

VISOKA ZDRAVSTVENA ŠOLA V CELJU

X. STIKI ZDRAVSTVENE NEGE

Simpozij s področja dolgotrajne oskrbe z mednarodno udeležbo

Pod častnim pokroviteljstvom



**INTEGRIRANA DOLGOTRAJNA OSKRBA: ODZIV NA POTREBE
DOLGOŽIVE DRUŽBE V SLOVENIJI**

Zbornik povzetkov

30. maj 2019

**INTEGRIRANA DOLGOTRAJNA OSKRBA:
ODZIV NA POTREBE DOLGOŽIVE DRUŽBE V SLOVENIJI**

Uredniki

dr. Boris Miha Kaučič
dr. Bojana Filej
Alenka Presker Planko
Katja Esih

Programsko organizacijski odbor

dr. Boris Miha Kaučič, predsednik
dr. Gorazd Voga
dr. Bojana Filej
Ivanka Limonšek
Barbara Smrke
Katja Esih
Alenka Presker Planko
Mihaela Pinter Rojc

Izdala in založila

Visoka zdravstvena šola v Celju

Oblikovanje besedila

Alenka Presker Planko

Naklada

100 izvodov

Zbornik povzetkov ni recenziran in lektoriran.

Avtor/ji povzetka je/so odgovoren/odgovorni za vse trditve in podatke, ki jih navaja/jo v povzetku.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Univerzitetna knjižnica Maribor

364-783:616-053.9(082)

STIKI zdravstvene nege (10 ; 2019 ; Celje)

Integrirana dolgotrajna oskrba : odziv na potrebe dolgožive družbe v Sloveniji : zbornik povzetkov / X. stiki zdravstvene nege [tudi] Simpozij s področja dolgotrajne oskrbe z mednarodno udeležbo, 30. maj 2019 ; [uredniki Boris Miha Kaučič ... et al.]. - V Celju : Visoka zdravstvena šola, 2019

ISBN 978-961-6889-33-9

1. Kaučič, Boris Miha

COBISS.SI-ID 96720641

VSEBINA

Program simpozija	4
Uvodni nagovori	7
Staranje in krhkost	
<i>Branko Gabrovec</i>	12
Holistična in k pacientu/uporabniku usmerjena oskrba	
<i>Bojana Filej, Boris Miha Kaučič</i>	13
Vzpostavitev sistema integrirane, dostopne in učinkovite dolgotrajne oskrbe	
<i>Klavdija Kobal Straus</i>	18
Model dolgotrajne oskrbe v Avstriji	
<i>Nataša Štandeker</i>	24
Pilotni projekt dolgotrajne oskrbe v lokalni skupnosti: Vstopna točka	
<i>Alenka Obrul, Vladka Vovk</i>	25
Nove oblike dolgotrajne oskrbe starejših – Grozd malih domov za starejše	
<i>Franci Imperl</i>	28
Neformalni oskrbovalci v integrirani dolgotrajni oskrbi	
<i>Jože Ramovš</i>	34



PROGRAM SIMPOZIJA

X. STIKI ZDRAVSTVENE NEGE

INTEGRIRANA DOLGOTRAJNA OSKRBA: ODZIV NA POTREBE DOLGOŽIVE DRUŽBE V SLOVENIJI

Integrirana dolgotrajna oskrba

Moderatorja: pred. Barbara Smrke in izr. prof. dr. Gorazd Voga

8.30 – 8.45

Otvoritev simpozija

izr. prof. dr. Gorazd Voga, dekan Visoke zdravstvene šole v Celju

*mag. Klavdija Kobal Straus, generalna direktorica Direktorata za dolgotrajno oskrbo,
Ministrstvo za zdravje RS*

Peter Svetina, varuh človekovih pravic Republike Slovenije

8.45 – 9.10

Potrebe dolgožive družbe po dolgotrajni oskrbi

Janja Romih, Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti Republike Slovenije

9.10 – 9.35

Staranje in krhkost

doc. dr. Branko Gabrovec, Nacionalni inštitut za javno zdravje Republike Slovenije

9.35 – 10.00

Holistična in k pacientu/uporabniku usmerjena oskrba

doc. dr. Bojana Filej, doc. dr. Boris Miha Kaučič, Visoka zdravstvena šola v Celju

10.00 – 10.40

Vzpostavitev sistema integrirane, dostopne in učinkovite dolgotrajne oskrbe

mag. Klavdija Kobal Straus, Direktorat za dolgotrajno oskrbo, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije

10.40 – 11.00

Razprava



11.00 – 11.30

Odmor

Dolgotrajna oskrba povezuje zdravstveno in socialno oskrbo

Moderatorja: pred. Ivanka Limonšek in doc. dr. Branko Gabrovec

11.30 – 11.55

Model dolgotrajne oskrbe v Avstriji

pred. Nataša Štandeker, Landes Pflegezentrum Bad Radkersburg, Avstrija

11.55 – 12.25

Pilotni projekt dolgotrajne oskrbe v lokalni skupnosti: Vstopna točka

mag. Alenka Obrul, Vladka Vovk, Zdravstveni dom Celje

12.25 – 12.50

Nove oblike dolgotrajne oskrbe starejših – Grozd malih domov za starejše

Franci Imperl, Firis Imperl d.o.o.

12.50 – 13.20

Neformalni oskrbovalci v integrirani dolgotrajni oskrbi

izr. prof. dr. Jože Ramovš, Inštitut dr. Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje

5

13.20 – 13.40

Razprava

13.40 – 14.00

Odmor



14.00 – 15.30

Partnerski odnos pri oblikovanju modela dolgotrajne oskrbe
okrogla miza

Moderatorja: doc. dr. Bojana Filej in doc. dr. Boris Miha Kaučič

Kakšen model dolgotrajne oskrbe potrebujemo, glede na potrebe dolgožive družbe v Sloveniji?

Sodelujoči: **mag. Klavdija Kobal Straus** (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Direktorat za dolgotrajno oskrbo), **Monika Ažman** (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije), **Alenka Vipavec Mahmutović, Simona Muhič** (Socialna zbornica Slovenije), **Polona Ocvirk** (Mestna občina Celje), **Bojana Mazil Šolinc** (Dom ob Savinji Celje), **mag. Andreja Krajnc** (predsednica Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti pri Zbornici - Zvezi), **Slavko Bolčevič** (Varstveno delovni center Tončke Hočevar Ljubljana), **Mojca Stopar** (Združenje Zahodno štajerske pokrajine za pomoč pri demenci Spominčica Šentjur), **dr. Jože Ramovš** (Inštitut dr. Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje), **Amalija Šiftar, Ivanka Tofant** (Zveza društev upokojencev Slovenije), **dr. Gorazd Voga** (Visoka zdravstvena šola v Celju).

6

15.30 – 16.00

Zaključek simpozija



¹ Možne so spremembe sodelujočih na okrogli mizi.

UVODNI NAGOVOR DEKANA VISOKE ZDRAVSTVENE ŠOLE V CELJU

Stiki zdravstvene nege predstavljajo enega pomembnejših strokovnih dogodkov v okviru vseživljenjskega učenja, ki ga organizira Visoka zdravstvena šola v Celju. Potem ko smo Stike zadnjih nekaj let posvetili paliativni oskrbi in problemom starostnikov, je letošnje pomladno strokovno srečanje namenjeno integrirani oskrbi.

Glede na epidemiološke podatke zaradi staranja prebivalstva močno narašča število bolnikov s kroničnimi boleznimi, za njihovo zdravljenje pa porabimo tudi velik del denarja, namenjenega zdravstveni oskrbi. Pri takšnih bolnikih opažamo pogosta poslabšanja bolezni, ki zmanjšajo njihovo funkcionalnost ter povečujejo odvisnost od okolja, poslabša se ekonomska in socialna varnost, poveča pa izoliranost bolnikov. Število starejših od 65 let vsako leto narašča in sedaj pri nas znaša okoli 20 %, prav tako pa se povečuje število ljudi, ki potrebujejo pomoč drugih. Po ocenah je do 5 % ljudi starejših kot 65 let povsem, več kot 15 % pa vsaj deloma odvisno od usklajene zdravstvene in socialne pomoči v svojem, domačem okolju.

Na takšne izziv socialne in zdravstvene oskrbe se pri nas ne odzivamo najbolje. Razvite države za takšno podporo že namenijo okoli 3 % BDP, pri nas pa manj kot tretjino tega zneska. Deloma zdravstvene probleme rešujemo v okviru neakutne bolnišnične obravnave, negovalnih oddelkov, podaljšanega bolnišničnega zdravljenja in patronažne službe. Potrebe po socialni oskrbi deloma rešujejo socialno zdravstvene ustanove in centri za oskrbo na domu. Najpomembnejši del dolgotrajne oskrbe, ki naj bi obsegal koordinirano zdravstveno in socialno podporo v bolnikovem okolju, je razdrobljen in ne deluje usklajeno. Dostopnost do teh storitev je najslabša prav pri bolnikih v domačem okolju in v tem segmentu zanesljivo niso izpolnjena temeljna etična načela kot so pravičnost, solidarnost in enaka dostopnost do pomoči.

