



Univerza v Mariboru

Fakulteta za organizacijske vede

Diplomsko delo visokošolskega strokovnega študija
Organizacija in management kadrovskih in izobraževalnih
procesov

**DOMOVI ZA STAREJŠE V SLOVENIJI:
POTREBE PO KONCEPTUALNEM IN
ORGANIZACIJSKEM SPREMINJANJU**

Mentor: red. prof. dr. Marija Ovsenik

Kandidat: Andrej Lenarčič

Kranj, junij 2012

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici prof. dr. Mariji Ovsenik za usmerjanje in strokovno pomoč pri pripravi diplomskega dela. Hkrati se zahvaljujem za predloge in pomoč pri zbiranju podatkov svojemu neformalnemu somentorju ter nekdanjemu sodelavcu dr. Bojanu Kernu. Hvala, nenazadnje, tudi vsem respondentom, ki so izpolnili anketni vprašalnik in mi pomagali do uresničitve namena tega dela.

POVZETEK

Avtor v diplomskem delu ob izhodiščih, ki veljajo za delovanje domov za starejše v Sloveniji, obravnava niz aktualnih težav, ki so prisotne na področju institucionalnega varstva starejših. V svojo raziskavo je vključil populacijo direktorjev in strokovnih vodij domov, socialnih delavcev in namestnikov direktorjev za področje zdravstvene nege iz 19 javnih in 13 zasebnih domov, ki so bili v raziskavi pripravljene sodelovati. Avtor z raziskavo med drugim preverja morebitne razlike v stališčih skupin delavcev glede na posamezne dejavnike domov, vezane na nacionalni in nivo zaposlitvenih ustanov. Še posebej so ga zanimala mnenja anketirancev glede nujno potrebnih sprememb na področju institucionalnega varstva v domovih za starejše v Sloveniji, njihove napovedi glede razvoja tovrstne organizirane skrbi za starejše ter njihova podpora pri uvajanju koncepta t. i. četrte generacije domov za starejše.

KLJUČNE BESEDE:

- institucionalno varstvo,
- domovi za starejše,
- standardi in normativi,
- konceptualne spremembe,
- organizacijske spremembe,
- kakovost.

ABSTRACT

In this work the author, on grounds of the functioning of homes for the elderly in Slovenia, deals with a series of current problems that are present in the field of institutional care for the elderly. In his quantitative research he included a population of directors, professional managers, social workers and deputy directors in the field of nursing care from 19 public and 13 private homes that were willing to participate in the research. In this research the author examined the possible differences in the attitude of the groups of workers in connection with individual factors of the homes linked to the national level and the level of employment institutions. He is especially interested in the respondents' opinions regarding urgently needed changes in the field of institutional caretaking in homes for the elderly in Slovenia, their forecasts regarding the future development of this kind of organized care for the elderly and their support for introducing the concept of the so-called fourth-generation homes for the elderly.

KEYWORDS

- institutional care,
- homes for elderly people,
- standards and normatives,
- conceptual changes,
- organisational changes,
- quality.

KAZALO

1. UVOD	1
1.1. Predstavitev problema	1
1.2. Namen in cilji raziskave	1
1.3. Omejitve in hipoteze	2
1.4. Vrsta raziskave in metode dela	3
1.5. Merski instrument in viri podatkov	3
1.6. Raziskovana populacija	4
1.7. Zbiranje, obdelava in analiza podatkov	4
2. TEORETIČNE OSNOVE	5
2.1. Domovi za starejše v Sloveniji	5
2.1.1. Razvoj domov za starejše: Od skrbstvenega prek socialnogerontološkega in bolnišničnega modela do socialnega modela	5
2.1.2. Domovi za starejše četrte generacije: Uresničevanje načel psihosocialnega koncepta v gospodinjskih skupinah	8
2.1.3. Primerjava slovenskega modela domov za starejše z zahodno- evropskim modelom... ..	10
2.1.4. Ustanovitelji in pravnoorganizacijske oblike domov za starejše	11
2.1.5. Temeljni pravni viri, ki urejajo področje institucionalnega varstva v domovih za starejše	13
2.1.6. Razvitost in organiziranost mreže, dejavnosti, nastanitvenih in nekaterih prostorskih zmogljivosti domov za starejše v Sloveniji	14
2.1.7. Stanovalci domov za starejše v Sloveniji: Nekatero splošne značilnosti	19
2.1.8. Upravljanje in vodenje ter poslovanje domov za starejše	20
2.1.9. Možnosti sistemske zlorabe stanovalcev v domovih za starejše	26
2.1.10. Zagotavljanje kakovosti v institucionalnem varstvu starejših	28
2.1.11. Stanje na področju človeških virov in problematika kadrovske ter tehnične standardov in normativov	30
2.2. Trend deinstitucionalizacije oblik oskrbe starejših.....	32
2.3. Prihodnost varstva starejših v Evropi in Sloveniji	35
3. DOMOVI ZA STAREJŠE V SLOVENIJI – POTREBA PO KONCEPTUALNEM IN ORGANIZACIJSKEM SPREMINJANJU: REZULTATI RAZISKAVE IN KOMENTAR ..	36
3.1. Splošni podatki o respondentih	36
3.1.1. Struktura respondentov glede na delovno mesto in vrsto zavoda ...	36
3.1.2. Stopnje in smeri izobraževanja respondentov	37
3.1.3. Čas zaposlitve respondentov v domovih za starejše	39
3.2. Splošni podatki o domovih za starejše, ki zaposlujejo respondente	40
3.2.1. Zastopanost domov za starejše v raziskavi po območnih enotah ZZZS, njihov status in čas delovanja.....	40
3.2.2. Nastanitvene zmogljivosti in bivalni standard domov	41
3.2.3. Ponudba storitev domov	43

3.2.4. Stanje na področju zaposlovanja glede na veljavne kadrovske normative v institucionalnem varstvu starejših	44
3.2.5. Upravljanje kakovosti	44
3.2.6. Vključenost prostovoljcev v program institucionalnega varstva	45
3.3. Preverjanje strinjanja respondentov s posameznimi trditvami (vezanimi na posamezne dejavnike domov za starejše – nacionalni nivo ter nivo zaposlitvene ustanove)	45
3.4. Stališča respondentov o potrebnih spremembah in napoved prihodnjega razvoja na področju institucionalnega varstva starejših	57
4. PREVERJANJE VELJAVNOSTI HIPOTEZ IN SKLEPNO RAZMIŠLJANJE S PREDLOGI	63
4.1. Preverjanje veljavnosti hipotez	63
4.2. Sklepno razmišljanje s predlogi	65
LITERATURA IN VIRI	
KAZALO SLIK IN TABEL	
PRILOGA	
Priloga 1: Anketni vprašalnik	

1. UVOD

1.1. PREDSTAVITEV PROBLEMA

Zaradi porasta števila starih in oseb z demenco med splošno populacijo starejših in posebej v domovih za starejše je zadnja leta poudarek na družbeno organizirani oskrbi starejših ljudi vse večji. P. Winter (v Imperl in Ramovš, 2010) poudarja, da ima Slovenija na področju oskrbe starejših znanje na evropski ravni. Na strokovnem področju, pravi avtor, je Slovenija zelo močna. Težave pa imamo po njegovem mnenju z uresničevanjem novih idej in pobud. Omenjeni avtor opozarja na napake v sistemu. V filozofiji oskrbe in načrtovanja domov, pravi, smo ves čas zanemarjali dostojanstvo človeka (npr. pravica do enoposteljne sobe, individualnega življenjskega ritma – npr. spati dlje, hoditi k nočnemu počitku pozneje, prehranjevati se ob drugih urah ipd.). Gre za sistem, ki je za vse enak, kjer ni prostora za posebnosti, želje stanovalcev. Po njegovem mnenju gre za sistemsko zanemarjanje, sistemsko zlorabo. P. Winter s pomočjo različnih ilustrativnih primerov opozarja na pogost prepad med svetom institucije (naravnosti na ustanovo) in svetom stanovalca (naravnosti na uporabnika). Sodobni koncepti institucionalne oskrbe bi bistveno prispevali k omilitvi teh nasprotij. P. Winter daje pri oskrbi starih ljudi največji poudarek normalizaciji.

B. Koprivnikar, predsednik upravnega odbora Skupnosti socialnih zavodov Slovenije (<http://www.gorenjskiglas.si>), je prepričan, da tipičen slovenski dom za starejše bistveno presega svojo osnovno vlogo: »Danes je to stanovanjski dom, dom za stanovalce z demenco, negovalni dom in negovalna bolnišnica – vse v enem. V domovih so tudi odrasli invalidi. Domovi so svet zase in težko bi bilo reči, da iz njih kljub morebitni arhitekturni dovršenosti ter bogati ponudbi veje kakšna domačnost. Mnoge stvari najbolj spominjajo na bolnišnico.«

V nekaterih domovih opozarjajo na problem kadrovske podhranjenosti. Da bi delali zelo dobro, pravijo, bi na nekaterih oddelkih potrebovali skorajda enega negovalca na enega stanovalca. Težave rešujejo s prostovoljci. Številni delavci bolehajo za sindromom izgorelosti na delovnem mestu, številni so na robu izgorevanja. Zdi se, da so zaradi obstoječih kadrovskega normativov vsi nezadovoljni.

V državi v tem obdobju na področju dolgotrajne oskrbe potekajo zakonodajne aktivnosti. Novi zakon naj bi uveljavil najbolj bistveno združevanje storitev – osebne in socialne oskrbe ter zdravstvene nege – in nov način kategorizacije ter ocenjevanja. Nova socialna zakonodaja naj bi prinesla bistveno več avtonomije izvajalcem in omogočila drugačen način upravljanja – bolj samostojno izvajanje dejavnosti ob večji odgovornosti vodstev domov.

1.2. NAMEN IN CILJI RAZISKAVE

Z raziskavo smo želeli identificirati morebitne razlike v odgovorih med posameznimi skupinami zaposlenih v domovih za starejše (raziskovana populacija) glede na nekatere postavljene trditve (nanašajo se na status ustanovitelja doma,

organizacijski in konceptualni model, racionalnost oziroma stroškovno učinkovitost modela, način vodenja ustanove, ustreznost kadrovskih normativov in minimalnih tehničnih standardov, pristop k individualni obravnavi uporabnikov ter možnosti, ki jih dom zagotavlja stanovalcem pri izražanju njihove individualnosti, bivalni standard, (ne)enakopravnost uporabnikov javnih in zasebnih domov za starejše, sodelovanje z zunanjim okoljem). Poleg tega smo imeli namen:

- analizirati nastanitvene kapacitete ter storitve, ki jih domovi za starejše (sodelujoči v raziskavi) zagotavljajo svojim uporabnikom;
- ugotoviti skladnost zaposlitvenega stanja v domovih za starejše (sodelujočih v raziskavi) s kadrovskimi normativi, veljavnimi na področju institucionalnega varstva starejših, ter kako respondenti ocenjujejo kadrovski potencial ter potencial vloženega znanja v zavodu, kjer so zaposleni;
- ugotoviti, v kolikšni meri in katere modele za zagotavljanje kakovosti uporabljajo v raziskavi zastopani domovi za starejše;
- ugotoviti stališča respondentov o potrebnih spremembah na področju institucionalnega varstva v domovih za starejše v Sloveniji;
- na strani respondentov ugotoviti stopnjo podpore uvajanju koncepta t. i. četrte generacije domov za starejše tudi v Sloveniji;
- ugotoviti, kakšna so predvidevanja respondentov o razvoju institucionalnega varstva v domovih za starejše v Sloveniji.

1.3. OMEJITVE IN HIPOTEZE

Določeno število domov za starejše ima dislocirane enote. Pri pošiljanju anketnih vprašalnikov smo se omejili le na matične domove. V primeru družbe, ki se ukvarja z vodenjem domov za starejše, smo stopili v stik z vsemi njenimi poslovnimi enotami. V domovih za starejše smo se pri pridobivanju podatkov, mnenj, stališč in ocen omejili na posamezne skupine zaposlenih, ki pripadajo vodstvenim strukturam (glej raziskovana populacija).

Za namen raziskave smo postavili naslednjih osem hipotez:

- H1: Večina domov za starejše (iz katerih prihajajo respondenti) nudi poleg celodnevne institucionalnega varstva zunanjim uporabnikom številne storitve, ki jim omogočajo, da lahko čim dlje ostanejo v svojem primarnem bivalnem okolju.
- H2: Med posameznimi ciljnim skupinami respondentov obstajajo različna stališča o nujnosti nadomestitve medicinskega modela obravnave starostnika v domu za starejše s socialnim modelom in psihosocialnim konceptom obravnave.
- H3: Med posameznimi ciljnim skupinami respondentov obstajajo različne stopnje podpore ideji uvajanja koncepta t. i. četrte generacije domov za starejše v Sloveniji.
- H4: Večina domov za starejše (iz katerih prihajajo respondenti) se ne poslužuje zunanjih servisnih storitev, da bi se lahko bolj osredotočili na ključne procese pri zagotavljanju kakovosti življenja stanovalcev v domu.

