organiziranost mest s ciljem, da izboljšamo življenje starostnikov, bo pripeljala do urejenih in energetsko vzdržnih mest 21. stoletja. Pri tako izrazitem trendu staranja slovenske populacije lahko tudi pričakujemo, da bo v štiridesetih letih že vsak deseti prebivalec potreboval manj ali bolj intenzivno dolgotrajno oskrbo, ki kliče po paleti različnih medicinskih, rekreacijskih in socialnih storitev, ki bodo seveda različne za različne starostne kohorte.

Imeli bomo namreč pisano strukturo bolj in manj odvisnih starostnikov, ki bodo zaradi omejene fizične ali mentalne zmožnosti potrebovali pomoč pri osnovnih življenjskih aktivnostih. Ta skrb za ostarele bodo morali zagotavljati različni servisi, ki so, če sploh so, danes po mestih komaj v povojih. Potrebno bo vpeljati v mesta in njihove funkcionalne regije

(Zavodnik Lamovšek et al, 2009; Pogačnik et al, 2008) nove javne inštitucije in privatne organizacije, ki bodo pokrivale zdravstvene in socialne storitve za starostnike, pa tudi razvedrilne aktivnosti. Vsa ta široka paleta novih dejavnosti se bo odvijala v mestih, praviloma pod nadzorom upravljavcev mest, na NUTS 5 nivoju, le redko na NUTS 3 nivoju. Pri oblikovanju funkcionalnih regij, ki jih bodo pokrivale posamezne mreže, pa bo poleg kriterija potovanj na delo (Drobne in Bogataj, 2011) potrebno razmisliti tudi o vključevanju kriterija oskrbovalnih mrež za starostnike v metodologijo določevanja meja funkcionalnih regij.

Da bi dosegli te cilje, ni dovolj, da izboljšamo inštitucije socialnega in zdravstvenega sektorja, ampak moramo rastočim potrebam starejših prilagoditi tudi grajeni prostor, kar zahteva nova finančna sredstva. Velik problem je prav v tem, da možnosti bivanja med družinskim domom, v katerem so starostniki živeli skupaj z družino, in institucionalno oskrbo v domovih za ostarele, v Sloveniji ni veliko. Medtem ko so na zahodu in v ZDA v porastu naselja, ki so prilagojena bivalnim potrebam starostnikov, v Sloveniji take vmesne rešitve, kjer bi starostnik ostal v svojem domu čim dlje, nimamo, če izvzamemo nekaj varovanih stanovanj, ki le delno zapolnjujejo to vrzel.

Da bi v bodoče uspešneje načrtovali urbani prostor tudi za potrebe starejših in da bi razvili modele za načrtovanje logističnih in stanovanjskih storitev dolgotrajne oskrbe na lokalnem in regionalnem nivoju vključno z zadovoljevanjem stanovanjskih potreb za starostnike s padajočimi funkcionalnimi zmožnostmi, kar vključuje tudi oskrbo na domu, smo se na MEDIFAS-u najprej lotili modela mnogoterih pojemanj, ki vključuje prilagajanje bivališča potrebam starostnikov. Pri prebiranju tuje literature, predvsem del avtorjev iz tistih področij, kjer je paleta rešitev za starostnike res najširša, smo pri iskanju odgovorov na vprašanje, kaj dejansko starostniki potrebujejo v posameznih fazah upadanja funkcionalnih in kognitivnih zmožnosti, naleteli na bogato literaturo z Univerze v Južni Floridi (University of South Florida – USF), kjer izstopa predvsem bogata zakladnica del profesoric Kathy Black in Debre Dobbs (glej reference na koncu prispevka). Ker imamo v Sloveniji slabo podatkovno bazo in mnogo slabšo prakso za prilagajanje bivališča in logistike starostnikom kot ZDA, so izkušnje in podatkovne baze, na katerih dela prof. Dobbs, za nas izrednega pomena.

3.1.4 Ugotovitve profesorice Debre Dobbs o potrebah starostnikov

3.1.4.1 Kratka predstavitev avtorice

Dr. Debra Dobbs je izredna profesorica na Šoli za študije staranja (School of Aging Studies) na Univerzi južne Floride (USF) v Tampi. Njeno raziskovalno področje je med drugim dolgotrajna oskrba, varovana stanovanja, koriščenje in stroški paliativne oskrbe, kvalitativne metode v študijah staranja. Na univerzi predava predmete: "Vidiki umiranja", "Smrt in umiranje", "Sociološki vidiki staranja", za nas pa sta še posebej zanimiva predmeta: "Vrednotenje programov v starajoči se družbi" in "Storitve v starajočih se skupnostih". Poleg dela na našem skupnem - bilateralnem projektu: "Logistika in financiranje upokojenskih naselij za kvalitetnejšo dolgotrajno oskrbo starostnikov" je v zadnjih desetih letih vodila ali pa sodelovala pri naslednjih projektih: "Adoptability and Implementation of the Quality Improvement Palliative Care Training Program for Staff in Assisted Living Settings",

"Advance Care Planning Patterns in Korean American Elders", "Autonomy in Assisted Living: A Cultural Analysis", "Senior Care Needs Assessment" (contract - SitterCity), "Social Relations of African American and Hispanic Older Adults: Implications for Well-Being in Assisted Living", "Hospice Use and End of Life Care Practices in Florida Assisted Living Facilities", "Stigma and the Cultural Context of Residential Settings for the Elderly", "Florida Medicaid Program Analysis", "Assisted Living Trajectories, Nursing Home Admission and Hospice Use", "Comparison of Medicare Fee For Service Beneficiary Hospice and NonHospice Users", "Affordable Assisted Living and The Woodwork Effect", "Elders' Expectations of Retirement Communities", "Screening for Memory Problems in Assisted Living", "Defining A Good Death for Residents in Long Term Care", "End of Life Care in Residential Care and Nursing Homes", "Transitions in Assisted Living: Sociocultural Aspects", "End of Life and the Dying Process Initiative: Spiritual Care at the End of Life" in "Challenging Life Events in Older Persons", za nas še posebej zanimiva študija pa je "Promoting Dignity and Independence in Aging by Linking Individual Voice, Community Engagement, and Technological Innovation", ki jo je financirala Patterson Foundation in kjer je bila vodilna raziskovalka profesorica Kathy Black (USF Sarasota).

3.1.4.2 Znanstvene in strokovne objave prof. dr. Debre Dobbs[11]

V zadnjih desetih letih je objavila tudi 34 znanstvenih in strokovnih člankov v uglednih revijah:

1. Black, K., & **Dobbs, D.** (2015). Community-Dwelling Older Adults' Perspectives on What Matters Most: Findings From an Exploratory Inquiry. *Activities, Adaptation & Aging,* 39:2,133-152, DOI: 10.1080/01924788.2015.1025674.
2. **Dobbs, D.**, Baker, T. A., Carrion, I. V., Vongxaiburana, E., & Hyer, K. (2014). Certified nursing assistants' perspectives of nursing home residents' pain experience: Communication patterns, cultural context, and the role of empathy. *Pain Management Nursing, 1*5(1), 87-96. doi:10.1016/j.pmn.2012.06.008.
3. Meng, H., **Dobbs, D.**, Wang, S., & Hyer, K. (2013). Hospice use and public expenditures at the end of life in assisted living residents in a Florida Medicaid waiver program. *Journal of the American Geriatrics Society, 61*(10), 1777-1781. doi: 10.1111/jgs.12459.
4. Park, N. S., **Dobbs, D.**, Carrion, I. V., Young, T. L, Salmon, J. R., & Roff, L. L. (2013). Social relationships of African American and Hispanic older assisted living residents: Exploring the role of race/ethnicity. *Journal of Housing for the Elderly, 27*(4), 369-391. doi: 10.1080/02763893.2013.813427
5. Holup, A.A., **Dobbs, D.**, Hyer, K., & Meng, H. (2013). Facility characteristics associated with the use of electronic health records in residential care facilities. *Journal of the American Medical Informatics Association, 20*(4), 787-791. doi: 10.1136/amiajnl-2012-001564
6. Black, K., & **Dobbs, D.** (2013). Community-dwelling older adults' perceptions of dignity: Core meanings, supports, challenges, and opportunities. *Ageing & Society*. Advance online publication. doi:10.1017/S0144686X13000020
7. **Dobbs, D.,** Meng, H., Hyer, K., & Volicer, L. (2012). The influence of hospice use on nursing home and hospital use in assisted living among dual-eligible enrollees. *Journal of the*

[11]Več o delu prof. dr. Debre Dobbs najdete na spletni strani:
http://intra.cbcs.usf.edu/PersonTracker/common/file/cv-141.pdf

American Medical Directorôs Association, 13, 189.e9-189.e13. doi: 10.1016/j.jamda.2011.06.001.

8. **Dobbs, D.**, Emmett, C., Hammarth, A., & Daaleman, T. P. (2012). Religiosity and death attitudes and engagement of advance care planning among chronically ill older adults. *Research on Aging*, *34*(2), 113- 130.doi:10.1177/0164027511423259 .
9. Park, N. S., Carrion, I. V., Lee, B. S., **Dobbs, D.,** Shin, H. J., & Becker, M. A. (2012). The role of race and ethnicity in predicting length of hospice care among older adults. *Journal of Palliative Medicine*, *15*(2), 149-153. doi:10.1089/jpm.2011.0220.
10. Black, K., **Dobbs, D.**, & Young, T. L. (2012). Aging in community: Mobilizing a new paradigm of older adults as a core social resource. *Journal of Applied Gerontology.* Advance online publication. doi:10.1177/0733464812463984.
11. Holup, A. A., **Dobbs, D.**, Temple, A., & Hyer, K. (2012). Going digital: Adoption of electronic health records in assisted living facilities. *Journal of Applied Gerontology*. Advance online publication. doi:10.1177/0733464812454009.
12. Krok, J., **Dobbs, D.**, Hyer, K., & Polivka-West, L. (2011). Nurse managers' perspectives of structural and process characteristics related to resident's advance directives in nursing homes. *Applied NursingResearch. 24*(4), e45-e50. doi: 10.1016/j.apnr.2010.11.004
13. Emmett, C., **Dobbs, D.,** Williams, S., & Daaleman, T. (2011). "Peace with my Maker": Voices of seriously ill African Americans regarding advance care planning. *Qualitative Inquiry*, *17*(2), 119-125. doi: 10.1177/1077800410390775
14. Temple, A., Dobbs, D., & Andel, R. (2011). Exploring correlates of turnover among nursing assistants in the National Nursing Home Survey. *Journal of Nursing Administration, 41*(7-8 Suppl), S34-S42. doi: 10.1097/NNA.0b013e318221c34b
15. Gordon, N., **Dobbs, D.,** & Molinari, V. (2010). Availability of mental health care in assisted living facilities. *Psychologists in Long Term Care Newsletter*, *24*, 6-8.
16. Gordon, N., **Dobbs, D.,** & Molinari, V. (2010). Availability of mental health care in assisted living facilities. *The University of Florida Journal of Psychological Science*, (2011), 2, 11-12.
17. Temple, A., **Dobbs, D., &** Andel, R. (2010). The association between organizational characteristics and benefits offered to nursing assistants: Results from the National Nursing Home Survey. *Health Care Management Review, 35*(4), 324-32. doi: 10.1097/HMR.0b013e3181e02f64
18. Daaleman, T., & **Dobbs, D.** (2010). Religiosity, spirituality, and death attitudes in chronically ill older adults. *Research on Aging, 3*(2), 224-243. doi:10.1177/0164027509351476
19. Temple, A., Andel, R., & **Dobbs, D.** (2010). Setting of care modifies risk of nursing home placement for older adults with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 25*(3), 275-281. doi:10.1002/gps.2333
20. Temple, A., **Dobbs, D., &** Andel, R. (2009). Exploring correlates of turnover among nursing assistants in the National Nursing Home Survey. *Health Care Management Review*, *34*(2):182-90. doi: 10.1097/HMR.0b013e31819c8b11.
21. Daaleman, T.P., Emmett, C., **Dobbs, D.,** & Williams, S.W. (2008). An exploratory study of advance care planning in seriously ill African American elders. *Journal of the National Medical Association,100*(12), 1457 – 1462.
22. **Dobbs, D.,** Eckert, J. K., Rubinstein, B., Keimig, L., Clark, L., Frankowski, A. C., & Zimmerman, S. (2008). An ethnographic study of stigma and ageism in residential care or assisted living. *The Gerontologist*
23. Hanson, L. C., **Dobbs, D.,** Usher, B. M., Williams, S. W., Rawlings, J., & Daaleman, T. P. (2008). Providers and types of spiritual care during serious illness. Journal of Palliative Medicine, 11(6), 907-14. doi: 10.1089/jpm.2008.0008
24. Munn, J. C., **Dobbs, D**., Meier, A., Williams, C. S., Biola, H., & Zimmerman, S. (2008). The end-of-life experience in long-term care: Five themes identified from focus groups with

residents, family members, and staff. The Gerontologist, 48(4), 485-94. doi: 10.1093/geront/48.4.48510
25. Hanson, L. C., Eckert, J. K., **Dobbs, D.,** Williams, C.S., Caprio, A., Sloane, P. D., & Zimmerman, S. (2008). Symptom experience of dying long-term care residents. Journal of the American Geriatrics Society, 56(1), 91-8. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01388
26. Williams, S. W., Williams, C. S., Zimmerman, S., Munn, J., **Dobbs, D.,** & Sloane, P. D. (2008).Emotional and physical health of informal caregivers of residents at the end of life: The role of social support. Journals of Gerontology: Series B, Psychological sciences and Social Sciences, 63(3), S171-83.
27. Caprio, A. J., Hanson, L. C., Munn, J. C., Williams, C. S., **Dobbs, D.,** Sloane, P. D., & Zimmerman, S. (2008). Pain, dyspnea, and the quality of dying in long-term care. Journal of the American Geriatrics Society, 56(4), 683-688. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01613.x
28. Zimmerman, S., Sloane, P. D, Williams, C. S., **Dobbs, D**., Ellajosyula, R., Braaten, A., Rupnow, M. F. T., & Kaufer, D. I. (2007). Residential care/assisted living staff may detect undiagnosed dementia using the Minimum Data Set Cognition Scale. Journal of the American Geriatrics Society, 55(9), 1349-55. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01289.x
29. **Dobbs, D. J.,** Hanson, L., Williams, C. S., Zimmerman, S., & Munn, J. (2006). Hospice attitudes among assisted living and nursing home administrators, and the Long-Term Care Hospice Attitudes Scale. Journal of Palliative Medicine, 9(6), 1388-1400. doi: 10.1089/jpm.2006.9.1388
30. **Dobbs, D.,** Hayes, J., Chapin, R., & Oslund. P. (2006). The relationship between psychiatric disorders and the ability to age in place in assisted living. American Journal of Geriatric Psychiatry, 14(7), 613-20. doi: 10.1097/01.JGP.0000209268.37426.69
31. **Dobbs, D.** & Montgomery, R. (2005). Family satisfaction with residential care provision: A multi-level analysis. Journal of Applied Gerontology, 24(5), 453-474. doi: 10.1177/0733464805279374
32. **Dobbs, D.,** Munn, J., Zimmerman, S., Boustani, M., Williams, C. S., Sloane, P. D., & Reed, P. S. (2005). Characteristics associated with lower activity involvement in long-term care residents with dementia. The Gerontologist, 45(Suppl 1), 81-86. doi: 10.1093/geront/45.suppl_1.81
33. Port, C., Zimmerman, S., Williams, C.S., **Dobbs, D.,** Williams, S., & Priesser, J. (2005). Families filling the gap: Comparing family involvement for assisted living and nursing home residents with dementia. The Gerontologist, 45(Suppl 1), 87-95. doi: 10.1093/geront/45.suppl_1.87
34. Zimmerman, S., Sloane, P. D., Williams, C. S., Reed, P. S., Priesser, J. S., Eckert, K. J., Boustani, M., & **Dobbs, D.** (2005). Dementia care and quality of life in assisted living and nursing homes. The Gerontologist, 45(Suppl 1), 133-146. doi: 10.1093/geront/45.suppl_1.133

3.1.4.3 Povzetek iz dela »Community-Dwelling Older Adultsø Perspectives on What Matters Most:Findings From an Exploratory Inquiry«

Prof. Dobbs smo zaprosili, da nam predstavi študijo »Community-Dwelling Older Adults' Perspectives on What Matters Most: Findings From an Exploratory Inquiry« katere soavtorica je in ki je izšla v Ageing & Society pred kratkim. Kot že naslov pove, se avtorici lotevata vprašanja, kaj prebivalcem stanovanjskih skupnosti za starejše največ pomeni, kako si predstavljajo kakovostno življenje na starost. V izhodišču avtorici izpostavljata dejstvo, da se ZDA (tako kot Evropa) spoprijemajo z naglim povečevanjem deleža starejših kohort v populaciji, katerega dinamika bo samo še večja. Zato sta avtorici izvedli raziskavo o potrebah starostnikov, ki živijo v stanovanjskih skupnostih za starejše, kakršnih pri nas ne poznamo in

o kakršnih bi morali začeti razmišljati tudi mi, in na temelju kvalitativne analize ugotovili predvsem, da je za stare prebivalce stanovanjskih skupnosti starostnikov pomembno predvsem (1) Ohranjanje in spodbujanje zdravja in dobrega počutje; (2) nadaljevanje z načinom življenja, kot so si ga začrtali, in ohranjanje življenjskega sloga; (3) ohranitev samostojnosti in neodvisnosti; (4), angažiranje v pomembnih družbenih priložnosti; in (5), prilagojenost sredstev skupnosti potrebam.

V raziskavi so se poglobili v vprašanja primernosti programov skupnosti starejših njihovim potrebam. Razčlenitev zgoraj navedenih točk bo podana v predstavitvi profesorice Debre Dobbs, kot sledi v poglavju 3.2.

Literatura in viri

1. Banovec, T. (2011). Demografija in stanovanja v dolgoživi družbi. V: GRŽINIČ, Borut (ur.). Zbornik referatov. Ljubljana: Gospodarska zbornica Slovenije, Zbornica za poslovanje z nepremičninami, 2011, str. 17.
2. Bogataj, M., Bogataj, D.(2003). Zemljiška renta in instrument obratne hipoteke v produktih bančnih in zavarovalnih rent. V: KOŽAR, Anton (ur.). Poslovanje z nepremičninami : zbornik referatov. Ljubljana: GZS - Gospodarska zbornica Slovenije, str. 50-65
3. Bogataj, D. (2012). Nepremičnine v strukturi virov za zagotavljanje socialne varnosti starostnikov, Evropska pravna fakulteta, Nova Gorica.
4. Bogataj, D. , Aver, B. (2013a). Residential real estate investments from the perspective of Act on social security benefits. Dignitas, ISSN 1408-9653, 57/58, str. 252-276, 306-308
5. Bogataj, D. , Aver, B. (2013b). Uvedba zakonskih podlag za načrte črpanja nepremičnega premoženja starostnikov. PP, 32(13), str. 6-8
6. Bogataj, D., Ros-McDonnell, D., Bogataj, M. (2015a) Financing Urban Growth in Aging Societies : Modelling the Equity Release Schemes in the Welfare Mix for Older Persons. V: Enhancing synergies in a collaborative environment, Cham: Springer, str. 205-215
7. Bogataj, D., Ros-McDonnell, D., Temeljotov Salaj, A., Bogataj, M. (2015b) Sustainable Urban Growth in Ageing Regions: Delivering a Value to the Community. V: Enhancing synergies in a collaborative environment, Cham: Springer, 2015, str. 215-224
8. Bogataj, D., Ros-McDonnell, D., Bogataj, M. (2015c). Reverse Mortgage Schemes Financing Urban Dynamics Using the Multiple Decrement Approach. Actuarial Sciences and Quantitative Finance, Springer Proceedings in Mathematics & Statistics 133, pp.27-47
9. Bogataj, D. (2013)Vlagaj v svoj dom, da boš dolgo živel in ti bo dobro na zemlji, (MEORL, serijska št. 13). Nova Gorica: MEDIFAS
10. Bogataj, M., Drobne, S., Bogataj, D.(2005). Zasnova stavbnih zemljišč v prostorskem planu Slovenije in državna stavbno zemljiška politika: ugotovitve in predlogi, (Prostor SI 2020). Ljubljana: Ministrstvo za okolje prostor, Urad za prostorsko planiranje.
11. Bogataj, D. (2010). Instrument obratne hipoteke v varstvu države. V: BLAŽINA, I. (ur.). Zbornik referatov. Država, državljani, stanovanja. Ljubljana: Gospodarska zbornica Slovenije, Zbornica za poslovanje z nepremičninami, str. 69-82
12. Drobne, S., Bogataj, M. (2014). Regions for Servicing Old People : Case study of Slovenia. Business systems research journal, ISSN 1847-8344, sep. 2014, letn. 5, št. 3, str. 19-36, doi: 10.2478/bsrj-2014-0017.
13. European Commission (2009). Ageing report 2009, Bruselj, EC.

14. European Commission (2012). Ageing Report 2012, Bruselj, EC.
15. European Commission (2015) Ageing Report 2015. Bruselj, EC.
16. Grum, B., Temeljotov Salaj, A. (2010). Pričakovanja potencialnih pridobiteljev stanovanjskih nepremičninskih pravic v Republiki Sloveniji glede na njihov spol, starost, izobrazbo in zaposlenost. *Geod. vestn.,* letn. 54, št. 3, str. 501-516.
17. European Commission (2010). Green Paper on pensions, MEMO/10/302, Brussels, 2010, http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=MEMO/10/302&format=HTML&aged=1&language=EN&guiLanguage=sl.
18. European Commission (2011). Health-EU, The Public Heath Portal of the European Union, (available online: http://ec.europa.eu/healtheu/care_for_me/long_term_care/index_en.htm , cessed on 21/7/2011.
19. IIASA (2002), Demography: population by age groups, 1950–2050 for all European regions. (http://www.iiasa.ac.at/Research/ERD/DB/data/hum/dem/dem_2.htm,).
20. Pogačnik, A., Zavodnik Lamovšek, A., Drobne, S.(2009). A Proposal for Dividing Slovenia into Provinces. Lex localis, letn. 7, št. 4, str. 393-423.
21. Reifner, U., Clerc-Renaud, S., Pérez-Carrillo,E.F., Tiffe, A., Knobloch, M.(2009). Study on Equity Release Schemes in the EU, Institut für Finanzdienstleistungen e.V., Hamburg, (available online: http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/docs/credit/equity_release_part1_en.pdf/accessed on 12/7/2011//), 134.
22. Temeljotov Salaj, A., Jančar, J., Štritof-Brus, M., Trpin, G.(2011). The development of the real estate investment fund for the purpose of regional development. Lex localis, vol. 9, no. 3, str. 265-281.
23. WHO (2007) "Global age-friendly cities: A guide", Paris, WHO.
24. Zavodnik Lamovšek, A., Drobne, S., Žaucer, T.(2008). Small and medium-size towns as the basis of polycentric urban development = Majhna in srednje velika mesta kot ogrodje policentričnega urbanega razvoja. Geod. vestn., letn. 52, št. 2, str. 290-312, ilustr. http://www.geodetski-vestnik.com/52/2/gv52-2_290-312.pdf.
25. Zakon o socialno-varstvenih prejemkih (ZSVarPre), Ur.l.RS, št. 61/2010, z dne 26.7.2010.

3.2. WHAT METTERS MOST IN USA

prof.dr. Kathy BLACK[12] in **prof.dr. Debra DOBBS**[13]**,**

3.2.1 Introduction

This study provides illuminating insights about what matters most among community-dwelling older adults and makes a contribution parallel to some of the earlier work, highlighted in the literature review, about successful aging in the community. In this study five key themes and one overarching theme were identified, all underscoring the prominence of the continuation of self as one ages in the community. The findings reflect what is posited from continuity theory of aging in that older adults try to maintain a continuity of lifestyle by adapting strategies that are connected to their past experiences (Atchley, 1989). Older adults do incorporate new activities and relationships into their daily lives depending on their health and physical and mental abilities, but the key themes predominantly reflect a continuation of self based on prior life experiences.