Te pomanjkljivosti lahko razreši le usklajena integrirana zdravstvena in socialna podpora, ki obsega akutno in neakutno zdravstveno oskrbo, dolgotrajno oskrbo, socialno oskrbo in pomoč pri nujno potrebnih aktivnostih, ki pomembno vplivajo na kakovost življenja. Takšna podpora tudi izrazito zmanjšuje nenadna poslabšanja bolnikovih kroničnih bolezni, ki jih sedaj (pre)pogosto zdravimo v akutnih bolnišnicah.



Upamo in želimo, da bo današnji sestanek, s poudarkom na multidisciplinarnem pristopu, eden izmed kamenčkov, ki bodo tlakovali mozaik boljšega razumevanja integrirane oskrbe v Sloveniji.

Zahvaljujem se Vam za udeležbo in sodelovanje, želim Vam kakovostno delo in prijetno bivanje v našem knežjem mestu.

dr. Gorazd Voga,
dekan VZŠCE



SPOŠTOVANI UDELEŽENCI STROKOVNEGA SREČANJA IN VSI, KI ZRETE V ZBORNİK SIMPOZIJA INTEGRIRANA DOLGOTRAJNA OSKRBA: ODZIV NA POTREBE DOLGOŽIVE DRUŽBE V SLOVENIJI

Dolgoživost družbe postavlja Slovenijo pred mnogo izzivov - izzivov zagotavljanja kakovostnih in varnih storitev na področju zdravstva in dolgotrajne oskrbe, izzivov zagotavljanja ustreznega števila, ustrezno izobraženih kadrov, izzivov konceptualnega in izvedbenega premika od izvajanja posameznih storitev k modelu celostne obravnave, katerega središče predstavlja uporabnik, ki je aktiven partner v celotnem procesu dolgotrajne oskrbe, izzivov zagotavljanja potrebnih sredstev za oblikovanje dolgoročno vzdržnega in stabilnega sistema oziroma novega stebra socialne varnosti, dolgotrajne oskrbe.

Eden večjih izzivov, ki je pred nami in hkrati najlažje rešljiv, saj je odvisen predvsem od nas samih, pa je izziv premagovanja preprek, ki ločujejo različne stroke, in ki le s skupnim delom in povezovanjem lahko omogočijo, da bo življenje oseb tudi v obdobjih, ko ne zmorejo več samostojno poskrbeti zase, kakovostno in vredno življenja.

mag. Klavdija Kobal Straus,
direktorica Direktorata za
dolgotrajno oskrbo, Ministrstvo
za zdravje Republike Slovenije



NAGOVOR VARUHA ČLOVEKOVIH PRAVIC REPUBLIKE SLOVENIJE

Spoštovani dekan dr. Gorazd Voga, cenjeni predavatelji in udeleženci simpozija, danes imamo znova priložnost, da spregovorimo o dolgotrajni oskrbi in o potrebah današnje dolgožive družbe. Verjetno ni drugega tako obsežnega področja, kot je dolgotrajna oskrba, o katerem že dve desetletji obstaja splošni konsenz, da jo je treba celovito urediti, pa nam to kljub temu še vedno ni uspelo. Preseči je potrebno prelaganje odgovornosti za sprejem systemskega zakona o dolgotrajni oskrbi z enega resorja na drugega, saj sta zdravstvena nega in socialna oskrba neločljivo povezani.

Kar težko je verjeti, da so pozitivni premiki v smeri ustrezne ureditve tega področja tako počasni in da proces na določeni točki vedno znova zastane. Še posebej, ker zadeva tematika skoraj vsakega od nas, mogoče danes res le posredno, že jutri pa se nas lahko dotakne zelo osebno.

Država mora vzpostaviti dostopen, učinkovit in finančno vzdržen sistem dolgotrajne oskrbe, ki bo temeljil na socialni pravičnosti in medgeneracijski solidarnosti. Zavedati se je treba, da se ne podaljšuje le pričakovano trajanje življenja in da se tem povečuje število ljudi, ki bodo potrebovali storitve dolgotrajne oskrbe, temveč da se sočasno zmanjšuje delež delovno aktivnih, torej tistih, na katerih temelji izvajanje teh storitev.

Čeprav smo v tem trenutku bolj pozorni na zagotovitev finančnih virov, so upravičena opozorila, da se bomo kmalu soočili s pomanjkanjem človeških virov, tistih, ki bodo izvajali dolgotrajno oskrbo. Zato želim posebej poudariti pomembno vlogo, ki jo imajo oskrbovalci, tako formalni kot tudi neformalni. Čas je, da ustrezno ovrednotimo njihovo delo, znanje in predanost. Služiti drugemu, ki je pomoči potreben, je poslanstvo, ki mu današnja družba ni naklonjena.

Že v Konvenciji o pravicah invalidov sta zapisani pravica do samostojnega življenja in pravica do vključenosti v skupnost. Ti pravici se uresničujeta z deinstitucionalizacijo. Danes nimamo dovolj alternativ institucionalnemu varstvu, čeprav država že nekaj let poudarja proces deinstitucionalizacije. Dolge čakalne vrste za sprejem v institucionalno varstvo, vključno s prezgodnjo institucionalizacijo, so posledica pomanjkanja ustreznih možnosti za dostojno življenje in ustrezno oskrbo v domačem okolju.



Danes so najpogostejše alternative institucionalnemu varstvu: pomoč na domu, ki pa ni povsod enako dostopna in je časovno zelo omejena; družinski pomočnik, ki ne zagotavlja socialne varnosti družinskemu pomočniku niti invalidni osebi; vodenje, varstvo in zaposlitev pod posebnimi pogoji, s prav tako dolgimi čakalnimi vrstami za vključitev ter na novo urejena osebna asistenca. Očitno je, da vse te alternative ne zadoščajo potrebam. Mnogi, ki potrebujejo tujo pomoč in oskrbo in živijo v domačem okolju, še vedno ostajajo osamljeni in izključeni iz skupnosti.

Dolgoživa družba ni problem. Je izziv in priložnost. Potrebno je zagotoviti kakovostno in varno oskrbo, usmerjeno na uporabnika in na njegove potrebe. Z ustrezno ureditvijo dolgotrajne oskrbe, ki bo zagotavljala kakovostno življenje in dostojno staranje, ne glede na osebne okoliščine posameznika, bomo dali jasno sporočilo o vrednosti življenja v vseh življenjskih obdobjih in o spoštovanju človekovega dostojanstva.

Želim si, da bi k temu prispeval tudi ta simpozij in njegovi zaključki.

Peter Svetina,
Varuh človekovih pravic
Republike Slovenije

11



STARANJE IN KRHKOST

doc. dr. Branko Gabrovec
branko.gabrovec@nijz.si
Nacionalni inštitut za javno zdravje

Ključne besede: krhkost, preprečevanje, obvladovanje

V kontekstu starajoče se populacije in naraščajočih izdatkov zdravstvenih storitev je krhkost nastajajoč nov pojem povezan s posledicami staranja tako za zdravstvene strokovnjake kot politične odločevalce. Krhkost vpliva na paciente, njihove bližnje in družbo. Krhkost je geriatrični sindrom in se kaže kot rezultat podpraznega zmanjšanja zmogljivosti številnih fizioloških sistemov in vodi v stanje visokega tveganja za neugodne zdravstvene izide. Ker se lahko proces, ki vodi do starostne krhkosti in oslabiljenosti, upočasnjuje ali celo popolnoma zavre, so zgodnje intervencije in morebitno zdravljenje ključnega pomena.

Zgodnje odkrivanje krhkosti in telesnega upada veljata za učinkovito ukrepanje proti s starostjo povezano komorbidnostjo. Intervencije imajo pomemben vpliv na preventivo, napredovanje krhkosti in tveganje za neugodne zdravstvene izide. Med pomembne in učinkovite preventivne ukrepe sodi življenjski slog z vključeno telesno aktivnostjo (vztrajnostna vadba) in prehrano (večji vnos beljakovin in dodajanje vitamina D).

Ciljne intervencije imajo pomemben vpliv na preventivo pred krhkostjo. Upravljanje s krhkostjo in zgodnje intervencije zahtevajo širok in multidisciplinaren pristop, kar vključuje klinično obravnavo s telesno aktivnostjo, prehrano in zdravili. Upravljanje s krhkostjo ima največji učinek z integriranim in v širšo populacijo usmerjenim pristopom.

Predstavitev avtorja

*Doc. dr. **Branko Gabrovec** je nacionalni ekspert za področje javnega zdravja na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje. Svoje delovno pot v zdravstvenem sistemu je pričel v psihiatrični bolnišnici, nadaljeval v osnovnem zdravstvenem varstvu in nadaljeval na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje. Njegovi raziskovalni interesi so upravljanje zdravstvenega sistema, staranje, kakovost in varnost v zdravstvenem sistemu. Je avtor večih znanstvenih del.*



HOLISTIČNA IN K PACIENTU / UPORABNIKU USMERJENA OSKRBA

doc. dr. Bojana Filej
bojana.filej@gmail.com
doc. dr. Boris Miha Kaučič
miha.kaucic@vzsce.si
Visoka zdravstvena šola v Celju

Ključne besede: holizem, oskrba, pacient, zdravstvena dejavnost, socialna dejavnost

Teoretična izhodišča: Človek je enkratna osebnost, z lastno preteklostjo, lastnimi občutki, razmišljanji, življenjskimi navadami, problemi, pričakovanji in željami (Hajdinjak & Meglič, 2012). Človek je bio-psiho-socialno in duhovno bitje, zato nas v zdravstveni oskrbi ne smejo zanimati le njegovi telesni simptomi, temveč človek kot celota (Filej & Kaučič, 2015). Če torej govorimo, da je pacient celota, potem potrebuje celostno, holistično obravnavo, kar pomeni, da moramo v zdravstveni oskrbi upoštevati vse njegove potrebe, ki izhajajo iz bio-psiho-socialnih in duhovnih dimenzij človeka.