- H5: Večina respondentov meni, da domovi starejših, v katerih so zaposleni, ne zagotavljajo stanovalcem dovolj visokega bivalnega standarda, ne dajejo občutka domačnosti in potrebne intimnosti.
- H6: Večina respondentov ocenjuje, da so obstoječi kadrovski normativi na področju institucionalnega varstva starejših neustrezni, medtem ko minimalni tehnični pogoji na tem področju ne potrebujejo bistvenih dopolnitev.
- H7: Večina respondentov ocenjuje, da domovi starejših, v katerih so zaposleni, razpolagajo z dovolj visokim kadrovskim potencialom in vložnim potencialom znanja.
- H8: Večina domov za starejše (iz katerih prihajajo respondenti) uporablja celostni sistem za zagotavljanje kakovosti procesov in storitev.

1.4. VRSTA RAZISKAVE IN METODE DELA

Po sami naravi je raziskava glede na opisan metodološki pristop deskriptivnega, empiričnega in kvantitativnega značaja. Uporabljen je (tudi sicer v praksi raziskovanja najpogosteje uporabljen) deduktivni pristop, pri katerem so na osnovi proučene literature, ki je predstavljena v prvem, teoretičnem delu, opredeljene raziskovalne hipoteze, katerih empirična verifikacija je opisana v drugem, empiričnem delu diplomske naloge. V okviru raziskovalnih metod so bile uporabljene metode deskripcije, analize in sinteze.

1.5. MERSKI INSTRUMENT IN VIRI PODATKOV

Anketni vprašalnik (priloga diplomskega dela) vsebuje štiri sklope vprašanj: (1) splošni podatki o respondentu (spol, starost, delovno mesto, čas zaposlitve, stopnja izobrazbe, naziv/smer izobrazbe); (2) podatki o zavodu (vrsta zavoda glede na ustanovitelja, leto ustanovitve, statistična regija, nastanitvena kapaciteta, skupno število zaposlenih, število zaposlenih v socialni oskrbi, število zaposlenih v zdravstveni negi, število zaposlenih glede na kadrovski normativ, število prostovoljcev, storitve, prostori za zunanje uporabnike, model upravljanja kakovosti); (3) strinjanje s trditvami – trinajst trditev, vezanih na nacionalno raven, in štirinajst trditev, vezanih na zaposlitveni zavod (konceptualna in organizacijska razvitost ter racionalnost in stroškovna učinkovitost slovenskega modela domov za starejše, izguba delovnega časa na račun logistike, ustreznost veljavnih kadrovskih normativov, ustreznost veljavnih minimalnih tehničnih pogojev, bivalni standard, enakopravnost uporabnikov javnih in zasebnih izvajalcev, ustanavljanje domov za starejše, model obravnave starih v domovih, podpora konceptu gospodinjskih skupnosti, domovi za starejše kot negovalne bolnišnice, primernost rešitve institucionalnega varstva pri uporabnikih domov za starejše, odprtost domov v zunanje okolje, primarna naravnost domov, model obravnave stanovalca, možnost individualne obravnave stanovalcev, ustreznost kapacitete doma, individualni pristop do uporabnika, domačnost prostorov, vključevanje stanovalcev v

gospodinjske aktivnosti, stalnost osebja, koriščenje zunanjih servisov, način vodenja doma, odločanje, iskanje boljših organizacijskih in vsebinskih rešitev, ustreznost kadrovskega potenciala in potenciala znanja; (4) stališča o potrebnih spremembah in napoved razvoja (potrebne spremembe v institucionalnem varstvu starejših, podpora prenovidomov, napoved razvoja institucionalnega varstva v domovih). Poleg podatkov, pridobljenih z anketnim vprašalnikom, smo podatke o številu t. i. domov za starejše četrte generacije pri nas iskali pri pristojnem direktoratu Ministrstva za delo, družine in socialne zadeve Republike Slovenije (MDDSZ). V pomoč so nam bili tudi podatki, ki jih na svojih spletnih straneh objavlja Skupnost socialnih zavodov Slovenije. Zaradi priprave tega diplomskega dela smo se udeležili tudi seminarja Preprečevanje nasilja, zlorab in diskriminacije z novimi koncepti dela v domovih za starejše v organizaciji MDDSZ ter Socialne zbornice Slovenije, ki je prav tako postregel z nekaterimi novimi in zanimivimi podatki.

1.6. RAZISKOVANA POPULACIJA

Sprejeli smo odločitev, da opravimo raziskavo med vsemi domovi starejših (javnimi in zasebnimi s koncesijo) v Sloveniji, torej raziskavo na nacionalni ravni. Po podatkih MDDSZ(http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/izvajalci) deluje v Sloveniji skupaj 91 domov za starejše. Anketni vprašalnik je bil namenjen naslednjim skupinam zaposlenih v domovih: direktorji, direktorji in strokovni vodje domov, strokovni vodje in socialni delavci, socialni delavci, namestniki direktorjev za področje zdravstvene nege.

1.7. ZBIRANJE, OBDELAVA IN ANALIZA PODATKOV

Po trije izvodi anketnega vprašalnika (namenjeni direktorju doma, socialnemu delavcu in namestniku direktorja za področje zdravstvene nege) s spremnim dopisom so bili domovom poslani po pošti februarja 2010. Odziv domov za starejše je bil izredno skromen (70,33 odstotni osip), saj smo od 273 poslanih vprašalnikov po dveh ponovnih pisnih, pa tudi telefonskih pozivih na koncu prejeli vrnjenih 81 izpolnjenih vprašalnikov respondentov, ki v raziskavi zastopajo 32 domov za starejše iz vseh območnih enot Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) po Sloveniji. Vodstva nekaterih domov so pojasnila, da uveljavljajo načelni sklep, da zaradi množičnosti študentskih (zlasti dodiplomskih) raziskav v njih ne sodelujejo, ker jim to vzame preveč dragocenega časa, prepotrebne za opravljanje rednih delovnih nalog in obveznosti.

Tisti anketiranci, ki so se odločili izpolniti vprašalnik in nam ga poslati, so skoraj v celoti dosledno odgovorilina vsa vprašanja zaprtega tipa. Slabši je bil naš »izplen« pri odgovorih na odprta vprašanja. Zbrane podatke smo obdelali s pomočjo metod običajne deskriptivne statistike. Grafične ponazoritve tako vsebujejo frekvenčne distribucije in pripadajoče deleže, tabelarični prikazi z odgovori respondentov na posamezne trditve vsebujejo poleg tega tudi izračune srednje vrednosti odgovorov znotraj posameznih skupin zaposlenih v domovih. V tabelah frekvenca pri oznaki b. o. (brez odgovora) pomeni število respondentov, ki niso odgovorili na vprašanje.

2. TEORETIČNE OSNOVE

2.1. DOMOVI ZA STAREJŠE V SLOVENIJI

2.1.1. RAZVOJ DOMOV ZA STAREJŠE: OD SKRBBSTVENEGA PREK SOCIALNOGERONTOLOŠKEGA IN BOLNIŠNIČNEGA DO SOCIALNEGA MODELA

Kot poudarja Jerinc (2010, po Mali, 2008) je glavnina javne skrbi za stare ljudi pri nas osredotočena na institucionalno varstvo. Na to so po mnenju Malijeve (2006) in Nagodetove (2009) vplivali dejavniki, kot so modernizacija in industrializacija, razvoj medicine in gerontologije ter usmerjenost države v razvijanje oblik varstva v javnih zavodih. Pomembno vlogo pri tem, dodaja Milošević Arnoldova (2006), je imela tudi tradicija institucionalnega varstva, saj zametke domskega varstva v Sloveniji najdemo že v 13. stoletju, od 14. stoletja dalje pa je skrb za stare vezana na institucije.

Zgodovinski razvoj in usmerjenost domov za starejše je v diplomskem delu o medgeneracijskem učenju v domovih za starejše predstavila že K. Zver (2000). Pri pisanju se je opirala zlasti na monografijo avtorice J. Mali z naslovom *Od hiralnic do domov za stare ljudi* (Fakulteta za socialno delo, 2008), za katero lahko rečemo, da vsebuje celosten kronološki pregled predhodnikov današnjih domov za starejše, ter na prispevka predavateljice s Fakultete za socialno delo Univerze v Ljubljani (UL) V. Milošević Arnold *Kakovost bivanja v domovih za stare* (2005) ter *Razvoj domov za stare ljudi* (2006). Avtorica diplomskega dela tako povzema ugotovitev V. Milošević Arnold (2006, str. 264), »da lahko do konca druge svetovne vojne glede razvoja domov za starejše razlikujemo dve obdobji: obdobje špitalov, sirotišnic in ubožnic (do razpada stare Avstrije leta 1918) in obdobje ubožnic in hiralnic (od začetka stare Jugoslavije do konca druge svetovne vojne)«. Po besedah Malijeve (2008, str. 16) »za boljše razumevanje trenutnega stanja na področju institucionalnega varstva ni treba posegati v tako daljno preteklost, saj so se ključni premiki na tem področju zgodili po drugi svetovni vojni«. V povojnem obdobju je skrbstvenemu modelu domov za starejše (1946–1964) sledil socialnogerontološki model (1965–1990), temu bolnišnični (1991–2000), danes pa govorimo o socialnem modelu domov za starejše.

Skrbstveni model domov za starejše (1946–1964): Malijeva (ibid., str. 231–234, in 2009, str. 99–104) ugotavlja, da so imele prva leta po vojni ustanove paradoksalno vlogo, saj so po eni strani zagotavljale existenco ljudem, po drugi strani pa so bili življenjski pogoji v njih tako slabi, da so postale sinonim za revščino. Kot pravi, so bile ubožnice in hiralnice le preimenovane v »domove onemoglih«, da bi se ustvarila bolj humana podoba teh ustanov, sicer pa so življenjske razmere za veliko število nepreskrbljenih starih ljudi brez pravice do starostne pokojnine v njih ostale enake (opomba: podobno smo na primer tudi danes zaprte oddelke v domovih za starejše preimenovali v varovane oddelke, čeprav je koncept dejansko takšen, da so stanovalci tudi tu zaprti; gre za rešitev v okviru nekih psihiatričnih možnosti). Hkrati je v že obstoječih institucijah za starejše zaradi nameščanja vojaških invalidov, vojnih sirot in zapuščenih otrok upadlo število namestitvenih

mest. Povojna oblast je stare ljudi začela nameščati v za silo vzdrževane stare nacionalizirane graščine in gradove (opomba: mnogi današnji domovi v teh stavbah še danes delujejo), v katerih so bili življenjski pogoji podobni tistim v ubožnicah in hiralnicah pred in med drugo svetovno vojno. Kot trdi Malijeva, usmerjenost institucij v tem obdobju še ni bila jasna: »Po strukturnih značilnostih so bile bližje medicinski usmerjenosti, zagotavljanje eksistence starim ljudem ter določeni vidiki sodelovanja osebja in stanovalcev pa so kazali značilnosti socialne usmerjenosti.«

Socialnogerontološki model domov za starejše (1965–1990): čas med letoma 1965 in 1990 Milošević Arnoldova (2006, str. 271–272) označuje kot razmeroma ugodnega za razvoj domov za starejše. Domovi, pravi, so se intenzivno gradili in se postopoma tudi kadrovsko okrepili: »Na usmerjenost domov v tem obdobju je imela bistven vpliv na novo porajajoča se znanost – socialna gerontologija. Pri preučevanju in obravnavanju starih ljudi je imela osrednjo vlogo gerontologija, ki je temeljila na medicini. Posledično so bili v 60. letih prejšnjega stoletja domovi zasnovani na osnovi geriatričnih načel kot geriatrične institucije.« Domovi so po Milošević Arnoldovi s tem dobili status institucij, namenjenih starim in predvsem bolnim ljudem. Glede na povečane potrebe teh stanovalcev po zdravstveni negi in oskrbi se je v domovih zaposlovalo vse več zdravstvenih delavcev, ki so v te ustanove vnašali največkrat bolnišnične doktrine (po Winterju et al., 2001, pa tudi organizacijsko strukturo, tipično za bolnišnico). Po mnenju Milošević Arnoldove so »obdobje vladavine medicinske usmerjenosti« pretrgali socialni delavci, ki so postopno začeli prihajati v domove v 80. letih prejšnjega stoletja. Z vnašanjem svoje doktrine, ki je poudarjala pomen medsebojnih odnosov, avtonomije, sodelovanja in izražanja čustev stanovalcev, je prišlo do premika v socialno usmerjenost. Iz opisa nalog, ki so jih opravljali prvi socialni delavci v domovih za starejše, je po besedah Milošević Arnoldove (ibid.) razvidno, da so poudarjali prav socialno usmerjene dejavnike.