The findings include numerous implications for professionals in activity and recreation services to further enhance the aging experience for community-dwelling older adults. The preservation of health theme revealed that older adults incorporate multidimensional views about health and wellbeing. This holistic perspective could be incorporated into existing programs and services pertaining to health promotion. For example, fitness activities could actively promote social health by creating opportunities for peers with similar health conditions. Physical health goals such as maintaining and increasing strength and endurance could be combined with educational offerings to provide mental health benefits. Spiritual aspects of health can be incorporated into activities by better understanding the spiritual views of participants. For example, this might include grouping activities by religious affiliation or more nature-based expressions of spirituality, such as arranging for sunrise workouts on the beach or midday hikes on mountainsides. Consistent with our findings, practitioners should be sure to assess for previous activities and interests to promote ongoing efforts. The continuation of living arrangement and lifestyle theme exposed the financial vulnerability of older adults. Older adults, as a demographic group, have experienced substantial losses through the nation's recent recession (Rix, 2011). Consequently, some older adults are returning to the workforce to meet their costs of living. In austere times, people may cut back on expenditures that may be viewed as superfluous to basic needs. Practitioners in activity and recreational planning should be mindful of the economic costs to potential participants and offer services at multiple price points. Indeed, affordable activities are likely to be in growing demand as more and more and older adults face economic realities during their later years. Practitioners should also be sure to alert older adults to the benefits of activity and recreational involvement. That is, can older adults really afford to *not* participate in functions that, after all, will benefit their health in innumerable ways?

---

[12] University of South Florida, Sarasota- Manatee, USA
[13] University of South Florida, Tampa, USA; ddobbs@usf.edu

The maintenance of autonomy and independence theme represents important considerations for professionals serving older adults across a variety of settings. Older adults voiced that personal choice was vitally important in daily life. Programs and services for older adults can be responsive by incorporating opportunities for choice whenever possible. This might include the scheduling of services and multiple options or formats to participate. Online opportunities could provide convenient choices based on individual schedules. Web-based activities may be useful to best meet individual needs and preferences. In addition, older adults revealed the importance of maintaining their public persona. Practitioners can respect and honor older adults by recognizing this aesthetic value. Creating activities and venues that enhance a positive sense of self would be greatly appreciated. Of course, professionals should be prepared to counter ageism by consistently practicing respectful interactions with older adults. Engaging in meaningful social activities represented a core thematic finding in the study. According to the respondents, this involved having access to a wide variety of activities. Programmatic planning can involve older adults to identify avenues for social engagement beyond the service encounter. Specifically, lifelong learning and volunteer opportunities can be promoted to foster social engagement. Volunteer opportunities for older adults who have successfully completed programs could serve as particularly meaningful ways to make a difference for others, which was espoused by the older adults in our study. In addition to the aforementioned social and educational planning, activity and recreational practitioners might also consider volunteer-based activities that provide particularly meaningful benefits to older participants as well.

The provision of accommodating community assets represented a final theme in our study about what matters most. Activity and recreational practitioners could address this theme by specifically assessing whether their respective programming considers the range of health and social services that might also be needed by participants. For example, information about transportation or housing options could provide older adults with information to navigate the continuum of services available to facilitate aging in place.

3.2.2 Interpretation

The findings from this study should be interpreted with several caveats in mind. Our study was conducted in a moderately-sized, southeastern community in which nearly a third of the residents are age 65 and older. Although our generalized findings are reflective of the residents' sociodemographic characteristics across a range of variables, our analysis was not conducted to differentially assess perspectives across variables such as gender, race, and socioeconomic status. Thematic findings pertaining to what matters most according to persons aging in their respective community are likely to depend on a multitude of individual factors relative to each community as well. Although likely applicable to many older adults and communities throughout the nation, our study's findings should be interpreted within this tempered and relativistic view. Future research could be conducted regarding the themes using study designs that allow for greater generalizability.

Community-dwelling Older Adult Perspectives' on What Matters Most*

Kathy Black,Ph.D. , Debra Dobbs, Ph.D.

University of South Florida
Sarasota- Manatee
University of South Florida
Tampa Bay

*Funding provided by the Patterson Foundation, Sarasota Florida, U.S.

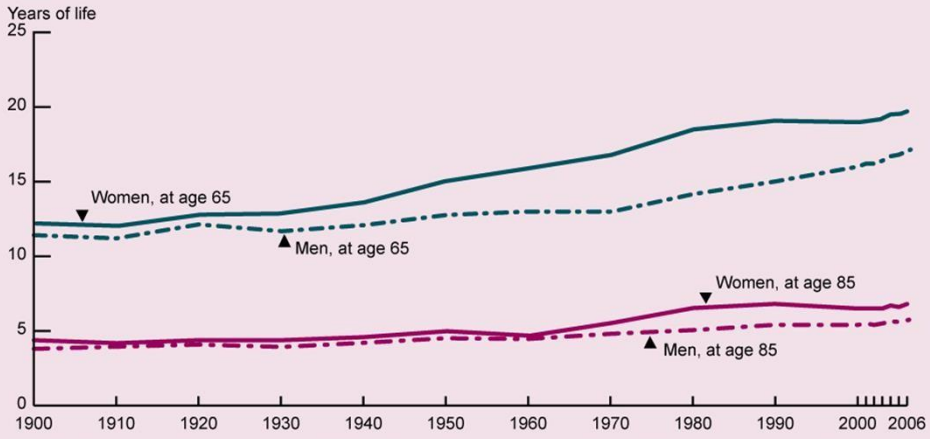
1

Background

Å The U.S. is currently grappling with unprecedented increases among their older adult population and bracing for even greater growth in the decades ahead.

Indicator 14 – Life Expectancy

Life expectancy at ages 65 and 85, by sex, selected years 1900–2006



NOTE: The life expectancies (LEs) for decennial years 1910 to 1990 are based on decennial census data and deaths for a 3-year period around the census year. The LEs for decennial year 1900 are based on deaths from 1900 to 1902. LEs for years prior to 1930 are based on the death registration area only. The death registration area increased from 10 states and the District of Columbia in 1900 to the coterminous United States in 1933. LEs for 2000–2006 are based on a newly revised methodology that uses vital statistics death rates for ages under 66 and modeled probabilities of death for ages 66 to 100 based on blended vital statistics and Medicare probabilities of dying and may differ from figures previously published.
Reference population: These data refer to the resident population.
SOURCE: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System.

3

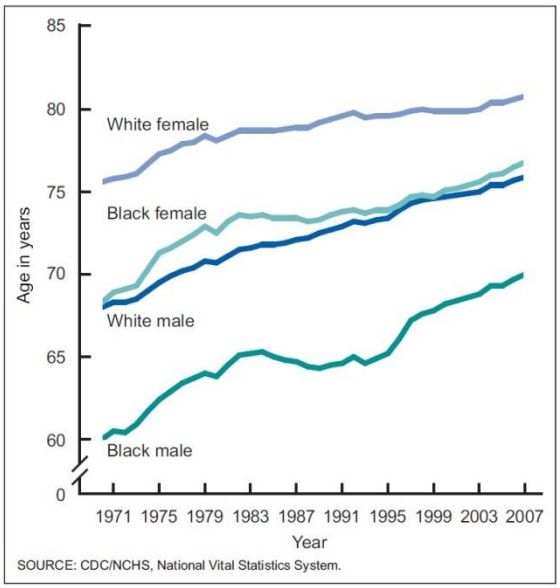


Figure 1. Life expectancy at birth, by race and sex: United States, 1970–2007

4

Divergent trends in longevity

- US life expectancy gains have slowed relative to European countries
- Why?
- National Academy of Sciences expert panel report attributes difference to smoking rates

– Other factors considered: obesity, physical activity, health care, social integration

5

Residential Care as a Community Care Housing Option

Å When including residential care settings, only 5% of older adults in the U.S. reside in institutional care (nursing homes).

- Residential Care Facilities (RCFs) is a key sector in the spectrum of long-term care providers

– Assisted Living Facilities (ALFs) & Personal Care Homes (PCHs)

– Provide housing and supportive services to persons who cannot live independently (but do not require the skilled level of care provided by nursing homes)

– Often preferred by consumers

Residential Care (cont'd)

- National Survey of RCFs (Park-Lee et al. 2011)

– 31,100 RCFs with 971,900 beds nationwide in 2010.

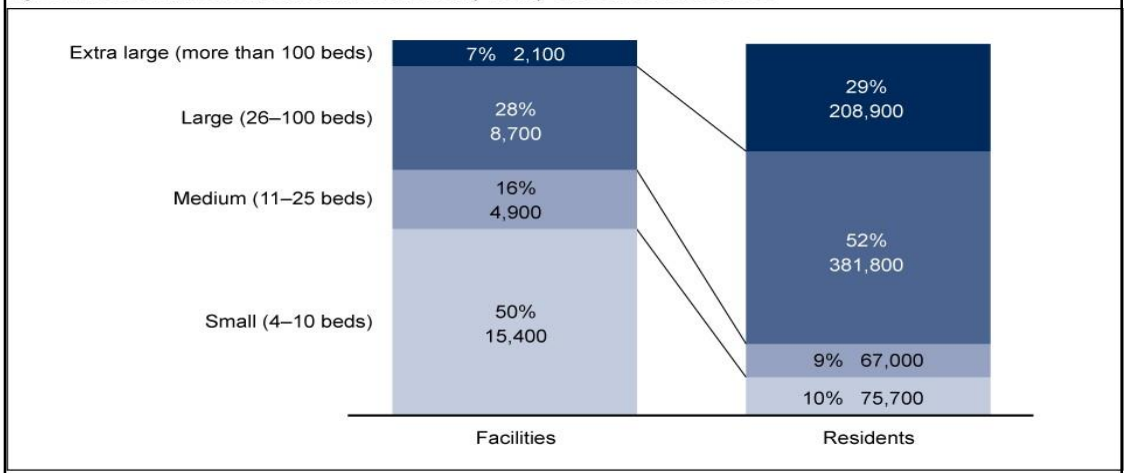
– About one-half were small facilities

– About 40% received payment from Medicaid

– Large facilities were more likely to provide OT/PT, social service, and case management

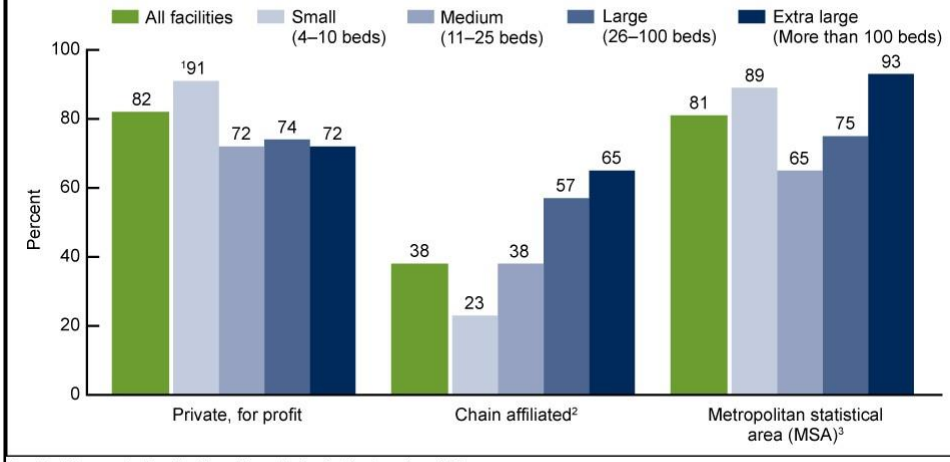
7

Figure 1. Residential care facilities and residents, by facility size: United States, 2010



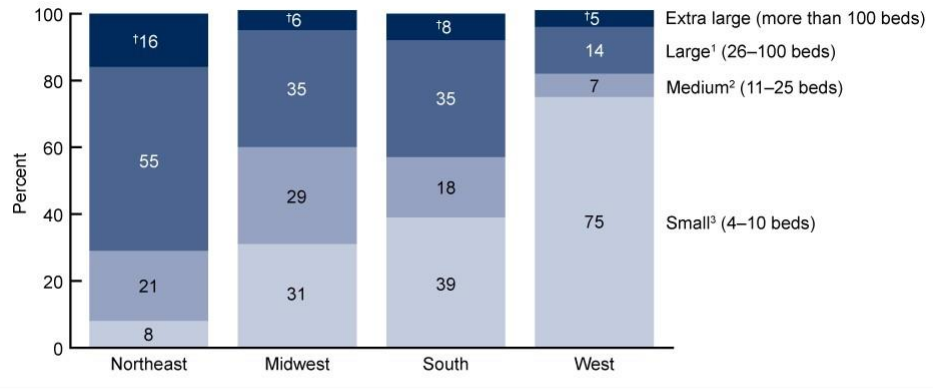
NOTE: Estimates may not add to totals because of rounding.
SOURCE: CDC/NCHS, National Survey of Residential Care Facilities, 2010.

Figure 2. Selected characteristics of residential care facilities, by facility size: United States, 2010



¹Small facilities are significantly different from all other facility sizes at $p < 0.05$.
²A significant upward trend was observed with increasing facility size at $p < 0.05$.
³All facility sizes are significantly different from each other in the percentage of facilities located in an MSA at $p < 0.05$.
SOURCE: CDC/NCHS, National Survey of Residential Care Facilities, 2010.

Figure 3. Residential care facilities, by region and facility size: United States, 2010



†Estimate does not meet standards of reliability or precision because the sample size is between 30 and 59, or the sample size is greater than 59 but has a relative standard error of 30% or more.
¹The Northeast is significantly different from all other regions in the percentage of large facilities at $p < 0.05$. The West is significantly different from the Midwest and the South in the percentage of large facilities at $p < 0.05$.
²All regions are significantly different from each other in the percentage of medium facilities at $p < 0.05$.
³ All regions are significantly different from each other in the percentage of small facilities at $p < 0.05$.
NOTE: Estimates may not add to totals because of rounding.
SOURCE: CDC/NCHS, National Survey of Residential Care Facilities, 2010.

Importance of Study and Research Questions

- There is limited research regarding what really matters most to people aging in community.
- This study utilized multiple methods of qualitative inquiry to explore what matters most to older adults aging in a community where approximately one-third of the residents are age 65 or older (compared to 13% national average).

11

Study Methods

- Setting: A southeastern U.S. community in Florida with a high proportion of older adults (31% age 65 and older)
- Focus Groups and Open-ended surveys were used.
- Purposive sampling was used for focus groups to assure maximum variation on key characteristics (race, income status) (N=51).
  - Locations for FGs included subsized senior housing, libraries, senior centers and private pay residential care settings.

Methods (cont'd)

- Online survey using survey monkey software program (N= 216).
- Paper versions of the survey available upon request, data entry completed by research team into survey monkey.
- All FG data was audio-taped and transcribed.
- FG and survey data was imported into Atlas.ti version 5 for analysis.

13

Methods – Data Analysis

- Content analysis was conducted using a line-by-line open coding and then axial coding approach in two person teams (total of four persons) initially of the FG data.
- Codes were clarified by the research team and data were subject to an iterative analysis.
- After FG data was analyzed, survey data analysis added a greater breadth to the themes.
- Rigorous methods to assure data validity was used (triangulation, multiple researchers analyzed data independently, member checking).

Characteristics	Focus Groups N=51	E-survey N= 216
Age Mean (range)	80 (65-98)	76 (65-96)
Gender (%) Female	80	70
Education (%) Less than H.S. High school/ equivalent Some college College degree Post graduate	15 17 21 25 21	02 07 24 30 37
Religious affiliation Protestant Catholic Jewish No Preference Other Religion	42 22 12 08 16	42 20 11 19 08
Hispanic (%)	06	01
Race (%) White African American Other	83 15 02	98 02 00
Marital status Married (%)	26	53
Have children (%)	92	89
Living arrangement (%) Live with spouse Live with other Live alone	26 06 68	55 06 40
Difficulty with activities of daily living (%)	14	05
Difficulty with instrumental activities of daily living (%)	10	11
Self report health Mean*	3.57	3.75
Currently work (%)	10	20
Currently drive (%)	82	86
Income (%, in U.S. dollars) < $13,000 $13,001– 26,000 $26,001 – 55,000 >$55,000	19 23 19 39	06 18 30 46

15

Results

Å The overarching theme reflects what is posited from continuity theory of aging.

Å Older adults try to maintain a continuity of lifestyle by adapting strategies that are connected to their past experiences.

Å Older adults do incorporate new activities and relationships into their daily lives depending on their health, physical and mental abilities, but the key themes predominantly reflect a continuation of self based on prior life experiences

16

TABLE 2 Community-Dwelling Older Adults' Perspectives on What Matters Most: Thematic Findings

Theme	Subthemes
Preserving and promoting health and well-being	Holistic concept of health
	Physical fitness
	Mental abilities and outlook
	Social involvement
	Spiritual well-being
Continuing living arrangement and lifestyle	Economic security
	Aging in place
	Anticipating future needs
Maintaining autonomy and independence	Personal choice
	Individual mobility
	Public persona
	Defying ageism
Engaging in meaningful social opportunities	Widespread social activities
	Lifelong learning
	Volunteering
	Making a difference
Accommodating community assets	Desirable environmental attributes
	Housing
	Health care
	Transportation
	Kindred community

17

Theme 1: Preserve and Promote Health and Well-Being

A holistic approach is echoed:

Healthy aging is physical, mental and social activity on a regular basis (90 year old male).

My exercise program, volunteering, mental activities and staying active. (*60 year old female).*

Maintaining cognition is viewed as important:

I go to a wisdom class, I find it extremely helpful. . . I want to know what's going on in the world (90 year old female).

Theme 2: Continuing Living Arrangement and Lifestyle

The ability to continue living in their current residence or aging in place, making their own decisions, and having enough money to maintain current lifestyle was most important.

Living independently in current home. . . Wonder where I will be able to afford to live. The retirement homes I have visited are very expensive. (male in his 80s).

Having someone to care for me if I become ill and want to live at home.(male in 70s)

19

Theme 3: Maintaining Autonomy and Independence

Continuing to be mobile; driving, walking, getting to my activities and to the store (woman in her 70s).

Public persona and appearance was echoed considerably as in this example *Shave, shower, get dressed, comb your hair. . . How easy it is to let your decent habits go when you aren't going to see anybody (man in his 70s).*

Ageism was a concern:

To be respected. . .not as someone who has lost their mind or as old wrinkled bodies (women in her 80s)

20

Theme 4: Engaging in Meaningful Social Opportunities

Friendships and connectedness in the community through social activities important, most prominent were learning, volunteer and faith-based activities.

Learning and expanding my horizons. Education at all stages of life (man in his 70s).

I have volunteered my whole life, children's organizations, new things you never dreamed would come into your life (woman in her 80s).

One woman in her 80s who volunteers states: *It is important to have a purpose for living and I am valued for my involvement.*

21

Results: Themes (continued)

Theme 5: Accommodating Community Assets

The broader community assets, housing, healthcare and transportation were all subthemes.

An appropriate transportation system so I can get around when I can no longer drive (male in his 70s).

Shared attributes with many in the community

Most the people in this community are the same age and physical ability as me . . alone, trying to get by, it's nice to know I am not the only one (woman in her 80s).

22

Conclusion

- The findings from the five themes illuminate what matters most to community dwelling older adults and parallel previous findings about successful aging in the literature.

- Health professionals and those in the fields of activity and recreation for older adults should incorporate a holistic approach into existing health promotion programs.

23

Conclusion (continued)

Å The availability and promotion in the community of lifelong learning and volunteer opportunities for older adults is important.

Å Libraries, churches and senior centers can continue to serve as vital resources for seniors to turn for information about the availability of transportation and affordable housing options.

References

1. AARP. (2013). *Livable communities initiative*. Retrieved from www.aarp.org/research/ppi/liv-com
2. Administration on Aging. (2012). *Community innovations for aging in place initiative*.Retrieved from www.aoa.gov/AoA_programs/HCLTC/CIAIP/index.aspx
3. Atchley R. C. (1989). A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist*, *29*(2), 183–190.
4. ATLAS.ti. (Version 5.0) [Computer software]. (2003). Berlin, Germany: Scientific Software Development.
5. Berg, B., & Lune, H. (2012). *Qualitative research methods for the social sciences* (8th ed.). Boston, MA: Pearson Publication.
6. Black, K., Dobbs, D. J., & Young, T. L. (2015). Aging in community: Mobilizing a new paradigm of older adults as a core social resource. *Journal of AppliedGerontology*. *34*(2), 219–243.
7. Blair, T., & Minkler, M. (2009). Participatory action research with older adults: Key principles in practice. *The Gerontologist*, *49*(5), 651–662.
8. Carstensen, L. L. (2000). Selectivity theory: Social activity in life-span context. In A. J.Walker, M. Manoogian-O'Dell, L. A. McGraw, & D.L.G. White (Eds.), *Families in later life: Connections and transitions* (pp. 265–275). Thousand Oaks, CA: Pine Forge Press.
9. Emlet, C. A., & Moceri, J. T. (2012). The importance of social connectedness in building age-friendly communities. *Journal of Aging Research*, 1–9. doi:10.1155/2012/173247.
10. Federal Interagency Forum on Aging Related Statistics. (2013). *Older Americans: Key indicators of well being*. Federal Interagency Forum on Aging Related Statistics. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
11. Fink, A. (2002). *The survey handbook* (2nd ed.). Chicago, IL: Sage Publications.
12. Fisher, L. L. (2011). *Sex, romance, and relationships: AARP survey of midlife and older adults*. Washington, DC: AARP.
13. Florida Department of Elder Affairs. (2011). *2011 Florida county profiles: Sarasota*.Tallahassee, FL: Department of Elder Affairs.
14. Grantmakers in Aging. (2013). *Community AGEnda initiative*. Retrieved from www. giaging.org/programs-events/community-agenda
15. Greenfield, E. A. (2011). Using ecological frameworks to advance a field of research, practice, and policy on aging-in-place initiatives. *The Gerontologist, 52*(1), 1–12.
16. Hollis, J. (2009). *What matters most: Living a more considered life*. New York, NY: Gotham Press.
17. Intergenerational Center. (2012). *Communities for all ages*. Retrieved from communitiesforallages.org
18. Jewish Federation of North America. (2013). *Naturally-occurring retirement communities*. Retrieved from www.norcs.org
19. Krueger, R. A. (2000). *Focus groups: A practical guide for applied research* (3rd ed.). Newbury Park, CA: Sage Publications.
20. MetLife Mature Market Institute. (2009). *Discovering what matters: Balancing money,medicine, and meaning*. New York, NY: Author. Downloaded by [Ms Kathy Black] at 16:23 24 June 2015 152 *K. Black and D. Dobbs*

21. Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
22. Miller, W. L., & Crabtree, B. F. (1999). *Doing qualitative research* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
23. n4a. (2014). *The United States of Aging Survey: Full research findings.* Washington, DC: Author.
24. Partners for Livable Communities. (2012). Aging in place initiative. Retrieved from www.livable.org/program-areas/livable-communities-for-all-ages-a-agingin-place/the-aging-in-place-initiative
25. Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
26. Rix, S. E. (2011). *Recovering from the Great Recession: Long struggle ahead for olderAmericans*. Washington, DC: AARP.
27. Robert Wood Johnson Foundation. (2009). *Community partnerships for older adults*.
28. Retrieved from www.rwjf.org/content/dam/farm/legacy-parents/communitypartnerships-for-older-adults
29. Scharlach, A. (2012). Creating aging-friendly communities in the United States. *Ageing International*, *37*, 25–38. doi:10.1007/s12126–011–9140–1
30. Scharlach, A., Graham, C. & Lehning, A. (2012). The "village" model: A consumerdriven approach for aging in place. *The Gerontologist*, *52*(3), 412–427.
31. Skufca, L. (2012). *AARP Bulletin survey on election issues*. Washington, DC: AARP.
32. Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. San Francisco, CA: Sage.
33. U.S. Department of Health and Human Services. (2012). *Administration for community living*. Retrieved from www.hhs.gov/acl
34. U.S. Environmental Protection Agency. (2013). *Building healthy communities for active aging*. Retrieved from www.epa.gov/aging/bhc
35. Village to Village Network. (2013). *Village to village network*. Retrieved from vtvnetwork.clubexpress.com
36. Vincent, G. K., & Velkoff, V. A. (2011). *The next four decades: The older population in the United States: 2010 to 2050* (Report # P25–1138). Washington, DC: U.S.Census Bureau.
37. Visiting Nurse Service of New York. (2013). *AdvantAge initiative*. Retrieved from www.vnsny.org/advantage
38. World Health Organization. (2013). *Global network of age-friendly cities and communities*.Retrieved from www.who.int/ageing/projects/age_friendly_cities/en

4. POGLAVJE

ŠPANSKI MODEL BIVALNEGA PROSTORA IN ZAGOTAVLJANJE DOLGOTRAJNE OSKRBE

(KAJ SE LAHKO CENTRALNO-EVROPSKE IN VZHODNO-EVROPSKE DRŽAVE NAUČIJO OD ŠPANIJE)

doc. ddr. David BOGATAJ[14], Norina SZANDER, mag.[15] in **prof.dr. Diego ROS MCDONNELL[16]**

4.1 UVOD

Dolgotrajna oskrba je nabor storitev, ki jih potrebujejo osebe z zmanjšano stopnjo funkcionalne sposobnosti, telesne ali kognitivne. Storitve vključujejo tudi pomoč pri gospodinjskih opravilih, nakupovanju in prevozih. Del storitev na domu iz tega nabora je mogoče pričeti izvajati mnogo pozneje, če živijo starostniki v primerno grajenem okolju in imajo zagotovljeno ustrezno logistiko - dostopnost do storitev v okolici in ponudbo storitev iz okolice na dom. Ta problem je v ZDA, pa tudi v Španiji, kjer smo te dejavnosti podrobneje proučevali, mnogo bolje rešen in tudi statistično spremljan, kot v povprečju v Evropi, Slovenija pa je na repu članic EU s to dejavnostjo.*

Priprava Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo je ena od prioritet slovenske vlade in državnega zbora. Vendar pa do sedaj še ne obstaja model, po katerem bi lahko primerno natančno napovedali dinamiko rasti potreb po storitvah dolgotrajne oskrbe in ovrednotili stroške ter planirali vire financiranja. Namreč, zagotavljanje grajenega okolja in s tem primernega bivališča za starostnike je ena od nalog, ki je do sedaj še nobene strokovne podlage prostorskih planov Slovenije niso resno proučile. Še posebej problematično je, ker dosedanji predlog zakona o dolgotrajni oskrbi ločuje financiranje storitev in financiranje stanovanjske oskrbe. Izveninstitucionalne stanovanjske oskrbe pa sploh ne omenja slovenska zakonodaja, oziroma je temu zelo skopo odmerjeno nekaj vrstic.[17] V sodelovanju z USF iz

---

[14] MEDIFAS, Mednarodni prehod 6, Vrtojba, 5290 Šempeter pri Gorici
[15] MEDIFAS, Mednarodni prehod 6, Vrtojba, 5290 Šempeter pri Gorici
[16] Universidad Politécnica de Cartagena, España
[17] Pravilnik o minimalnih tehničnih zahtevah za graditev oskrbovanih stanovanj za starejše ter o načinu zagotavljanja pogojev za njihovo obratovanje, Uradni list RS, št. 110/2004 z dne 11. 10. 2004.

Tampe – School of Ageing Studies[18] in Katedro za prostorsko planiranje Tehnične univerze v Cartageni bomo nadalje razvijali model za podporo načrtovanju in odločanju (vlada, lokalne oblasti) o investicijah in storitvah pri različnih nivojih želene oskrbe in funkcionalnih zmožnostih prebivalstva, s poudarkom na potrebah po primernem grajenem prostoru. Pri tem pa želimo vključiti v študijo tudi primere dobre prakse iz Španije.

Proučiti velja tudi možnosti financiranja višjega standarda stanovanjske oskrbe in logistične podpore dolgotrajni oskrbi na domu v regijah. Za ta namen bo razvit model napovedovanja potreb oskrbe, na temelju katerega bo mogoče napovedovati tako potrebe po logističnih storitvah kot potrebe po stanovanjskih kapacitetah po posameznih stanjih glede na padajočo funkcionalno zmožnost starostnikov.

Kot eno od možnosti smo analizirali tudi uvedbo fleksibilnih obratnih hipotek, ki omogočajo financiranje prilagajanja stanovanj padajočim funkcionalnim kapacitetam njihovih lastnikov, kar je novost v obstoječi literaturi o obratnih hipotekah tudi v svetovnem merilu (Bogataj et al, 2015a). Izhodišče za izvedbo takega modela smo predstavili na prvi mednarodni aktuarski konferenci in na posebno povabilo tudi v serijski Springerjevi izdaji "Springer Proceedings in Mathematics & Statistics", ki nosi naslov: "Advances in Actuarial Sciences and Quantitative Finance" (Bogataj et al, 2015c). Predlagani pristop bo omogočil razvoj ustreznih, bolj prilagodljivih shem sprostitve lastniškega kapitala vezanega v stanovanjih (ERS), ki se prilagajajo funkcionalnim zmožnostim lastnikov stanovanj.

Model mnogoterih pojemanj v stanovanjski oskrbi , ki ga razvijamo, se veže na demografski model mnogoterih pojemanj in omogoča načrtovanje prilagoditve bivališča starostnika v skladu z lokacijskimi preferencami in zmožnostmi stanovalcev. Podrobneje je potrebno poznati verjetnostne porazdelitve funkcionalnih zmogljivosti prebivalstva po starostnih kohortah in glede na to napovedati potrebe po stanovanjskih enotah različnega tipa in verjetnosti prehodov med njimi. Model temelji na demografskem modelu mnogoterih pojemanj (Deshmukh 2012; Promislow, 2015), vendar so v Sloveniji ti podatki skopi in jih SURS ne spremlja, medtem ko so podatkovne baze Španije in ZDA bogatejše. Pri vrednotenju stroškov oskrbe pa izhajamo iz dejstva, da so stroški logistike oskrbe na domu odvisni od disperzije starostnikov v prostoru, ko gre za regionalni nivo oskrbe.

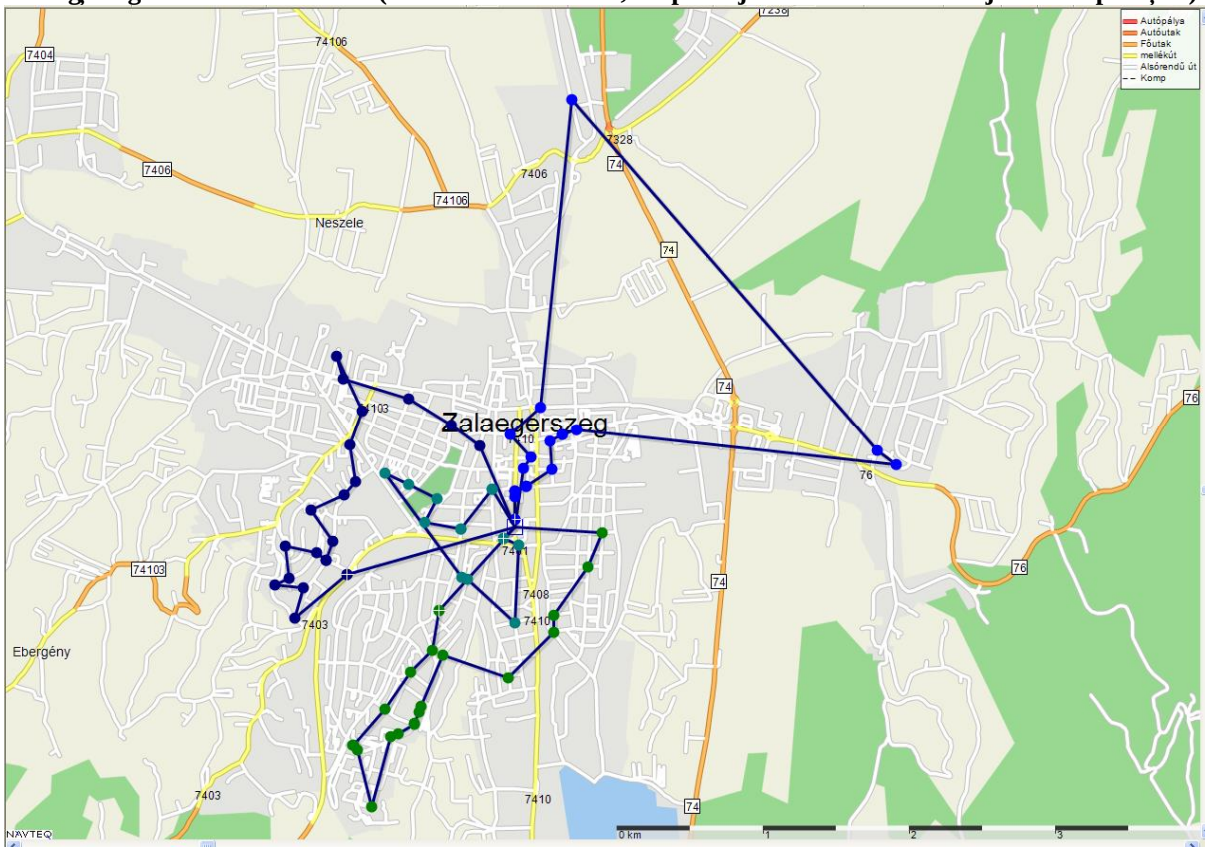
To poletje smo zajeli podatke o prostorski razpršenosti oskrbovancev in stroških logistike na Madžarskem , podregiji Zalaegerszege, kjer se je potrebno odločiti ne samo o tem, kateri starostniki imajo pravico do dnevne oskrbe na domu in v kakšni meri in katere je mogoče sprejeti v institucionalno oskrbo doma starejših, ampak tudi o tem, katerim starostnikom je

[18] Bilateralni projekt USF-MEDIFAS, 2015-2016: Logistika in financiranje upokojenskih naselij za kvalitetnejšo dolgotrajno oskrbo starostnikov

mogoče nuditi le dnevno oskrbo. Na sliki 4.1 je podana optimalna pot štirih mini avtobusov, ki prevažajo varovance v dnevno oskrbo in nazaj na dom.

Celotne stroške oskrbe starostnikov je mogoče optimizirati z izbiro primernejših lokacij za stalno bivanje in komplementarno dnevno oskrbo v dnevnem centru za starostnike.

Slika 4.1. Primer rezultata optimizacija zbiranja starostnikov za dnevno varstvo in razvoza na stalna bivališ a s štirimi mini avtobusi. (Vir: Norina Szander, Dispozicija doktorske disertacije i letno poroč ilo).



Javne zavarovalne sheme za dolgotrajno oskrbo in zasebne zavarovalne produkte za zavarovanje celostne dolgotrajne oskrbe bomo razvili na podlagi demografskih tabel, finančne vire za osnovni standard in višji standard pa bomo posebej proučili. Pri tem bomo upoštevali, da so stroški oskrbe odvisni tudi od disperzije prebivalstva v prostoru in tej disperziji prilagodili model optimalnih poti oskrbe (podrobnosti so opisane v zgoraj navedeni Springerjevi publikaciji, Bogataj, Ros-McDonnell, Bogataj, 2015a in Norina Szander, 2015). Zato bo naš projekt predstavljal pomembno novost v zavarovalništvu.

Prihodki starejših državljanov v Evropi so se v krizi zmanjšali, vendar je velik del sredstev še vedno vezan v lastništvu vgrajenem v njihove domove, to je njihove stanovanjske nepremičnine, kar je lahko vir blaginje starostnikov, če se jih podpre v iskanju primernejših bivališč, ko onemorejo. Naš sestavljeni model mnogoterih pojemanj in fleksibilnih obratnih hipotek je namenjen prav delu prebivalstva z nizkimi prihodki in bogastvom v nepremičninah.

4.2 POTREBE STAROSTNIKOV PO PRILAGODITVAH GRAJENEGA PROSTORA

Želje po vrsti stanovanj in pričakovanja prebivalstva, kakšen dom si lahko privoščijo tudi na starost, so različna. Starejši si predvsem želijo ostati kar se da dolgo v svojem obstoječem domu, v krogu svojih prijateljev in znancev ali v bližini otrok, vendar so njihove prostorske potrebe vedno manjše, potrebe po bolj priročnem stanovanju z večjo dostopnostjo do različnih storitev pa vse večje. V Angliji kar 70 - 80% stanovanj nima primernih dostopnosti za starostnike, ki bi želeli ostati doma, namesto da gredo v domsko oskrbo, v Nemčiji pa je ta delež kar 90 % (EC & Collaborating partners, 2015)[19]. Starejšim prilagojena grajena bivališča in dostopnost v prijazno okolje morata postati pomembno vodilo prostorskim planerjem in investitorjem v grajeni prostor. S tem bi se zmanjšal pritisk na institucionalno oskrbo in povečal delež oskrbe na domu, mesta pa bi dobila novo podobo.

V naslednjih desetletjih bo potrebno tudi v Sloveniji vsaj petino hiš in stanovanj transformirati v domove, ki bodo starostnikom bolj prijazni in bodo bolj ustrezali njihovim potrebam. Za to preoblikovanje bodo potrebna velika finančna sredstva**.** Glede na funkcionalne zmožnosti posameznikov in druge njihove prioritete je pričakovati, da se bodo obnove stanovanj in selitve odvijale v dveh smereh:

1. v segregacijo starostnikov (naselja za upokojence – upokojenske vasi, stanovanjske skupnosti starostnikov, varovana stanovanja), kar je mogoče pričakovati predvsem v njihovi visoki starosti, in
2. v smeri izgradnje univerzalnih stanovanj in spremljajočih objektov, ki bodo primerni za vse generacije, tudi za manj mobilne s posebnimi potrebami, ki so značilne predvsem za starostnike.

[19] »The building stock in Europe today is not fit to support a shift from institutional care to the home-based independent living model. Some 70-80 % of houses in the UK and 90 % in Germany are not suitable for independent living as they contain accessibility barriers for people with emerging functional impairments and chronic conditions, and are not equipped with the necessary digital infrastructure required for future connected care services« (European Summit on Innovationfor Active and Healthy Ageing, Agenda for Active and Healthy Ageing, 2015).

Ne glede za kakšno preoblikovanje mest in naselij mestnega značaja bo šlo, bodo potrebna večja finančna sredstva, h katerim bodo morali prispevati del tudi starostniki. Da bi dosegli te cilje, ni dovolj, da izboljšamo inštitucije socialnega in zdravstvenega sektorja, ampak moramo rastočim potrebam starejših prilagoditi tudi grajeni prostor.

Ob hitro rastočem deležu starejšega prebivalstva bi morali tudi ponovno poseči po usmeritvah, ki jih članicam podajajo Standardna pravila Združenih narodov (ZN) za izenačitev možnosti invalidnih oseb (1993). Ta priporočajo in nalagajo članicam takšne zasnove zgradb v prenovah in novogradnjah, ki bi omogočale čim boljšo integracijo starejših prebivalcev in invalidov in s tem enake možnosti gibanja tudi starejšim kohortam prebivalstva. Navodila ZN od načrtovalcev mest in graditeljev objektov zahtevajo:

1. gradnjo in instalacijo objektov oziroma naprav, ki jih lahko enako dobro uporabljajo tudi tisti z omejeno mobilnostjo,
2. fleksibilnost v uporabi,
3. preprosto uporabo, ki bo razumljiva tudi za starejše z nižjimi izkušnjami z novimi tehnološkimi dosežki in jezikovnimi omejitvami ali nižjo izobrazbo, znanjem ali koncentracijo,
4. hitro prepoznavnimi spremljajočimi informacijami za orientacijo v prostoru in ravnanje z napravami tudi za tiste s slabšim vidom ali sluhom,
5. minimalno izpostavljenost tveganju za nesrečo in drugim nezaželenim dogodkom,
6. učinkovito rabo objektov in naprav brez dodatnih naporov in
7. primerne dimenzije prostora za dostop k objektom in napravam ne glede na mobilnost uporabnikov (Demirkan, 2005, 2007).

Tem zahtevam pa so dodana tudi podrobna navodila, kako dosegati navedene cilje v korist prebivalstva z omejeno mobilnostjo. Tako zagotavljanje oblikovanja objektov in naprav v mestih in naseljih mestnega značaja, ki bo zadovoljevalo potrebe vseh prebivalcev, zahteva znatna finančna sredstva za sodoben razvoj mest. Del teh sredstev bo potrebno zbrati tudi iz nadomestil za uporabo mestnega zemljišča ali iz davkov od nepremičnin in pri tem bodo morali prispevati del tudi starostniki z nizkimi dohodki. Vendar pa niti dosledno sledenje navodilom o gradnji objektov in naprav za vse generacije ne more rešiti problematike za še starejše prebivalstvo z vse manjšo možnostjo mobilnosti.

Gradnja za starejše se v razvitem svetu odvija v treh smereh:

1. **Segregacija v naseljih za starejše, daleč od centrov mest in naselij mestnega značaja.** Le malo Evropejcev si želi živeti v takšnih naseljih s sosedi iste starosti. Kljub nekaterim dobrim izkušnjam s takimi naselji v ZDA, koncept naselij za starostnike, v katerih so stanovanja grajena izključno za starostnike določenih

starostnih kohort, daleč od storitev, ki jih nudijo urbani centri, ni bil najbolje sprejet in zato tudi ne množičen pri reševanju te problematike na državnem nivoju članic EU.

2. **Integracija v urbano druġbo**. Namenska izgradnja dela stanovanj prav za upokojeno populacijo v novih zazidalnih načrtih v mestnih centrih, z vsemi ugodnostmi, ki jih nudijo mestna središča, je v Evropi v porastu že vse od konca prejšnjega stoletja. Med njimi najdemo zasnove tudi najdražjih majhnih stanovanjskih objektov v velikih stolpnicah mestnih jeder. Ciljna skupina, za katero se gradijo ta stanovanja, so starejši lastniki večjega kapitala.

3. **Gradnja majhnih pritliļnih hiġ izven mest blizu samih domov upokojencev.** V sodelovanju s ponudniki dolgoročne oskrbe in drugih storitev za starejše raste v okolici njihovih centrov relativno poceni gradnje majhnih stanovanj v centri manjših naselij mestnega značaja. Njihove aktivnosti je mogoče regulirati z dobro fiskalno politiko, kombinirano na državnem in lokalnem nivoju. Pri tem so koristne že finančne subvencije pri sami izdelavi zazidalnih načrtov in gradnji takšnih objektov. Ker pa so praviloma subvencije za poselitve, ki so bolj oddaljene od razvijajočih se centrov, večje, se tudi te gradnje bolj oddaljujejo od centrov, kjer je jedro vseh storitev, ki dvigujejo kvaliteto življenja starostnikov, pa tudi bolj oddaljene od jedra dolgotrajne oskrbe v teh malih mestih, kar zaradi nižje ekonomije obsega in transportnih stroškov dviguje stroške oskrbe.

   Prednost pri tem še vedno obstaja v zahtevah, ki so povezane s subvencijami samimi, da se morajo ti objekti graditi ob pogojih dobre zunanje dostopnosti in notranje ureditve z napravami, ki zagotavljajo boljšo mobilnost uporabnikom, stanovalcem in izvajalcem dolgotrajne oskrbe na domu. Obstajajo primeri, ko si starostniki zagotavljajo tovrstna stanovanja mnogo let prej, preden se pokaže potrebe po njihovi uporabi, po sedemdesetih ali osemdesetih letih. Vsekakor je nemogoče pričakovati, da se bodo vsa ta stanovanja gradila samo iz javnih sredstev. Vsaj delno privatno financiranje tovrstnih objektov za starejše upokojence je nujno za vzdržnost javnih finance. Po upokojitvi bo še vedno velik del starostnikov moral ostati v svojih domovih ali pa kapital, ki je vezan v njihove domove, pretopiti v finančne vire za tovrstne gradnje, ki bi bolje ustrezale njihovim potrebam.

Vse te opcije ima na voljo tako Španija kot Severna Amerika – ZDA in Kanada.

4. 3 ŠPANSKI SISTEM SPODBUJANJA SAMOSTOJNOSTI IN OSKRBE OSEB ODVISNIH OD POMOĻI DRUGIH

Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad (= Ministrstvo za zdravje, socialne storitve in enake možnosti) je problematiko oskrbe starostnikov pokrilo s tremi temeljnimi dokumenti:

1. Zakonom o spodbujanju samostojnosti in oskrbe oseb, ki so odvisne od pomoči drugih (Zakon št 39/2006 z dne 14.12.2006)[20];
2. Zakonom o pravicah oseb z zmanjšanimi funkcionalnimi zmožnostmi in njihovi socialni vključenosti (Kraljevi zakonodajni dekret 1/2013)[21] in
3. Kraljevim odlokom 174/2011 iz 11 februarja 2011, ki določa lestvico za oceno sposobnosti samooskrbe (odvisnosti)[22].
4. Zakon o regulaciji trga hipotekarnih posojil in druge pravila delovanja sistema hipotekarnih posojil in financiranja Zakon št. 41/2007 z dne 7.12.2007[23]
5. Kraljevim odlokom 1050/2013 iz 27 decembra 2013, ki določa lestvico za oceno sposobnosti samooskrbe (odvisnosti) .
6. Odločba SSI/2371/2013 iz 17.decembra 2013, ki ureja informacijski sistem za spremljanje odvisnosti.

Zakonodaja temelji na 49. in 50. členu Ustave, ki določata:

49. člen: Javni organi bodo izvajali politiko preventivne oskrbe, zdravstva, rehabilitacije in integracije oseb z zmanjšanimi funkcionalnimi kapacitetami s tem, da bo zagotavljala specializirano oskrbo, ki jo te osebe potrebujejo, in jim nudila posebno zaščito, ki jo ustava nudi vsem državljanom.
50. člen: Javni organi morajo zagotavljati skozi adekvatne in periodično prilagojene pokojnine zadosten dohodek za starejše državljane skozi tretje življenjsko obdobje. . Enako mora ne glede na obveznosti družin promovirati blaginjo skozi sistem socialnih storitev, ki zagotavlja reševanje specifičnih problemov zdravstva, stanovanjske oskrbe, pokrivanja kulturnih potreb in potreb v prostem času.

---

[20] De Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, Ley 39/2006, de 14 de diciembre

[21] Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

[22] Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

[23] LEY 41/2007, de 7 de diciembre, por la que se modifica la Ley 2/1981, de 25 de marzo, de Regulación del Mercado Hipotecario y otras normas del sistema hipotecario y financiero, de regulación de las hipotecas inversas y el seguro de dependencia y por la que se establece determinada norma tributaria.

Torej Ustava istoļasno, ko od javnih organov (drģavnih, regionalnih, lokalnih) zahteva razvoj sistema starostnikom ustrezne zdravstvene oskrbe, zahteva tudi vzpostavitev sistema, ki bo zagotavljal starostnikom primerno bivaliģe. To zahtevo posebej izpostavlja v zvezi s skrbjo za starostnike, ļesar pri nas nimamo, zato se ta dva vidika, ki se pri dolgotrajni oskrbi dopolnjujeta, pri nas vse preveļ obravnavata ļisto loļeno.