Nekateri raziskovalci ugotavljajo, da je opredelitev holističnega pristopa in k pacientu usmerjene oskrbe še vedno nejasna, zato oba koncepta potrebujeta pojasnila in nadaljnje raziskovanje. Jasemi in sodelavci (2017) celo navajajo, da je holistična oskrba nejasen in celo subjektivni koncept in da holistično oskrbo izvajajo ljudje brez jasnega znanja, kaj to sploh pomeni.

Holistična paradigma se je razvila z vključevanjem idej filozofije, systemske teorije in holističnega procesa oskrbe. Medicinska sestra pomaga drugi osebi, da se razvija kot celota, da so skladni njegovo telo, razum in duša (Filej, 2014).

Holistična oskrba je celovita oskrba pacienta, ki temelji na ideji holizma ter poudarja, da je človek večja celota kot samo telo. Poleg zdravljenja z zdravili holistična oskrba vključuje širok spekter pristopov zdravljenja in negovanja, kot npr. izobraževanje pacienta, komunikacija s pacientom, pacientovo sodelovanje in komplementarno zdravljenja. K okrevanju prispeva obravnava pacientovih misli, čustev, kulture ter upoštevanje njegovih mnenj in stališč (Zamanzadeh, et al., 2015).



Leta 2007 je Ameriško združenje medicinskih sester uradno priznalo holistično zdravstveno nego kot specialnost v zdravstveni negi (Filej & Kaučič, 2015), saj je bila v preteklosti narobe in dvoumno razumljena kot alternativna, nespecializirana in neznanstvena disciplina. V današnjem času pa se jo razume kot metodo, s katero lahko medicinska sestra bolj kakovostno obravnava pacienta (Jasemi, et al., 2017).

Holistična medicina ne pomeni drugačnih medicinskih metod ali drugačne metode obravnave, temveč gre za drugačno filozofijo, kako pristopiti k zdravju pacienta. Sami simptomi bolezni povzročajo globlje motnje biopsihosocialnega ravnotežja posameznika, zato je potrebno učinkovito obravnavati vzroke. Holistična oskrba omogoča temeljito obravnavo bolezni in uporabo številnih metod komplementarne in alternativne medicine, ki jih pacienti v želji za povrnitev zdravja vključujejo v svojo rehabilitacijo (Papathanasiou, et al., 2013).

Tudi koncept k pacientu usmerjene oskrbe je dokaj nejasen že v terminologiji, saj uporabljamo izraze, kot npr. k družini usmerjena oskrba, k uporabniku usmerjena, individualna oziroma posamezniku prilagojena oskrba. Raziskovalci so ugotovili različne vidike k pacientu usmerjene oskrbe, kot so spoštovanje človekovih vrednot in umeščanje pacienta v središče oskrbe, upoštevanje pacientovih prednosti in izraženih potreb, koordiniranje in integracija oskrbe, dobra komunikacija, informiranje in izobraževanje, zagotavljanje fizičnega udobja in varnosti, čustvena podpora, vključevanje družine in prijateljev, zagotavljanje kontinuitete med službami in znotraj njih, zagotavljanje dostopnosti do ustrezne oskrbe, ko jo pacient potrebuje (Anon, 2019).

K človeku usmerjena oskrba je celovit, biopsihosocialen pristop k zagotavljanju oskrbe, ki temelji na spoštovanju, individualizmu in dovoljuje pogajanje pacienta z zdravstvenimi ali drugimi strokovnjaki znotraj oskrbe. Glavni atributi koncepta so celovitost, individualizem, spoštovanje in opolnomočenje. Temelji na celoviti obravnavi in individualnem pristopu ter opisuje fenomene spoštovanja, čustvene in fizične podpore, individualne in celostne obravnave, skrb za okolje in opolnomočenje. Da bi izboljšali zadovoljstvo pacientov, moramo koncept vključiti v vsakodnevno prakso (Golenko, et al., 2015).

K pacientu usmerjena oskrba ne pomeni, da nudimo pacientom to kar si želijo, temveč pomeni, da pomagamo pacientom, da razmislijo o svojih odločitvah, vrednotah, družinskih razmerah, socialnem okolju in življenjskem stilu, pomeni, da vidimo paciente kot posameznike in skupaj z njimi razvijemo ustrezne rešitve. Zato bi bilo nujno, da zdravstvene in druge službe postanejo bolj fleksibilne, da bi prepoznale pacientove potrebe na način, ki



bi bil najboljši za njega. To med drugim pomeni, da moramo intenzivirati delo s pacientovimi svojci in njegovimi družinami, da bi našli najboljši način oskrbe. Filozofija navedenega koncepta je jasna: »izvajati oskrbo s pacient in ne za njih« (Anon, 2019).

Vključenost pacienta v oskrbo je prepoznana kot ključna komponenta v razvoju kakovostne oskrbe in postaja prioriteta zdravstvenih in socialnih služb (Coulter & Collins, 2011). Pripomore k dobrim izkušnjam pacientov in k njihovem večjemu zadovoljstvu, vzpodbuja paciente k odločanju o njihovi oskrbi, da mu službe nudijo tisto podporo, ki je ustrezna njihovim potrebam, vpliva na zdravstvene izide, zmanjša obiskovanje zdravstvenih in socialnih služb ter posledično zmanjša stroške oskrbe, izboljša zaupanje in zadovoljstvo samih strokovnjakov z oskrbo, ki jo izvajajo (Anon, 2019).

Vsekakor pa za oba koncepta velja, da so zanj značilni: način razmišljanja, profesionalna in osebna odgovornost ter znanost in umetnost izvajanja prakse.

Literatura

1. Anon. 2019. *What is person-centred care and why is it important?* [online] Available at: https://healthinnovationnetwork.com/system/ckeditor_assets/attachments/41/what_is_person-centred_care_and_why_is_it_important.pdf [20. 5. 2019].
2. Coulter, A. & Collins, A. 2011. *Making shared decision-making a reality. No decision about me, without me.* London: King's Fund.
3. Filej, B. 2014. Holistična paradigma za kakovostno obravnavo pacientov. In: Kregar Velikonja, N. ed. *Celostna obravnava pacienta v zdravstvenem in socialnem varstvu: zbornik povzetkov. Mednarodna znanstvena konferenca, Novo mesto, 14. november 2014.* Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto, pp. 15.
4. Filej, B. & Kaučič, B.M. 2015. Koncepti metaparadigme v holistični obravnavi. In: Kaučič, B.M., Filej, B. et al. eds. *Sodelovanje strokovnjakov v paliativnem timu za celostno obravnavo pacientov in svojcev. Participation of experts in the palliative team for holistic treatment of patients and relatives, Celje, 9. April 2015.* Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju, pp. 12-20.
5. Golenko, J., Pivec, K., Pajnikihar, M., Šoster Turk, S. & Vrbnjak, D. 2015. In: Pajnikihar, M. ed. *Analiza koncepta k osebi usmerjene oskrbe. Mednarodna konferenca: Znanstveni dokazi za razvoj izobraževanja in prakse v zdravstvu, Maribor, 2. junij 2015.* Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, p. 87.
6. Hajdinjak, G. & Meglič, R. 2012. *Sodobna zdravstvena nega.* Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta



7. Jasemi, M., Valizadeh, L., Zamanzadeh, V. & Keogh, B. 2017. A Concept Analysis of Holistic Care by Hybrid Model. *Indian Journal of Palliative Care*, 23(1), pp. 71-80.
8. Papathanasiou, I., Sklavou, M. & Kourkouta, L. 2013. Holistic nursing care: theories and perspective. *American Journal of Nursing Science*, 2(1), pp. 1-5.
9. Zamanzadeh, V., Jasemi, M., Valizadeh, L., Keogh, B. & Taleghani, F. 2015. Effective Factors in Providing Holistic Care: A Qualitative Study. *Indian Journal of Palliative Care*, 21(2), pp. 2014-224.