Bolnišnični model domov za starejše (1991–2000): zadnje desetletje prejšnjega tisočletja je zaznamoval razvoj domov v medicinsko usmerjene institucije, v katerih se je poudarjalo skrb zdravstvenega osebja za vse bolj kompleksne zdravstvene težave stanovalcev. Število bolnih stanovalcev se je večalo, ker je zdravstveni kader lahko skrbel le za njihove potrebe. Kot poudarja Malijeva (2009, str. 101) je ta spremenjena populacija uporabnikov v povratni smeri podpirala medicinsko usmerjenost domov. Čeprav so bili socialni delavci že prisotni v večini domov za starejše, pa avtorica ugotavlja, da »njihova prisotnost še ni bila zadostno zagotovilo za preusmeritev medicinske v socialno usmerjenost vseh domov«. Dodaja, da »njihov vpliv v domovih za stare ni bil povsod enak, odvisen pa je bil od različnih dejavnikov. V prvi vrsti je bil prispevek socialnih delavcev v domovih objektivno omejen z njihovim skromnim številom, saj je na enega socialnega delavca v domu prišlo kar 195,4 stanovalca. Drugi takšen dejavnik je bila definicija vloge socialnega delavca v domu, ki ob prihodu še ni bila povsem jasna. Kaj so delali in kako so se znašli v prevladujoči medicinski usmerjenosti, je bilo prepuščeno njim samim. Navadno so prevzemali naloge, ki so jih pred njihovim prihodom opravljale tajnice, direktorji, medicinske sestre«. Malijeva verjame, da je še danes delovanje socialnih delavcev pogosto prilagojeno medicinski usmerjenosti, kar se po njenem kaže v prevladovanju administrativnih nalog in rutinskega birokratskega dela. Milošević Arnoldova (2006, str. 274 – 275) pa na drugi strani s

pozitivnim predznakom prvič opozarja na opazen trend promocije socialnih delavcev v času, ko naj bi se vpliv koncepta socialnega dela v instituciji povečal, in drugič na nekatere nove koncepte, ki so se pojavili v stroki socialnega dela (koncept deinstitutionalizacije, socialnih mrež, partnerstva z uporabniki, vodenja skupin za samopomoč, spoštovanja človekovih pravic), in so pomembno vplivali tudi na spreminjanje paradigme obravnave uporabnikov institucionalnega varstva starejših.

Socialni model domov za starejše (po letu 2000): Milošević Arnoldova (ibid.) verjame, da lahko v zadnji dekadi na splošno prepoznamo višjo stopnjo strokovnosti v delovanju domov. Izvajalci programa institucionalnega varstva naj bi bolj upoštevali potrebe stanovalcev in prevzeli načelo individualnega pristopa. Medicinski model se postopno opušča, njegovo mesto prevzema socialni model. Avtorica ugotavlja, da se v domovih za starejše vse bolj uveljavljajo skupine za samopomoč, da je vse več družabništva in prostovoljnega dela. Slednje naj bi prispevalo k uveljavljanju načel socialne usmerjenosti institucij, saj krepi vlogo stanovalcev znotraj institucije in odpira ustanove zunanjemu svetu. Z vidika, da koncepti socialnega dela s starimi ljudmi po prepričanju Milošević Arnoldove stojijo na trdnih konceptualnih temeljih, ki omogočajo razvoj specifičnega znanja, različnega od gerontološkega, ki je bilo osnova medicinski usmerjenosti, so pogoji za socialno usmerjenost domov za starejše po besedah avtorice v tem trenutku ugodni.

Pogled Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve (glej Usmeritve za delo z osebami z demenco na področju institucionalnega varstva starejših, 2011, str. 2–3) na obstoječe razmere je v primerjavi s prej omenjeno avtorico nekoliko bolj zadržan. Na ministrstvu ugotavljajo, da imajo slovenski domovi za starejše z udejanjanjem psihosocialnega koncepta znotraj socialnega modela precejšnje težave, saj se uveljavljen medicinski model le počasi mehča z elementi psihosocialnega pristopa (Malijeva, 2008, predpostavlja, da je razlog temu tudi to, da so socialni delavci v domovih v manjšini). Prepričani so, da bi novi pristop lahko hitreje in učinkoviteje uvajali na osnovi nekaterih bistvenih sprememb na področju zakonodaje, kadrovskih in prostorskih normativov, prilagoditvijo organizacije dela in razvojem psihosocialnega koncepta izvajalcev institucionalnega varstva starejših. Kot poudarja Winter (Winter et al., 2001), se je potrebno zavzemati za interdisciplinaren pristop. Stanovalci domov za starejše potrebujejo tako zdravstvene kot tudi socialne storitve. Zdravstvene storitve, ki so nujno potrebne za boljšo fizično počutje stanovalcev, morajo biti dopolnjene s socialnimi storitvami, ki stanovalcem omogočajo ohranjanje čim več samostojnosti, avtonomnosti in občutka pomembnosti. Socialna stroka naj dopolnjuje medicinsko usmerjenost, kajti le s kombinacijo obeh usmeritev lahko po prepričanju Winterja bolj celostno pristopimo k obravnavi uporabnikov programov institucionalnega varstva starejših.

Pri Zvezi društev upokojencev Slovenije (2008, str. 23; ZDUS) menijo, da mnogi zaposleni v domovih za starejše že izhodiščno ne sprejemajo socialne in zdravstvene stroke kot neločljivih sestavin na področju vzdrževanja kakovosti življenja stanovalcev doma. S tem vidikom bi se morali zato srečati že v izobraževalnem sistemu. Poleg tega ugotavljajo, da imajo takšen pogled tudi mnogi strokovnjaki ministrstev za zdravje in socialne zadeve. V ZDUS poudarjajo, da se zaradi razhajanj v teoriji in praksi tako ne izkorišča dovolj dejanskih prednosti, ki jih prinaša

medsebojna podprtost obeh strok. »Kakovost storitev se na ta način pomembno omejuje«, še dodajajo.

2.1.2. DOMOVI ZA STAREJŠE ČETRTE GENERACIJE: URESNIČEVANJE NAČEL PSIHOSOCIALNEGA KONCEPTA V GOSPODINJSKIH SKUPINAH

Bukovec (2008) piše, da so bili domovi za starejše tretje generacije (takih je večina slovenskih) narejeni po vzoru specializiranih bolnišnic in hotelov. Za stanovalce v njih skrbi vrsta specializiranih služb od kuharsko-strežne, zdravstveno-negovalne, socialne, fizioterapevtske do delovno-terapevtske. C. Desenfant (v Imperl, 2011) je prepričana, da v takšnem okolju ni mogoče razvijati kakovosti življenja, ker je celotno dogajanje prepojeno z načrtovanim procesom, napetostjo, kontrolo. F. Imperl, univ. dipl. psiholog, ki skupaj z A. Zubar, po poklicu univ. dipl. ekonomistko, in socialnim gerontologom prof. dr. Jožetom Ramovšem v okviru MDDSZ sestavlja delovno skupino, ki se ukvarja z uporabo sodobnih konceptov in metod pri delu s starejšimi ljudmi v okviru domov četrte generacije, poudarja, da so danes v domovih prostori za terapijo, triažo in nego, ne pa predvsem za življenje. Zelo dolgo, pravi avtor, se že odcepljamo od te filozofije. Hkrati tudi opozarja, da imamo v domovih oddelke (negovalne, varovane, stanovanjske), ki so značilni za totalne institucije, zavode, kot so npr. vojašnice, šole ipd., in v katerih se izvajajo programi usposabljanj, izobraževanj. Dom za stare mora biti v prvi vrsti namenjen življenju starih ljudi. Če ga na simbolni ravni označimo z oddelki, so to prostori za neka opravila, trdi avtor. Takšen koncept po prepričanju Imperla nenazadnje tudi ni v soglasju s človeškimi hotenji.

Kot še ugotavlja Bukovec (2008), se po letu 2000 v Evropi naglo uveljavlja arhitekturni in delovno-sožitni koncept domov četrte generacije, ki bi ga lahko označili za revolucionarnega. Velik zagovornik omenjenega koncepta v našem domačem prostoru je F. Imperl, ki ga je v tujini imel priložnost dodobra spoznati v praksi. S tem konceptom je seznanil številne skupine strokovnih delavcev na študijskih ekskurzijah. Na seminarju z naslovom Preprečevanje nasilja, zlorab in diskriminacije z novimi koncepti dela v domovih za starejše (oktober 2011), ki sta ga za vodstvene delavce domov starejših organizirala ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve ter Socialna zbornica Slovenije je Imperl izrecno poudaril, da današnji uporabnik v institucionalni oskrbi starejših večinoma še ni v središču. Namesto uporabnika je v središču še vedno ustanova, kjer po besedah Imperla »pravila izvajanja procesov določajo v pretežni meri opredelitve izvajalcev storitev in interesi organizacije«. Psihosocialni koncept kot alternativa medicinskemu modelu v ospredje postavlja uporabnika kot subjekt, normalizacijo življenja ter spoštovanje osebne biografije. Psihosocialni koncept se udejanja skozi model gospodinjskih skupin, ki so po arhitekturi in načinu življenja veliko bolj podobne velikim družinam in katerih osnovna filozofija je nadomeščanje »primata nege« s »primatom bivanja«. Ključnega pomena so samostojnost, domačnost, zasebnost, varno zavetje in samoodločanje. Pri načelu samostojnosti gre za upoštevanje različnih kriterijev, ki pripomorejo k čim večji stopnji le-te: okolje brez ovir, integracija v skupnost oziroma prostorska bližina glede na prejšnje bivalno okolje. Pri načelu zasebnosti gre za možnost posameznika, da sam odloči o tem, koliko zasebnosti in koliko socialnih

stikov si želi. Imperl (2011) se sklicuje na Welterja (1997), ki ugotavlja, da izguba nadzora nad zasebno sfero spodbuja nasilje in agresivnost ali pa umik in resignacijo. Po njegovem mnenju je zasebnost stanovalcu doma omogočena zlasti z možnostjo nastanitve v enoposteljni sobi. K ohranjanju osebne sfere, dodaja Imperl, sodita tudi lastna kopalnica in stranišče. Stanovalci bi morali imeti tako kot v običajnem stanovanju na voljo skupne prostore, kot sta kuhinja in dnevni prostor, ter zasebne prostore. Načelo domačnosti predstavlja prizadevanja ustanove, da pri stanovalcih prek privlačne arhitekture, poznanega pohištva, določenih vonjav in drugih čutnih zaznav, vpetosti svojcev, dela z biografijo itd. vzbudi občutek domačnosti. Pri načelu varnosti gre za domačnost in zasebnost. Starejši ljudje, pravi Imperl, pogosto izgubijo občutek varnosti, ker jim zaradi zdravstvenega stanja nadzor nad lastnim življenjem polzi iz rok. Izguba nadzora je po prepričanju avtorja toliko hujša, če okolje in vzdušje v ustanovi npr. zaradi velikih organizacijskih enot povečujeta nepreglednost. Pri zadnjem pomembnem načelu – načelu odgovornosti zase pa gre po Imperlu za možnost stanovalca, da lahko sam odloča o vsakodnevnem življenju, osebem oblikovanju dneva (stanovalec sam določi, kdaj bo spal, kdaj bo jedel, kaj bo počel, pri katerih dejavnostih bo sodeloval in kdaj se bo raje umaknil).

Imperl se je na prej omenjenem seminarju skliceval na izsledke neke študije, za katero sicer ni posređoval natančnejših podatkov, dokazovala pa naj bi, da je pri centraliziranih strukturah v domovih za starejše le 30 odstotkov zaposlenih v neposrednem stiku s stanovalci, medtem ko v primeru decentraliziranih struktur prihaja v stik s stanovalci 55 odstotkov zaposlenih. Bukovec (2008) navaja izkušnje s stanovanjskimi skupinami v tujini, ki naj bi kazale, da so se s prehodom na gospodinjske skupine obiski svojcev podvojili, mnogi svojci pa so spontano pristopili k sodelovanju v skupinah.