Prvi zakon sistemsko ureja dolgotrajno oskrbo, podaja katalog temeljnih storitev, do katerih imajo pravico vsi državljani na temelju državljanstva, ostali rezidenti pa na temelju meddržavnih pogodb. Določa katere storitve so direktno dosegljive in za katere prejme upravičenec denarni prejemek, določa kriterije, po katerih se določa višina prejemka, višina participacije upravičencev v stroških storitev in določa lestvico za oceno funkcionalnih zmožnosti. Zakon določa sistem spodbujanja avtonomije in oskrbe oseb, ki so odvisne od pomoči drugih. V ta sistem se vključujejo država, avtonomne regije in lokalne skupnosti. Zakon določa sistem financiranja, pri čemer vse osnovne storitve krije Kraljevina Španija, avtonomne regije pa morajo prispevati enak znesek, kot država, lahko pa znotraj teh okvirov regije same organizirajo dolgotrajno oskrbo in nudijo nadstandard. Sistem opredeljuje teritorialne in ostale svete, ki so zadolženi za razvoj sistema skladno z razvojem potreb prebivalstva po dolgotrajni oskrbi. Zakon zahteva, da se določi lestvica sposobnosti samooskrbe in na njenem temelju grupiranje v stopnje (3) in nivoje (2 nivoja na stopnjo) odvisnosti. Zakon tudi zadolžuje, da se statistično spremlja število prosilcev, število odobrenih zahtevkov za dolgotrajno oskrbo, zadolžuje izvajalce k poročanju o tem ter obvezuje državno statistiko, da pojav spremlja in ga javno objavlja z namenom učinkovitega upravljanja z družbenimi resursi tako v javni (državni lasti ali lasti avtonomnih regij) kot zasebni lasti, pri čemer še posebej izpostavlja pomen vključevanje neprofitnih organizacij v sistem (razne fondacije, verske institucije). Zakon za vse institucije, ki so vključene v sistem, določa, da se zanje statusno-pravna oblika in upravljavska struktura ohranja.

24. junija 2015 je začel v Španiji delovati tudi nov informacijski sistem za socialne storitve SEISS, ki bo doprinesel večjo transparentnost in učinkovitost informiranja strokovnjakom na področju skrbi za starostnike in druge osebe, ki so odvisne od pomoči drugih, kakor tudi vsem državljanom, ki hočejo boljšo informiranost in transparentnost socialnih sistemov, kar dviguje podporo državljanov temu sistemu.

Regije so zavezane k izboljševanju organizacijske strukture oziroma optimalni strukturi vrste storitev, zato tudi težijo k optimalni organiziranosti dolgotrajne oskrbe, kar pelje do prilagajanja prostorski razpršenosti prebivalstva v regiji. Ta značilno vpliva na strukturo storitev dolgotrajne oskrbe po katalogu.

Katalog storitev vključuje socialne storitve in storitve zdravstvene nege za spodbujanje osebne samostojnosti in preprečevanje odvisnosti ter oskrbo oseb, ki so odvisne od pomoči drugih: **a) Storitve prepreļevanje odvisnosti in spodbujanje osebne avtonomije; b)**

Pomoļ na daljavo; c) Storitve pomoļi na domu- (I) Pomoč gospodinjstvom in (Ii) Izvajanje osebne nege; **d) Storitve dnevnih in noļnih centrov, ki obsegajo:** (I) Dnevni center za starejše; (Ii) Dnevni center za mlajše od 65 let; (Iii) Dnevni center za specializirano nego; (Iv) Nočni center. Po tem katalogu je bilo število upravičencev do dolgotrajne oskrbe po regijah naslednje, kot to podaja tabela 4. 1.

Tabela 4.1: Ġtevilo prebivalcev in ġtevilo zahtevkov za uveljavljanje pravic do dolgotrajne oskrbe po ġpanskih regijah na dan 31.7.2015

REGIJA	ĠTEVILO PREBIVALCEV		Registrirani zahtevki za uveljavljanje pravice do dolgotrajne oskrbe	
	Nº	%	Nº	% prebivalstva
Andalucía	8,402,305	17.96	374,489	4.46
Aragón	1,325,385	2.83	42,915	3.24
Asturias (Principado de)	1,061,756	2.27	33,940	3.20
Balears (Illes)	1,103,442	2.36	23,720	2.15
Canarias	2,104,815	4.50	41,694	1.98
Cantabria	588,656	1.26	22,205	3.77
Castilla y León	2,494,790	5.33	111,407	4.47
Castilla-La Mancha	2,078,611	4.44	83,669	4.03
Catalunya	7,518,903	16.08	275,745	3.67
Comunitat Valenciana	5,004,844	10.70	91,894	1.84
Extremadura	1,099,632	2.35	49,040	4.46
Galicia	2,748,695	5.88	79,356	2.89
Madrid (Comunidad de)	6,454,440	13.80	180,242	2.79
Murcia (Región de)	1,466,818	3.14	45,700	3.12
Navarra (Comunidad Foral de)	640,790	1.37	17,070	2.66
País Vasco	2,188,985	4.68	91,131	4.16
La Rioja	319,002	0.68	14,168	4.44
Ceuta y Melilla	169,472	0.36	4,103	2.42
TOTAL	**46,771,341**	**100.00**	**1,582,488**	**3.38**

Vir: SAAD

Podatki, ki so zajeti v tabelah 4.1 do 4.6 skupaj z obstoječo demogrfsko statistiko, ki je pri nas na voljo v statističnih poročilih SURS, v celoti zadoščajo za dobro napovedovanje potreb po dolgotrajni oskrbi, tudi z vidika stanovanjskih potreb starostnikov.

Tabela 4.2: Število in struktura upravičencev do dolgotrajne oskrbe glede na stopnjo in nivo odvisnosti po regijah 31.7.2015

REGIJA	Število upravičencev	STOPNJA III Nivo 2		STOPNJA III Nivo 1		STOPNJA II Nivo 2		STOPNJA II Nivo 1		STOPNJA I Nivo 2		STOPNJA I Nivo 1		NEDOLOČENA STOPNJA	
	Nº	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Andalucía	349,850	24,586	7.03	37,289	10.66	32,582	9.31	56,042	16.02	28,971	8.28	44,159	12.62	68,108	19.47
Aragón	38,507	2,046	5.31	4,044	10.50	3,007	7.81	5,304	13.77	2,345	6.09	3,589	9.32	6,958	18.07
Asturias	30,489	1,743	5.72	2,384	7.82	1,756	5.76	2,897	9.50	1,893	6.21	2,524	8.28	8,112	26.61
Illes Balears	21,144	948	4.48	2,263	10.70	1,803	8.53	2,816	13.32	1,411	6.67	1,309	6.19	4,322	20.44
Canarias	34,891	3,265	9.36	4,903	14.05	2,980	8.54	3,636	10.42	1,575	4.51	1,588	4.55	5,241	15.02
Cantabria	21,844	1,307	5.98	2,520	11.54	2,199	10.07	3,252	14.89	1,603	7.34	1,596	7.31	3,436	15.73
Castilla y León	107,051	6,421	6.00	10,351	9.67	6,535	6.10	9,619	8.99	6,252	5.84	7,860	7.34	23,312	21.78
Castilla-La Mancha	78,615	3,903	4.96	7,133	9.07	5,062	6.44	7,946	10.11	5,246	6.67	8,664	11.02	16,578	21.09
Catalunya	261,642	12,081	4.62	26,410	10.09	20,634	7.89	35,874	13.71	15,665	5.99	20,676	7.90	55,375	21.16
C. Valenciana	89,447	6,249	6.99	9,595	10.73	8,391	9.38	13,202	14.76	7,253	8.11	9,922	11.09	19,282	21.56
Extremadura	45,743	2,987	6.53	4,500	9.84	2,845	6.22	4,328	9.46	2,089	4.57	3,694	8.08	11,185	24.45
Galicia	76,608	6,127	8.00	9,597	12.53	7,586	9.90	10,545	13.76	5,773	7.54	8,174	10.67	10,652	13.90
Madrid	178,162	11,510	6.46	17,254	9.68	13,018	7.31	16,586	9.31	12,625	7.09	15,653	8.79	50,356	28.26
Murcia	45,411	5,630	12.40	5,969	13.14	4,800	10.57	7,058	15.54	3,370	7.42	4,402	9.69	4,249	9.36
Navarra	16,707	719	4.30	765	4.58	863	5.17	1,447	8.66	909	5.44	1,441	8.63	3,522	21.08
País Vasco	88,187	2,863	3.25	6,256	7.09	4,671	5.30	7,918	8.98	4,880	5.53	6,615	7.50	19,593	22.22
La Rioja	14,151	936	6.61	1,168	8.25	821	5.80	1,586	11.21	525	3.71	1,101	7.78	4,269	30.17
Ceuta y Melilla	3,931	180	4.58	265	6.74	185	4.71	225	5.72	130	3.31	191	4.86	1,177	29.94
skupaj	**1,502,380**	**93,501**	**6.22**	**152,666**	**10.16**	**119,738**	**7.97**	**190,281**	**12.67**	**102,515**	**6.82**	**143,158**	**9.53**	**315,727**	**21.02**

Vir: SAAD, 2015

Tabela 4.3: Število upravičencev ter število in struktura odobrenih pravic dolgotrajne oskrbe po španskih regijah na dan 31.7.2015

REGIJA	Število upravičencev	Preprečevanje odvisnosti in spodbujanje avtonomije		Telepomoč		Pomoč na domu		Dnevni/Nočni centri		Celodnevna oskrba v instituciji		Denarni prejemek za plačilo storitev		Denarni prejemek za družinskega pomočnika		Denarni prejemek za osebnega asistenta		Skupaj
	Nº	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
Andalucía	163,087	0	0.00	52,324	23.88	48,830	22.29	13,087	5.97	22,304	10.18	2,978	1.36	79,565	36.31	10	0.00	219,098
Aragón	16,826	0	0.00	1	0.01	21	0.12	1,137	6.73	3,398	20.12	3,619	21.43	8,712	51.59	0	0.00	16,888
Asturias	16,060	218	1.26	852	4.93	2,382	13.77	1,893	10.94	2,866	16.57	1,969	11.38	7,116	41.14	2	0.01	17,298
Illes Balears	11,623	88	0.75	0	0.00	146	1.24	882	7.50	1,913	16.26	707	6.01	8,028	68.24	0	0.00	11,764
Canarias	22,749	34	0.15	405	1.73	8,504	36.33	3,818	16.31	3,545	15.14	1,649	7.04	5,454	23.30	0	0.00	23,409
Cantabria	13,193	0	0.00	1,117	7.55	870	5.88	1,395	9.43	3,930	26.55	0	0.00	7,489	50.60	0	0.00	14,801
Castilla y León	64,663	8,768	10.67	5,364	6.53	12,666	15.41	6,899	8.39	7,239	8.81	19,602	23.85	21,455	26.11	188	0.23	82,181
Castilla-La Mancha	34,748	3,743	7.90	4,873	10.29	7,151	15.10	2,152	4.54	10,005	21.12	2,878	6.08	16,549	34.94	10	0.02	47,361
Catalunya	129,035	2,498	1.32	16,512	8.74	24,336	12.88	13,341	7.06	30,702	16.25	12,559	6.65	89,015	47.10	13	0.01	188,976
Valenciana	41,337	252	0.53	7,983	16.69	0	0.00	5,234	10.94	9,472	19.80	3,892	8.14	20,992	43.89	4	0.01	47,829
Extremadura	21,741	621	2.58	1,462	6.08	574	2.39	1,326	5.52	4,258	17.71	8,327	34.64	7,470	31.07	2	0.01	24,040
Galicia	38,707	816	1.96	1,323	3.17	11,350	27.20	5,829	13.97	7,239	17.35	4,867	11.66	10,220	24.49	84	0.20	41,728
Madrid	88,582	3,424	3.04	17,634	15.66	19,829	17.61	13,348	11.85	21,550	19.14	8,990	7.98	27,813	24.70	30	0.03	112,618
Murcia	26,811	3,147	9.33	4,219	12.50	88	0.26	3,145	9.32	3,343	9.91	1,350	4.00	18,453	54.68	0	0.00	33,745
Navarra	8,340	125	1.27	843	8.54	569	5.76	239	2.42	1,916	19.40	1,030	10.43	5,152	52.17	1	0.01	9,875
País Vasco	47,034	64	0.12	626	1.16	6,415	11.86	6,050	11.18	11,668	21.57	1,988	3.67	24,989	46.19	2,306	4.26	54,106
La Rioja	6,231	789	8.39	1,015	10.80	1,942	20.66	836	8.89	1,308	13.91	569	6.05	2,942	31.29	0	0.00	9,401
Ceuta y Melilla	2,034	261	10.08	311	12.01	499	19.27	53	2.05	188	7.26	5	0.19	1,273	49.15	0	0.00	2,590
TOTAL	**752,801**	**24,848**	**2.59**	**116,864**	**12.20**	**146,172**	**15.26**	**80,664**	**8.42**	**146,844**	**15.33**	**76,979**	**8.04**	**362,687**	**37.87**	**2,650**	**0.28**	**957,708**

Vir: SAAD

Tabela 4.4:Število in struktura po starostnih razredih in spolu oseb, ki so vložile zahtevek za uveljavljanje pravic iz dolgotrajne oskrbe na dan 31.7.2015

SPOLj	STAROSTNI RAZRED																
	Manj kot 3		3 a 18		19 a 30		31 a 45		46 a 54		55 a 64		65 a 79		80 y +		
	Nº	%¹	Nº	%¹	Nº	%¹	Nº	%¹	Nº	%¹	Nº	%¹	Nº	%¹	Nº	%¹	Nº
Ģenske	1,893	*0.19*	27,819	*2.74*	19,358	*1.90*	41,473	*4.08*	37,765	*3.71*	54,080	*5.32*	211,059	*20.76*	623,255	*61.30*	**1,016,702**
Moģki	2,203	*0.39*	43,025	*7.60*	25,871	*4.57*	50,363	*8.90*	41,358	*7.31*	49,533	*8.75*	115,347	*20.39*	238,086	*42.08*	**565,786**
SKUPAJ	**4,096**	***0.26***	**70,844**	***4.48***	**45,229**	***2.86***	**91,836**	***5.80***	**79,123**	***5.00***	**103,613**	***6.55***	**326,406**	***20.63***	**861,341**	***54.43***	**1,582,488**

Vir: SAAD

Tabela 4.5. Maksimalni zneski denarnih prejemkov Špancev v letu 2015 glede na stopnjo odvisnosti

STOPNJA	Ļe niso dostopne storitve javne mreģe	Za osebnega asistenta	V primeru druģinske oskrbe
III	**715.07**	**715.07**	**387.64**
II	**426.12**	**426.12**	**268.79**
I	**300**	**300**	**153**

Vir: SAAD

Kraljevi odlok (2011) določa lestvico za oceno sposobnosti samooskrbe (odvisnosti). Tabela 4.5 podaja lestvico funkcionalnih zmožnosti starostnikov. Prosilec si kumulativno nabira točke, če posameznih aktivnosti ne zmore. Zakon razlikuje med različnimi stopnjami odvisnosti, na temelju katerih se določajo pravice do storitev in denarnih prejemkov.

Tabela 4.6. Lestvica sposobnosti samooskrbe po Kraljevem odloku 174/2011

1. Prehranjevanje in pitje	A=17.8(10)		izogibanje nevarnostim v zaprtih prostorih	B=0.25
uporaba umetnih hranil in napitkov	B=		izobivanje nevarnostim zunaj	B=0.25
odpiranje steklenic in konzerv	B=0.1		klic v sili	B=0.25
rezanje mesa	B=0.25		**7. Mobilnost**	A=7.4(2)
uporaba jedilnega pribora	B=0.25		sam je sposoben vsesti se	B=0.15
držanje kozarca	B=0.15		sam je sposoben vležati se	B=0.1
pristaviti kozarec k ustom	B=0.15		Sam je sposoben vstati	B=0.2
Pitje	B=0.1		sprememba pozicije telesa iz sedečega položaja	B=0.25
2. Nadzor nad fiziļnimi potrebami	A=14.8(7)		sprememba pozicije telesa iz ležečega položaja	B=0.3
gre na primerno mesto	B=0.2		**8. Premikanje znotraj doma**	A=12.3(12.1)
oblačenje in slačenje	B=0.15		Sam se je sposoben premikati da poskrbi zase	B=0.5
zavzemanje pravilnega položaja	B=0.2		sam se je sposoben premikati	B=0.25
čiščenje samega sebe	B=0.2		Sam je sposoben dostopati do vseh predmetov v sobah	B=0.1
nadzor uriniranja	B=0.1		Sam je sposoben dostopati do vseh prostorov	B=0.15
nadzor iztrebljanja	B=0.15		**9. Gibanje izven doma**	A=13.2(12.9)
3. Umivanje	A=8.8(8)		Sposoben je zapustiti hišo	B=0.25
Rok	B=0.15		Sposoben jeobhoditi stanovanjsko zgradbo	B=0.25
Obraza	B=0.15		Sposoben je iti na krajši sprehod	B=0.1
spodnjega dela telesa	B=0.35		Sposoben je iti na daljši sprehod	B=0.15
zgornjega dela telesa	B=0.35		Sposoben je uporabljati uporabljati javni potniški promet ali taxi	B=0.25
4. Druga osebna opravila	A=2.9(2)		**10. Vzdrģevanje doma**	A=8(8)
Česanje	B=0.3		Oseba je sposobna kuhati	B=0.45
striženje nohtov	B=0.15		Oseba je sposobna nakupovati hrano	B=0.25
umivanje las	B=0.25		čiščenje hiše	B=0.2
umivanje zob	B=0.3		pranje perila	B=0.1

5. Oblačenje	A=11.9(11.6)		**11. Sprejemanje odloļitev**	A=(15.4)
obuvanje čevljev	B=0.15		glede samooskrbe	B=0.3
zapenjanje gumbov	B=0.15		glede gibanja	B=0.2
oblačenje zgornjega dela telesa	B=0.35		glede gospodinjstva	B=0.1
oblačenje spodnjega dela telesa	B=0.35		glede osebnih odnosov	B=0.2
6. Vzdrževanje zdravja	A=2.9(11)		glede uporabe denarja	B=0.1
Upošteva zdravnikova navodila	0.25		glede uporabe javnih storitev	B=0.1

V tabeli 4.6 za vsako vrsto opravil $\mathbf{A}_i, i = 1,2,..,11$ obstajajo posamezna opravila $\mathbf{B}_{i,j}$ in za vsako od teh ima posamezni oskrbovanec nek koeficient podpore $k_{i,j}$, ki ima vrednosti v skladu s tabelo 4.7., če oskrbovanec pri posameznih opravilih potrebuje pomoč, in $k_{i,j} = 0$, če te pomoči ne potrebuje. Skupno število točk, po katerem se ocenjuje stopnja funkcionalne (ne)zmožnosti oskrbovanca, se računa po formuli:

$$N = \sum_i \mathbf{A}_i \sum_j k_{i,j} B_{i,j}$$

Glede na N pa so razvrstitve oskrbovancev v naslednje stopnje in nivoje

Tabela 4.7. Stopnja in nivo odvisnosti

Stopnje	nivoji	Točke N
Visoka odvisnost	2	90-100
Visoka odvisnost	1	75-89
Resna odvisnost	2	65-74
Resna odvisnost	1	50-64
Zmerna odvisnost	2	40-49
Zmerna odvisnost	1	25-39
Ni odvisnosti		0-24

Odlok 174/2011 določa tri stopnje odvisnosti:

Stopnja I: Zmerna odvisnost - ko oseba rabi pomoč pri izvajanju različnih osnovnih aktivnosti dnevnega življenja vsaj enkrat dnevno, ali ko oseba rabi to pomoč s presledki ali omejeno podporo za osebno avtonomijo (pri demenci).
Stopnja II: Resna odvisnost – ko oseba rabi pomoč pri izvajanju različnih osnovnih aktivnosti dnevnega življenja dva ali trikrat na dan, vendar oseba ne želi trajne prisotnosti in podpore oskrbovalca ali ko oseba potrebuje obsežno podporo za doseganje svoje osebne avtonomije.

Stopnja III: Visoka odvisnost – ko oseba potrebuje pomoč za izvajanje različnih osnovnih aktivnosti dnevnega življenja večkrat na dan zaradi njene popolne izgube fizične, kognitivne, intelektualne ali senzorične avtonomije. Ko oseba rabi trajno podporo druge osebe ali vseobsežno podporo za doseganje osebne avtonomije.

Vsaka od teh treh stopenj odvisnosti je razdeljena na dva nivoja glede na avtonomijo osebe in intenziteto oskrbe, ki jo potrebuje.

Tabela 4.8 Stopnje potrebne podpore pri aktivnostih dnevnega ģivljenja

Koeficient podpore: $k_{i,j}$	0.9	0.9	0.95	1
Zakonsko določeno	Nadzor	Delna fizična pomoč	Maksimalna fizična pomoč	Posebna pomoč
Aktivnost	Če oskrbovanec potrebuje tretjo osebo samo, da mu pripravi potrebne stvari za opravljanje aktivnosti	Če mora tretja oseba sodelovati pri aktivnostih oskrbovanca	Če mora tretja oseba nadomestiti oskrbovanca pri izvedbi aktivnostih	Če ima oseba večje motnje v obnašanju, ki onemogočajo tretjo osebo pri izvedbi aktivnosti

Tabela 4.9 podaja intervale za določanje stopnje in nivoja odvisnosti, kakor jih definira Kraljevi dekret 174/2011.

Tabela 4.9 Stopnje in nivoji odvisnosti

Stopnja	**Nivo**	**Toļke**
Visoka odvisnost	Nivo 2	90-100
Visoka odvisnost	Nivo 1	75-89
Resna odvisnost	Nivo 2	65-74
Resna odvisnost	Nivo 1	50-64
Zmerna odvisnost	Nivo 2	40-49
Zmerna odvisnost	Nivo 1	25-39
Oseba je neodvisna		0-24

4.4 MODEL MNOGOTERIH POJEMANJ TUDI V PRILAGAJANJU POTREBNEGA BIVALIŠČA

Funkcionalne zmožnosti z leti upadajo in nivo odvisnosti, kot jo merimo po tabelah 4.3-4.3 in formuli (1) narašča. Z naraščanjem tega nivoja pa se spreminja tudi optimalna opremljenost bivališča in njegova optimalna lokacija. Opremljenost vpliva na to, kako dolgo bo lahko oskrbovanec še ostal v določenem stanovanju, lega pa vpliva na logistične stroške pri oskrbi na domu.

Potrebe po upokojitvi se dokaj hitro spreminjajo zaradi slabšega zdravja in mobilnosti od manj do bolj zahtevnih specializiranih gradenj za starostnike. Zdravstveno stanje in energija starostnikov, ki jo premorejo pri teh letih, jim ne dopušča, da bi se lotevali gradenj ustreznejših stanovanj sami, finančno stanje starostnikov pa tudi ni tako, da bi z lahkoto financirali novogradnje na ključ. Skozi desetletja so si s svojim delom zagotavljali prihodke, ki so jih v veliki meri vlagali v svojo nepremičnino, v svoj dom, in prihodkom sorazmerno v svoje pokojnine. Njihove nepremičnine predstavljajo pogosto vsaj tolikšno vrednost, kot je diskontirana skupna vrednost pokojnin ob upokojitvi. S hitro spreminjajočim se potrebam po opremi in dostopnosti v njihovih domovih in izven njih do zdravstvenih in socialnih storitev ter zabavno-rekreacijskih površin pa se pojavlja dinamična potreba po selitvah v ugodnejša bivališča.