Predstavitev avtorjev

Doc. dr. **Bojana Filej** je habilitirana za področje zdravstvene nege ter organizacije in menedžmenta v zdravstvu in zdravstveni negi. Na Visoki zdravstveni šoli v Celju je na magistrskem študijskem programu Paliativna oskrba nosilka predmetov Holistična obravnava neozdravljivo bolnih osnovana na znanstvenih metodah in izbirnega predmeta Medpoklicno sodelovanje v paliativni oskrbi. Na dodiplomskem študijskem programu Zdravstvena nega je nosilka izbirnega predmeta Holistični model zdravstvene obravnave. Sodelovala je v številnih raziskovalnih projektih: Potrebe ljudi po zdravstveni negi (Svetovna zdravstvena organizacija, 1980–1984), LEMON (Svetovna zdravstvena organizacija – Learning Materials On Nursing, nacionalna koordinatorica), Telenursing, Telenurse in TelenurseID (projekti Evropske skupnosti), NICE (projekt Tempus – Nursing Informatic Computer Aided Education), ODIN (projekt Tempus), Količina in kakovost v zdravstveni negi (bilateralni projekt Nizozemska – Slovenija, 1999–2002), Future patient (Inštitut za varovanje zdravja, članica nadzorne skupine), Medgeneracijsko sodelovanje v promociji zdravja (Ministrstvo za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo, 2009–2010), Usposabljanje kliničnih mentorjev in študentov zdravstvene nege za kakovostno delo s starostniki – priložnost za izboljšanje klinične prakse na področju zdravstvene nege starostnika (Ministrstvo za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo, 2010). Trenutno sodeluje v projektih Visoke zdravstvene šole v Celju: Multicultural Care in European Intensive Care Units (MICE-ICU 2016–2018, strokovni vodja), Competence of the use of research knowledge in nursing – International evaluation and comparison – CompRU in Mentor's competences. Je recenzentka revij *Zdravstveno varstvo*, *Obzornik Zdravstvene nege*, *Revija za zdravstvene vede* in *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, članica uredniškega odbora revije *Sestrinski glasnik* ter glavna in odgovorna urednica *Revije za zdravstvene vede*. Imenovana je za strokovnjakinjo Nacionalne agencije Republike Slovenije za kakovost v visokem šolstvu. Za svoje delo je prejela naslednja priznanja: zlati znak Zbornice-Zveze (1994), srebrna plaketa Univerze v Mariboru (2002), zahvala Združenja medicinskih sester in babic Republike Makedonije (2005), internacionalna medicinska sestra leta (priznanje International League of Humanists, 2008).



Doc. dr. **Boris Miha Kaučič** je na Visoki zdravstveni šoli v Celju prodekan za izobraževalno dejavnost in visokošolski učitelj, docent za področje zdravstvene nege. Bil je strokovni vodja projekta *Healthy Lifestyle for Aging Well* (HLAW 2014-2016) in namestnik strokovnega vodje projekta *Multicultural Care in European Intensive Care Units* (MICE-ICU 2016-2018). Aktivno sodeluje v dveh mednarodnih raziskovalnih projektih *Competence of the use of research knowledge in nursing – International evaluation and comparison – CompRU in Mentor's competences*. V letu 2014 ga je Svet Nacionalne agencije za kakovost v visokem šolstvu Republike Slovenije imenoval za strokovnjaka NAKVIS. Je član Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije in Mednarodnega združenja direktorjev zdravstvene nege – ENDA (European Nurse Directors Association). Od leta 2012 je član generalnega komiteja tega združenja. Za svoje aktivno delo na področju zdravstvene nege je v letu 2010 prejel najvišje priznanje Zbornice-Zveze, zlati znak. Njegova bibliografija obsega čez 500 enot.



VZPOSTAVITEV SISTEMA INTEGRIRANE, DOSTOPNE IN UČINKOVITE DOLGOTRAJNE OSKRBE

mag. Klavdija Kobal Straus

Ministrstvo za zdravje, Direktorat za dolgotrajno oskrbo

Ključne besede: *starejši, oskrba v skupnosti, nepopolna samooskrba*

Slovenija postaja starajoča se družba, v kateri se bo delež oseb, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, povečeval. Odsotnost systemske ureditve področja dolgotrajne oskrbe postavlja Slovenijo pred izzive ustreznega fleksibilnega odziva na spremenjene potrebe upravičencev. Predlogi systemskih rešitev gredo v smeri zagotavljanja kakovostne in varne integrirane oskrbe osebam, ki ne zmorejo več poskrbeti zase, ne glede na okolje bivanja, kakor tudi v smeri dolgoročne stabilnosti in vzdržnosti sistema dolgotrajne oskrbe.

Starostna struktura prebivalstva se spreminja. Danes je v Sloveniji 19,7 % oseb starejših od 65 let, za leto 2050 projekcije napovedujejo, da bo delež te populacije 30 % (SURs, 2019). Delež starejših od 80 let se bo iz 5 % v letu 2016 do leta 2050 povečal na 11,4 % (European Commission, 2017). Pričakovana leta zdravega življenja so pomemben kazalnik zdravja populacije in kažejo na verjetnost soočanja z različnimi oviranostmi. Podatki kažejo, da naj bi v Sloveniji ženska v starosti 84 let v povprečju kar 31 % svojega življenja preživela z različnimi oviranostmi (povprečje v državah EU28 je 23 %) (OECD, 2018). S staranjem se verjetnost potrebe po dolgotrajni oskrbi (v nadaljnjem besedilu DO) povečuje, zlasti v primeru pridružene kronične nenalezljive bolezni, posebej demence (OECD, 2018). S staranjem prebivalstva in vse večjih potreb po DO se srečujemo tudi z izzivom, kako se spopasti z rastjo izdatkov tako na področju zdravstva, kakor DO, zlasti ob sočasnem zmanjševanju števila delovno aktivnih (Cylus, Normand, & Figueras, 2018).

DO predstavlja sistem ukrepov, storitev in aktivnosti, namenjenih osebam, ki so zaradi posledic bolezni, starostne oslabelosti, poškodb, invalidnosti, pomanjkanja ali izgube intelektualnih sposobnosti v daljšem časovnem obdobju, odvisne od pomoči drugih oseb. Storitve DO predstavljajo kombinacijo osnovnih dnevni opravil, podpornih dnevni opravil in zdravstvenih storitev; predvsem storitev zdravstvene nege v DO, kakor tudi storitev s področja preventive (OECD, 2013). Evropski steber socialnih pravic povzema pravice državljanov, med njimi tudi pravico do DO, pri čemer izpostavlja, da ima vsakdo "pravico do ugodnih storitev dolgotrajne oskrbe, zlasti oskrbe na domu in storitev v skupnost"



(European Commission, 2017). Pojav potrebe po DO predstavlja pomembno zdravstveno in ekonomsko tveganje za posameznika in za njegove družinske člane. DO pa je na drugi strani velik izziv tudi za družbo, saj projekcije kažejo, da se bo število Evropejcev, starejših od 80 let, ki potrebujejo DO, potrojilo. Obenem se bomo soočali z zmanjševanjem delovno aktivne populacije ter tudi z izzivom, kako zagotoviti zadostno število ustrezno usposobljenega kadra. Soočali se bomo z dejstvom spremenjene vloge socialne mreže posameznika in spremenjene vloge družine, zaradi česar je verjetnost, da bodo družine v bodoče lahko zagotavljale enak obseg neformalne oskrbe, kot ga zagotavljajo danes, manjša (WHO, 2011; European Commission, 2014). Vloga neformalne oskrbe je pogosto neprepoznana. Gre namreč za neplačano zagotavljanje storitev DO, ki jih najpogosteje zagotavljajo družinski člani (European Commission, 2018). Ocene v nekaterih državah kažejo, da je tudi do 80 % DO zagotovljeno s strani izvajalcev neformalne oskrbe (Hoffmann & Rodrigue, 2010). Ob tem pa se pozablja na njihovo obremenjenost in z izvajanjem DO povečano tveganje za obremenitev lastnega zdravja (Vitaliano, Zhang & Scanlan, 2003). Izvajalce neformalne oskrbe je potrebno podpreti z usposabljanjem za kakovostno in varno izvedbo storitev ter zaščito lastnega zdravja (WHO, 2017).

Slovenija je pred izzivom oblikovanja in sprejemanja enotne sistemske ureditve na področju DO. Nimamo enotne definicije DO. Pravice in prejemki na področju DO so v Sloveniji razdrobljeni med številne predpise (Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (2019), Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (2019), Zakon o starševskem varstvu in družinskih prejemkih (2018), Zakon o socialnovarstvenih prejemkih (2018), Zakon o vojnih invalidih (2018), Zakon o vojnih veteranih (2018), Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (2018), Zakon o osebni asistenci (2018), Zakon o socialnem vključevanju invalidov (2018), Zakon o socialnem varstvu (2019)), zato je ureditev zlasti za upravičence, njihove svojce, pogosto pa tudi za strokovne delavce nepregledna in administrativno obremenjujoča.

Izdatki za DO imajo lahko pomemben vpliv na bruto družbeni proizvod države (OECD, 2018). Soočamo se z rastjo izdatkov za plačilo pravic in storitev na področju DO. V letu 2016 je bilo za DO v Sloveniji namenjenih 499 milijonov evrov. Tri četrtine DO se financira iz javnih virov. Izdatki za zdravstveni del DO so dvakrat višji od izdatkov za socialni del te oskrbe. Projekcije kažejo, da bodo izdatki za zdravstveni del DO do leta 2070 narasli za 100 %. Večina (80 %) javnih virov je v obstoječi ureditvi namenjena financiranju DO v institucijah (SURS, 2018). Kljub velikim pritiskom in opozarjanju na dolge čakalne vrste na sprejem v domove za starejše (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2019), velja upoštevati dejstvo, da imamo v primerjavi s povprečjem v državah OECD (49,7), nadpovprečno število posteljnih



kapacitet na področju DO (54,5 na 1000 oseb starejših nad 65 let) (OECD, 2015). V preteklosti se je v Sloveniji podpiralo predvsem razvoj institucionalnega varstva starejših, mnogo manj pa razvoj storitev v skupnosti. Na to opozarjajo tudi nacionalni strateški dokumenti (Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« (2016), Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013-2020 (2013), Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020 (2016)), ki podpirajo ukrepe za razvoj storitev v skupnosti. Odsotnost dostopa do integriranih storitev v skupnosti povečuje tako pritisk na institucionalno varstvo starejših kakor na sistem zdravstvenega varstva.