Gospodinjska skupina naj ne bi štela več kot dvanajst stanovalcev. V njej se, pravi Imperl, vsak zadržuje kolikor želi: nepomičen na gibljivi postelji, polpomičen na vozičku in vsak drugi, pa naj je brez moči ali povsem pri močeh, bistrega uma ali povsem dementen (prav za te so nastali prvi domovi z gospodinjskimi skupinami). »V skupini je ves dan prisotna hišna gospodinja, ki je nov oskrbovalni profil. Skrbi za celotno gospodinjstvo (kuhanje, pomivanje, likanje perila itd.) v skupini, za celotno nego, ki ne zahteva zdravstvene specializacije, ter za domače vzdušje. Njeno delo je zelo podobno družinskim oskrbovalcem, ki doma oskrbujejo starega človeka. Priprava hrane s prijetnimi vonjavami ter sodelovanje pri pospravljanju so dejavnosti, ki so starim ljudem domače, ko jim vse druge sposobnosti odpovedo. Vsi potrebni zdravstveni in drugi strokovnjaki in svojci ter prostovoljci prihajajo od zunaj v sobe k posameznim starim ljudem ali v bivalno kuhinjo k celotni skupini, kolikor je potrebno in možno. Celotna ustanova je sestavljena iz poljubnega števila gospodinjskih skupin, ki so na isti lokaciji, lahko pa so raztresene po ulicah ali zaselkih, čim bliže doma starih ljudi.« (Imperl, 2011, str.14)

Kot najpomembnejše pri načrtovanju bivanja v gospodinjskih skupinah Imperl (ibid.) izpostavlja okolje, ki dopušča starostnikom, tudi osebam z demenco, izražanje njihove volje, potreb, emocij, želja, svobodo gibanja in občutek, da še nekaj zmorejo, znajo in da se to od njih tudi pričakuje. Gospodinjske skupine, poudarja avtor, morajo biti oblikovane tako, da »skušajo kompenzirati posameznikovo kognitivno deterioracijo (poslabšanje) s fleksibilnimi začasnimi prilagoditvami

posameznih vidikov okolja, saj se pogosto zaradi narave poteka demence izkaže, da današnje prilagoditve jutri ne zadoščajo več«. Gospodinjske skupine ne pomenijo le prostorskega preurejanja – nadomeščanja prostorov centralne pralnice, kuhinje in gospodinjstva s funkcionalnimi prostori v posameznih gospodinjskih skupinah, temveč tudi decentralizacijo na področju razporejanja osebja. Celotno osebje je dodeljeno posameznim skupinam, njihovo delo in nudenje storitev se po besedah Winterja in Imperla (2010) izvaja v osebnem polju tistih, ki jim je to namenjeno. Avtorja sta prepričana, da to vodi k ustvarjanju kolikor toliko normalnega vsakdana z znanimi obrazi in ritmom, ki ga vsi udeleženci doživljajo kot smiselnega. Menita tudi, da »obilica dinamičnih potekov in opravil znotraj gospodinjske skupine daje stanovalcem veliko možnosti za aktivno vključevanje ali vsaj za pasivno spreminjanje dogajanja«.

Winter in Imperl (ibid.) med drugim opozarjata na višjo stopnjo avtonomije zaposlenih na nivoju posamezne gospodinjske skupine. Doktorica D. Pfabigan (v ibid.) poudarja, da zaposleni brez avtonomije najprej izgorejo. Ker pomenijo po Winterju in Imperlu gospodinjske skupine avtonomne organizacijske enote, ki delujejo samostojno v okviru zastavljenih ciljev, lahko v veliki meri shajajo brez funkcij, ki jih, pravita, srečujemo v domovih: oddelčni vodje, vodje enot, vodje skupin, vodje socialne službe ipd. To po njunem prepričanju prispeva tako k neposrednim komunikacijskim strukturam in jasnim področjem odgovornosti kot tudi k prihranku dragocenih kadrovskega virov. Bistveno boljša naj bi bila tudi motivacija zaposlenih (zlasti referenčnih) in izkoristek njihovih sposobnosti.

Po Winterju in Imperlu (ibid.) sta v okviru koncepta gospodinjskih skupin v domovih četrte generacije področji socialne oskrbe (gospodinjstva) in zdravstvene nege enakovredni. Obe sledita istemu cilju – ohranjanju in izboljševanju kakovosti življenja oseb, ki potrebujejo oskrbo in nego. Nega se ne osredotoča le na telesno nego, pač pa ima osrednje mesto v okviru odnosa. Sodelavci, ki želijo izvajati samo nego v ožjem pomenu besede, so po prepričanju obeh avtorjev v gospodinjskih skupinah na nepravem mestu.

O tem, koliko domov za starejše tudi v našem prostoru že deluje po konceptu gospodinjskih skupin, smo vprašali zaposlene na Direktoratu za socialne zadeve MDDSZ, ki so nas usmerili na sektor za storitve in programe socialnega varstva. Vodja tega sektorja J. Romih je kot predstavnik četrte generacije domov za starejše v Sloveniji v prvi vrsti označila Dom starejših Lendava, Dom upokojencev Šmarje pri Jelšah in koroški dom starostnikov. Predstavnica ministrstva poudarja, da gre za domove, ki tudi po vsebini uresničujejo sodobne koncepte dela z uporabniki in niso le vzorčni model gradnje domov četrte generacije ali uspešne prenove v tej smeri.

2.1.3. PRIMERJAVA SLOVENSKEGA MODELA DOMOV ZA STAREJŠE Z ZAHODNOEVROPSKIM MODELOM

Hojnik Zupanc (1997, str. 92) ob primerjavi slovenskega modela domov za starejše z zahodnoevropskim ugotavlja, da je mogoče v primeru naših domov izpostaviti dve posebnosti. Prva je povezana z dejstvom, da so v slovenskih domovih pokretni in

nepokretni stanovalci prostorsko vezani na isto stavbo. Bivalni pogoji in normativi za strokovno osebje so glede na številčno zastopanost poenoteni na državni ravni. Kot pravi avtorica, imamo tako v pretežni meri kombinirane domove odprtega tipa. »Na negovalnem delu doma živijo ljudje s hujšimi boleznimi, stanovanjski del pa je namenjen starejšim ljudem, ki zaradi starostne oslabelosti, posledic kroničnih obolenj, družinskih razmer ali drugih razlogov ne morejo več živeti doma, čeprav so samostojni pri opravljanju osnovnih življenjskih funkcij in se lahko samostojno gibljejo.« (Belic, 1997, str. 218) Drugo posebnost Hojnik Zaupanc prepoznava v tem, da slovenski model zagotavlja enaka formalna izhodišča za zagotavljanje enake kakovosti v vseh institucijah. Tak model, pravi, posledično ne omogoča nadstandarda in vodi v večjo institucionalno uniformiranost. V zvezi s slednjo poudarja, da velikost naših domov gotovo otežuje možnosti za upoštevanje navad in želja vsakega posameznega stanovalca.

2.1.4. USTANOVITELJI IN PRAVNOORGANIZACIJSKE OBLIKE DOMOV ZA STAREJŠE

F. Imperl se je pred zbranimi udeleženci seminarja Preprečevanje nasilja, zlorab in diskriminacije z novimi koncepti dela v domovih za starejše v Hotelu Union oktobra 2011 spraševal, ali imamo v Sloveniji prave ustanovitelje domov za starejše. Prepričan je, da med nosilci te dejavnosti ne bi smeli biti tisti, katerim je kapital, dobiček od poslovanja prvotnega pomena (npr. gradbinci). Tudi država po njegovem mnenju ni najprimernejši ustanovitelj domov za starejše, saj se nemalokrat obnaša samovoljno in se ne odziva vedno na potrebe starih. Odziva se, kot poudarja avtor, predvsem na politično pomembne ideje. V sedanji situaciji ji tudi zmanjkuje denarnih sredstev za investicijsko vlaganje ter financiranje rednega poslovanja domov.

Domovi za starejše v Sloveniji so javni in zasebni. Razmerje med državnimi in zasebnimi se povečuje v korist slednjih, saj se država umika iz financiranja gradnje domov in podeljuje koncesije zasebnikom. Po podatkih Skupnosti socialnih zavodov Slovenije (<http://www.ssz-slo.si>) je bilo januarja 2010 v državi 55 javnih ter 34 zasebnih domov za starejše. Število zasebnih naj bi od leta 2006 naraslo za 19 novih (126,6 odstotna rast). Na spletni strani Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve (http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/izvajalci) lahko preberemo tudi podatek, da deluje v Sloveniji skupaj 91 domov za starejše. Osem med njimi jih ima tudi dislocirane enote.

Ustanoviteljske pravice javnih domov uveljavlja Vlada RS oziroma Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Na podlagi določb Zakona o zavodih in Zakona o socialnem varstvu je Republika Slovenija lastnik vsega premoženja domov. Javni domovi so pri svojem poslovanju vezani na predpise, ki urejajo javne finance, državni proračun, javna naročila ter način upravljanja z javnim premoženjem. Storitve, ki jih zakon določa kot javno službo, opravljajo javni zavodi pod enakimi pogoji kot druge pravne in fizične osebe, ki pridobijo koncesijo. Med zasebniki je največ gospodarskih družb, ostalo so zavodi v zasebni lasti. Domove upravljajo skladno z ustanovitvenimi akti in zakoni. Zanje velja zasebno pravo, pri izvajanju koncesijske dejavnosti pa Zakon o socialnem varstvu in drugi predpisi, ki veljajo za

izvajalce javne službe v socialnem varstvu. (Kranjc, 2006)

Kot poročata Winter in Imperl (2010), ki sta še zlasti dobro seznanjena z nemško in avstrijsko politiko ustanavljanja domov za starejše, so v Nemčiji ustanovitelji domov fizične ali pravne osebe. Petina jih je profitnih in poslujejo kot podjetja. S tržnim marketingom pridobivajo uporabnike, investirajo z lastnimi sredstvi, dobiček pa pripada lastnikom. Ti domovi so organizirani podpravnoorganizacijsko obliko »Gesellschaft mit beschränkter Haftung – GmbH«, ki ustreza slovenski družbi z omejeno odgovornostjo. Po njunih ugotovitvah javnih zavodov ali javnih služb na področju varstva starejših Nemčija ne pozna. Z uvedbo zavarovanja za dolgotrajno nego so starejši ljudje pridobili finančna sredstva, ki jim omogočajo izbiro izvajalcev in storitev oskrbe ter zdravstvene nege. Po pisanju avtorjev so tako nastali številni domovi s statusom GmbH, kjer odjemalci po sistemu »a la card« kupujejo storitve različnih izvajalcev. Težnja po ustanavljanju podjetij, ki so podobna tradicionalnim pridobitnim podjetjem, je vse večja. Podpira jo, pravita Winter in Imperl, tudi zakonodaja, ki dovoljuje ustanavljanje domov ne glede na vrsto lastnine. Pravnoorganizacijska oblika Actiengesellschaft-AG, ki ustreza slovenski delniški družbi, na področju dejavnosti varstva starejših ni običajna. Tudi v Avstriji je izvajanje dejavnosti varstva starejših urejeno podobno kot v Nemčiji. Tudi Avstrija ne pozna javnih služb oziroma javnih zavodov. Izvajalci so organizirani v pravnoorganizacijske oblike GmbH. Gre za pridobitna ali nepridobitna podjetja. Ustanavljajo jih različni subjekti – domače in tuje pravne ali fizične osebe. (ibid.)

Winter in Imperl (ibid.) ugotavljata, da pravnoorganizacijsko dejavnost varstva starejših v evropskih državah ni urejena enotno, ker Evropska unija ne posega na področje organiziranja javnega sektorja. Kot smo lahko že ugotovili, imajo državni domovi v Sloveniji statuse javnih zavodov, kar je pravnoorganizacijsko tipično za našo državo evropski pravni red pa te oblike pri izvajalcih varstva starejših ne pozna. Kljub temu je slovenski varuh človekovih pravic na posvetu v Državnem zboru RS 23. oktobra 2008 zagovarjal predlog, da država in lokalna samouprava ohranjata stare in gradita nove domove kot javne zavode in zanje prevzemata odgovornost, saj bi v nasprotnem primeru domove podredili tržnim mehanizmom in kapitalu. (v Koprivnik, 2008; Sistemske spremembe na področju institucionalnega varstva starejših v Sloveniji)

Po prepričanju obeh avtorjev (ibid.) se bodo koncepti na področju varstva starih vse bolj razvijali, predvsem na osnovi potreb in želja starostnikov. Verjameta, da bodo sedemdeset- in osemdesetletniki postali aktivni ter artikulirali politiko za starostnike z geslom: »Kolikor manjši bo vpliv države na oskrbo starostnikov, toliko boljše bo.« Kakšna naj bo ta oskrba, kako naj bo organizirano življenje starostnikov po mnenju Winterja in Imperla ne more določati izključno in samo država. Njuno stališče je, da je to potrebno prepustiti civilni družbi, dobrodelnim združenjem in starostnikom samim.

2.1.5. TEMELJNI PRAVNI VIRI, KI UREJAJO PODROČJE INSTITUCIONALNEGA VARSTVA V DOMOVIH ZA STAREJŠE

Temeljno zakonsko osnovo za dejavnost domov – institucionalnovarstvo starejših opredeljujeta Zakon o zavodih (1991) in krovni Zakon o socialnem varstvu, ki je od sprejetja leta 1992 doživel že kar nekaj sprememb. Zakon o socialnem varstvu v 16. členu določa, da institucionalno varstvo obsega vse oblike pomoči v zavodu, drugi družini (ko družina ni sestavljena iz družinskih članov upravičenca) ali drugi organizirani obliki, ki nadomešča ali dopolnjuje funkcije doma in družine, zlasti pa upravičencu zagotavlja bivanje, organizirano prehrano in varstvo ter zdravstveno varstvo. Storitve institucionalnega varstva lahko opravljajo pravne ali fizične osebe, če izpolnjujejo pogoje, določene z zakonom in predpisi, izdanimi na podlagi zakona. Storitve, ki jih zakon določa kot javno službo, opravljajo v okviru mreže javne službe pod enakimi pogoji javni socialnovarstveni zavodi ter druge pravne in fizične osebe, ki od ministrstva, pristojnega za socialne zadeve, pridobijo dovoljenje za delo.

Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev glede institucionalnega varstva poleg tega, da enako kot že krovni zakon (Zakon o socialnem varstvu) opredeljuje, za kakšno vrsto obravnave gre in kaj storitve obsegajo, določa tudi normative storitev – časovne okvire, število storitev na izvajalca ter načela smotrne organiziranosti izvajalcev. Standard posamezne storitve določa z elementi, kot so opis storitve, upravičenci, postopek izvajanja, trajanje, metode dela, izvajalci, izobraževanje in supervizija ter dokumentacija.

Po Pravilniku o metodologiji za oblikovanje cen socialnovarstvenih storitev oblikujejo cene vsi izvajalci socialnovarstvenih storitev ne glede na to, ali se storitev izvaja v okviru ali izven okvira mreže javne službe. Izvajalci socialnovarstvenih storitev oblikujejo cene za standardne in nadstandardne socialnovarstvene storitve. Stroški storitve, ki se upoštevajo kot elementi za oblikovanje cen, so: stroški dela, materiala in storitev, amortizacije, investicijskega vzdrževanja in financiranja. Na področju socialnega varstva večine storitev, ki jih izvajajo javne službe, ni treba plačati. Izjema sta pomoč družini na domu in institucionalno varstvo odraslih. V skladu z Uredbo o merilih za določanje oprostitev pri plačilih socialnovarstvenih storitev uporabniki storitve plačujejo glede na svoj socialni položaj. Če ne morejo plačati, so namesto njih zavezanci za plačilo v prvi vrsti plačilni zavezanci – najpogosteje zakonci in/ali otroci. Če tudi teh ni, je plačnik storitev občina, v kateri ima uporabnik stalno prebivališče. Plačila so lahko oproščeni delno ali v celoti, odvisno od plačilne sposobnosti. Oprostitev so lahko deležni le za standardne, ne pa tudi za nadstandardne storitve. Do oprostitve plačila storitev prav tako niso upravičeni, če koristijo storitve pri izvajalcu brez koncesije. O oprostitvi plačila storitve za vsakega posameznika posebej odloča center za socialno delo, in sicer le če uporabnik meni, da storitve ne more plačati oziroma se tudi njegovi svojci ne dogovorijo, da bodo storitev plačali ali doplačali namesto njih. Če storitev institucionalnega varstva za posameznika plačuje občina, je s tem obremenjena morebitna nepremičnina (hiša, stanovanje, zemljišče), ki jo ima uporabnik v lasti, in z njo omejen pravni promet.

Z Nacionalnim programom socialnega varstva si Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve na novo zastavlja temeljne cilje socialnovarstvene politike ter za njihovo doseganje pripravlja različne strategije in ukrepe. Temeljno izhodišče

politike socialnega varstva ostaja, da je naloga države in lokalnih skupnosti predvsem zagotavljati takšne razmere in pogoje, ki bodo posameznikom v primerjavi z drugimi v družinskem, delovnem in bivalnem okolju omogočali ustvarjalno sodelovanje in uresničevanje njihovih razvojnih možnosti, da bodo s svojimi dejavnostmi dosegali raven kakovostnega življenja, ki bo primerljiva z drugimi v okolju in bo ustrezala merilom človeškega dostojanstva. Temeljni cilj politike socialnega varstva je, da takšnemu posamezniku (in njegovi družini), ki si zaradi delovanja zunanjih in notranjih dejavnikov socialne varnosti in blagostanja ne more zagotoviti sam, zagotovi strokovno pomoč in nujne materialne vire za dostojno življenje ter ohranjanje človeškega dostojanstva (opomba: za obdobje po letu 2010 nov Nacionalni program socialnega varstva še ni bil potrjen; dvanajstega julija 2011 je bila pripravljena javna predstavitev predloga Nacionalnega programa socialnega varstva za obdobje 2011–2020).

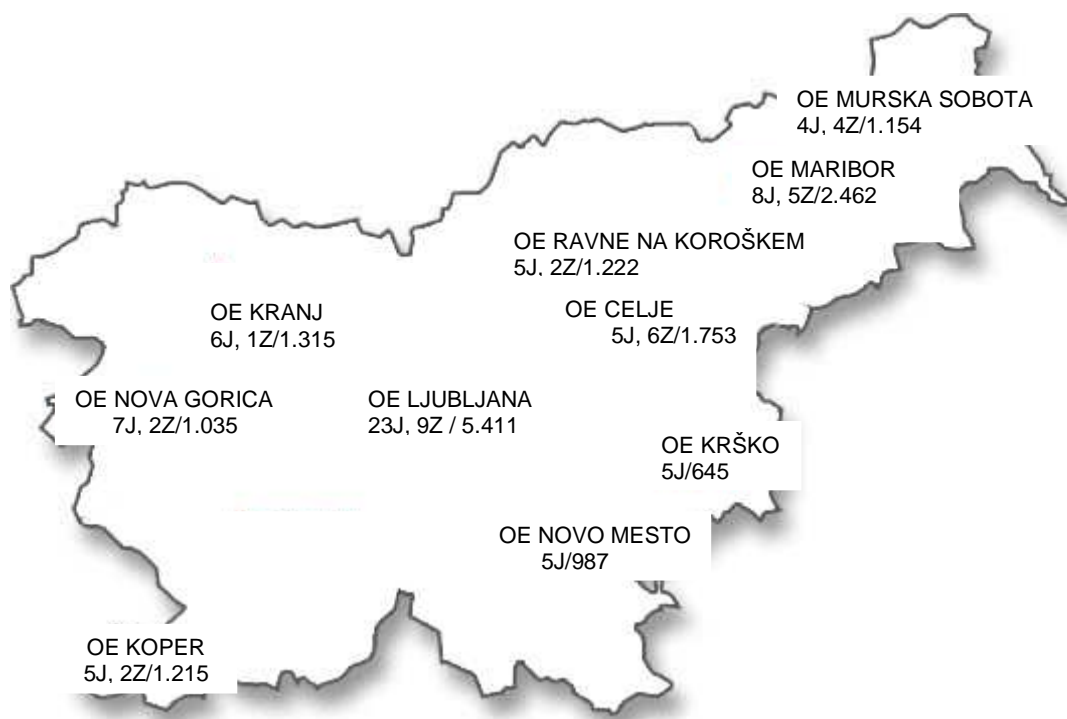
S strategijo varstva starejših (zadnja naj bi veljala do leta 2010, po njej pa država v zadnjih dveh letih še ni pripravila nove) država usklajuje in povezuje delo pristojnih vladnih resorjev Republike Slovenije z gospodarstvom in civilnim tretjim sektorjem z namenom, da se povečata solidarnost in kakovost človeškega sožitja med tretjo, srednjo in mlado generacijo ter zagotovi kakovostno staranje in oskrbo naglo rastočega deleža tretje generacije. Cilj strategije je vzdrževati in razvijati obstoječe storitve varstva za starejše skladno s cilji resolucije, zlasti širitvijo kapacitet institucionalnega varstva, in sicer s podeljevanjem koncesij in spodbujanjem javno-zasebnega partnerstva. Pri tem se s strategijo zavzemajo, da bi novogradnje sledile novemu trendu tako na področju arhitekture kot programske zasnove, ki morala bolj ustrezati potrebam starejših, zlasti dementnih in drugače prizadetih. V zvezi z obstoječo mrežo domov za starejše dokument poudarja, da je potrebno skrbeti za ohranjanje njenih kvalitete ter vzdrževanje in prilagajanje sodobnim socialnim konceptom. V sistemu normiranja delovanja domov za starejše in nadzora nad njimi je v skladu z usmeritvami avtorjev strategije treba stremeti k ravnotežju med materialno oskrbo in kakovostnimi medčloveškimi odnosi. Poleg uveljavljenih oblik institucionalnega varstva je treba skrbeti za razvoj mreže izvajalcev oskrbe v drugi družini in mreže oskrbnih domov, namenjenih starejšim, ki si želijo samostojnega bivanja v zanje posebej prilagojenih objektih.

2.1.6. RAZVITOST IN ORGANIZIRANOST MREŽE, DEJAVNOSTI, NASTANITVENIH IN NEKATERIH PROSTORSKIH ZMOGLJIVOSTI DOMOV ZA STAREJŠE V SLOVENIJI

Razvitost in organiziranost mreže domov za starejše v Sloveniji

V Skupnosti socialnih zavodov Slovenije (v nadaljevanju skupnost) poudarjajo, da je Slovenija po deležu starejših ljudi, ki živijo v domovih za starejše, v evropskem vrhu. Na sprejem v domove kljub temu še vedno čaka veliko starostnikov, vendar situacija ni enako pereča v vseh delih države. (<http://www.ssz-slo.si>) Večina medijev je v zadnjih letih alarmantno poročala o kroničnem pomanjkanju namestitvenih mest v domovih za starejše in na ta način plašila ljudi, da so se preventivno predčasno odločali za oddajo tudi po več prošnj hkrati, četudi o tem predhodno niso razmišljali. Zaradi odsotnosti centralnega sistema sprejemanja prošenj (država ga je

avedla šele letos) doslej realne slike o dejanskih potrebah po namestitvah nihče ni imel. Podatki o številu prispelih in nerešenih prošenj, ki so jih domovi prek izpolnjenih t. i. SOC-obrazcev sporočali Skupnosti socialnih zavodov Slovenije oziroma pristojnemu ministrstvu, so bili irelevantni, saj niso prikazovali ločenega števila evidentiranih prošenj (prošenj, ki so jih vlagatelji oddali za primer potrebe) ter števila aktualnih prošenj (prošenj prosilcev, ki že ta trenutek potrebujejo domsko namestitev).



Slika 1: Število javnih (J) in zasebnih (Z) domov za starejše ternjihovih enot po območnih enotah ter nastanitvenih zmogljivostih (Vir podatkov: <http://www.ssz-slo.si>, 15. 12. 2011)

B. Koprivnikar (<http://www.delo.si/novice>) na čelu Skupnosti socialnih zavodov Slovenije pojasnjuje, da je mreža domov za starejše razvita zelo neenakomerno. Na to naj bi večkrat opozorili pristojno ministrstvo in mu svetovali, naj podeljuje koncesije tam, kjer postelj primanjkuje – predvsemv Ljubljani in nekaterih delih Gorenjske (po podatkih o stanju prošenj v domovih za starejše, ki jih skupnost objavlja na svoji spletni strani, je bilo v območni enoti ZZZS Ljubljana 18. 11. 2011 evidentiranih 13.787 prošenj, od tega je bilo aktualnih 4.352 pri nastanitveni kapaciteti 5.600 mest), kjer po besedah Koprivnikarja dodatne težave predstavljajo zemljišča, draga gradnja in zato višja cena za bodoče uporabnike. Po ugotovitvah predsednika upravnega odbora skupnosti je država zadnji dom zgradila leta 2003 na Fužinah, po tem času pa državnih vlaganj v domske zmogljivosti ni bilo; z izjemo strateško zgrešene investicije v dom na slovensko-madžarski meji na skrajnem severu države na območju s presežkom zmogljivosti. Država je podelila precejšnje

število koncesij zasebnikom zlasti v severovzhodnem delu Slovenije, kjer se že srečujejo s problemom praznih postelj.

V zadnjem dopisu ministrstvu (glej Skupnost socialnih zavodov opozarja na širitev mreže koncesionarjev, 1. 12. 2011; <http://www.najdi.si/news2>) je skupnost zapisala, da imajo obstoječi koncesionarji težave pri zagotavljanju sredstev za financiranje svojih dejavnosti iz javnih blagajn. Novi domovi z državno koncesijo nimajo zagotovljenih sredstev za financiranje zdravstvene nege s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, kar je po mnenju skupnosti nedopustno, saj je vlada v sklopu koncesijske pogodbe to obveznost prevzela. Predstavniki Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve so v svojem odgovoru skupnosti pojasnili, da nameravajo vire za nove koncesije zagotoviti na način zmanjševanja kapacitet v javnih zavodih, hkrati pa širiti kapacitete pri zasebnih koncesionarjih. Po mnenju Skupnosti socialnih zavodov gre pri tem za načrtno prenašanje kapacitet državnih zavodov k zasebnim izvajalcem, pri čemer ne eni ne drugi nimajo virov za poslovanje, ki jih mora zagotoviti vlada.