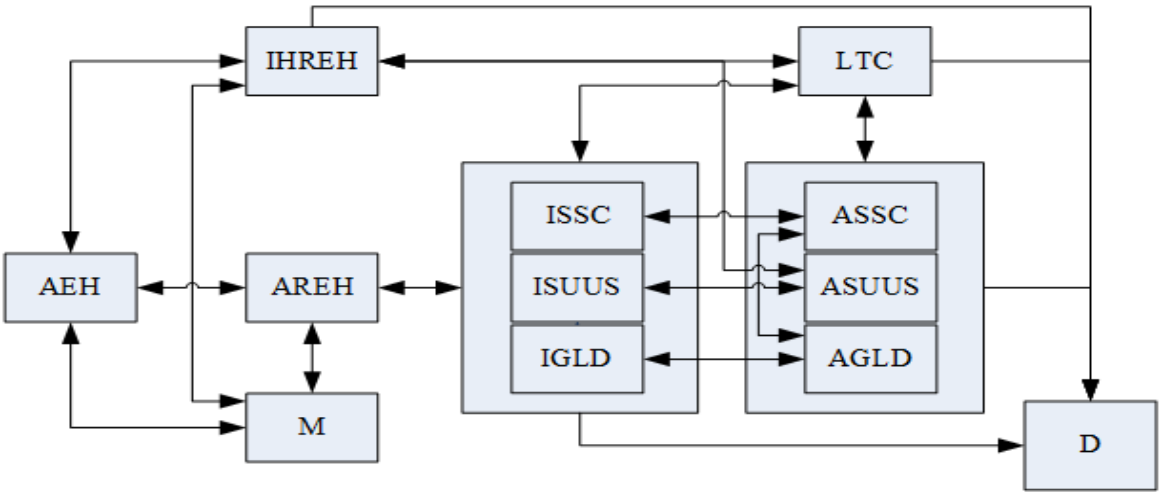
V nezavidljivem položaju so predvsem upokojenci, ki imajo prihodke pod mejo revščine. Plombe na njihove nepremičnine v zemljiški knjigi, če sprejmejo pičle socialne prejemke, kot jih predpisuje Zakon o socialnovarstvenih prejemkih[24], bodo zadovoljevanje takšnega spreminjanja potreb po stanovanju zelo ovirale, če se tega problema sistematično ne reši na državnem nivoju. Zato je današnji ZSVarPre v veliko škodo lastnikom nepremičnin, če se ne uvede aktuarsko pravičen instrument obratne hipoteke kot komplement socialne pomoči socialno šibkim starostnikom. Produkti, ki se danes v Sloveniji javnosti predstavljajo kot obratna hipoteka, dejansko nimajo lastnosti, ki bi jih morala imeti obratna hipoteka, in spravljajo starostnika v nezavidljiv položaj. Za razliko od Španije in drugih razvitih zahodnih držav Slovenija še nima zakonsko urejenega finančnega instrumenta obratne hipoteke, s katerim bi si starostniki lahko financirali stanovanjsko in drugo oskrbo s črpanjem premoženja iz nepremičnine ter do smrti ohranili lastništvo nepremičnine, pri tem pa ostali primerno fleksibilni. Španija je zakon, ki ureja trg hipotekarnih posojil, ki vključuje tudi regulacijo obratne hipoteke sprejela leta 2007[25].

[24] ZSVarPre (Ur.l.RS, št. 61/2010),
[25] Ley 41/2007, BOE núm. 294

Ko vrednotimo nepremično premoženje starostnika ob upokojitvi, pa moramo imeti pred očmi tudi dejstvo, da vrednost nepremičnine skozi njihovo življenjsko dobo ni konstantna. Ne spreminja se samo z obrabo (amortizacijo) nepremičnine, ampak tudi z obsegom ponudbe in povpraševanja nepremičnin (monopolna oziroma oligopolna renta), obrestno mero v gospodarstvu in posebej pri pridobivanju hipotekarnih kreditov, pa tudi z vlaganji v dostopnost, mestotvorne in mestoslužne dejavnosti družbe, ki dvigujejo diferencialno rento I (Lisec et al, 2008) in diferencialno rento II v mestih (za Ljubljano glej Bogataj, Drobne, Tuljak-Suban, 2011, za privlačnost med regijami pa Bogataj, Drobne, Tuljak-Suban, 2012 in Drobne, Bogataj, 2011). Negotovost cene nepremičnine ob prodaji je eden od rizikov, ki ga je potrebno upoštevati pri vzpostavitvi obratnih hipotek, kar pa ima izven kriz prednosti prav za lastnike (starostnike), saj se preko instrumenta obratne hipoteke naraščajoče diferencialne rente nabirajo skozi vso dobo njim v prid. Španija še vedno breme rizikov pri padanju vrednosti nepremičnine prepušča posameznim lastnikom, medtem ko imajo ZDA na federalnem nivoju urejeno federalno zavarovanje za primer, da dolgoživost lastnika preseže vrednost nepremičnine. V Evropi bi morali isto doseči na celotnem teritoriju EU, da bi vpeljali varne mehanizme obratnih hipotek.

Veliko je razlogov, zaradi katerih se družba mora potruditi, da omogoči selitve starostnikov v skladu z njihovimi potrebami, možnostmi in željami. Glede na dane možnosti bi se posamezniki odločali ali za bivališča bliže različnih storitev in zabavno – rekreacijskih centrov, ali pa za majhne bivalne enote z vrtovi, po možnosti v primerni dostopnosti do sorodnikov in prijateljev, nedaleč od doma. So pa tudi takšni, ki se v podobnih primerih odločajo za selitev v "tople kraje" Mediterana, celo druge države. Med njimi je zanimiva destinacija prav španska riviera. Le malo starostnikov se bo v prvih letih upokojitve odločilo za segregacijo v »mesta za upokojence« in še ti bodo želeli ne daleč od svojega mesta, kjer so preživeli aktivna leta. Nekatera mesta so večja od drugih in v manjših naseljih je težko poskrbeti za celostno logistiko oskrbe starejših. Starejši lastniki nepremičnin, ki bi radi ostali v svojih domovih kar se da dolgo, potrebujejo prenovo svojih domov za boljšo mobilnost. Med take prenove sodijo vgradnje dvigal in drugih naprav, ki niso poceni. Starejši z nizkimi dohodki ali tisti, ki dajejo prednosti dostopu do vrta ali le gredici in klopci pred vrati, pogosto dajejo prednost svojemu staremu domu, vendar nimajo sredstev, da bi ga preuredili za potrebe boljše mobilnosti, toplotne izolacije ali izolacije pred vlago, hkrati pa pogosto ostajajo odrezani od privlačnih trgovskih centrov in še posebej od posebnih servisov za oskrbo starostnikov. Bolj zdravi in mobilni starostniki z višjimi dohodki imajo pogosto večje zahteve po kulturnih in rekreacijskih centrih. Bolj zdravi v tej kategoriji iščejo bivališče v samostojni ali večstanovanjski hiši individualnih lastnikov, medtem ko tisti, ki potrebujejo intenzivnejšo pomoč iščejo bolj dostopna bivališča in so si pripravljeni sami organizirati pomoč na domu. Zaradi tako različnih potreb starostnikov je potrebno zgraditi oziroma adaptirati široko paleto stanovanj za različne potrebe starajočega se prebivalstva, zgraditi ustrezne oskrbovalne mreže, ki se prilagajajo potrebam posameznih kohort neke funkcionalne regije ali so specializirane za posebne skupine starostnikov, in zagotoviti ustrezen javni ali poseben transport skupnosti.

Slika 4.2: Diagram spremembe statusa in moǵnih selitev starostnikov usklajen z modelom mnogoterih pojemanj



Vir: Bogataj, D., Ros-McDonnell, D., Bogataj, M. (2015c). Reverse Mortgage Schemes Financing Urban Dynamics Using the Multiple Decrement Approach. Actuarial Sciences and Quantitative Finance, Springer.

Tabela 4.7. Notacije (akronimi) posameznih rab stanovanj ob dolo̧enem stanju mobilnosti posameznika $l \in L$ pomenijo naslednje:

Akronim	Pomen	Akronim	Pomen
SSC	Segregacija v mestih za starostnike	**IGLD**	Neodvisna GLD
ISSC	Neodvisna SSC	**AGLD**	GLD z asistenco
ASSC	SSC z asistenco	**LTC**	V objektih za dolgoročno intenzivno oskrbo Varovani domovi in bolnišnice
SUUS	Integracija z drugimi kohortami v mestih (delež gradnje manjših stanovanjskih enot za starejše v novih projektih v mestnih središčih z visokim nivojem oskrbovalnih mrež)	**GLD**	Bivanje v pritličnih in drugih dobro dostopnih bivališčih izven mestnih središč blizu obstoječih domov (cenejše gradnje z večjo dostopnostjo centrom dolgotrajne oskrbe)
ISUUS	Neodvisna SUUS	**AEH**	Aktiven v obstoječem domu
ASUUS	SUUS z asistenco	**IHREH**	Omejeno mobilen, starostnik v obstoječem domu

M	izseljen v drugo mesto oziroma na podeželje izven oskrbovalnega področja	**AREH**	Pri dobrem zdravju, starostnik v obstoječem domu
D	Smrt		

Shema na sliki 4.2 podaja dinamiko potencialnih selitev starejših glede na njihove fizične in psihične zmožnosti, preference do grajenega okolja in njihovega doma v njem, finančnih zmožnosti in oskrbovalne mreže, iz katere črpa posamezne storitve. Takšna dinamika je lahko v zadovoljstvo starostnikov le, če bo zagotovljen dovolj likviden trg nepremičnin, ustanovljene institucije, ki bodo to likvidnost v korist starostnikov zagotavljale, in če bomo z obratnimi hipotekami zagotovili dovolj visoko kupno moč starostnikov, kakor tudi dovolj sredstev za investicije v javni prostor, ki jih vsaj delno lahko zajamemo iz davkov na nepremično bogastvo grajenega prostora. Podobno, kot z aktuarskim modelom mnogoterih pojemanj napovedujemo pričakovane dogodke v aktuarskih matematiki oziroma zavarovalništvu, lahko tudi v napovedovanju potrebe po grajenem prostoru za starostnike zgradimo aktuarskih model mnogoterih pojemanj, kot ga podaja slika 4.2. Takšne selitvene tokove ZSVarPre omejuje in s tem potencialno drastično znižuje kvaliteto bivanja starostnikov pod mejo dohodkovne revščine.

Prepričani pa smo tudi, da je dodatno financiranje starostnikov iz nepremičnine preko obratne hipoteke lahko tudi finančno uspešna, če se izvaja v mreži mest, ki je sposobna zagotoviti dovolj nizke obrestne mere pri izvedbi obratnih hipotek, česar eno samo mesto ni sposobno, mreža evropskih mest (npr. v okviru razširjene mreže URBACT[26] pa bi bila dovolj močna, da doseže ustrezno financiranje obratnih hipotek v zadovoljstvo starostnikov in razcvet storitev za zadovoljevanje njihovih potreb, kar bi lahko pripomoglo v naporih proti krčenju evropskega, s tem pa tudi slovenskega gospodarstva. Vpliv obrestne mere na anuitete v sistemih črpanja nepremičnega premoženja preko obratne hipoteke na nepremičnini, vredni 320.000 € podaja tabela 4.8.

Tabela 4.8. Vpliv obrestne mere na mesečni znesek anuitete

Obrestna mera banke	1 %	2 %	3 %	4 %	5 %	6 %	7 %
Mesečna renta (ú)	870	800	660	580	500	420	360

Opomba: V periodičnih sistemih črpanja nepremičnega premoženja kot kapitalizacije mestne rente preko obratne hipoteke, če je vrednost stanovanja oziroma hiše 320.000 € in v sistem obratnih hipotek vstopi starostnik pri 65 letih in je zavarovalniška obrestna mera 3,5 (kot je danes v Sloveniji) in 0,5 % vstopnih stroških. Upoštevane so tablice smrtnosti DAV 1994R, ki so predpisane pri rentnih zavarovanjih v Sloveniji.

[26] http://urbact.eu/en/header-main/about-urbact/urbact-at-a-glance/urbact-in-words

Tabela 4.8 prikazuje, kako pomembno je zagotoviti nizko obrestno mero bank, to pa je mogoče danes doseči le na evropskem nivoju v mreži mest oziroma regij, ki bi lahko zagotovila nizko obrestno mero z obratno hipoteko zavarovanih posojil starostnikom. Tudi Španija, ki ima sicer zelo nizko obrestno mero v stanovanjskem sektorju, obrestne mere, ki bi jo lahko vpeljala Evropska centralna banka, ne more dosegati. Med parametri, ki vplivajo na mesečno rento, so tudi operativni stroški zavarovanja in nepremičninskih transakcij, zato je dolgoživost pri tem smiselno zavarovati v evropskih kooperativah (vzajemne zavarovalnice), ki obdržijo presežke v matematičnih rezervacijah in lahko v kooperaciji z mrežo mest zagotovijo najnižje stroške upravljanja z nepremičninami. S tem bi dosegli rezultate, ki jih ima v Ameriki HUD (federalni Housing and Urban Department).

4.5 ZAKLJUĻEK

Ocenjuje se, da je v Sloveniji 45 milijard € stanovanjskih nepremičnin v lasti starostnikov, kar je več kot 20 % nad slovenskim BDP (Bogataj, 2013). V Sloveniji letno zamenja lastnika preko 10.000 stanovanjskih nepremičnin, od tega je 95 % dedovanj (Banovec, 2011). Ker gre za dedne pogodbe, to ne vpliva na boljše kazalce BDP, kar bi sicer lahko pri institucionalni izvedbi sistema črpanja nepremičnin. Zaradi dolgotrajnih zapuščinskih postopkov je veliko tovrstnih stanovanj leta in leta praznih. Hkrati pa upokojenci težko pridejo do likvidnih sredstev za življenje, vzdrževanje nepremičnin in dodatno medicinsko oskrbo. Ko je s finančno krizo upadlo povpraševanje po nepremičninah, so nepremičninski posredniki ob velik del svojega posla. Uvedba obratnih hipotek bi oživila nepremičninski trg, starostnikom pa bi se povečala kvaliteta življenja in znižalo tveganje, ki se mu danes izpostavljajo v primerih klasične prodaje svojih stanovanj pred smrtjo oziroma produktov, ki jim pravimo obratna hipoteka, pa to niso.

Tudi drugod v Evropi se prebivalstvo stara tako, da bo do leta 2050 skoraj tretjina prebivalstva starejšega od 65 let. S staranjem prebivalstva se spreminja tudi povpraševanje po stanovanjskih objektih. Bivalne potrebe starostnikov, ki so pogosto manj mobilni, kot je mlada populacija, in imajo pogosto majhno število članov gospodinjstva, so drugačne, kar bi moralo vplivati tudi na zasnove nadaljnje gradnje mestnega prostora. Mnogi starostniki ostajajo sami v velikih hišah ali stanovanjih, vendar z nizkimi dohodki teh ne morejo ustrezno vzdrževati. Slaba ponudba ustreznejših stanovanj in nelikvidni trg nepremičnin dodatno onemogočajo selitve starostnikov v primernejša bivališča. Z uvedbo programov črpanja mestne rente oziroma njene kapitalizacije (kar vrednost nepremičnine v mestu je), za kvalitetnejše življenje in selitve v primernejša stanovanja, je mogoče zagotoviti starostnikom kvalitetnejše tretje življenjsko obdobje, z vseevropsko akcijo ustanovitve mreže ponudnikov bančno – zavarovalnih produktov z nizko obrestno mero pa povečano kupno moč starostnikov, oživitev storitev zanje in gradnjo zanje primernih bivališč in s tem

dodaten zagon gospodarstva Evrope. Načrte črpanja je mogoče prilagoditi posameznikom tako, da je razpon parametrov lahko zelo širok in aktuarsko pravičen, tako da vsak starostnik najde zase najustreznejšo shemo (Bogataj, 2013). Ker tovrstni produkti temeljijo na obratni hipoteki, ki predvideva vpis zapadlosti dolga v plačilo v zemljiško knjigo, pa je v Sloveniji potrebno dopolniti Zakon o zemljiški knjigi (Ur.l. RS, št. 58/2003) tako, da se tovrstni načrti lahko vpišejo v zemljiško knjigo ne samo na določen datum ali na odpoklic, kot je omogočeno danes, ampak za kreditojemalca na varen način.

Za likvidnejši trg nepremičnin moramo biti sposobni ocenjevati povpraševanje po različnih vrstah nepremičnin na dolgi rok in v prostorskih planih in izvedbenih načrtih upoštevati potrebe starostnikov. Te bo mogoče laže napovedovati, če bomo statistično spremljali funkcionalne zmožnosti, kot to počne Španija in še nekatere države. Za likvidnejši trg nepremičnin in prilagajanje bivališča starostnikom s posebnimi potrebami pa je potrebno povečati njihovo kupno moč tudi preko uvedbe obratnih hipotek, ki bodo pod skrbnim nadzorom države, kot smo o tem pisali v pravkar objavljeni Springerjvi publikaciji: Actuarial Sciences and Quantitative Finance, Springer Proceedings in Mathematics & Statistics 133, kjer si bralec lahko ogleda tudi konkretni aktuarski model.

.

Literatura in viri ter predlog dodatnih branj:

25. **Agencija za zavarovalni nadzor (2008).** Nemške rentne tablice smrtnosti DAV 1994R, http://www.a-zn.si/Default.aspx?id=70.
26. **Banovec, T. (2011).** Demografija in stanovanja v dolgoživi družbi. V: GRŽINIČ, Borut (ur.). *Zbornik referatov.* Ljubljana: Gospodarska zbornica Slovenije, Zbornica za poslovanje z nepremičninami, 2011, str. 17.
27. **Bogataj, D., Ros-McDonnell, D., Bogataj, M. (2015a)** Financing Urban Growth in Aging Societies : Modelling the Equity Release Schemes in the Welfare Mix for Older Persons. V: Enhancing synergies in a collaborative environment, Cham: Springer, str. 205-215
28. **Bogataj, D., Ros-McDonnell, D., Temeljotov Salaj, A., Bogataj, M. (2015b**) Sustainable Urban Growth in Ageing Regions: Delivering a Value to the Community. V: Enhancing synergies in a collaborative environment, Cham: Springer, 2015, str. 215-224
29. **Bogataj, D., Ros-McDonnell, D., Bogataj, M. (2015c**). Reverse Mortgage Schemes Financing Urban Dynamics Using the Multiple Decrement Approach. Actuarial Sciences and Quantitative Finance, Springer Proceedings in Mathematics & Statistics 133, pp.27-47
30. **Bogataj, M., Drobne, S., Tuljak Suban, D. (2012).** A fuzzy approach to forecasting the attractiveness of regions for human resources. In: Sethi, S. (Ed.), Bogataj, M. (Ed.), Ros Mcdonnell, L. B. (Ed.). Industrial Engineering: Innovative Networks. London, Heidelberg: Springer, cop. , str.. 375-384.
31. **Bogataj, M., Drobne, S., Tuljak Suban, D. (2011)**. Regression-fuzzy approach to land valuation. Cent. Eur. j. oper. res., vol. 19, no. 3, str. 253-265. http://www.springerlink.com/content/r08r73t2611831j2/fulltext.pdf, doi: 10.1007/s10100-010-0188-x.
32. **Demirkan, H. (2005).** Generating design activities through sketches in multi-agent systems. Autom Constr 14:699–706.
33. **Demirkan, H. (2007),** Housing for the ageing population, Eur Rev Ageing Phys Act 4, pp 33–38, DOI 10.1007/s11556-007-0016-z.
34. **DEMHOW**(2009), »Home ownership as wealth over the life cycle, European Household Motivation for Residential Assets « http://www.demhow.bham.ac.uk/reports/A3.pdf),

35. **Doling, J. , Ronald, R. (2010)**. Home-ownership and asset-based welfare, *Journal of housing and the built environment*, 2010 , Springerlink.com DOI 10.1007/s10901-009-9177-6
36. **Drobne, S., Bogataj, M. (2012)**. Metoda opredelitve števila funkcionalnih regij: Aplikacija na ravneh NUTS 2 in NUTS 3 v Sloveniji = A method to define the number of functional regions: An application to NUTS 2 and NUTS 3 levels in Slovenia. Geod. vestn., Vol. 56, no. 1, str. 105-127.
37. **Drobne, S., Bogataj, M. (2011)**. Accessibility and flow of human resources between Slovenian regions, (MEORL, serial no. 11). Ljubljana: Faculty of Civil and Geodetic Engineering; Šempeter pri Gorici: MEDIFAS.
38. **Grum, B., Temeljotov Salaj, A. (2010)**. Pričakovanja potencialnih pridobiteljev stanovanjskih nepremičninskih pravic v Republiki Sloveniji glede na njihov spol, starost, izobrazbo in zaposlenost = Expectations of potential acquisitions of residential real estate rights in the Republic of Slovenia, according to gender, age, education and employment. Geod. vestn., letn. 54, št. 3, str. 501-516.
39. **Lisec, A., Drobne, S., Bogataj, M. (2008). The influence of the national development axes on the** transaction value of rural land in Slovenia = Vpliv nacionalnih razvojnih osi na transakcijsko vrednost kmetijskih in gozdnih zemljišč v Sloveniji. Geod. vestn.., letn. 52, št. 1, str. 54-68.
40. **European Commission (2005).** National strategy reports on adequate and sustainable pensions, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities. (available online: http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=5444&langId=en/accessed on 25/7/2011/ , 72.

41. **European Commission (2010).** Green Paper on pensions, MEMO/10/302, Brussels, 2010, http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=MEMO/10/302&format=HTML&aged=1&language=EN&guiLanguage=sl.
42. **European Commission (2011).** Health-EU, The Public Heath Portal of the European Union, (available online: http://ec.europa.eu/healtheu/care_for_me/long_term_care/index_en.htm , cessed on 21/7/2011.
43. **Haberman, S. (1983),** Decrement tables and the measurement of morbidity: I, JIA 110, str.361-381.
44. **International Monetary Fund (2011),** Global financial stability report - Durable Financial Stability: Getting There from Here, available online; http://www.imf.org/external/pubs/ft/gfsr/2011/01/pdf/text.pdf, /accessed on 15/7/2011//), 182.
45. **IIASA (2002**), Demography: population by age groups, 1950–2050 for all European regions. (Available online: http://www.iiasa.ac.at/Research/ERD/DB/data/hum/dem/dem_2.htm, /accessed on 17/7/2011//).
46. **Norina Szander (2015)** Letno poročilo o delu na doktorski disertaciji, Interno gradivo. Šempeter pri Gorici: MEDIFAS
47. **Pogaļnik, A., Zavodnik Lamovġek, A., Drobne, S.(2009).** A Proposal for Dividing Slovenia into Provinces. Lex localis, letn. 7, št. 4, str. 393-423.
48. **Reifner, U., Clerc-Renaud, S., Pérez-Carrillo,E.F., Tiffe, A., Knobloch, M.(2009)**. Study on Equity Release Schemes in the EU, Institut für Finanzdienstleistungen e.V., Hamburg, (available online: http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/docs/credit/equity_release_part1_en.pdf/accessed on 12/7/2011//), 134.
49. **Temeljotov Salaj, A., Janļar, J., Ġritof-Brus, M., Trpin, G.(2011).** The development of the real estate investment fund for the purpose of regional development. Lex localis, vol. 9, no. 3, str. 265-281.
50. **Zavodnik Lamovġek, A., Drobne, S., Ģaucer, T.(2008)**. Small and medium-size towns as the basis of polycentric urban development = Majhna in srednje velika mesta kot ogrodje policentričnega urbanega razvoja. Geod. vestn., letn. 52, št. 2, str. 290-312, ilustr. http://www.geodetski-vestnik.com/52/2/gv52-2_290-312.pdf.
51. **Zakon o socialno-varstvenih prejemkih** (ZSVarPre), Ur.l.RS, št. 61/2010, z dne 26.7.2010**.**
52. **Zakon o zemljiġki knjigi** (ZZK-1) Ur.l. RS, št. 58/2003 z dne 18.6. 2003.
53. **United Nations, (1993)**. Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities, United Nations,1993.
54. **World Health Organisation (2007),** Global Age-friendly Cities, Ageing and Life Course, http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.p

5. POGLAVJE

VLOGA MINISTRSTVA ZA ZDRAVJE PRI IZVAJANJU STROKOVNIH NADZOROV S SVETOVANJEM

mag. Zdenka TIĻAR[27], dipl. upr. org., višja m. s

5.1 UVOD

Izvajanje zdravstvene dejavnosti mora pacientu zagotavljati varno in kakovostno obravnavo, skladno z razvojem stroke. Za doseganje navedenega Zakon o zdravstveni dejavnosti v 76. členu (Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF in 14/13) opredeljuje izvajanje štirih oblik nadzora, in sicer interni strokovni nadzor, strokovni nadzor, upravni nadzor in nadzor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Interni strokovni nadzor se izvaja kot samonadzor, ki ga izvajajo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci ter odgovorni za strokovnost dela v zavodu.