Integriran sistem DO bo od vseh vključenih izvajalcev zahteval ustrezno usposobljenost in ustrezno podporo kadrom (WHO, 2017). Na tem področju smo v Sloveniji prve korake naredili z revizijo poklicnega standarda tehnik zdravstvene nege, ki v prenovljen srednješolski program zdravstveno socialni asistent prinaša vsebine s področja socialne oskrbe, razumevanja pomena integracije sistema zdravstva in socialnega varstva, ustreznega ukrepanja v primeru zaznanega nasilja, podpore uporabnika za čim višjo stopnjo ohranjanja samostojnosti itd. (CPI, 2018).

20 Vlada Republike Slovenije je že v letu 2017 nujnost ureditve področja DO potrdila z umestitvijo vsebine DO v Strategijo dolgožive družbe (UMAR, 2017). Tudi aktualna Vlada se je zavezala sistemski ureditvi področja DO in le-to zavezo zapisala tudi v Koalicijski sporazum o sodelovanju v Vladi Republike Slovenije za mandatno obdobje 2018–2022 (LMŠ, SD, SMC, SAB, DeSUS, 2018) in se zavezala, da bo sistemski zakon na področju DO oskrbe sprejet najkasneje aprila 2020 (Vlada Republike Slovenije, 2019).

Predlogi sistemskih ukrepov na področju DO gredo v smeri enotne definicije DO, vzpostavitve enotne vstopne točke, uvedbe enotne ocene upravičenosti do DO, koordiniranega izvajanja, vzpostavitve učinkovitega integriranega javnega strokovnega, finančnega, upravnega nadzora, možnosti upravičenca, da izbira med različnimi oblikami DO, uvedbi novih storitev, tudi storitev za ohranjanje in krepitev samostojnosti in storitev e-oskrbe, uvedbi informacijske podpore celotnemu procesu DO, podpore izvajalcem neformalne oskrbe, vzpostavitvi nacionalnega sistema kakovosti storitev ter višjega zagotavljanja javnih sredstev za pravice iz DO in s tem manjšo finančno obremenitev posameznika, družine in lokalne skupnosti.

Predlagane rešitve temeljijo na posodobitvi in nadgraditvi obstoječe javne mreže ter pravic oziroma storitev, ki jih v Sloveniji že imamo in odpravljajo anomalije obstoječe ureditve.



Potrebno je namreč imeti v mislih, da ni univerzalnih rešitev, ki bi bile enake za različne države, je pa univerzalno pravilo, da naj bo upravičenec do DO vedno aktiven član v procesu DO, ki se prepleta med formalnimi izvajalci DO, lokalno skupnostjo, izvajalci neformalne oskrbe, prostovoljci, sistemom zdravstva in socialnega varstva ter da mora biti kakovostna DO razpoložljiva, dostopna in dosegljiva vsem državljanom Slovenije, ki jo potrebujejo.

Literatura

1. Zakon o vojnih invalidih (ZVojl), 1995. Uradni list RS št. 63/95, 2/97 – odl. US, 19/97, 21/97 – popr., 75/97, 11/06 – odl. US, 61/06 – ZDru-1, 114/06 – ZUTPG, 40/12 – ZUJF, 19/14 in 21/18 – ZNOrg.
2. CPI, 2018. *Poklicni standard zdravstveno socialni asistent/zdravstveno socialna asistentka*. [online] Available at: <http://www.nrpslo.org/poklicni-standard.aspx/67721600> [21.5.2019].
3. Cylus, J., Normand, C., & Figueras, J., 2018. *The economics of healthy and active ageing series. Will population ageing spell the end of the welfare state? A review of evidence and policy option*. Copenhagen: World Health Organization.
4. European Commission, 2017. *The 2018 Ageing Report: Underlying Assumptions & Projection Methodologies*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
5. European Commission, 2014. *Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society, Report jointly prepared by the Social Protection Committee and the European Commission*. [online] Available at: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=7724> [15.5.2019].
6. European Commission, 2017. *European Pillar of Social Rights*. [online] Available at: https://ec.europa.eu/commission/sites/beta-political/files/social-summit-european-pillar-social-rights-booklet_en.pdf [20.5.2019].
7. European Commission, 2018. *Informal care in Europe, Exploring Formalisation, Availability and Quality*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
8. Hoffmann, F., & Rodrigue, R., 2010. *Informal Carers: Who Takes Care of Them? POLICY BRIEF*. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research.
9. LMŠ, SD, SMC, SAB & DeSUS, (2018). *Koalicijski sporazum o sodelovanju v Vladi Republike Slovenije za mandatno obdobje 2018–2022*. [online] Available at: <http://www.strankalms.si/wp-content/uploads/2018/08/Koalicijski-sporazum-o-sodelovanju-v-Vladi-Republike-Slovenije-za-mandatno-obdobje-2018%E2%80%932022.pdf> [18.5.2019].
10. Ministrstvo za zdravje, 2016. *Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020*. [online] Available at: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/Demence/12092016_strategija_obvladovanja_demence.pdf [20.5.2019].



11. OECD, 2013. *A Good life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*. [online] Available at: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-good-life-in-old-age_9789264194564-en#page2 [22.5.2019].
12. OECD, 2015. *Health at a Glance 2015. OECD indicators*. Paris: OECD Publishing.
13. OECD, 2018. *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing.
14. OECD, 2018. *Long-term care*. [online] Available at: <https://www.oecd.org/els/health-systems/long-term-care.htm> [20.5.2019].
15. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«, 2016. Uradni list RS št. 25/16.
16. Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013-2020, 2013. Uradni list RS št. 39/13.
17. Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2019. *Pregled prošenj in prostih mest*. [online] Available at: <http://www.ssz-slo.si/prosnje/pregled-prosenj-in-prostih-mest/> [22.5.2019].
18. SURS, 2018. *Celotni izdatki za dolgotrajno oskrbo v 2016 znašali 499 milijonov EUR in so bili višji kot v 2015*. [online] Available at: <https://www.stat.si/StatWeb/news/Index/7852> [22.5.2019].
19. SURS, 2019. *Število in sestava prebivalstva*. [online] Available at: <https://www.stat.si/StatWeb/Field/Index/104> [20.5.2019]
20. UMAR, 2017. *Strategija dolgožive družbe*. [online] Available at: http://www.vlada.si/fileadmin/dokumenti/si/projekti/2017/dolgoziva_druzba/Strategija_dolgozive_druzbe_200717.pdf [21.5.2019]
21. Vitaliano, P. P., Zhang, J., & Scanlan, J. M., 2003. Is Caregiving Hazardous to One's Physical Health? A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, vol. 129(6), pp. 946–972.
22. Vlada Republike Slovenije, 2019. *Normativni delovni program Vlade Republike Slovenije za leto 2019*. [online] Available at: <http://www.vlada.si/fileadmin/dokumenti/si/dokumenti/VladaMS/PDV2019cistopis.pdf> [22.5.2019]
23. WHO, 2011. *Global Health and Aging*. [online] Available at: https://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf [20.5.2019].
24. WHO, 2017. *Global strategy and action plan on ageing and health*. Geneva: World Health Organization.
25. WHO, 2017. *Integrated care for older people. Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. Geneva: World Health Organization.
26. Zakon o osebni asistenci (ZOA), 2017. Uradni list RS št. 10/17 in 31/18.



27. Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ-2), 2012. Uradni list RS št. 96/12, 39/13, 99/13 – ZSVarPre-C, 101/13 – ZIPRS1415, 44/14 – ORZPIZ206, 85/14 – ZUJF-B, 95/14 – ZUJF-C, 90/15 – ZIUPTD, 102/15, 23/17, 40/17, 65/17 in 28/19.
28. Zakon o socialnem varstvu (ZSA), 2007. Uradni list RS št. 3/07 – uradno prečiščeno besedilo, 23/07 – popr., 41/07 – popr., 61/10 – ZSVarPre, 62/10 – ZUPJS, 57/12, 39/16, 52/16 – ZPPreb-1, 15/17 – DZ, 29/17, 54/17, 21/18 – ZNOrg, 31/18 – ZOA-A in 28/19.
29. Zakon o socialnem vključevanju invalidov (ZSVI), 2018. Uradni list RS št. 30/18.
30. Zakon o socialno varstvenih prejemkih (ZSVarPre), 2010. Uradni list RS, št. 61/10, 40/11, 14/13, 99/13, 90/15, 88/16, 31/18 in 73/18.
31. Zakon o starševskem varstvu in družinskih prejemkih (ZSDP-1), 2014. Uradni list RS št. 26/14, 90/15, 75/17 – ZUPJS-G in 14/18.
32. Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (ZUPJS), 2010. Uradni list RS št. 62/10, 40/11, 40/12 – ZUJF, 57/12 – ZPCP-2D, 14/13, 56/13 – ZŠtip-1, 99/13, 14/15 – ZUUJFO, 57/15, 90/15, 38/16 – odl. US, 51/16 – odl. US, 88/16, 61/17 – ZUPŠ, 75/17 in 77/18.
33. Zakon o vojnih veteranih, (ZVojl), 1994. Uradni list RS št. 59/06 – uradno prečiščeno besedilo, 61/06 – ZDru-1, 101/06 – odl. US, 40/12 – ZUJF, 32/14 in 21/18 – ZNOrg.
34. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ), 1992. Uradni list RS št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ.