Dejavnosti domov za starejše

Osnovna dejavnost domov za starejše je izvajanje institucionalnega varstva. Zakon o socialnem varstvu jo opredeljuje kot javno službo in obliko socialnovarstvene storitve, ki je namenjena odpravljanju osebnih stisk in težav starejših od 65 let in drugih oseb, ki zaradi starosti, bolezni ali drugih razlogov ne morejo živeti doma. Institucionalno varstvo po zakonu obsega vse oblike pomoči v zavodu, drugi družini ali drugi organizirani obliki, ki nadomeščajo ali dopolnjujejo funkcije doma ali lastne družine. Kot poudarja Hojnik Zupanc (1997, str. 128) je iz števila in obsega samo osnovnih dejavnosti domov za starejše razvidno, da je organizacijska plat delovanja in omogočanja ponudbe le-teh raznolika in temu primerno zahtevna za usklajevanje in izvajanje v zavodu. Osnovne storitve, ki jih morajo domovi zagotavljati, namreč obsegajo:

- bivanje oziroma namestitve v eno-, dvo-, ali večposteljnih sobah,
- vzdrževanje prostorov in perila,
- organizirano in zdravstvenemu stanju primerno prehrano ter tehnično oskrbo,
- osebno pomoč, socialno oskrbo ter varstvo,
- zdravstveno nego in zdravstveno rehabilitacijo,
- osnovno zdravstveno in specialistično konziliarno dejavnost, ki jo v domovih izvajajo zdravstveni domovi ali zasebni zdravniki. (<http://www.ssz-slo.si>)

Hojnik Zupanceva (1997) spomni, da veliko domov uvaja tudi medgeneracijske skupine za kakovostno starost, ki so velika obogatitev domskega življenja, v njih pa poskrbijo tudi za duhovno oskrbo stanovalcev. Dodatne dejavnosti domov so sicer po definiciji Skupnosti socialnih zavodov Slovenije:

- različne dodatne oskrbne in druge storitve za stanovalce domov, ki niso zajete v standardiziran obseg posamezne kategorije oskrbe;
- dnevno varstvo za starejše, ki živijo doma in vključuje oskrbne ter zdravstvene storitve;
- oskrbne in zdravstvene storitve za stanovalce oskrbovanih stanovanj;
- zagotavljanje ustrezne prehrane in zdravstvene nege ter drugih oblik pomoči

posameznikom in družinam na domu;

- storitve socialnega servisa na domu za starejše oziroma druge, ki takšno pomoč potrebujejo. (<http://www.ssz-slo.si>)

Po besedah Koprivnikarja, predsednika upravnega odbora skupnosti, se večina domov loteva svojih dejavnosti precej širše, kot izhaja iz njihovega temeljnega poslanstva. Po podatkih, s katerimi razpolaga skupnost, kar enajst odstotkov nastanitvenih zmogljivosti v domovih zasedajo invalidne osebe, mlajše od 65 let, ker drugih ustreznih oblik nastanitve in pomoči zanje država še vedno ni organizirala.¹ Avtor prispevka, objavljenega na spletni strani Radiotelevizije Slovenija (11. 8. 2009), z naslovom *Ponekod čakaš leta*, nato te lahko po žepu udari zasebnik opozarja, da ne velja spregledati, da domovi za starejše izvajajo tudi funkcijo negovalnih bolnišnic, ki jih zdravstveni sistem ni razvil v večjem obsegu. Osnovni razlog avtor vidi v ceni, ki je, kot ugotavlja, v domovih za primerljivo nego bistveno nižja kot v bolnišnicah. V zvezi s problemom hitrega odpuščanja pacientov iz bolnišnic in njihovega pogosto neprimernega nameščanja v domove za starejše domski zdravniki opozarjajo, da je tretjina stanovalcev tako zahtevnih, da bi sodili v negovalno bolnišnico. Z njimi se mora v domu namreč ukvarjati neprimerno manj zdravstvenega in negovalnega osebja, kot ga je na voljo v bolnišnici. Domski zdravniki so nedavno sklenili dogovor, da bodo pripravili svoje kriterije za sprejem v domove starejših. (<http://www.delo.si/druzba>)

Nastanitvene in nekatere prostorske zmogljivosti domov za starejše

Stanje in trende na področju varstva starejših je Skupnost socialnih zavodov Slovenije predstavila na novinarski konferenci 17. novembra 2011. Po poročanju njenih predstavnikov je bilo za 19.361 mest v domovih evidentiranih več kot 26.000 prošenj od skoraj 18.000 prosilcev (nekateri oddajo prošnje v več domov). Aktualnih prošenj je bilo nekaj manj kot 5.000, večina s področja osrednje Slovenije. Skupnost pričakuje postopni upad števila prošenj, saj se evidentirano število prostih mest na drugi strani postopno povečuje. (<http://www.seniorji.info>) Pavlin (<http://www.delo.si/gospodarstvo>) ob tem ugotavlja, da je na splošno še vedno najtežje dobiti negovalno posteljo in enoposteljno sobo, saj domovi ne morejo ponuditi dovolj takšnih sob. Povpraševanje po negovalnih posteljah je zaradi čedalje večje zdravstvene zahtevnosti stanovalcev neprimerno večje v primerjavi s povpraševanjem po t. i. stanovanjskih namestitvah.

Koprivnikar je v vlogi referenta na že nekajkrat omenjenem seminarju *Preprečevanje nasilja, zlorab in diskriminacije z novimi koncepti dela v domovih za starejše udeležencem* pojasnjeval, da nikjer v Evropi ne srečujemo domov za starejše z nastanitvenimi zmogljivostmi prek 180 mest. Takšnih domov je pri nas več kot 60 odstotkov. Domovi v Evropi povprečno ponujajo 85 mest. Pri nas se še vedno gradijo veliki domovi (povprečna kapaciteta domov, zgrajenih po letu 2000,

¹ *Na problem nameščanja mladih in mlajših invalidov v Sloveniji po odpustu iz rehabilitacijskih programov v domove za starejše so opozorili akterji na področju socialnega in zdravstvenega varstva marca 2010 na posvetu, ki ga je organiziral Univerzitetni rehabilitacijski inštitut RS Soča., Socialni partnerji tega ne smatrajo kot ustrezne rešitve.* (<http://www.ssz-slo.si/slo/main.asp?id=37AE3CFF>)

je še vedno 127 mest, kljub temu da ima večina zasebnih domov, ki so se pojavili po letu 2000, manj kot sto namestitvenih mest), ker je to cenejše, ne glede na bolj prijazne oblike, ki bi jih starejši potrebovali. Kot opozarja Imperl, ne gre za to, ali imamo dovolj postelj (kritika ministrstva za delo, družino in socialne zadeve). Gre za vprašanje, v kakšen kontekst postavljamo te postelje. Z domovi za starejše, pravi Imperl, se zelo rado manipulira pred volitvami. Kandidati poudarjajo skrb za domove, v resnici jih ne zanima, kaj bo notri. Tudi snovalce zanima le objekt kot tak, postelje, ne vsebine, ki se bodo v njem izvajale. Dodaja tudi, da bi morala vsaka lokalna skupnost imeti zadostno število namestitvenih mest za starejše, kajti odtujitev uporabnikov od lastnega kraja in njihova namestitvev nekje v Sloveniji, kjer je pač prostor, je nehumana. Tudi Koprivnikar se strinja, da je neprimerno govoriti le o razpoložljivih posteljah v domovih za starejše, kot to pogosto slišimo. Ni dovolj, če ponudiš le posteljo. Domovi se bodo morali po njegovem prepričanju čim prej spremeniti v ponudnike storitev in ponuditi še kaj več kot le program institucionalnega varstva. (zapiski s seminarja Preprečevanje nasilja, zlorab in diskriminacije z novimi koncepti dela v domovih za starejše) Po Malijevi (2009a) poleg tega pravila bivanja v številnih domovih stanovalcem celo onemogočajo avtonomno vedenje. Opredeľjujejo red v sobi, v kateri stanovalec biva (avtorica kot primer navaja prepoved premeščanja in odstranjevanja inventarja iz sobe, osebje doma najmanj dvakrat letno pregleda sobo in osebno garderobo stanovalca ter odstrani (zanje) neuporabne stvari itn.). »Ker pri nas še nismo zadostili standardu bivanja v pretežno enoposteljnih sobah (prav tam), mora veliko stanovalcev do določene mere svoj način življenja prilagajati tudi sostanovalcu oz. sostanovalcem, s katerimi deli sobo. Tudi novejši domovi nimajo ustreznega bivanjskega standarda, saj so še vedno na voljo predvsem večposteljne sobe, čeprav delež enoposteljnih postopno narašča. Tudi starejši objekti imajo v glavnem skupne kopalnice in pogosto tudi sanitarije ter veliko pomanjkanje spremljevalnih prostorov. Samo kakovost oskrbe ocenjujemo kot solidno, vendar se soočamo predvsem s hudimi omejitvami togih kadrovskih normativov in zastarelo infrastrukturo. Strokovno je delo na visokem nivoju, primanjkuje pa več delovne sile za neposredno delo s stanovalci.« (Koprivnikar v Nered, 2009)

Leto	2007		2008		2009		2010	
	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
Enoposteljne	3186	41,4	3704	42,2	3992	42,7	4063	42,1
Dvoposteljne	3395	44,2	3941	44,9	4232	45,3	4399	45,6
Triposteljne	651	8,5	669	7,6	670	7,2	693	7,2
Štiriposteljne	453	5,9	401	4,6	397	4,2	373	3,9
Petposteljne	-		50	0,6	44	0,5	94	0,9
Šest- in večposteljne	-		9	0,1	10	0,1	20	0,2
Sobe skupaj	7685		8774		9345		9642	
Kopalnice	751		973		1153		1103	

Tabela 1: Prostorske zmogljivosti domov za starejše: sobe in kopalnice (obdobje 2007 – 2010)

Vir: <http://www.ssz-slo.si/slo/main.asp?id=0556BCFF>

2.1.7. STANOVALCI DOMOV ZA STAREJŠE V SLOVENIJI: NEKATERE SPLOŠNE ZNAČILNOSTI

V skladu s 7. členom Pravilnika o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (Ur. l. RS, št.: 52/1995 s spremembami) so upravičenci do institucionalnega varstva osebe, starejše od 65 let, ki zaradi starosti in drugih razlogov, ki spremljajo starost, niso sposobne za popolnoma samostojno življenje in potrebujejo manjši obseg osebne pomoči (v domovih so razvrščeni v kategorijo I); osebe z zmernimi starostnimi in zdravstvenimi težavami, ki potrebujejo več neposredne osebne pomoči (v domovih so razvrščeni v kategorijo II), osebe z zahtevnejšimi starostnimi in zdravstvenimi težavami, ki v celoti potrebujejo neposredno osebno pomoč (v domovih so razvrščeni v kategorijo III), osebe z zahtevnejšimi dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, ki zaradi starostne demence ali sorodnih stanj potrebujejo delno ali popolno osebno pomoč ter nadzor (v domovih so razvrščeni v kategorijo IV).

Leto	2007		2008		2009		2010	
	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
Pod 40 let	32	0,2	22	0,1	26	0,2	26	0,2
40–49 let	105	0,7	119	0,8	92	0,6	84	0,5
50–59 let	446	3,2	450	2,9	438	2,7	420	2,5
60–64 let	418	3,0	439	2,9	466	2,9	502	3
65–69 let	793	5,7	849	5,6	835	5,1	820	4,9
70–74 let	1387	10,0	1455	9,5	1502	9,3	1503	9
75–79 let	2474	17,8	2575	16,9	2679	16,5	2669	16
80 let in več	8201	59,2	9326	61,2	10154	62,7	10642	63,9
Σ	13856	100,0	15235	100,0	16192	100,0	16666	100,0

Tabela 2: Število oskrbovancev v domovih za starejše po starosti (obdobje 2007 – 2010)

Vir: <http://www.ssz-slo.si/slo/main.asp?id=0556BCFF>

Iz tabelarične ponazoritve je razvidno, da največji delež stanovalcev domov za starejše v Sloveniji pripada starostni skupini nad 80 let. Samo med letoma 2007 in 2010 je odstotek stanovalcev v tej starostni skupini narasel za 4,7 odstotka. Žal informacijski sistem, ki ga uporablja večina domov, in letno zbiranje demografskih podatkov o stanovalcih prek SOC-obrazcev Statističnega urada RS ne zajame posebej tudi starostnega razreda nad 90 let. Število stanovalcev, ki se približuje stotemu letu starosti, namreč skokovito narašča. Vitalni stoletniki niso več nikakršna posebnost. Delež stanovalcev, ki so bili v dom sprejeti kljub neizpolnjevanju starostnega pogoja 65 let, pa medtem iz leta v leto postopno upada (2007 – 7,1 odstotka, 2010 – 6,2 odstotka). Socialna inšpekcija pri Inšpektoratu za delo RS ni naklonjena temu, da domovi v program institucionalnega varstva sprejemajo mlade invalide. Zaradi pomanjkanja negovalnih bolnišnic v državi pa lažje razume sprejem mladih kronično bolnih ljudi, za katere se druga rešitev ne najde. Delež stanovalcev, ki so popolnoma samostojni in potrebujejo zgolj osnovno oskrbo, se v domovih v skladu s pričakovanji zmanjšuje. Le dobra desetina (11,4 odstotka) stanovalcev prihaja v dom brez težkih zdravstvenih težav in se počuti relativno zdrava. Skoraj tri četrtine stanovalcev v domovih je medtem razporejenih v najzahtevnejšo kategorijo zdravstvene nege.