Strokovni nadzor s svetovanjem izvaja na podlagi javnega pooblastila pristojna zbornica ali strokovno združenje v sodelovanju s klinikami, kliničnimi inštituti ali kliničnimi oddelki in drugimi zavodi. V kolikor javnega pooblastila Ministrstvo za zdravje (v nadaljnjem besedilu: ministrstvo) ne podeli zbornici ali strokovnemu združenju, strokovni nadzor s svetovanjem izvaja ministrstvo samo. Strokovni nadzor s svetovanjem se izvede na predlog zavarovane osebe, delodajalca, zdravstvenega delavca oziroma zavoda ali na drug predlog. O strokovnem nadzoru mora biti najkasneje v 15 dneh po pregledu sestavljen ugotovitveni zapisnik s predlogi ukrepov in rokov za odpravo morebitnih pomanjkljivosti. Zapisnik se pošlje zdravstvenemu zavodu oziroma zasebnemu zdravstvenemu delavcu ter ministrstvu, kadar gre za strokovni pregled izven programa, pa tudi predlagatelju. Zakon o zdravstveni dejavnosti opredeljuje ukrepe v primeru ugotovljenih večjih pomanjkljivosti, in sicer dodatno strokovno izpopolnjevanje zdravstvenega delavca, za katerega se ugotovi pomanjkljiva usposobljenost. V primeru, da se ugotovi organizacijske, materialne in druge pomanjkljivosti, ki so pogojene z neustrezno kvaliteto ali strokovnostjo dela, ministrstvo določi rok za odpravo ali začasno, dokler niso odpravljene ugotovljene pomanjkljivosti, prepove dejavnost zdravstvenega

[27] Ministrstvo za zdravje, Direktorat za zdravstveno varstvo. zdenka.t-icar@gov.si

zavoda, njegove enote ali zasebnega zdravstvenega delavca. V primerih, da javno pooblastilo pristojni zbornici ali strokovnemu združenju ni podeljeno, opravlja strokovni nadzor ministrstvo, način nadzora pa se predpiše s podzakonskim aktom (79.a člen).

Nadalje je v zakonu opredeljen upravni nadzor nad zakonitostjo dela zdravstvenih zavodov in zasebnih zdravstvenih delavcev, ki je izključno v pristojnosti ministrstva. Upravni nadzor se izvaja na podlagi programa rednih upravnih nadzorov ali na predlog pacienta, njegovega svojca, skrbnika, zdravstvenega zavoda, delodajalca, pristojne zbornice, sodišča ali po lastni presoji ministrstva. Če se pri upravnem nadzoru ugotovijo nepravilnosti, izda ministrstvo odločbo, s katero določi ukrepe in roke za odpravo nepravilnosti. Uradna oseba, ki opravlja upravni nadzor, lahko izjemoma odredi začasni ukrep, da se prepreči neposredna nevarnost za zdravje ljudi ali za zdravstvene razmere. Zoper začasnemu ukrepu ima zdravstveni zavod oziroma zasebni zdravstveni delavec v osmih dneh pravico do pritožbe, ki pa ne zadrži izvršitve ukrepov. V primeru, da se v upravnem nadzoru ugotovi, da zdravstveni delavec oziroma zdravstveni sodelavec zavoda ali zasebni zdravstveni delavec ni sposoben opravljati nalog, ki so mu zaupane, se o tem obvesti pristojno zbornico in delodajalca.

Finančni nadzor nad izpolnjevanjem pogodb, ki jih je sklenil za opravljanje zdravstvene dejavnosti izvajalec, izvaja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

5.2 STROKOVNI NADZOR S SVETOVANJEM

Izvajanje strokovnega nadzora s svetovanjem (v nadaljnjem besedilu: strokovni nadzor) ureja Pravilnik o izvajanju strokovnega nadzora s svetovanjem za posamezne poklicne skupine zdravstvenih delavcev, ki niso organizirani v poklicnih zbornicah oziroma strokovnih združenjih z javnim pooblastilom (Uradni list RS, št. 60/13 in 3/15), (v nadaljnjem besedilu: Pravilnik). Strokovni nadzor je lahko redni ali izredni. Redni strokovni nadzor se opravlja po programu, ki ga za obdobje dveh let določi minister, pristojen za zdravje (v nadaljnjem besedilu: minister). Program je objavljen na spletnih straneh ministrstva. Izredni strokovni nadzor lahko opravi ministrstvo po lastni presoji ali na predlog pacienta, njegovega svojca ali skrbnika, zdravstvenega zavoda, delodajalca, zdravstvenega delavca, pristojnega strokovnega združenja, sodišča ali na drug predlog. Ministrstvo lahko pred nadzorom od izvajalca, za katerega je podan predlog za izredni strokovni nadzor, zahteva pojasnilo glede navedb v predlogu.

Redni ali izredni strokovni nadzor se začne s sestavo nadzorne komisije, v kateri so strokovnjaki na nadzorovanem strokovnem področju in so se prijavili na podlagi javnega poziva za člane nadzorne komisije (v nadaljnjem besedilu: nadzornik). Na podlagi javnega poziva je kriterije izpolnjevalo 114 nadzornikov s področja zdravstvene nege, fizioterapije, delovne terapije, rentgenologije, sanitarnega inženirstva in socialnega dela. Nadzorniki imajo

najmanj višješolsko izobrazbo ustrezne smeri, najmanj 10 let delovnih izkušenj na področju, ki se nadzira, in v zadnjih petih letih neprekinjeno opravlja delo na področju, ki se nadzira.

Nadzornik ne more nadzorovati zdravstvenega zavoda ali izvajalca zdravstvene dejavnosti, če je v zadnjih treh letih z izvajalcem, pri katerem se opravi strokovni nadzor, poslovno sodeloval, če je o vsebini, ki je predmet strokovnega nadzora, predhodno odločal v okviru druge institucije, ter v primeru, če so podane druge okoliščine, ki vzbujajo dvom o njegovi nepristranskosti.

Lista nadzornikov je objavljena na spletnih straneh ministrstva. Nadzorna komisija (v nadaljnjem besedilu: komisija) je praviloma sestavljena iz strokovnjakov z različnih strokovnih področij in jo za vsak primer posebej imenuje minister. Komisija, v kateri sodelujejo različni strokovnjaki, preverja timsko obravnavo pacienta, prenos informacij med zdravstvenimi delavci in ustrezno vključenost posameznih strokovnjakov za zagotavljanje izpolnjevanja individualnega načrta. V primeru, da se izvaja strokovni nadzor pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti, ki ima koncesijo za eno strokovno področje, pa so strokovnjaki le s področja dela. Komisija ima praviloma najmanj predsednika in dva člana. Pri izvajanju strokovnih nadzorov različnih strokovnih področij je članov nadzora lahko več. Predsednik komisije vodi izvajanje strokovnega nadzora, usklajuje delo med člani in oblikuje ugotovitveni zapisnik.

V Sklepu se poleg pravnih podlag navede izvajalca, pri katerem se opravi strokovni nadzor, člane komisije, namen strokovnega nadzora in vrsto nadzornih dejanj ter rok, do katerega se opravi strokovni nadzor.

Nadzorna komisija v okviru nadzora:

- preverja strokovnost izvajanja zdravstvene dejavnosti in strokovnost poklicnih kompetenc posameznih zdravstvenih delavcev;
- preverja ustreznost poklicnih kvalifikacij, strokovnih izpopolnjevanj in organizacije dela,
- preverja izvajanje kakovosti in varnosti na strokovnem področju ter timsko obravnavo pacienta,
- preverja stalno sledenje razvoja stroke in upoštevanje doktrin ter smernic na področju dela,
- preverja opravljanje strokovne dejavnosti v skladu s strokovnimi in etičnimi kodeksi,
- preverja ustrezno kadrovsko zasedenost
- svetuje na podlagi ugotovitev strokovnega nadzora.

Pri opravljanju strokovnega nadzora komisija:

- pregleda dokumentacijo izvajalca ter ugotavlja strokovnost, kakovost in varnost izvajanja zdravstvene dejavnosti,

- ugotavlja strokovno usposobljenost na podlagi dokazil in razgovorov,
- zagotavlja ustrezno organizacijsko in kadrovsko razporejenost,
- pregleda skladnost plana in realizacijo strokovnega izpopolnjevanja,
- opravi razgovore z zdravstvenimi delavci in direktorjem.
- V primeru ugotovljenih nepravilnosti opravi razgovore, razgovore o povezovanju z drugimi izvajalci zdravstvene dejavnosti, svetuje, kako izboljšati strokovnost dela ali pogoje dela.

Komisija med izvajanjem strokovnega nadzora opravi ogled posameznih objektov, prostorov ali opreme izvajalca ter opravi druga nadzorna dejanja glede na namen strokovnega nadzora. Kadar se izvede izredni strokovni nadzor na predlog pacienta, njegovega svojca ali skrbnika, zdravstvenega zavoda, delodajalca, zdravstvenega delavca, pristojnega strokovnega združenja, sodišča ali na drug predlog, komisija lahko poleg nadzornih dejanj iz prejšnjega odstavka opravi tudi razgovor s predlagateljem strokovnega nadzora.

Strokovni nadzor praviloma poteka v prostorih izvajalca, določena nadzorna dejanja pa se lahko opravijo tudi drugje. Izvajalec ima pravico in dolžnost sodelovati s člani komisije, zagotoviti dostop v prostore, omogočiti pregled zahtevane dokumentacije in nemoteno delo komisije. Strokovni nadzor se opravi v navzočnosti izvajalca, izjemoma pa se opravi tudi v njegovi odsotnosti, če ta svoje odsotnosti ne opraviči oziroma če se ta očitno izmika izvedbi strokovnega nadzora. Komisija ima pravico, da opravi nadzorna dejanja v prostorih izvajalca tudi brez vnaprejšnje napovedi. Vsi izredni nadzori se opravljajo brez vnaprejšnje napovedi. Komisija s tem preverja ustreznost organizacije dela v odsotnosti posameznih zdravstvenih delavcev.

Komisija v 15 dneh po opravljenih nadzornih dejanjih sestavi ugotovitveni zapisnik s predlogi ukrepov in roki za odpravo pomanjkljivosti, ki se posreduje izvajalcu. Izvajalec lahko poda pripombe na ugotovitveni zapisnik v osmih dneh od prejema ugotovitvenega zapisnika. Pripombe se posredujejo predsedniku komisije. Komisija se do pripomb opredeli, lahko pa izvajalca, pri katerem se je opravil strokovni nadzor, v zvezi s pripombami povabi na usklajevalni sestanek. Komisija po prejemu pripomb na ugotovitveni zapisnik in morebitnem usklajevalnem sestanku o zaključkih strokovnega nadzora obvesti ministra in predlagatelja, kadar se je izredni strokovni nadzor opravil na njegov predlog.

Če se pri strokovnem nadzoru ugotovijo pomanjkljivosti, ministrstvo zahteva odpravo organizacijskih, materialnih in drugih pomanjkljivosti, ki pogojujejo neustrezno kakovost ali strokovnost dela in določi rok za odpravo pomanjkljivosti. V primerih, ko komisija ugotovi večje pomanjkljivosti, ki imajo za posledico trajne ali hujše posledice na zdravju pacienta ali celo smrt pacienta, lahko ministrstvo, poleg ukrepa iz prejšnjega odstavka, začasno, dokler niso odpravljene ugotovljene pomanjkljivosti, prepove dejavnost zdravstvenega zavoda, njegove enote ali zdravstvenega delavca v javnem ali zasebnem sektorju.

Izvajalec o posameznih izvedenih ukrepih za odpravo pomanjkljivosti, v skladu z roki, določenimi v ugotovitvenem zapisniku, obvesti ministrstvo z evalvacijskim poročilom. Evalvacijsko poročilo vsebuje predlagani ukrep, odgovornega nosilca in rok za izvedbo. Kadar se strokovni nadzor opravi v javnem zdravstvenem zavodu, o ugotovitvah strokovnega nadzora, ukrepih in realizaciji ukrepov direktor javnega zdravstvenega zavoda obvesti Svet zavoda. Svet zavoda se na podlagi seznanitve odloči o ustreznosti ukrepov, ki so zapisani v zapisniku seje Sveta zavoda. S sklepom se seznani ministrstvo.

Stroške izvajanja strokovnega nadzora krije ministrstvo. Kadar so ugotovljene nepravilnosti, stroške nadzora povrne izvajalec, pri katerem so nepravilnosti ugotovljene. Stroški zajemajo potne stroške komisije, dnevnice članov komisije in plačilo za opravljeno delo.

5.3 REZULTATI IZREDNIH NADZOROV

V letu 2014 je bilo izvedenih šest izrednih nadzorov na področju fizioterapije, eden na področju zdravstvene nege in eden na področju babištva. Poročilo o ugotovljenih nepravilnostih in izrečenih ukrepih je bilo v februarju 2015 objavljeno na spletnih straneh ministrstva. Poročilo je namenjeno izvajalcem zdravstvene dejavnosti, da preverijo izvajanje zdravstvene dejavnosti v zavodu ter na podlagi dvomov ali nejasnosti pridobijo ustrezne informacije, kako delo izboljšati. V letošnjem letu je bil objavljen program rednih strokovnih nadzorov za leto 2015 in 2016. Za vsako leto je predvidenih deset rednih strokovnih nadzorov v javnih zavodih in pri zasebnih izvajalcih. Izredni strokovni nadzori se izvajajo glede na pobude oziroma pritožbe, ki so posredovane na ministrstvo. Ker je obseg pritožb izredno velik, se vsaka pritožba oceni glede na očitane kršitve. V zadnjih dveh letih so bile te kršitve najbolj pogosto očitane na področju socialnovarstvenih zavodov, zato se več izrednih nadzorov izvede v socialnih zavodih. Odziv zavodov, ki so bili nadzorovani, je razen izjem, pozitiven. Komisija na podlagi Ugotovitvenega zapisnika predlaga, kako izvajati zdravstveno dejavnost, da se zagotovi ustrezna kakovost in varnost pacientov, opozori na pomanjkljivosti, na katere nismo dovolj pozorni kot izvajalci, svetuje glede zagotavljanja ustreznega timskega pristopa in vključevanja novih spoznanj. Tak pristop izvajalce vodi k poenotenju dela, oblikovanju ustreznih strokovnih smernic, predvsem pa spodbuja izvajalce, da s kvaliteto dela seznanja javnost in si pridobi zaupanje.

Ministrstvo si prizadeva, da izvajalci zdravstvene dejavnosti spoznajo, da smo z enotnimi merili in strokovnostjo bolj močni in laže premagujemo ovire. Napake, ki jih ugotavljajo nadzorne komisije, so v večini sistemske in organizacijske narave. Vedno bodo med izvajalci razlike, kljub temu so uspehi večji, če smo enotni in si vzajemno pomagamo.

Literatura in viri

1. Zakon o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF in 14/13)
2. Pravilnik o izvajanju strokovnega nadzora s svetovanjem za posamezne poklicne skupine zdravstvenih delavcev, ki niso organizirani v poklicnih zbornicah oziroma strokovnih združenjih z javnim pooblastilom (Uradni list RS, št. 60/13 in 3/15)

6. POGLAVJE

POMEN STROKOVNIH NADZOROV V SISTEMU VODENJA KAKOVOSTI

dr. Saġa KADIVEC[28], prof. zdr. vzg.

6.1 UVOD

Vodenje je zelo pomemben proces tudi v zdravstveni organizaciji. Poleg zagotavljanja ustreznega nivoja strokovnega dela je za vodenje pomembno, da vodje sledijo sodobni organizacijski praksi, kar vodi k večji učinkovitosti poslovanja. Med njimi je pomemben timski pristop.
Z notranjimi nadzori v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik spremljajo, kako in v kakšni meri izpolnjujejo sprejete standarde zdravstvene oskrbe. Z notranjimi presojami spremljajo, kako se naloge in cilji, ki jih določi vodstvo organizacije, prenesejo do izvajalcev osnovnih izvedbenih procesov in kakšne ukrepe izvajajo z namenom doseganja skupno določenih ciljev.
Med osnovne cilje sistema vodenja kakovosti in varnosti, ki nam med drugim omogočajo tudi izpolnjevanje zahtev standardov ISO 9001: 2008 in DIAS, sodijo:

- vsakodnevno zadovoljevanje potreb odjemalcev oziroma uporabnikov naših storitev;
- zaposlenim zagotoviti primerno orodje za doseganje posamičnih in skupinskih ciljev vseh, ki sodelujejo v posameznih procesih;
- stalno prilagajanje poslovanja zavoda spremenljivemu okolju in s tem zagotavljanje njenega trajnostnega razvoja (Kadivec, Šprajcar, 2014; ISO 9001:2008).

Standard DIAS za bolnišnice (veljaven od novembra 2013, verzija 3.1) v 3. poglavju (Sistem vodenja bolnišnice) določa:

- bolnišnica mora razvijati, izvajati in vzdrževati kontinuiran sistem za vodenje kakovosti in varnosti bolnikov;

- bolnišnica mora ocenjevati kakovost in si prizadevati za izboljšanje učinkovitosti z namenom reševanja prioritet na področju izboljševanja kakovosti zdravstvene oskrbe in varnosti pacientov ter poskrbeti, da se izvajajo korektivni in preventivni ukrepi ter se nato ovrednoti njihova učinkovitost;

---

[28] Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, e-pošta: sasa.kadivec@klinika-golnik.si

- Å bolnišnica mora zagotoviti ustrezna sredstva za merjenje, ocenjevanje, izboljševanje in vzdrževanje učinkovitosti ter zmanjšanje tveganja za paciente (DIAS, 2013).

V točki QM7 – Merjenje, nadzor in analiza standard DIAS opredeljuje:

- Å za merjenje, nadzor in analizo procesov v bolnišnici je treba vzpostaviti merila, s katerimi je mogoče zaznati spremembe, prepoznati procese, kjer je stopnja odklona zaskrbljujoča;
- Å pozitivne in negativne posledice ter oceni uspešnost ukrepov, sprejetih za izboljšanje učinkovitosti in/ali zmanjšanje tveganja,
- Å bolnišnica mora opredeliti pogostost in podrobnosti merjenja.

Področje sistema kakovosti in zagotavljanja varnosti bolniku opredeljuje tudi Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje 2011-2020, ki v točki 3.2.5. Strateški cilji na področju kakovosti in varnosti, med drugim opredeljuje naslednje strateške cilje na področju kakovosti in varnosti.

- Å Kot pristop k izboljšanju kakovosti in varnosti se mora uporabljati sistem nenehnih izboljšav, ki vključujejo:

- standardizacijo delovnih procesov in zdravstvenih storitev,
- redno merjenje kazalnikov kakovosti,
- identifikacijo vzrokov odstopanja,
- sistemsko in sistematično odpravljanje vzrokov,
- upravljanje s tveganji – risk menedžment. (Kadivec in sod., 2012)

6.2 NOTRANJI NADZORI

Strokovni nadzor v zdravstveni negi v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik (Klinika Golnik) izvajajo napovedano ali nenapovedano pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege, vodilne medicinske sestre oddelkov, koordinatorki za kakovost ali izvajalci zdravstvene nege, ki v matriki znanja izkazujejo potrebna znanja za opravljanje strokovnih nadzorov.

V skladu s tem postopkom se pri notranjem nadzoru preverja vsakodnevno delo na področju zdravstvene nege, izvajanje standardov zdravstvene nege (ocena načrtovanja in realizacija zdravstvene nege), izpolnjevanje dokumentacije zdravstvene nege in zdravstvene dokumentacije, ocena varnosti bolnika, rezultati kazalnikov kakovosti oddelka / enote (ocena izvedenih ukrepov, če kazalniki niso v mejah kakovosti), problemi in prednosti pri izvajanju programa kakovosti in priložnosti za izboljšave.

Strokovni nadzor v zdravstveni negi se izvaja napovedano in nenapovedano kot negovalna vizita v skladu s planom nadzora. Na ta način stalno spremljamo realizacijo plana, ki ga določimo vsako leto tudi na osnovi ugotovitev notranjega nadzora v predhodnem letu. O opravljenem nadzoru se napiše zapisnik. Številka zapisnika se vpiše tudi v plan nadzora. V

primeru, da se pri notranjem nadzoru ugotovi priložnosti za izboljšave, se poda ustrezne korektivne ali preventivne ukrepe.

Ugotovitve notranjih nadzorov predstavimo na kolegiju SZNO, kjer sprejmemo tudi korektivne in preventivne ukrepe na ravni celotne klinike. Vodilne medicinske sestre so zadolžene, da sklepe kolegija SZNO v celoti prenesejo na svoje medicinske sestre v obliki oddelčnih sestankov.

Poročilo o izvedenih nadzorih, kjer ocenimo, v kakšni meri izvajamo kazalnik kakovosti, je obravnavano na kolegiju SZNO. Vodilne medicinske sestre in strokovne vodje na oddelčnih sestankih obravnavajo poročila in sprejmejo preventivne in korektivne ukrepe (Kadivec, Šprajcar, 2014).

6.2 PRIMER STROKOVNEGA NADZORA

Skladno z dogovorom na Komisiji za kakovost v decembru 2014 je bil v obdobju od 26. 1. do 11. 2. 2015 izveden nadzor predpisovanja zdravil na terapevtsko listo z dogovorjenimi izvajalci: zdravnica in vodja komisije za kakovost, pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege, klinična farmacevtka ter skrbnica sistema vodenja kakovosti.

Izbor bolnikov: na dan nadzora smo izbrali 3 hospitalizirane bolnike na vsakem oddelku, in sicer na način, da smo zajeli vsaj 3 različne zdravnike, ki so bili za njih na ta dan odgovorni – želeli smo zajeti čim več predpisovalcev.
Kazalniki kakovosti:

- čitljiv zapis imena zdravila,
- nedvoumen zapis odmerka zdravila v ustreznih enotah,
- ustrezno zapisan način aplikacije zdravila (iv, sc., na kožo …),
- definicija frekvence dajanja (x/dan, pri antibiotikih in verapamilu predpis na ure),
- podpis zdravnika,
- definicija potrebe, če je predpis zdravila po potrebi (pp),
- beleženje razloga za neprejem oz. zamudo pri dajanju zdravila,
- ustrezen predpis ukinitve zdravila,
- kakovostno izpolnjevanje terapevtskega lista,
- zapis znane preobčutljivosti za zdravila na terapevtski listi (jasen in pravilno označen),
- predpis nizko molekularnega heparina (NMH) v ustrezno okence,
- ustrezno obkrožena diabetična lista,
- zapis ure vizite,
- predpis terapije s kisikom (Stariha, 2015).