Predstavitev avtorice

Mag. **Klavdija Kobal Straus** je diplomirala na Visoki zdravstveni šoli v Ljubljani. Znanstveni magistriraj zaključila na Fakulteti za management Koper. Magistrirala je na temo Vplivni dejavniki na razvoj institucionalnega varstva starejših v občini Idrija. Poklicno pot je pričela kot zdravstveni tehnik v Domu upokoencev Idrija, kjer je bila kasneje zaposlena kot diplomirana medicinska sestra, koordinator neinstitucionalnih programov in nazadnje kot namestnica direktorja za področje zdravstvene nege. Aktivna je v različnih delovnih skupinah s področja stroke. Trenutno je zaposlena na Direktoratu za dolgotrajno oskrbo Ministrstva za zdravje RS.



MODEL DOLGOTRAJNE OSKRBE V AVSTRIJI

Pred. Nataša Štandeker

Landespflegezentrum Bad Radkersburg, Avstrija

Ključne besede: dolgotrajna oskrba, model, Avstrija

Model dolgotrajne oskrbe v Republiki Avstriji določa zakonska regulativa na državni in deželni ravni. Zakonska regulativa na državni ravni velja za vse zvezne dežele enako. Deželna regulativa je po posameznih zveznih deželah različna in ureja kadrovske normative in financiranje dolgotrajne oskrbe. Osnovni okvir modela dolgotrajne oskrbe predstavlja kategorizacija potreb po zdravstveni negi, ki je razdeljena v sedem kategorij, in je določiten dejavnik za izračun minimalnega kadrovskega normativa. Na področju dolgotrajne oskrbe v Republiki Avstriji se podobno kot v drugih evropskih državah odpirajo izzivi v smislu zagotavljanja ustreznih virov in njihovega financiranja. V središču ciljanega upravljanja z viri je problematika zadostnega števila ustrežno kvalificiranih zaposlenih, staranje zaposlenih in upokojitveni val. Kakovost opravljenih storitev na področju dolgotrajne oskrbe mora biti v skladu z vedno večjimi potrebami starajoče se populacije, najnovejšimi dognanji s področja medicine, zdravstvene nege in socialnih znanosti na najvišji možni ravni in mora na najboljši možen in finančno vzdržen način odgovarjati potrebam in pričakovanjem družbe.

Predstavitev avtorice

Pred. **Nataša Štandeker** je diplomirana medicinska sestra, magistrica managementa v zdravstvu in socialnem varstvu, predavateljica na Alma Mater in na zasebni akademiji Propraxis v Gradcu ter absolventka doktorskega študija socialne gerontologije na Alma Mater. Opravila je specializacijo iz obravnave kronične bolečine, iz paliativne zdravstvene nege in iz higijene. Od leta 2000 do 2007 je bila zaposlena v posebnem socialnem zavodu v Sloveniji, od leta 2007 je zaposlena kot diplomirana medicinska sestra v Avstriji, leta 2014 je prevzela mesto vodje zdravstvene nege in oskrbe v enem izmed domov SeneCure. Od januarja 2019 je zaposlena kot vodja zdravstvene nege in oskrbe v Kages Landespflegezentrum Bad Radkersburg.



PILOTNI PROJEKT DOLGOTRAJNE OSKRBE V LOKALNI SKUPNOSTI: ENOTNA VSTOPNA TOČKA

Vladka Vovk
mag. Alenka Obrul
Zdravstveni dom Celje

Ključne besede: dolgotrajna oskrba, pilotni projekt, enotna vstopna točka, ocenjevalno orodje, upravičenost do dolgotrajne oskrbe

V sklopu operacij »Izvedbe pilotnih projektov, ki bodo podpirali prehod v izvajanje systemskega zakona o dolgotrajni oskrbi« je v točki 5.1. opredeljeno zagotavljanje ocenjevanja upravičenosti do dolgotrajne oskrbe (v nadaljevanju DO) z enotnim ocenjevalnim orodjem in vzpostavitvijo enotne vstopne točke (v nadaljevanju EVT). Eden izmed ključnih ciljev je testiranje orodja in postopkov za oceno upravičenosti do DO (vloga, ocenjevalna lestvica, osebni in izvedbeni načrti, informiranje ciljne javnosti) (Javni razpis za izbor operacij "Izvedba pilotnih projektov, ki bodo podpirali prehod v izvajanje systemskega zakona o dolgotrajni oskrbi", 2018).

25

Izbira ocenjevalnega orodja je bil predmet predpilotnega projekta »Priprava podlag za izvedbo pilotnih projektov, ki bodo podpirali prehod v izvajanje systemskega zakona o dolgotrajni oskrbi«, katerega nosilec je bilo Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (MDDSZ) in izvajalec Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo (IRSSV), ki je potekal od septembra 2016 do junija 2017 (Inštitut RS za socialno varstvo, 2017). Izbrano je bilo nemško orodje NBA (Buzeti & Praček, 2018).

Ocenjevanje upravičenosti do storitev DO zajema osem sklopov: oceno gibalnih sposobnosti, oceno kognitivnih in komunikacijskih sposobnosti, vedenje in duševno zdravje, zmožnost izvajanje samooskrbe, sposobnost spopadanja z boleznijo ali z zahtevnejšimi obremenitvami povezanimi z zdravjem, oceno vsakdanjega življenja in vzpostavitev socialnih stikov, aktivnosti posameznika zunaj doma in zmožnost opravljanja gospodinjskih opravil.

V Zdravstvenem domu Celje smo v sklopu operacij » Izvedbe pilotnih projektov, ki bodo podpirali prehod v izvajanje systemskega zakona o dolgotrajni oskrbi« do sedaj prejeli 527 vlog za izvedbo ocene upravičenosti do izvajanja storitev DO. Izvedli smo 463 ocen



upravičenosti do storitev DO, 40 jih je v postopku ocenjevanja, 28 jih je odstopilo od oddane vloge ali pa so se odločili, da za izvedbo ocene upravičenosti sami pokličejo na EVT, nekateri so bili v tem času hospitalizirani ali pa so pred izvedbo ocene upravičenosti do storitev DO umrli.

Od vseh do sedaj ocenjenih vlagateljev Vlog za oceno upravičenosti do DO, jih 85 ni doseglo minimalnega praga za vstop v sistem DO, 100 upravičencem je bila podana ocena prve kategorije, 79 druga, 91 tretje, 58 četrte in 40 upravičencem pete kategorije zagotavljanja potreb po izvajanju storitev, ki so opredeljene v sistemu DO. Posamezne kategorije zajemajo časovni termin izvajanja storitev DO na upravičenčevem domu, pogostost pa je predmet dogovora z upravičencem do DO.

V institucionalnem varstvu (domovi upokoјencev), kjer se ne izvajajo storitve DO, je bilo izvedenih 175 ocen upravičenosti do DO. Trenutno izvajamo storitve DO pri 114 upravičencih do DO, 79 jih še čaka na dogovor s koordinatorjem DO in podpis Osebnega načrta za izvajanje DO.

V obstoječem sistemu so opravljene storitve pomoči na domu zelo dobre, vendar pa so pridobljeni rezultati izvedenih ocen upravičenosti do storitev dolgotrajne oskrbe pokazatelj, da trenutni sistem zagotavljanja pomoči našim občanov ne zadošča in da je že obstoječi sistem potrebno sistemsko nadgraditi.

Pomemben del pilota je tudi vzpostavitev in izboljšanje koordinacije med sistemi zdravstvenega varstva, dolgotrajne oskrbe in socialnega varstva.

Literatura

1. Buzeti, T., & Praček, J., 2018. *Pilotni projekt. Testiranje novih rešitev za integrirano dolgotrajno oskrbo*. [online] Available at: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/DO_razpis/Predstavitev_Info_day_-_20.4.2018_TBJP1_koncna.pdf [20. 4. 2018].
2. Inštitut RS zasocialno varstvo, 2017. *Priprava podlag za izvedbo pilotnih aktivnosti, ki bodo podpirali prehod v izvajanje systemskega zakona o dolgotrajni oskrbi*. [online] Available at: https://www.irssv.si/upload2/Priprava_podlag_aktivnost1_koncno160318.pdf [20.5.2019]
3. Javni razpis za izbor operacij "Izvedba pilotnih projektov, ki bodo podpirali prehod v izvajanje systemskega zakona o dolgotrajni oskrbi", 2018. Uradni list RS št. 24.



Predstavitev avtoric

Vladka Vovk, mag. zdravstvene nege, koordinatorka projekta Dolgotrajna oskrba v Celju, ki ga izvaja Zdravstveni dom Celje.

Mag. **Alenka Obrul** je direktorica ZD Celje in vodja projekta Dolgotrajna oskrba v Celju.