Leto	2007		2008		2009		2010	
	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
<i>Oskrba</i>								
Kategorija I	4001	28,9	4453	29,2	4504	27,9	4600	27,6
Kategorija II	2833	20,4	2867	18,9	3091	19	3103	18,6
Kategorija III	5720	41,3	7134	46,9	7643	47,2	7693	46,1
Kategorija IV	1302	9,4	781	5,1	954	5,9	1270	7,6
Σ	13856		15235		16192		16666	

Tabela 3: Število oskrbovancev po kategorijah oskrbe v domovih za starejše (obdobje 2007 – 2010)

Vir: <http://www.ssz-slo.si/slo/main.asp?id=0556BCFF>

Leto	2006		2007		2008		2009	
	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
<i>Razlog</i>								
Zdravi	1437	10,5	1524	10,9	1755	11,5	1897	11,4
Bolni	7709	56,3	7825	56,5	9000	59	10360	62,2
Neur. stan. razmere	508	3,7	442	3,2	413	2,7	407	2,4
Neur. druž. razmere	442	3,2	366	2,6	391	2,6	435	2,6
Hujša duševna obolenja	1244	9	1318	9,5	1211	7,9	1101	6,6
Hujša telesna obolenja	1773	12,9	1779	12,8	2010	13,2	1590	9,5
Drugo	586	4,3	602	4,3	455	3	412	2,5
Σ	13699		13856		15235		16666	

Tabela 4: Število oskrbovancev po razlogih, zaradi katerih so bili sprejeti v dom za starejše (obdobje 2006 – 2009)

Vir: <http://www.ssz-slo.si/slo/main.asp?id=0556BCFF>

Zanimivi se zdijo podatki o razlogih za prihod stanovalcev v dom. V tabeli so navedeni razlogi, kakor jih opredeljujeta že omenjeni SOC-obrazec in informacijski sistem v domovih. Kot lahko vidimo, prebiva v domovih približno desetina stanovalcev s hujšimi telesnimi obolenji. Pričakovano je manjši delež stanovalcev s hujšimi duševnimi obolenji, ki najdejo svojo mesto običajno v posebnih socialnovarstvenih zavodih ali psihiatričnih ustanovah. Okrog tri odstotke je takšnih oskrbovancev, ki za sprejem v dom zaprosijo zaradi neurejenih stanovanjskih ali družinskih razmer. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve je sprejelo Pravilnik o začasnih namestitvah v domove za starejše in pozvalo domove k sodelovanju ter podpisu pogodb. Na ta način naj bi se reševala problematika starejših, ki so v svojem okolju žrtve nasilja.

2.1.8. UPRAVLJANJE IN VODENJE TER POSLOVANJE DOMOV ZA STAREJŠE

Upravljanje in vodenje

Od upravljanja organizacije je odvisen njen napredek in obstoj ali pa nazadovanje in ukinitvev. Nekateri avtorji, kot npr. Česen (2003, str. 13–140), ocenjujejo, da je v

primerjavi s profitnimi organizacijami upravljanje neprofitnih manj zahtevno in manj odgovorno. Zaradi navedenega je v praksi zelo redko, pravi Česen, da se ustanovitelj odloči za ukinitve javnega zavoda. Avtor spomni, da ustanovitelj od leta 1990 do 2006 ni ukinil nobenega doma za starejše s statusom javnega zavoda.

Po Kranjcu (2006) so neprofitne organizacije za razliko od profitnih usmerjene v kakovost, njihovi cilji so bolj kratkoročni, pri finančnih sredstvih uporabljajo indeksacijo, njihova dejavnost temelji na sodelovanju prostovoljcev, managerji, pravi, pa imajo poklicna strokovna znanja, ki dominirajo nad managerskimi. Kot poudarja avtor, za managerje domov velja splošno načelo managementa, ki govori, da mora imeti manager ustrezno strokovno znanje, zmožnost za vodenje in mora biti verodostojen (etičen). Lastnosti managerjev na najvišji ravni so normirane. Svet zavoda jih udejanja prek imenovanja managerjev (direktorjev) ob obveznem soglasju ustanovitelja. Imenovanje določa Zakon o socialnem varstvu (glej 56. člen), ki zahteva izpolnjevanje naslednjih pogojev: strokovna usposobljenost (končana visoka, izjemoma višja šola določene družboslovne smeri, opravljen strokovni izpit) in najmanj petletne splošne izkušnje, izjemoma na področju socialnega varstva. Kranjc (ibid.) opozarja na to, da etične dimenzije zakonodajalec pri imenovanju managerjev ni predvidel. Ugotavlja, da je managersko znanje opredeljeno v obliki obveznega enoletnega usposabljanja za managerje socialnovarstvenih zavodov, medtem ko ostale komponente, ki jih našteva – etičnost, zavzetost, ustvarjalnost, čustvena stabilnost, razsodnost in razvojna naravnost, po njegovem mnenju pri izbiri nimajo pravne podlage. Imperl (2005, str. 54–55) spomni na rezultate raziskave iz leta 2005, ki je na 62-odstotnem vzorcu managerjev domov in 30-odstotnem vzorcu predsednikov svetov domov pokazala, da sta pridobivanje in selekcija managerjev v slovenskih domovih »daleč od idealnega«. Metodologija za izbiranje in imenovanje ne obstaja. Postopki so odvisni od ljudi, ki jih vodijo in niso prilagojeni zahtevam delovnih mest oziroma funkcij. Za izbiro ni izdelanih ustreznih selekcijskih mehanizmov. Postopek omejujejo zakonski predpisi, politični vplivi, pomanjkanje ustreznih kandidatov in neizdelana metodologija. Tavčar in Rus (2001) vidita pomembno težavo tudi v tem, da se specialiste za socialno varstvo spreminja v managerje. Menita, da strokovna usposobljenost za management ni enaka specializiranemu poklicnemu znanju.

Upravljanje domov je zaradi mandatnega poslanstva in načina financiranja v domeni ustanoviteljev (večina članov sveta, soglasja na področju vodenja). Po uveljavitvi Zakona o zavodih je Vlada RS z ustanovitvenim aktom vsakemu domu določila tipično sestavo organa upravljanja – sveta doma: štirje predstavniki ustanovitelja, predstavnik zaposlenih delavcev, predstavnik uporabnikov in predstavnik lokalne skupnosti. Njegove naloge so (glej 30. člen Zakona o zavodih): sprejemanje statuta oziroma pravil in drugih zakonskih aktov, programa dela in razvoja ter spremljanje njihovega izvrševanja, določanje finančnega načrta in sprejemanje zaključnega računa, oblikovanje predlogov za spremembe in razširitev dejavnosti, posredovanje mnenj in predlogov o posameznih vprašanih ustanovitelju ali direktorju ter opravljanje drugih nalog, ki izhajajo iz zakonov, ustanovitvenega akta ali statuta. Pristojnosti sveta doma so zanj obvezne in jih ne more prenašati na druge subjekte. (v Kranjc, 2006) Podrobnejše naloge in pristojnosti svetov domov določajo s soglasjem ustanovitelja podprti statuti. Ti opredeljujejo naslednje naloge:

- sprejemanje statuta, njegovih sprememb in dopolnil,

- sprejemanje drugih splošnih aktov, v kolikor jih ne sprejme direktor,
- sprejemanje programov razvoja doma in spremljanje njihovega uresničevanja,
- sprejemanje letnih delovnih načrtov in letnih poročil o njihovem izvrševanju,
- sprejemanje poročil o popisu osnovnih sredstev in obveznosti do virov sredstev,
- odločanje o razpolaganju s presežkom prihodkov v soglasju z ustanoviteljem,
- predlaganje načinov pokrivanja primankljaja po sprejetem letnem poročilu o izvrševanju finančnega načrta,
- določanje cen storitev ob soglasju ustanovitelja,
- odločanje o uvedbi dodatnih storitev in drugih programov ter določanje cen njihovih storitev,
- imenovanje ali razreševanje direktorjev,
- sklepanje pogodb o zaposlitvi direktorja in določanje dela plače za delovno uspešnost,
- posredovanje predlogov in mnenj ustanovitelju ali direktorju o posameznih vprašanih, ki se nanašajo na dejavnost doma,
- posredovanje predlogov za spremembe ali razširitve dejavnosti ustanovitelju,
- odločanje o ugovorih uporabnikov zoper delo strokovnih delavcev ali sodelavcev ter izvedene storitve,
- sprejem sklepa o začetku postopka imenovanja ali volitev ter posredovanje predloga za odpoklic članov sveta doma,
- sprejem programa razrešitve presežnih delavcev, skladno s predlogom direktorja,
- imenovanje stalnih in začasnih komisij,
- sprejemanje drugih odločitev, povezanih z upravljanjem doma. (ibid.)

Domovi so podobno kot drugi javni zavodi podaljšek javne oblasti, kar izhaja iz naslednjih dejstev:

- ustanovitelj z ustanovitvenim aktom in soglasjem k statutu določi mandatno poslanstvo doma (Zakon o zavodih, 1991, 8. člen), s tem pa tudi poslovno politiko;
- predstavnike ustanovitelja v svetu imenuje Vlada Republike Slovenije po prostem preudarku in pripadnosti vladajoči koaliciji;
- ustanovitelj z večino predstavnikov v svetu uveljavlja svojo voljo in se ne usklajuje s predstavniki drugih interesnih skupin, kar izhaja iz navodil za predstavnike ustanovitelja v organih upravljanja javnih socialnovarstvenih zavodov;
- država je domove uvrstila med posredne proračunske uporabnike, s čimer odloča o njihovem programu dela, čeprav iz proračuna ne prejemajo prihodkov (glej Odredba o odločitvi neposrednih in posrednih proračunskih uporabnikov državnega in občinskih proračunov);
- obveznosti in pravice sodelavcev (zaposlenih delavcev) ureja sistem javnih uslužbencev (glej Zakon o javnih uslužbencih). (ibid.)

Zveza društev upokoencev Slovenije (ZDUS) je leta 2008 ugotavljala stanje na področju družbene skrbi za starejše ljudi z vidika, da poteka vodenje socialnovarstvenih ustanov v koliziji interesov. ZDUS zdaj trdi, da se sedanja struktura članstva v svetu zavodov v praksi ni potrdila kot zadovoljiva. Predstavniki upokoencev so kritični do tega, da sveti zavodov vključujejo le po enega predstavnika uporabnikov in svojcev. Prepričani so, da so drugi člani v svetih

postavljeni glede na njihovo strankarsko pripadnost brez predhodno opredeljenih kriterijev. Svet v takšni sestavi po njihovem mnenju ne more zadovoljivo slediti potrebam upravljanja domov v smislu zadostne naravnosti za zagotavljanje zadovoljstva uporabnikov. Naslednja težava, ki jo ZDUS vidi v povezavi s sveti zavodov je ta, da je v večini domov vodenje svetov zaupano enemu izmed zaposlenih delavcev v zavodu. Opozarjajo na težave, ki se pojavijo v primerih večjih nesoglasij in razhajanj interesov, ko morajo predsedniki svetov hkrati zagovarjati stališča zaposlenih in stanovalcev. Podpora stanovalcem namreč lahko pomeni izpostavljenost pritisku delavcev. Zveza društev upokojencev izpostavlja tudi nedorečenost sistema informiranja na relaciji ustanovitelj–izvajalec. Po mnenju predstavnikov ZDUS poteka med obema subjektoma le enosmerna komunikacija in še to le v primerih, poudarjajo, ko gre za sprejemanje pomembnejših sklepov na seji. Predstavnik ustanovitelja izvajalcev ne seznanja o vsebinah, čeprav so predmet dogovora med njimi. V ZDUS so prepričani, da ustanovitelj pri sedanjem načinu informiranja ne more vzdrževati preglednosti o dejanskem stanju v posameznem domu in obvladovati nadzora. Odgovornost direktorja kot organa vodenja naj bi bila dobro opredeljena. Pri ZDUS so manj zadovoljni z opredeljenimi pristojnostmi direktorja pri vzpostavljanju pogojev za učinkovitost vodenja. Ob tem pišejo, da »pristojnosti direktorja omejujejo ukrepi države, pripravljene brez sodelovanja ZDUS-a in Skupnosti socialnih zavodov, ki združujeta strokovne podlage, potrebne za sprejemanje teh ukrepov«. Med tistimi ukrepi države, ki naj bi po njihovem mnenju omejevali učinkovitost funkcije vodenja, so:

- povišanje plač v javnem sektorju, izvedeno s parcialnim pristopom brez hkratnega urejanja pogojev za izvedbo ukrepa;
- prepoznavno višje vrednotenje strokovnih nalog na področju zdravstvene dejavnosti v primerjavi s socialnim varstvom (ki je bilo po mnenju ZDUS sprejeto brez strokovnih podlag in je zaradi neutemeljenega vnašanja nesorazmerij v delovno okoje prineslo veliko nezadovoljstva ter upada motivacije pri prizadetih strokovnih delavcih, hkrati pa tudi ogrozilo nadaljnja prizadevanja za integracijo socialnega modela v institucionalno varstvo);
- administrativna postavitev vodje zdravstvene nege na funkcijo pomočnika direktorja (ki po mnenju ZDUS posega v pristojnosti direktorja doma, ker mu omejuje možnosti glede izbire najožjega sodelavca za zagotavljanje kontinuitete vodenja; poleg tega so v ZDUS prepričani, da je oseba, ki pokriva organizacijo dela samo na področju zdravstvene dejavnosti, izpostavljena preveč subjektivnemu odločanju na področju storitev socialnega varstva, ki ima bistveno širši pomen);
- normativi zaposlovanja (ki so že desetletja enaki in pomenijo grožnjo tako stanovalcem kot zaposlenim glede razhajanja med potrebami in možnostmi; v ZDUS opozarjajo na ogroženost strokovnosti pri nujenju storitev in slabe pogoje dela zaposlenih; domovi zaradi omejenih normativov pri zaposlovanju novačijo nestrokovni kader);
- cenovna nesorazmerja (prisotna med storitvami v domačem okolju in pri institucionalnem varstvu ter med različnimi tipi institucionalnega varstva).