6.4 REZULTATI

Pregledali smo 22 terapevtskih list. Na izbrane dneve je bilo na 22 terapevtskih listih predpisanih 177 zdravil. Priložnosti za izboljšave so predvsem na področju:

- predpisa frekvence dajanja zdravila,
- predpisa zdravil po potrebi,
- ustrezno predpisana preobčutljivost na zdravila,
- zapisane ure opravljene vizite,
- bolniki s pravilno predpisanim NMH.

Korektivni ukrepi:

- seznanitev zdravnikov in medicinskih sester z rezultati nadzora;
- navodila za izpolnjevanje terapevtskih listov bomo priložili gradivu, ki ga pošiljamo specializantom in bodočim zaposlenim zdravnikom v Kliniki Golnik (Stariha, 2015).
-

6.5 NOTRANJA PRESOJA ï SPREMLJANJE UĻINKOVITOSTI IN USPEĠNOSTI VODENJA

Z notranjo presojo smo želeli pogledati urejenost procesa vodenja narkotikov na bolniških oddelkih/enotah. Zanimalo nas je tudi, kakšne sklepe sprejmejo, da bi na nivoju posameznega bolniškega oddelka izboljšali poslovanje v skladu z dogovorjenimi usmeritvami.

Notranjo presojo so izvedle skrbnica sistema vodenja kakovosti, pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege in klinična farmacevtka februarja 2014. Pri presoji smo uporabili orodja DIAS standard in ISO 9001:2008. Pri presoji smo preverjali procese v zvezi z:

- preverjanjem rokov narkotikov,
- optimalnostjo obstoječih zvezkov za beleženje porabe narkotikov,
- izpolnjevanjem Navodil za izpolnjevanje knjige prepovedanih drog in navodil za ravnanje z odpadnimi prepovedanimi drogami za paranteralno aplikacijo na bolniških oddelkih,
- hrambo delno porabljenih narkotikov,
- postopkom vračanja narkotikov v lekarno in
- planiranjem notranjega nadzora nad stanjem narkotikov.

Korektivni in preventivni ukrepi:

- dopolniti SOP Navodila za ravnanje z narkotiki,

- dopolniti določila za vodenje zvezkov za porabo narkotikov (lekarna izdela ažurni seznam in seznam narkotikov).

6.6 ZAKLJUĻEK

Sistem vodenja kakovosti z notranjimi nadzori in presojami po standardih DIAS in ISO 9001: 2008 nam pomaga, da ohranjamo našo usmeritev v uspešno, učinkovito in varno skrb za pacienta. Zato je ob ugotovljenih neskladnostih z zahtevami standarda jasno in razumljivo, kako je potrebno dopolniti ali spremeniti obstoječi način dela, da bo zagotavljal večjo kakovost in varnost pri obravnavi bolnikov. Ključni je timski pristop vseh udeležencev. Presoja je na takšen način učinkovita, ker so udeleženi vsi profili v procesu in aktivnosti ocenjujejo vsak s svojega strokovnega vidika.

Literatura in viri

1. Kadivec, S., Skela Savič, B., Džananovič Zavrl, D., Kramar, Z. in sod. (2011). Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v zdravstvenem varstvu v RS za obdobje 2011-2020. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
2. DNV Standard for Hospitals, 2013. Standard, interpretive guidelines and surveyor guidance for hospitals. DNV-DS-HC102. January 2013, version 3.A, pp. 128.
3. Slovenski standard. SIST EN ISO 9001, Sistemi vodenja kakovosti – Zahteve (ISO 9001:2008). Ljubljana: Slovenski inštitut za standardizacijo, 2008.
4. Kadivec, S., Šprajcar, D. Spremljanje kazalnikov kakovosti na različnih nivojih vodenja. V: Bahun, M. (ur.). Preverjanje učinkovitosti korakov C in A kroga kakovosti: 7. Dnevi Angele Boškin: zbornik prispevkov, 21. november 2014, Kranjska Gora. Jesenice: Splošna bolnišnica, 2014. 31-5.
5. Stariha, E. (2015). Poročilo nadzora: ustreznost predpisovanja zdravil na terapevtski list (TL). Interni dokument Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik.

7. POGLAVJE

ZAKON O PACIENTOVIH PRAVICAH IN ZDRAVSTVENO SOCIALNA OSKRBA PACIENTA

Zlata REBOLJ[29]

7.1 UVOD

Zrelost družbe se kaže tudi v zagotavljanju pravic državljanom na različnih področjih. Pomembno področje v življenju posameznika je prav gotovo zdravje. Zdravje je univerzalna pravica vsakega posameznika. Država je dolžna zagotavljati in omogočati pogoje za dosego najvišjega možnega standarda zdravja. V okviru javnega zdravstva in socialnega varstva pa je država dolžna omogočati uživanje zdravstvenih in socialnih storitev vsem državljanom enako. Vedno pogosteje se srečujemo s težavami dostopnosti zdravstvenih in socialnih storitev zaradi domnevno premalo sredstev, ki jih država namenja za zdravstvo in socialo. V luči kršitev in afer v zdravstvu, ki se pogosto dogajajo, je Zakon o pacientovih pravicah (v nadaljevanju ZPacP) pomemben instrument za zaščito pacientovih pravic.

ZPacP govori o pravicah, ki jih ima pacient pri obravnavi v zdravstvenem in socialnem varstvu. Zakon je bil sprejet leta 2008 (ZPacP, Uradni list RS, št. 15/2008). V enem delu govori tudi o dolžnostih pacientov (ZPacP, 54. člen), ki bi jih moral upoštevati vsak posameznik, ker si na ta način lahko zagotovi boljše zdravje. Malo je zakonov, ki so tako pomembni za velik del prebivalstva kot ravno zakon o pacientovih pravicah. Je instrument, ki dodatno zagotavlja kakovostno, varno in strokovno obravnavo pacienta kakor tudi pomoč javnim zavodom pri zagotavljanju obravnave pacienta v zdravstvenem in socialnem varstvu.

7.2 URESNIĻEVANJE PRAVIC ZPacP

Pri uresničevanju pravic ZPacP se upoštevajo zlasti naslednja načela: spoštovanje vsakogar kot človeka in spoštovanje njegovih moralnih, kulturnih, verskih, filozofskih in drugih osebnih prepričanj, spoštovanje telesne in duševne celovitosti ter varnosti, varstvo največje

[29]Zastopnica pacientovih pravic za Dolenjsko in Belo krajino

zdravstvene koristi za pacienta, zlasti otroka, spoštovanje zasebnosti, spoštovanje samostojnosti pri odločanju o zdravljenju in spoštovanje osebnosti in dostojanstva tako, da nihče ni socialno zaznamovan zaradi svojega zdravstvenega stanja in vzrokov, posledic ter okoliščin tega stanja ali zdravstvene oskrbe, ki jo je bil zaradi tega deležen (ZPacP, 3. člen). Pacientove pravice, ki jih ureja ZPacP so:

1. pravica do dostopa do zdravstvene oskrbe in zagotavljanja preventivnih storitev,

2. pravica do enakopravnega dostopa in obravnave do zdravstvene oskrbe,

3. pravica do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev,

4. pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe,

5. pravica do spoštovanja pacientovega časa,

6. pravica do obveščenosti in sodelovanja,

7. pravica do samostojnega odločanja o zdravljenju,

8. pravica do upoštevanja v naprej izražene volje,

9. pravica do preprečevanja in lajšanja trpljenja,

10. pravica do drugega mnenja,

11. pravica do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo,

12. pravica do varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov,

13. pravica do obravnave kršitev pacientovih pravic,

14. pravica do brezplačne pomoči pri uresničevanju pacientovih pravic.

Obvezna objava pri vseh izvajalcih zdravstvene in socialne oskrbe, ki so vključeni v javno mrežo, tudi koncesionarjih, mora vsebovati:

- osebno ime pristojne osebe, njeno telefonsko številko in delovno mesto, kjer se prva zahteva lahko vloži ustno,

- podatki o načinu vložitve prve zahteve in času sprejema prve zahteve pri izvajalcu zdravstvenih storitev,

- osebno ime, naslov, elektronski naslov, telefonsko številko in podatke o uradnih urah najbližjega zastopnika ter obvestilo o možnosti zastopanja in druge pomoči s strani zastopnika.

Objava mora biti na vidnem mestu v čakalnici na primarni ravni in v specialistični ambulantni dejavnosti oziroma ob vhodu na oddelek ali običajnem oglasnem mestu bolnišnice ali drugem izvajalcu zdravstvene in socialne oskrbe.

Za prijavo domnevne kršitve pacientovih pravic so pomembni tudi roki, ki jih predpisuje ZPacP:

- 15 dni zaradi domnevno neustreznega odnosa,

- 30 dni zaradi domnevno neustreznega ravnanja pri nudenju zdravstvene oskrbe,

- 3 mesece po poteku rokov, če je za kršitev zvedel kasneje oziroma so se posledice kršitev pokazale kasneje.

7.3 POROĻILO O DELU ZASTOPNICE V LETU 2014

V letu 2014 je zastopnica obravnavala naslednje najpogosteje kršene pacientove pravice.

- Pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene storitve.

- Neprimeren odnos zdravnikov, zdravstvenih delavcev in sodelavcev.

- Pravica do obveščenosti in sodelovanja.

- Pravica do spoštovanja pacientovega časa.

- Pravica do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo.

- Pravica do varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov.

Pri zastopnici se je osebno zglasilo 107 pacientov. Zastopnica je obiskala 28 obsojencev v ZPKZ na Dobu in opravila je 575 telefonskih pogovorov. V letu 2014 je bilo opravljenih 13 prvih obravnav zaradi domnevno kršenih pacientovih pravic pri izvajalcih zdravstvenih

storitev. V dveh primerih na prvi obravnavi ni bil dosežen dogovor in je bilo reševanje preneseno na Komisijo za varstvo pacientovih pravic pri Ministrstvu za zdravje.

Poudariti je potrebno, da je pomoč in zastopanje zastopnikov pacientovih pravic za paciente brezplačna.

Pacienti lahko poiščejo pomoč ali nasvet v času uradnih ur zastopnikov, ki so objavljene tudi na spletni strani Ministrstva za zdravje in Nacionalnega inštituta za javno zdravje.

Literatura in viri:

1. Balažic, J., Korošec, D., Ivanc, B. in sod. (2009). Zakon o pacientovih pravicah s komentarjem. Ljubljana: GV založba.

8. POGLAVJE

LETNI POGOVORI S SODELAVCI ï NAMEN, PREDNOSTI IN KORISTI

Metka LAMPE[30]

8.1 UVOD

Osnovna naloga vodij je zagotovitev uspešnega in tekočega delovanja organizacijske enote, ki jo vodite. Pri tem je seveda izjemnega pomena, kako znate ravnati s svojimi sodelavci. Zaradi tega je priporočljivo, da imate vodje vsa potrebna strokovna znanja, ki vam omogočajo kakovostno vodenje in s tem vplivanje na rezultate vaše enote, ki so plod znanja, zmogljivosti in prizadevanj vaših sodelavcev ter ustreznosti vašega vodenja. Imeti sposobnost prepoznavati kvalitete in pomanjkljivosti vaših sodelavcev, jih spodbujati in pravilno motivirati za boljše delovanje, je ključno. Vodenje preprosto pomeni sposobnost vplivanja, spodbujanja in usmerjanja k doseganju skupno zastavljenih ciljev. Številne mednarodne raziskave kažejo, da **si zaposleni ģelijo jasnih ciljev in veļ ļasa s svojimi predpostavljenimi.**

Načini vodenja se razlikujejo glede na vodstveni stil posameznega vodje. **Vsak vodja lahko izboljģa svoje sposobnosti vodenja s spoģtljivo komunikacijo, s konkretnimi povratnimi informacijami in z vzpodbujanjem ter motiviranjem svojih sodelavcev.** In ko govorimo o upravljanju delovne uspešnosti sodelavcev, govorimo o tem, da je potrebno jasno določiti pričakovanja (cilje in ravnanja), je potrebno dnevno sodelovanje v postopkih spreminjanja in ocenjevanja trenutnega stanja ter premagovanja ovir in je potrebno ocenjevati dosežke sodelavcev na podlagi ključnih ciljev in celovito uspešnost na delovnem mestu.

Letni pogovori ali kakorkoli jim že rečemo (razvojni pogovori, ciljni pogovori, redni letni razgovori …) so po mojem mnenju še vedno eno najmočnejših orodij menedžmenta, so pripomoček za lažje vodenje in ravnanje s sodelavci, so oblika medsebojne komunikacije in visoko učinkovito orodje za vodenje s cilji. Seveda ob predpostavki, da so izvedeni korektno in strukturirano.

---

[30] Izobraževalna trenerka, poslovna svetovalka in coachinja

8.2 NAMEN IN KORIST IZVEDBE

Kakšen je pravzaprav **namen** izvedbe? Ključno je vplivanje na povečano uspešnost zavoda, ki pa jo lahko dosežete samo tako, da dvignete individualno uspešnost vsakega posameznega člana kolektiva. Običajno na delavnicah navedem vsaj nekaj razlogov na vprašanje »zakaj«, ki kažejo na ključne prednosti uvedbe. Z uvedbo dvignemo raven komunikacije v zavodu, ustvarjamo boljše delovne odnose med zaposlenimi, dodatno motiviramo zaposlene, izboljšamo kakovost dela in vodenja, povečamo stopnjo zadovoljstva in zavzetosti zaposlenih, razvijamo spodbudno organizacijsko klimo in kulturo ter prepoznavamo potenciale, sposobnosti in veščine naših zaposlenih. Zelo zanimiv je bil pred časom odgovor vodje kadrovske službe večjega zavoda na moje vprašanje, kaj se je spremenilo po uvedbi letnih razgovorov v poslovanje. Povedala je, da so vodje zadovoljni, ker se stvari končno obračajo na bolje, sodelavci pa so zadovoljni, ker imajo vsaj tu priložnost povedati, kar jih teži.

Kakšne pa so **koristi** uvedbe? Različne, odvisne od deležnika v procesu. Sodelavci bolje spoznajo svojo vlogo v delovnem procesu, imajo priložnost izraziti mnenja, dati ideje in pripombe na delo ter organiziranost, pridobijo povratne informacije o svojem delu in uspešnosti, pridobijo informacije, kaj se od njih pričakuje v prihodnosti, pridobijo informacije o možnostih lastnega razvoja in nenazadnje pridobijo dodatno motivacijo za uspešno delo.

Vodje spoznate svoje sodelavce in njihov odnos do dela, pridobite izvirne ideje, mnenja in pripombe za izboljšanje postopkov in procesov dela, pridobite informacije o željah, pričakovanjih in načrtih sodelavcev, odkrivate potenciale v svojih sodelavcih, pridobite informacije za določanje delovne uspešnosti sodelavcev in nenazadnje pridobite tudi podatke za izdelavo plana izobraževanja.

V zavodu pa poleg že navedenih prednosti uvedbe med koristi lahko zapišemo izboljšanje pretoka informacij, izboljšanje uspešnosti zavoda kot celote in hkrati tudi njegove prepoznavnosti ter pridobivanje informacij o primernosti organizacije dela in možne predloge za spremembe.

Za učinkovito izvedbo letnih pogovorov v zavodu se morate nanje pripraviti štirje deležniki, in sicer: vodstvo zavoda, vi, vodje, sodelavci in kadrovska služba. V fazi priprave ima vsak svoje naloge. Razlog je preprosto v kvalitetni, hitri in učinkoviti izvedbi.

Dobra priprava vodij na letne pogovore se prične z odgovorom na dve vprašanji: »Kakšen je namen razgovora s sodelavcem?« in »Kaj želim v tem razgovoru doseči?« Odgovora na ti dve vprašanji vam dajeta dovolj gradiva za uspešno izvedbo pogovora. Hkrati boste natančno

vedeli, kaj želite v tem konkretnem pogovoru doseči in boste vodili pogovor v smeri realizacije zastavljenega plana. Za vsak pogovor si pripravite oporne točke, razmislite o možnem poteku (nenazadnje o možnih ugovorih sodelavca) in ciljih, ki jih želite doseči.

8.3 OBLIKOVANJE CILJEV

Vedno pa se zastavlja vprašanje, kako pravilno oblikovati cilje. Cilji se postavljajo po različnih modelih, eden od prijaznejših, enostavnejših je model SMART – Specific, Measurable, Achievable, Realistic and Time-bounded. **Torej morajo biti cilji specifični, merljivi, izvedljivi, realistični in časovno opredeljeni.** V nadaljevanju podajam nekaj navodil za dobro postavljanje ciljev.

- **S - Posamezen cilj mora biti jasno določen, da ga po koncu obdobja lahko preverite in izmerite.** Čim bolj je cilj jasen, opredeljen, večja je verjetnost za njegovo realizacijo.

  Cilje postavljate **za vsakega posameznega sodelavca**, zato so tudi zastavljeni cilji med sodelavci praviloma popolnoma različni. Kot vodja ne morete določiti enakih ciljev za vse svoje sodelavce oz. jih lahko določite le izjemoma in le delno v pogojih enakosti opravljanja dela. **Učinkoviti cilji so samo osebni cilji**.

- **M - Cilj mora biti postavljen tako, da ga boste z lahkoto izmerili in ob tem ne bo nobenih subjektivnih ocen.** Najbolje je samo merjenje oblikovati s števili in objektivnimi merskimi enotami, npr. kos, l, EUR, kg, EUR/kg ipd. Če ni mogoče določiti klasične merske enote, si pomagate z opisom cilja, ki pa mora biti opravljen v točno določenem roku. Npr. sodelavec ima za cilj vpeljavo nekega določenega projekta do 31. 12. 2015. Merjenje je preprosto določeno z da ali ne. Ali je sodelavec do 31. 12. 2015 vpeljal ta projekt ali ne? Odgovor je le da/ne.

  Nikoli pri postavitvi roka ne uporabljajte tako imenovanih gumijastih profilov – začetek meseca, leta, sredina meseca, v prvem kvartalu, čim prej ipd. Ravno tako ni priporočljivo uporabljati %, če niste točno definirali, katero osnovo boste za ugotavljanje učinkovitosti upoštevali. Zelo hitro namreč pride do različnih interpretacij.

  V praksi se zelo pogosto zastavlja vprašanje, kako meriti in ocenjevati cilje, ki jih preprosto ni mogoče izmeriti v številkah, so pa ti cilji še posebej pomembni (npr. kakovost storitve, zadovoljstvo stanovalcev, svojcev, partnerjev, koristi za partnerja ipd.). Tudi v tem primeru si morate čim bolj natančno predstavljati, kaj želite s postavitvijo takega cilja doseči, to zapisati in določiti možen rok izvedbe.

Ob sami postavitvi ciljev se morate vprašati, ali je postavljen cilj pravilno oblikovan in ali je rezultat cilja jasno podan oz. ga je mogoče interpretirati na več možnih načinov. Če je odgovor o jasnosti rezultata pozitiven, potem tudi končno merjenje ne bo predstavljalo ovire v samem letnem razgovoru.

- **A - Potrebno je postavljati take cilje, ki bodo z nekaj dodatnimi napori izvedljivi**. Ob takem postavljanju ciljev sodelavec vidi možnost doseganja zastavljenih ciljev, zato se bo potrudil in opravil vse potrebno za tak dosežek.
  Cilji ne smejo biti precenjeni, niti podcenjeni. Če postavite prelahke cilje, postane izvedba rutinska, nezanimiva in ne prinaša nobenega izziva, če pa postavite pretežke, prezahtevne cilje, sodelavec težko vidi končno uresničitev. Ne postavljajte prelahkih ciljev, ki jih bo brez truda možno doseči in istočasno ne postavljajte pretežkih ciljev, ki jih niti z velikimi dodatnimi napori sodelavci ne bi mogli doseči.
  Cilje pišite vedno v sedanjiku in nikoli v prihodnjiku.

- **R - Cilj mora biti realen, ne sme biti postavljen kar tako.** Biti mora znotraj polja možnega in verjetnega.
  Ob sami postavitvi upoštevajte tudi delo sodelavca v zvezi z delovnimi nalogami iz opisa delovnega mesta. Zavedati se morate, da izpolnjevanje ciljev ne sme vplivati na tekoče delo.

- **T - Cilj mora biti vedno časovno opredeljen**. Dobro je postaviti tako časovno opredelitev, da se bo delo na njem pričelo v kratkem času po razgovoru in bo imel sodelavec občutek nujnosti. Rok izvedbe naj bo vedno določen sporazumno.

  Postavljanje ciljev v neko daljše obdobje je običajno povezano z izgubo občutka nujnosti, zato se pristop k izvedbi cilja odmika in seveda do določenega roka ni izveden. V primeru postavitve takega cilja (zaradi obsežnosti dela ali drugega razloga) je dobro določiti vsaj kontrolne točke oz. postaviti etapne cilje, na katerih se točno pregleda, ali se aktivnosti vodijo v pravi smeri. Čim krajša je oddaljenost dveh etapnih ciljev, tem manjša je verjetnost odstopanja. Motivacijski učinek nastopi ob vsakem doseganju etapnega cilja.

  Najslabše pa je, da časovnega roka sploh ne postavite, v teh primerih se velikokrat zgodi, da cilj sploh ni dosežen, običajno se ga sodelavec niti ne loti.

- **Cilji so vedno določeni sporazumno**. Zavedajte se, da se prav nihče ne zanima za vaše cilje, ampak se vsak zanima le za svoje. Zato se s sodelavcem o posameznih ciljih na razgovoru pogovorita, dogovorita možne načine izvedbe in postavita časovni okvir. Če boste vi sami določali cilje sodelavcu, bo po veliki verjetnosti prišlo do težav. Sodelavec si namreč na tak način zastavljenih ciljev ne šteje za svoje, zato za realizacijo ne bo storil prav veliko. Posledica je neuresničitev zastavljenega cilja.

Sporazumno določeni cilj poveča motivacijo in zagotavlja uresničitev dogovorjenega cilja. S tem načinom lahko za naslednje letne razgovore dogovarjate višje, bolj zahtevne cilje in iz razgovora v razgovor povečujete uspešnost posameznika.

Vodenje s cilji se je od vodenja s predpisanimi cilji v preteklosti spremenilo v vodenje z dogovorjenimi cilji v sedanjem času. Vodenje na osnovi dogovorjenih ciljev sodelavcu odpira možnost za sodelovanje pri oblikovanju ciljev. Bolj ko se bo sodelavec imel možnost vključiti v oblikovanje ciljev in bolj ko boste lahko upoštevali njegove predloge, tem večja bo njegova stopnja motiviranosti.

V primeru, da pride zavod do položaja, ko je izpolnitev ciljev pomembnejša od soglasja in dogovarjanja, pa je potrebno cilje določiti. Zavedati se morate, da so cilji za zavod nepogrešljivi, da njihova izpolnitev določa učinkovitost zavoda, poleg tega pa tudi učinkovitost vsakega zaposlenega. Šele cilji določijo, kdaj je delo učinkovito opravljeno.

- **Pri postavljanju ciljev se morate omejiti**. Najbolj optimalno je, da se s sodelavcem dogovorita za skupno največ 4 do 5 ciljev za prihodnje leto, ki pa morajo biti takšni, ki nekaj pomenijo. Potrebno se je osredotočiti na tiste cilje, ki so kritični za uspeh na delovnem mestu in seveda podpirajo doseganje ključnih kazalnikov delovne uspešnosti organizacijske enote in/ali zavoda kot celote. Premajhno število zastavljenih ciljev vodi v omejenost in ozko specializiranost, medtem ko preveliko število postavljenih ciljev vpliva na sodelavca tako, da postane zmeden in ne ve točno, katerega cilja naj se najprej loti. Če sodelavca preobremenite z delom, ne morete pričakovati, da bo vse pravočasno dokončal.