NOVE OBLIKE DOLGOTRAJNE OSKRBE STAREJŠIH – GROZD MALIH DOMOV ZA STAREJŠE

Franci Imperl
Firis Imperl d.o.o.

Ključne besede: domovi za starejše, deinstitucionalizacija, središča za kakovostno sožitje, bivalno okolje.

Z nekaj desetletno zamudo za Zahodno Evropo se tudi Slovenija usmerja na pot sodobnega razvoja dolgotrajne oskrbe. Eden od problemov v Sloveniji je centralizacija izvajanja institucionalne dolgotrajne oskrbe. Projekt »Grozdi malih domov« je prva konkretna izpeljava vzpostavljanja domov v malih občinah izključno za potrebe lokalne skupnosti. Domovi bodo osredotočeni na celodnevno institucionalno varstvo, ki ga bodo izvajali na osnovi sodobnih konceptov dela in novejših rešitev arhitekture bivalnih prostorov, in na programe izveninstitucionalnih oblik oskrbe ter pomoči za starejše; razvojno bo projekt razvijal celovit model dolgotrajne oskrbe v kraju v povezavi z aktivnim staranjem in krepitvijo medgeneracijske povezanosti med vsemi krajanji.

28

V kolesju naglih sprememb sodobne družbe so tudi demografske spremembe, zaradi katerih bo v skorajšnji bodočnosti kar tretjina družbe posledično odvisna od dolgotrajne oskrbe. Nastajajo nove kategorije starejših ljudi, ki kljub oviranosti izražajo nedvoumno željo po običajnih oblikah življenja in enakopravnega spoštovanja njihovih pravic. Z institucionalnimi oblikami dolgotrajne oskrbe, ki imajo svoje korenine v hiralnicah in bolnišnicah iz sredine prejšnjega stoletja (dr. Bill Thomas), že današnji, kaj šele jutrišnji starostniki ne bodo več zadovoljni.

Problem tradicionalnih domov za starejše, ki so v Sloveniji še vedno zelo številčni, je institucionalizacija po zgledu totalnih ustanov. Organizacija dela in bivalne strukture so zelo primerljive bolnišnicam, prevladuje usmerjenost na ustanovo, prednost pred kakovostjo življenja imajo negovalne in oskrbovalne storitve, stanovalce se namešča v velike »brezosebne« oddelke, ekonomija doma bazira na veliki kapaciteti in bivanje stanovalcev v dvo- do petposteljnih sobah. Kot je dejal dr. Klaus Dörner (Dörner K., 2012), socialni psihiater, da istočasno, ko smo se močno zavzemali za bivanje brez ovir, nismo razmišljali o tem, da je bivanje v klasičnem domu največja ovira za doseg življenja po lastnih merilih.



K sreči je v zadnjem času veliko civilnega napa usmerjenega stran od totalne institucionalne oskrbe v domovih, zavoljo katere postanejo ljudje tako na telesni kot psihosocialni ravni še bolj bolelni, ker jih delamo pasivne in jim damo vedeti, da niso nikomur več potrebni. Govorimo o deinstitucionalizaciji, kar pa ne pomeni le izvajanje dolgotrajne oskrbe izven institucionalnih oblik, temveč tudi spremembe znotraj obstoječih domov v smeri normalizacije življenja, usmerjenosti na osebo in osebno biografijo, oblikovanju družini primerljivih socialnih oblik sobivanja, decentraliziranih oblikah izvajanja storitev, vzpostavljanju referenčnega odnosa in povezanosti z lokalno oz. četrtno skupnostjo. Prav tako se ponovno vzpostavlja solidarnost na medosebnem nivoju. Številne pobude v različnih evropskih državah (forumi za bivanje v skupnosti, društva prostovoljcev, ambulantni hospici, gospodinjske skupnosti na lokalnem nivoju) kažejo, da ljudje ponovno odkrivajo in oživljajo sosedski prostor, ki je umeščen med zasebnim in javnim. Institucionalne in s tem strogo profesionalne storitve na področju oskrbe starejših ter posebno ranljivih skupin so sicer spoštovane, vendar postajajo sekundarne.

V Sloveniji imamo 93 domov za starejše (pravnih subjektov), od tega je 55 javnih in 38 zasebnih s koncesijo. Nekateri javni domovi imajo dve, tri ali celo štiri (DU Ptuj) enote. Razen mreže splošnih domov za starejše je v Sloveniji 11 javnih zavodov za osebe z motnjo v duševnem razvoju ali s težavami v duševnem zdravju, od tega 6 kombiniranih in 5 posebnih. Povprečna kapaciteta je 205 stanovalcev na dom/zavod, kar pomeni, da pokrivajo širše lokalno območje, večina sprejema stanovalce iz celotne Slovenije. Načelo lokalnega bivanja v institucionalni oskrbi je samo delno uresničena, predvsem v večjih občinah.

V Sloveniji imamo 212 občin, vendar ima dom za starejše na svojem območju le 83 občin – vse večje občine. Občine, ki imajo do 8.700 prebivalcev, praviloma nimajo svojega doma oz. doma na svojem lokalnem področju. Kot primer: občina s približno 7.000 prebivalci in 5 % deležu oseb nad 65 let v institucionalni oskrbi, bi po demografskih podatkih potrebovala na svojem območju dom s kapaciteto okoli 65 mest.

Stanje je z vidika socialne pravičnosti in enakih pravic do izbora storitev in programov nesprejemljivo. Starostniki v srednjih in manjših občinah nimajo možnosti preživeti svoje starosti v domačem okolju.

V Sloveniji je doslej prevladoval pomislek, da so manjši domovi, domovi na nivoju po obsegu srednje ali manjše lokalne skupnosti, nerentabilni oz. za uporabnike predragi. Izkušnja izhaja iz predpostavke, da je organizacijska struktura in vodenje manjšega doma preslikava



organizacije večjega doma. Strukture in koncepti, ki jih poznamo v mnogih regijah zahodne Evrope, dokazujejo, da je pod določenimi organizacijskimi in konceptualnimi pogoji ekonomično delovanje manjših domov primerljivo velikim. Pogoj pa je združevanje več manjših domov v en pravnih subjekt, kar pomeni eno vodstvo, upravo, računovodstvo, nabavo, ipd., decentralno pa neposredno izvajanje institucionalne oskrbe.

Projekt »Grozdomalnih domov« (v nadaljevanju GMD), katerega pobudniki so srednje in manjše občine (Ivančna Gorica, Komenda, Loška Dolina, Pivka, Šentjernej, Železniki, Žiri), želi kot prvi v Sloveniji vzpostaviti male domove, skladne s potrebami lokalne skupnosti, s skupnim vodenjem in upravo ter optimalno povezavo s strukturami in potrebami lokalne skupnosti. Vzpostaviti želi delovanje središč za kakovostno sožitje v posameznem lokalnem okolju s programi institucionalne oskrbe kot tudi neinstitucionalnih oblik pomoči starostnikom.

»Grozdomajhnih domov«, središč za kakovostno sožitje v lokalni skupnosti, sledi sodobnim spoznanjem in konceptom, ki se uveljavljajo v evropskem prostoru kot odziv na potrebe in želje sodobnih starostnikov. Osredotočen je na celodnevno institucionalno varstvo na nivoju posamezne lokalne skupnosti, ki ga bo izvajal na osnovi sodobnih konceptov dela in novejših rešitev arhitekture bivalnih prostorov in na programe izveninstitucionalnih oblik oskrbe in pomoči za starejše; razvojno bo razvijal celovit model dolgotrajne oskrbe v kraju v povezavi z aktivnim staranjem in krepitvijo medgeneracijske povezanosti med vsemi krajanji.

GMD želi v svoji idejni zasnovi vzpostaviti institucionalno oskrbo na elementih V. generacije domov za starejše, katere notranja osnova je model hišnih skupnosti z lastnim gospodinjstvom kot pomembnim vidikom normalizacije. Le-ta ima pri ohranjanju in vzdrževanju kakovosti življenja stanovalcev več »varovalnih mehanizmov« (Imperl, 2012):

- Deluje preventivno proti vedenjskim motnjam (čustveni izbruhi, nervoznost, razdražljivost, prepirljivost) in ostalim oblikam problematičnega vedenja stanovalcev.
- Preprečuje zlorabo in prepogosto uporabo medikamentoznih terapij (antipsihotikov) v smislu korigiranja vedenja stanovalcev.
- Preprečuje oddaljevanje in izgubljanje ljudi od svojega okolja, svojcev, v skrajni točki od njih samih.
- Strukture in procesi znotraj posameznih skupin so jasno definirani, pričakovanja so konsistentna, stalna, varna, in najpomembnejše - stanovalcem, tudi tistim z demenco, razumljiva.



- Pri teh skupinah gre za simulacijo družine, to je oblike in načina bivanja, ki je podobna življenju pred prihodom v dom za starejše. V takšni strukturi se starostnik počuti bolj varnega in sprejetega, zato je kakovost bivanja višja.
- Življenje stanovalcev še naprej zaznamujejo njim poznana vsakodnevna opravila, saj je poudarek na domačih, hišnih opravilih, kot npr. kuhanje, pospravljanje, likanje, hišna popravila, urejanje okolice, vrtnarjenje, ipd. Pri tem ni pomembno, ali sodelujejo stanovalci pri teh opravilih ali jih zgolj gledajo oz. podoživljajo. Koncept dela poskuša odlikovati način, tempo in navade življenja stanovalcev pred prihodom v dom.
- Gospodinjska opravila predstavljajo najpomembnejši faktor normalizacije, saj gre za vrednote, ki so stanovalcem najbližje in poznane že iz njihovega domačega okolja, predstavljajo to, kar je v njihovih osebnostih še ostalo. Te aktivnosti podoživljajo, ponovno doživljajo in jih osmišljajo.

GMD je na nivoju ideje nastal v krogu vodilnih v sedmih relativno manjših občinah. Strokovne podlage je oblikovala družba FIRIS IMPERL d.o.o., ki že tretje desetletje dela na področju izobraževanja zaposlenih v sistemu socialnega varstva in razvoju konceptov ter organizacijskega sistema oskrbe starejših, ter Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje, ki se ukvarja z razvojnim in akcijsko-raziskovalnim uvajanjem novih programov skrbi za staro populacijo in za medgeneracijsko sožitje.

31

Projekt GMD potrebuje skupni imenovalec, to pa je upravljalec oz. ustanovitelj enovitega sistema majhnih domov, središč za kakovostno sožitje posameznih lokalnih skupnosti, kjer bo na voljo kontinuum storitev in programov od preventivnih, deinstitucionalnih do polinstitucionalnih ter institucionalnih.

GMD je sistem majhnih domov s kapaciteto domskega dela največ do 70 mest. Programi GMD omogočajo, »da dosedanje življenje poteka normalno naprej«, saj omogočajo izvedbo potrebnih storitev v vsakokratni lokalni skupnosti – vsi kontakti in socialna mreža se v glavnem ohranjajo in nadaljujejo.

GMD temelji na celovitem krajevnem reševanju dolgotrajne oskrbe (Ramovš, J., 2012), ki se danes izvaja v treh četrtinah doma s strani družinskih oskrbovalcev in ena četrtnina v domovih za stare ljudi. Ker je po današnjih spoznanjih humana in finančno vzdržna dolgotrajna oskrba odvisna od celovitosti sistema oskrbe, bo GMD razvijal celovit model v krajevni skupnosti. Ta model intenzivno povezuje dom z lokalnim okoljem ter integrira občane v skupno skrb za kakovostno in dostojanstveno staranje. Celovita povezava vključuje krajevno politiko in stroko, nevladne organizacije in podjetja, povezava več



krajevnih podsistemov pa omogoča strokovni razvoj GDM v naslednjih letih, ko se bo zaradi staranja prebivalstva več kakor podvojil delež ljudi, ki bodo potrebovali dolgotrajno oskrbo. Princip celovitosti dolgotrajne oskrbe v kraju omogoča večjo izbiro po potrebah ljudi, enako dostopnost in uresničitev sodobne zahteve EU po deinstitutionalizaciji.

Zaradi smiselno organizirane skupnosti malih domov je ekonomija poslovanja enaka poslovanju velikega doma, ki mnoge starostnike sili v prekinitve povezave z domačim okoljem, obenem pa velike ustanove praviloma nudijo manj domačnosti kot male.

V projektu GMD - središč za kakovostno sožitje v lokalni skupnosti, so udeležene občine s pogodbo oblikovale konzorcij, ki je nosilec projekta. Izobraževalno podjetje na področju dolgotrajne oskrbe FIRIS IMPERL d.o.o. in nacionalni razvojni Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje sta v GDM vključena kot svetovalna služba. Konzorcij je imenoval delovno skupino za izdelavo projekta GMD - središč za kakovostno sožitje v lokalni skupnosti, ki je bil izdelan v začetku leta 2017. Konzorcij je tudi izbral investitorja/ustanovitelja GMD. Izbrani zasebni investitor oz. bodoči upravljaec GMD je kandidiral na javnem razpisu za podelitev koncesije. Na javni razpis za podelitev koncesij za opravljanje institucionalnega varstva v domovih za starejše je (2017) je od sedmih možnih oddal pet vlog, na osnovi katerih je pridobil koncesijo za pet domov v okviru GMD. Vsaka občina, članica konzorcija, je zagotovila komunalno opremljeno zemljišče za izgradnjo doma v lokalni skupnosti.

Literatura

1. Dörner, K., 2012. *Helfensbedürftig. Heimfrei ins Dienstleistungsjahrhundert.* Neumünster: Paranus.
2. Imperl, F., 2012. *Kakovost oskrbe starejših – izziv za prihodnost.* Logatec: Firis Imperl & Co.
3. Ramovš J., 2012. *Za kakovostno staranje in lepše sožitje med generacijami*, 3. dopolnjena izdaja. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.
4. Thomas B., 2014. Intervju v filmu »Še vedno sem živ«.

Predstavitev avtorja

Franci Imperl je psiholog, ki je med drugim opravljal službo direktorja centra za socialno delo ter bil namestnik ministra za družino in socialno varstvo. Leta 1993 je ustanovil izobraževalno in razvojno družbo na področju socialnega varstva FIRIS IMPERL d.o.o., leta 2003 še projektno



družbo SENIORPROJEKT d.o.o. V sklopu evropskega projekta je skupaj s predstavniki šestih evropskih držav sooblikoval model upravljanja kakovosti v socialno varstvenih organizacijah E-Qalin. Zadnja leta se posveča razvoju konceptov in vodenju projektov razvoja dolgotrajne oskrbe.



NEFORMALNI OSKRBOVALCI V INTEGRIRANI DOLGOTRAJNI OSKRBI

izr. prof. dr. Jože Ramovš

Inštitut dr. Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje

Ključne besede: družinski oskrbovalci, neformalni oskrbovalci, integrirana dolgotrajna oskrba, skupinsko socialno učenje

Teoretična izhodišča: Referat izhaja iz podatkov, da družinski in drugi neformalni oskrbovalci v Sloveniji in drugih evropskih državah oskrbujejo 75 % ljudi (to je 3 % celotnega prebivalstva), ki zaradi starostne onemoglosti, kronične bolezni ali invalidnosti potrebujejo dolgotrajno oskrbo, medtem ko formalni oskrbovalci v strokovnih programih oskrbujejo 25 % oskrbovanih (to je 1 % prebivalstva). Pogoji, da se bo sistem dolgotrajne oskrbe v času staranja prebivalstva razvijal humano ter finančno in kadrovske vzdržno, je integrirana dolgotrajna oskrba, ki sinergično in komplementarno sestavlja v celoto na krajevni ravni neformalno in formalno oskrbo. Podatki reprezentativne nacionalne raziskave ter podatki dodatne raziskave pri usposabljanju neformalnih oskrbovalcev odpirajo smeri za organiziranje take dolgotrajne oskrbe.

Metoda: Metoda reprezentativne terenske raziskave o potrebah, zmožnostih in stališčih nad 50 let starih prebivalcev Slovenije je bila osebno anketiranje z obsežnim kvantitativno-kvalitativnim vprašalnikom, metoda dodatne raziskave neformalnih oskrbovalcev je bila enaka – kompatibilna s prvo – vsebuje pa dodatna vprašanja o neformalni oskrbi.

Rezultati:

1. Celostna človeška motivacija družinskih in drugih neformalnih oskrbovalcev je nenadomestljiv vir za humano, finančno in kadrovske vzdržno dolgotrajno oskrbo.
2. Družinski in drugi neformalni oskrbovalci nujno potrebujejo razbremenilno pomoč, usposabljanje in povezovanje.
3. Za usposabljanje neformalnih oskrbovalcev je smiselna aktivna metoda skupinskega socialnega učenja.

Razprava: Sedanji način intelektualnega izobraževanja zdravstvenih, socialnih in drugih strokovnjakov, ki delajo s starimi ljudmi, ni prenosljiv na usposabljanje neformalnih oskrbovalcev; strokovnjakov ne usposablja za razbremenilno sodelovanje z družinskimi oskrbovalci, zato je pomembna strokovna naloga vseh teh strok razvijanje metod za sodelovanje pri integrirani dolgotrajni oskrbi. Raziskovalni podatki kažejo, da je učinkovit



način pri tem razvijanje metode skupinskega socialnega učenja tako pri usposabljanju strokovnjakov kakor pri usposabljanju družinskih in drugih neformalnih oskrbovalcev.

Literatura

1. Ramovš, J., ed., 2013. *Staranje v Sloveniji. Raziskava o potrebah, zmožnostih in stališčih nad 50 let starih prebivalcev Slovenije*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.
2. Sveteljšek, A., 2018. Neformalni oskrbovalci – primerjava reprezentativnega vzorca z udeleženci usposabljanja. *Kakovostna starost*, 21(3). pp. 47-55.

Predstavitev avtorja

Izr. prof. dr. **Jože Ramovš** je antropolog in socialni delavec. Pri več kakor štiridesetletnem delu z ljudmi povezuje terapevtsko, preventivno in raziskovalno usmeritev v razvoju metode skupinskega socialnega učenja, zlasti za področja kakovostnega staranja, dolgotrajne oskrbe, sodelovanja med starejšimi in mlajšimi zaposlenimi ter lepšega medčloveškega sožitja v družini. Njegova strokovna bibliografija v bazi COBISS obsega več kot tisoč enot, med njimi več deset knjig.