  Izjemoma se lahko s sodelavcem dogovorita le za en ali dva letna cilja, ki pa morata biti obsežna, zelo pomembna ali daljše trajnosti. V tem primeru pa nujno dogovorita možne načine izvedbe in določita kontrolne točke, da bosta lahko ocenjevala napredek in pravočasno zaznala težave.

- **Cilji naj bodo razvrščeni po pomembnosti**. Prioritete lahko določite z metodo ABC – A - najbolj pomembni, B - srednje pomembni in C - manj pomembni. Ključ do učinkovitosti je popolna osredotočenost na cilje, ki imajo rang pomembnosti A. Če imate več ciljev v rangu A, jih v nadaljevanju označite s števili 1, 2, 3 … in jih tako še dodatno razvrstite po pomembnosti. Pravilo je, da se nikoli ne lotite ciljev iz ranga B, dokler še obstaja kakšen nedokončan cilj v rangu A.

  »Sposobnost odločanja o tem, kaj je pomembno in kaj je manj pomembno, je odločilnega pomena, če želite biti srečni, uspešni, dosegati visoko raven delovne uspešnosti, saj ste v nasprotnem primeru preobremenjeni, imate preveč dela in premalo časa, poleg tega pa že sam pritisk nedokončanih nalog dejansko znižuje vašo

učinkovitost. Če takšno stanje traja dlje, lahko povzroči stres, zaskrbljenost, čire, razdražljivost, vpliva lahko na vašo osebnost, vaš delovni nastop, na vse.« (Brian Tracy)

- **Cilji s privlačno močjo.** Zelo dobro je, če sodelavcu lahko postavite takšne cilje, ki so za njega dovolj privlačni, da se bo potrudil in jih skušal doseči. Privlačnost cilja naredijo nagrade, ki so povezane z doseganjem in niso nujno materialne narave. Nagrade, ki dodatno motivirajo sodelavce (običajno bolj kot materialne), so npr. povečanje ugleda, varnosti, prizadevanje po uveljavitvi, dodelitev določenih pristojnosti, dodatna svoboda pri odločanju, pa tudi obiski seminarjev, simpozijev ipd.

Zavedati se je potrebno, da morajo sodelavci točno vedeti, kaj vodje od njih pričakujete in da je vaša obveza pripraviti take cilje, ki jih bodo posamezniki lahko izpolnili. Končni rezultat izpolnitve ciljev so učinki, ki jih je mogoče opaziti in izmeriti, in so posledica dela vašega sodelavca. Naloga vas, vodij, je, da prav vsak sodelavec razume, kako njegovo delo prispeva k doseganju skupnih ciljev zavoda.

Ključna pri vsem pa je komunikacija. Komuniciranje je medsebojno izmenjavanje informacij. S komunikacijo drugim sporočate svoje misli in svoje občutke. Da pa bi vas drugi pravilno razumeli, morate biti zelo pazljivi, na kakšen način zadeve obrazložite, kako postavljate vprašanja, torej kako obvladate tehnike komuniciranja. Bodite pozitivno naravnani, izurite se v poslušanju, vzpostavite zaupanje s svojimi sodelavci, jih pohvalite za delo in ravnanja ter s pravo telesno govorico pokažite vašim sodelavcem, da jih spoštujete in jim zaupate.

Na koncu se lahko samo strinjam s kolegico Mileno Majcen, ki je v svoji knjigi zapisala, da so letni razgovori potrebni povsod tam, kjer delajo ljudje. Zaključila pa bi z mislijo, da je dobro pri vodenju upoštevati zlato pravilo vodenja: **»Ravnaj z drugimi tako, kot si želiš, da bi drugi ravnali s teboj.«**

9. POGLAVJE

IZVAJANJE PROGRAMA SVIT IN PODPORA POSAMEZNIKOM PRI SODELOVANJU ï PRIMER DOBRE PRAKSE[31]

Irena DEBELJAK, dipl. m. s., univ. dipl. org.
Dominika NOVAK MLAKAR, dr. med. spec.
Ana-Lucija ĠKRJANEC, mag. družb. inf.

9.1 UVOD

Program Svit je presejalni in preventivni državni program, ki ga sistem zdravstvenega varstva izvaja med navidezno zdravo populacijo z namenom odkrivanja tistih posameznikov, ki imajo prisotne predrakave spremembe oziroma začetne stopnje raka na debelem črevesju in danki. Rak na debelem črevesju in danki (RDČD) je velik javno zdravstveni problem, saj je drugi najpogostejši rak v Sloveniji. Število obolelih se po podatkih Registra raka Slovenije vsako leto povečuje in je bilo v letu 2011 odkritih (C18-C20) že 1.632 primerov bolezni. Bolezen je pogosto odkrita v pozni fazi, kar ima za posledico težje onkološko zdravljenje, slabšo možnost ozdravitve, z vidika javnega zdravja pa predstavlja večje finančno breme. Po podatkih iz literature je odstotek zgodaj odkritih primerov bolezni le 12 %. Cilji delovanja Programa Svit so zmanjšati umrljivost zaradi RDČD za 25 %-30 %, zmanjšati incidenco RDČD za 20 %, povečati delež zgodaj odkritih RDČD na več kot 50 % po 10 letih, izboljšati kakovost življenja bolnikov z RDČD ter posledično zmanjšati finančno breme zdravstva.

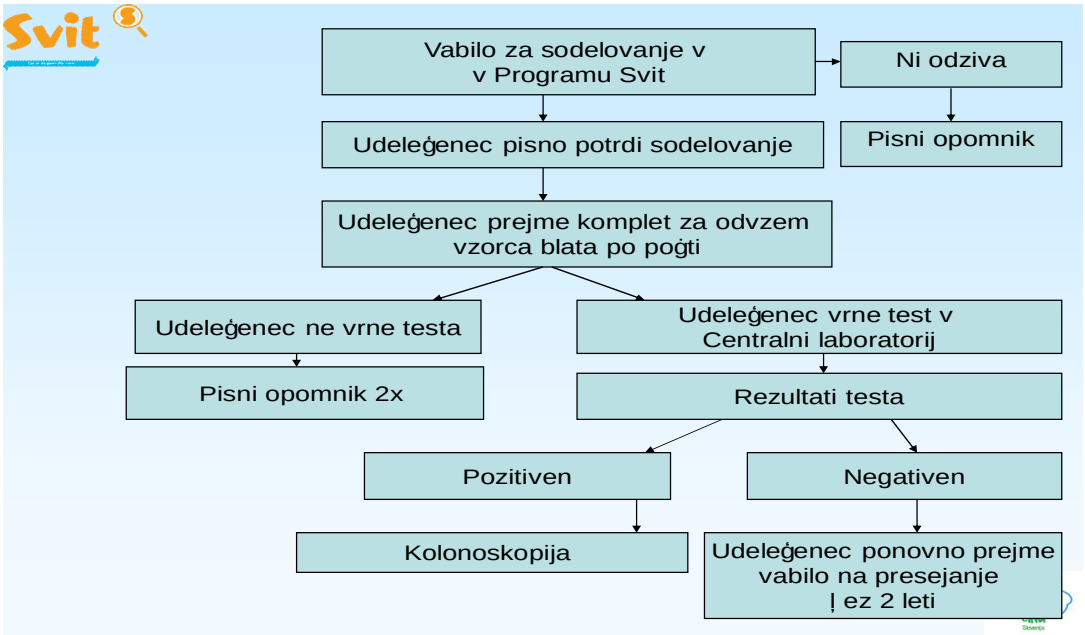
9.2 DELOVANJE PROGRAMA SVIT

Program Svit kot organiziran in centralno voden program deluje od aprila 2009 pod okriljem Ministrstva za zdravje in Nacionalnega inštituta za varovanje zdravja. K sodelovanju v Programu Svit so vsake dve leti vabljeni tako moški kot ženske v starostni skupini od 50 do 69 let, od julija 2015 pa so vabljeni tudi starejši do vključno 74 let starosti. Pogoj za sodelovanje je urejeno osnovno zdravstveno zavarovanje. Ciljna starost vabljenih je

[31] Nacionalni inštitut za javno zdravje, http://www.nijz.si/

mednarodna strokovna odločitev in temelji na izsledkih raziskav, ki so pokazale, pri kateri starosti je potrebno uvesti program presejanja, da se odkrije čim več rakov v zgodnji fazi med sicer zdravim prebivalstvom. Primarna presejalna metoda je imunokemični test blata na prikrito krvavitev, kateremu ob pozitivnem izvidu sledi napotitev osebe na presejalno kolonoskopijo. Prednosti uporabe imunokemičnega testa za ugotavljanje prikrite krvavitve v blatu se kažejo v tem, da je specifičen za debelo črevo in danko, občutljiv na protitelesa, specifična za človeški hemoglobin, odlikuje ga večji delež odkritih polipov in karcinomov kot konkurenčni test gvajak ter velika prednost, da na test ne vplivata zaužita hrana ali morebitna zdravila.

Slika 9.1. Algoritem delovanja Programa Svit



Za izvajanje kolonoskopij za potrebe Programa Svit je na področju Slovenije na voljo 26 pooblaščenih kolonoskopskih centrov ter 4 pooblaščeni histopatološki centri. Algoritem delovanja Programa Svit je razviden iz Slike 1. Presejanje z imunokemičnim testom ni primerno za vse osebe, zato se osebe z izključitvenimi kriteriji (IK) začasno ali trajno izključijo iz programa. Začasno se izključi osebe, ki so v zadnjih treh letih opravile kolonoskopijo brez patoloških najdb. Trajno se izključi osebe, ki so imele v preteklosti pri kolonoskopiji odkrite polipe, kronično vnetno črevesno bolezen (ulcerozni kolitis, Crohnova bolezen) in rak na debelem črevesju ali danki, saj ti potrebujejo natančnejše spremljanje. Posamezni presejalni krog traja dve leti. Prvi presejalni krog je potekal od aprila 2009 do

marca 2011, drugi krog od aprila 2011 do decembra 2012, tretji krog od januarja 2013 do decembra 2014 in četrti presejalni krog poteka od januarja 2015 dalje. Upoštevajoč dejstvo, da predrakave spremembe v debelem črevesju zakrvavijo intervalno, je pomembno, da se vabljene osebe vključijo ob vsakokratnem vabljenju, saj se s tem izboljša možnost, da test zazna morebitno spremembo.

9.3 KLJUĻNI REZULTATI 1. IN 2. PRESEJALNEGA KROGA

Odzivnost v Programu Svit je pomemben pokazatelj uspešnosti programa. Z namenom doseganja zastavljenih ciljev Programa Svit in uspešnosti programa, bi se moralo vanj vključiti najmanj 60 % povabljenih. Odzivnost v program je v 1. presejalnem krogu znašala 56,9 %, v drugem presejalnem krogu se je povečala na 57,8 %. Povečana odzivnost v programu je posledica načrtnega delovanja in izvajanja komunikacijskih dejavnosti ter večje prepoznavnosti programa.

Tabela 9.1: Rezultati 1. in 2. presejalnega kroga

	1. presejalni krog		2. presejalni krog	
	število	delež	število	delež
Osebe s poslanim vabilom	536.709	95,4 %	502.488	95,3 %
Osebe z vročenim vabilom	533.040	99,3 %	500.516	99,6 %
Odzivnost	303.343	56,9 %	289.070	57,8 %
Osebe z IK	38.017	12,5 %	22.425	7,8 %
Presejane osebe	246.916	49,9 %	252.653	52,8 %
Osebe s pozitivnim izvidom	15.310	6,2 %	15.147	6,0 %
Osebe z negativnim izvidom	230.404	93,8 %	236.801	94,0 %
Št. opravljenih kolonoskopij	14.287	/	14.256	/
Št. oseb z opravljeno kolonoskopijo	13.919	90,9 %	13.969	92,2 %

Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Center za upravljanje programov preventive in krepitve zdravja

Velik prispevek k motiviranju udeležencev imajo nedvomno osebni zdravniki, patronažne medicinske sestre, referenčne medicinske sestre, medicinske sestre v socialno varstvenih zavodih ter delovanje informacijskih točk Programa Svit v zdravstvenih domovih.
Odzivnost udeležencev se razlikuje po spolu, saj se moški slabše odzivajo v program za približno 10 %. V 1. presejalnem krogu je bila odzivnost pri ženskah 61,2 %, v drugem presejalnem krogu 62,3 %. Pri moških je bila odzivnost v 1. presejalnem krogu 52,6 % ter 53,2 % v drugem presejalnem krogu. Število presejanih oseb se je iz enega v drug krog

dvignila iz 49,9 % na 52,8 %. Delež oseb s pozitivnim izvidom je 6,2 % v prvem ter 6,0 % v drugem presejalnem krogu. Delež oseb, ki so po pozitivnem izvidu opravile tudi kolonoskopijo, je visok in je znašal 90,9 % v prvem ter 92,2 % v drugem presejalnem krogu, k čemer pripomore sistematično obveščanje ter motiviranje udeležencev s strani klicnega centra Programa Svit.

Tabela 9.2: Odzivnost po spolu in starostnih skupinah

	1. presejalni krog		2. presejalni krog	
	število	delež	število	delež
SPOL:				
ženski	164.244	61,2 %	156.877	62,3 %
moški	139.099	52,6 %	132.193	53,2 %
STAROST:				
50–54 let	99.242	54,7 %	97.144	55,6 %
55–59 let	71.167	57,3 %	71.496	57,3 %
60–64 let	78.582	60,0 %	80.447	59,9 %
65–69 let	54.352	56,3 %	39.983	59,8 %

Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Center za upravljanje programov preventive in krepitve zdravja

Tabela 9.3: Najhujše najdbe pri kolonoskopiji v 1. in 2. presejalnem krogu

Najhujša najdba	**1. presejalni krog**		**2. presejalni krog (preliminarni podatki)**	
	število	delež	število	delež
Karcinom	862 *	6,2 %	382	2,7 %
Suspektno za karcinom	---	---	45	0,3 %
Limfom	---	---	2	0,0 % **
Nevroendokrini tumor	11	0,1 %	6	0,0 % **
Napredovali adenom	5.159	37,1 %	4.406	31,5 %
Nenapredovali adenom	1.711	12,3 %	2.727	19,5 %
Sesilna serirana lezija	53	0,4 %	122	0,9 %
Hiperplastični polip	627	4,5 %	774	5,5 %
Druge neneoplastične najdbe	667	4,8 %	358	2,6 %
Najdbe brez histologije	2.452	17,6 %	3.028	21,7 %
Brez najdb	2.377	17,1 %	2.119	15,2 %
Skupaj	13.919	100 %	13.969	100 %

* poleg teh rakov je bilo odkritih še 46 rakov na kolonoskopiji izven Svita, po pozitivnem FIT testu v Svitu. V 1. presejalnem krogu so bile sicer izven Programa Svit opravljene 502 kolonoskopije.

** odstotek je manjši od 0,01

Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Center za upravljanje programov preventive in krepitve zdravja

V prvem presejalnem krogu je bilo opravljenih 13.919 kolonoskopij ter 13.969 kolonoskopij v drugem presejalnem krogu. Podatki glede najhujše odkrite najdbe pri kolonoskopiji v Tabeli 3 kažejo, da je bilo v prvem presejalnem krogu odkritih 862 primerov karcinoma, pri čemer je bilo 70 % primerov odkritih v zgodnji fazi bolezni (1. in 2. stadij), ko poleg operativne terapije ni bilo potrebnega dodatnega onkološkega zdravljenja. 194 oseb s karcinomom pa je bilo takih, pri katerih je zadostovala samo endoskopska odstranitev patološke spremembe in nadaljnja terapija ni bila potrebna

Izven Programa Svit je bilo v prvem presejalnem krogu opravljenih dodatnih 502 kolonoskopij, pri katerih je bilo odkritih 46 primerov rakov. Odstranjeno je bilo 6.870 napredovalih in nenapredovalih adenomov skupaj, kar predstavlja skoraj 50 % najdb. Glede na to, da se pri kolonoskopiji odstranjuje predrakave spremembe -adenome, se pričakuje dolgoročni vpliv na zmanjšanje incidence RDČD.

Tabela 9.4: Stadij rakov, odkritih v 1. presejalnem krogu

	1. presejalni krog	
	število	delež
I. stadij T1Nx (T1 Nx Mx) *	194	22,8 %
I. stadij (T1/2 N0 M0)	226	26,6 %
II. **stadij** (T3/4 N0 M0)	177	20,8 %
III. **stadij** (katerikoli T N1/2 M0)	202	23,8 %
IV. **stadij** (katerikoli T N1/2 M1)	51	6,0 %
SKUPAJ rakov z določenim stadijem	**850 ****	**100,0 %**

* endoskopska odstranitev

** V 1. presejalnem krogu je bilo na kolonoskopijah, opravljenih znotraj Svita, odkritih 862 rakov, vendar za 12 rakov ni bilo mogoče pridobiti podatka o stadiju.

Zgodnja faza odkritja (I. In II. stadij): 70,2 %

Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Center za upravljanje programov preventive in krepitve zdravja

9.4 OVIRE PRI VKLJUĻEVANJU VAROVANCEV SOCIALNO ZDRAVSTVENIH ZAVODOV V PROGRAMU SVIT - PRIMER

Z dvigom starostne meje za sodelovanje v Programu Svit na 74 let se je povečalo tudi število udeležencev programa, ki so varovanci socialno zdravstvenih zavodov. Problem pri sodelovanju teh oseb je pri samem vključevanju v program, saj glede na to, da so vabila za sodelovanje poslana na stalni naslov, do oseb dostikrat ne pridejo, v kolikor se za to ne potrudijo svojci ali oskrbniki. Osebe v socialno zdravstvenih zavodih imajo velikokrat naslov zavoda kot začasni naslov. V okviru Programa Svit deluje klicni center, ki je zasnovan kot pomoč in podpora udeležencev pri vseh fazah vključevanja v program. V kolikor se preko klicnega centra glede posameznika pridobi informacija, da je oseba varovanec socialno zdravstvenega zavoda, se lahko vabilo za sodelovanje ponovno pošlje na posredovani naslov. Pri samem jemanju vzorca blata za preiskavo lahko predstavlja problem zaprtje, ki je pogost problem pri starejših, še posebej pri slabo pokretnih osebah. Oba vzorca blata je namreč potrebno odvzeti znotraj 4 dni, pri čemer je pomembno pravilno shranjevanje odvzetih vzorcev pri temperaturi med 2 °C in 10 °C. V kolikor ni mogoče drugače, se svetuje uporaba blagega odvajalnega sredstva. Ob neuspešnem odvzemu je mogoče, da se komplet testerjev ponovno pošlje s strani programa. Zaradi možnosti lažno pozitivnega izvida se odsvetuje jemanje vzorca, v kolikor se, z namenom pridobivanja vzorca pri odvajanju, uporabi klistir.

Zelo pomembno je poudariti, da se test blata, v kolikor je bil izvid preiskave na prikrito krvavitev pozitiven, nikakor ne ponavlja, temveč se svetuje kolonoskopija. Razlog je v tem, da predrakave spremembe zakrvavijo intervalno. Testi za ugotavljanje prikrite krvavitve v blatu se med seboj razlikujejo po sposobnosti zaznave rakov in napredovalih adenomov, kar dokazujejo tudi izkušnje klicnega centra Programa Svit.

V kolikor je izvid preiskave blata na prikrito krvavitev pozitiven in zdravstveno stanje udeleženca dopušča, da opravi kolonoskopijo, se izvedejo postopki za pripravo na kolonoskopijo, pri čemer je potrebno natančno upoštevanje navodil za neposredno pripravo na preiskavo. Sam postopek naročanja poteka preko klicnega centra, kjer se uredi termin preiskave glede na posebne potrebe tudi hospitalna kolonoskopija s hospitalnim čiščenjem oziroma kolonoskopija s sedacijo.

Primer dobre prakse je sodelovanje klicnega centra Programa Svit s SVZ Hrastovec, kjer njihovi varovanci redno uspešno opravljajo kolonoskopije tudi v primeru, ko gre za osebe z motnjo v duševnem razvoju. V tem primeru klicni center uredi kolonoskopijo s pomočjo sedacije v Splošni bolnišnici Murska Sobota.

9.5 ZAKLJUĻKI

Po rezultatih iz 1. presejalnega kroga je bilo od vseh udeležencev v Programu Svit, ki so opravili testiranje, 6,2 % oseb s pozitivnim izvidom. Pri osebah, ki so opravile kolonoskopijo v okviru programa, je bilo 60,6 % takih, pri katerih so bile odkrite patološke najdbe. Karcinom je bil odkrit pri 6,2 % preiskovanih osebah. Karcinomi, odkriti v programu Svit, so bili v več kot 70 % odkriti v lokalno omejeni obliki (stadij 1 in 2).

Odzivnost v Programu Svit je pomemben pokazatelj uspešnosti programa, saj je z namenom doseganja ciljev programa pomembno, da se vanj vključi najmanj 60 % povabljenih oseb. Tudi osebe, ki so varovanci socialno varstvenih ustanov, morajo imeti možnost, da izkoristijo svojo pravico do sodelovanja v presejalnem programu. Velikokrat pa pri tem potrebujejo dodatno pomoč, zato je potrebno vzpostaviti kontinuirano sodelovanje med službo zdravstvene nege socialno varstvenih zavodov ter klicnim centrom Programa Svit.

Literatura in viri

1. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Program Svit. Spletna stran: http://www.program-svit.si
2. Segnan, N., Patnick, J., von Karsa, L., eds. (2010). European Guidelines for Quality Assurance in Colorectal Cancer Screening and Diagnosis. First Edition. European Commission. Luxembourg: Publications Office of the EuropeanUnion.
3. Štern, B., Tepeš, B., Stefanovič, M., et al. (2008). Program Svit: slovenski program presejanja in zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb in raka na debelem črevesju in danki: priročnik za družinske zdravnike. Ljubljana: Zdravstveni dom, Enota preventive CINDI.
4. Tepeš, B., Stefanovič, M., Bračko, M., et al. (2010). Rezultati pilotne faze presejalnega programa Svit. Slovenian colorectal cancer screening programme SVIT – results of pilot phase. Zdrav vestn. 79:403-11.

Skupnost socialnih zavodov Slovenije
Povezujemo domove za kakovostno življenje starejših

Pismo urednikom

V Ljubljani, v Cankarjevem domu, se je ravnokar zaključila 25. letna konferenca Alzheimer Europe v organizaciji združenja Alzheimer Europe (AE) in Spominčica – Alzheimer Slovenija. Tokratna vodilna tema konference je bila »Demenca: prenos strategij in raziskav v prakso« in je skušala poudariti pomen povezovanja znanstvenikov, farmacevtov, zdravnikov specialistov za demenco, bolnikov svojcev ter različnih vladnih in nevladnih organizacij, povezanih z demenco.

Eno od pomembnih sporočil konference, naslovljenih na znanstvenike je bilo, da so nujno potrebna orodja za zgodnje odkrivanje razvoja demence. Obete na tem področju brez dvoma prinašajo nove tehnologije (nanotehnologije). Pri tem razvoju pa je potrebno vključevanje znanstvenikov na drugih področjih, ki do sedaj niso bila tesno povezana z demenco. Drugo zelo pomembno sporočilo srečanja, pa je bilo, da obstoja vedno več načinov in znanja, kako omiliti simptome demence in Alzheimerjeve bolezni.

Ob podpisu Glasgowske deklaracije in pristopu vseh slovenskih poslancev k pobodi European Alzheimer's Alliance pričakujemo, da bo tudi v Sloveniji, tako kot v mnogih drugih EU državah, demenca postala prioriteta javnega zdravstva in še posebej programov dolgotrajne oskrbe in da te problematike novi zakon ne bo obšel.

Prof. dr. Damjana Drobne

Raziskovalna skupina za nanobiologijo in nanotoksikologijo
Oddelek za biologijo, BF, Univerza v Ljubljani

Ljubljana, 6. 9. 2015