Prihodki, izdatki in investicije domov za starejše

V Skupnosti socialnih zavodov Slovenije (SSZS) ugotavljajo, da večini domov

zaenkrat uspeva ohranjati stabilen poslovni rezultat, čeprav se finančna slika iz leta v leto zaradi povečevanja stroškov (dela, energije, cen hrane, storitev, zavarovanj) ter zmanjševanja prihodkov za vse bolj zahtevno zdravstveno nego poslabšuje. Financiranje zdravstvene nege predstavlja osrednji problem. Po podatkih skupnosti je delež prihodkov za izvajanje zdravstvene nege v domovih v zadnjih letih s 40 odstotkov skupnega prihodka iz zdravstva padel na 35, kar po prepričanju predsednika upravnega odbora skupnosti B. Koprivnika ni skladno s povečevanjem zahtevnosti zdravstvene nege v domovih. Hkrati poudarja, da celo nekateri izvajalci z veljavno koncesijo v zadnjem letu nimajo zagotovljenega financiranja zdravstvene nege. Skupnost spremlja deleže, ki jih zdravstvena blagajna namenja za financiranje zdravstvene nege v domovih, negovalnih bolnišnicah in zdraviliščih. (http://www.seniorji.info/DOMOVI_ZA_STAREJSE) Medtem ko zdravstvena zavarovalnica financira zdravstveno nego v domovih s – v povprečju – 15 evri na dan tudi za zahtevne negovalne primere, prejemajo negovalne bolnišnice z njene strani od 108 do 120, zdravilišča pa dobrih 42 evrov na dan. (<http://www.delo.si/novice>) Razkorak, ki je povsem nerazumen. Na tem mestu se zdi zanimiva še druga primerjava: diplomantka Fakultete za organizacijske vede v Kranju M. Plevel (2011) je v svojem diplomskem delu med drugim opravila analizo cen socialnovarstvenih storitev in zdravstvene nege za starejše v Mestni občini Ljubljana in ugotovila, da je za najnižjo ceno oskrbnega dne v institucionalnem varstvu (oskrba III.A v dvoposteljni sobi) uporabnik lahko deležen le dobri dve uri in pol storitve socialnega servisa, socialne oskrbe ali zdravstvene nege na domu po tržni ceni. Med drugim je izračunala, da bi mesečni strošek gospodinjstva, ki bi koristil 24-urno socialno oskrbo na domu po subvencionirani ceni, znesel do 2.261,76 evra, po najnižji tržni ceni pa kar neverjetnih 7.440 evrov.

Iz ene od izjav za javnost Skupnosti socialnih zavodov Slovenije (Širitev javne mreže domov za starejše financirajo uporabniki; <http://ssz-slo.si/apl/doc>) je moč povzeti zanimive podatke o tem, da je bila domovom za starejše s strani države v preteklem letu priznana le rast premij kolektivnega dodatnega pokojninskega zavarovanja v višini 4,9 odstotka ter rast z naslova drugih stroškov v višini 0,8 odstotka, medtem ko jim rast stroškov materiala in storitev ni bila priznana, kot tudi ne rast plač zaposlenih. Država je opredelila standard stroškov, ki določa nižje obračunavanje stroškov amortizacije (2,6 odstotka od splošno veljavnih treh odstotkov) ter nižji standard materiala in storitev od dejanskega (158 namesto 209,87 evra mesečno). Objavljeni standard tudi ni upošteval indeksa rasti življenjskih potrebščin (1,8 odstotka). Pozitivno tekoče poslovanje izvajalci institucionalnega varstva starejših ohranjajo na račun odrekanja stroškom, ki niso nujni za tekoče poslovanje.

Koprivnikar ugotavlja, da se stanovalci, njihovi svojci in drugi nemalokrat pritožujejo, da bi domovi morali zaposlovati več osebja, ki bi imelo več časa za uporabnike. Korivnikar odgovarja, da več osebja pomeni višje stroške za zavarovalnico in stanovalce, tako da se vse vrtilo v začaranem krogu. Premika v kakovosti ni mogoče narediti, ker vsak dvig standarda bivanja pomeni tudi višjo ceno, a te ni nihče pripravljen plačati, poudarja. (<http://www.delo.si/novice>)

Kljub temu da je infrastruktura večine državnih domov, ki so bili pospešeno grajeni v 70. in 80. letih prejšnjega stoletja, zastarela, da je večina objektov dotrajanih, nefunkcionalnih, energetsko neučinkovitih, investicijska vlaganja v zadnjih treh letih

po podatkih skupnosti strmo padajo (s 47 na 15 milijonov evrov). Denar za večino najnujnejših obnov se vzame že tako obubožanemu tekočemu poslovanju. Država pri tem »pozablja«, da je dolžna skrbeti za svojo lastnino. Po ocenah predsednika upravnega odbora skupnosti B. Koprivnika so investicije v obstoječo infrastrukturo že desetletja odločno pod mejo ohranjanja realne uporabne vrednosti infrastrukture, za temeljite preнове in prilagoditve spremenjenim zahtevam dejavnosti pa virov financiranja enostavno ni. V nekolikšni prednosti pred javnimi zavodi so zasebni domovi s koncesijo, ki jim država dovoljuje, da v višjo ceno (od četrte do treh desetih), ki jo zaračunajo uporabniku, vštejejo strošek vloženega kapitala oziroma vračanja kreditov za gradnjo. Se pa zasebnim izvajalcem že dogaja, da uporabniki od njih odhajajo v cenejše državne domove, ko se mesta sproščajo.

Funkcionar na čelu skupnosti je prepričan v nujnost sistemskih sprememb, ki bi zagnale nov razvojni cikel. Med slednje uvršča: enotno ureditev področja dolgotrajne oskrbe in nege, primerljive pogoje za vse oblike in izvajalce dejavnosti dolgotrajne oskrbe, stabilne realne vire financiranja dejavnosti in investicij ter debirokratizacijo sistema. Koprivnik trdi, da je sprejetje Zakona o dolgotrajni oskrbi in uvedba podlage za kategorizacijo uporabnikov, vrednotenje storitev in njihovo financiranje ne glede na status izvajalca in obliko storitve (od preventive, storitev v domačem okolju, ambulantnih storitev do institucij) temeljni pogoj za razvoj storitev v domačem okolju, povečano konkurenčnost izvajalcev in njihovo racionalizacijo. Debirokratizacijo sistema razume kot »poenostavitev postopkov za izvajalce in uporabnike, poenotenje nadzora, jasno opredelitev ciljev ter njihovega merjenja in nagrajevanja«, s čimer bi, kot pravi, »dosegli poslovno in strokovno avtonomijo izvajalcev, s tem pa tudi večjo odgovornost za lastno poslovanje in zadovoljstvo uporabnikov«. (<http://www.delo.si/novice>)

Iskanje priložnosti v javno-zasebnem partnerstvu

Javno-zasebno partnerstvo je pravni institut, ki omogoča povezavo javnega in zasebnega. Po Zalokarjevi (2010) je takšno partnerstvo za javni sektor zanimivo zaradi iskanja novih virov financiranja, za zasebnike pomeni poslovno priložnost, za končne uporabnike pa naj bi to pomenilo nižje cene in izboljšanje kakovosti storitev. Javno-zasebno partnerstvo naj bi omogočalo širjenje konkurence na področja, ki so bila dolgo v domeni javne oblasti. Zalokarjeva je prepričana, da je to posebej pomembno v primeru domov za starejše. S povečevanjem konkurenčnosti naj bi povečali učinkovitost panoge, ki se na konkurenco postopno in le stežka privaja.

Gulija (2004, v Zalokar, 2010) meni, da gre prednosti, ki jih nudi sodelovanje z zasebnim sektorjem, iskati v: hitrejšem zagotavljanju javne infrastrukture, zmanjšanju stroškov in pritiska na javna sredstva, boljši razporeditvi tveganj med vsemi partnerji, izboljšanju storitev in zato dodatnem dohodku za partnerja in večji učinkovitosti na podlagi inovacij. Tudi Bohinc (Bohinc et. al., 2007, v Zalokar, 2010) kot pomembno prednost javno-zasebnega partnerstva izpostavlja izboljšano kakovost izvajanja javnih storitev zaradi večje odgovornosti zasebnega sektorja in s tem priložnosti za promocijo njihovih lastnih virov in inovativnih rešitev. Na drugi strani A. Mužina (2006, str. 15) med temeljne slabosti, ki jih s seboj prinaša javno-zasebno partnerstvo uvršča: obstoj političnih in drugih tveganj za zasebni kapital ter odpor javnosti pred zasebnim kapitalom (kar avtor posledično pripisuje

dolgoletnemu odnosu države do zasebnikov in zasebnega kapitala ter dilemi pred izgubo javnega vpliva na upravljanje javnih nalog), premajhen nadzor javnega sektorja, zvišanje stroškov (nad predvideno raven) za izvajanje javne službe in nejasno delitev odgovornosti med javnim in zasebnim partnerjem. Mužina nadalje opozarja, da je najemanje kreditov s strani zasebnikov pogosto dražje, kot če bi jih najemala država ali lokalna skupnost. Posledično lahko to pomeni višje cene javnih storitev. Avtor trdi, da model javno-zasebnega partnerstva ne zagotavlja učinkovitih investicij, ker, kot pravi, »obstaja možnost izkoriščanja modela za razne obvoze (izogibanje nadzora uporabe) in vodenje projekta izven bilančno«. Mužina omenja tudi možnost izgube delovnih mest v javnem sektorju, saj tržna učinkovitost narekuje nagrajevanje in delovanje zaposlenih, kar posledično lahko pomeni njihov presežek.

2.1.9. MOŽNOSTI SISTEMSKÉ ZLORABE STANOVALCEV V DOMOVIH ZA STAREJŠE

Evropska Listina pravic in odgovornosti starejših, potrebnih dolgotrajne oskrbe in podpore, nosi temeljno sporočilo, da je človekovo dostojanstvo nedotakljivo. V njej je zapisano, da starost in odvisnost sami po sebi ne opravičujeta omejevanja katerekoli od neodtujljivih človekovih pravic in državljanskih svoboščin, kot jih priznavajo mednarodni standardi in kot so vtakane v demokratične ustave. Starejši, za katere je bolj verjetno, da bo njihova oskrba postala odvisna od drugih, imajo pravico do: dostojanstva, telesnega in duševnega blagostanja, svobode in varnosti (1. člen), samoodločanja (2. člen), zasebnosti (3. člen), kakovostne in prilagojene oskrbe (4. člen), informacije, nasveta in informiranega soglasja (5. člen), nepretrgane komunikacije, participacije v družbi in kulturnega udejstvovanja (6. člen), svobode izražanja, misli in vesti: prepričanje, kultura in religija (7. člen), paliativne oskrbe in podpore, spoštovanja in dostojanstva pri umiranju in smrti (8. člen) ter zadoščenja (9. člen). (<http://www.seniorji.info/doc/Listina>)

Imperl (2011) ocenjuje, da je v primerjavi z domovi starejših npr. v Nemčiji in Švici pri nas zaznati več fizičnega nasilja. Na to po mnenju Imperla vpliva kulturno okolje. V Sloveniji, ugotavlja avtor, praktično nimamo sistemskih raziskav na področju nasilja, zlorab v domovih za starejše, imamo jih le na področju obravnave starih v domačem okolju. Po drugi strani gre tudi za vprašanje, kako priti do resničnih podatkov o razširjenosti pojava, njegovih dimenzijah. Ker se populacija oskrbovancev slabša – čedalje več je dementnih – je vprašanje, kako jih anketirati. Imperl lahko razume, da je delo negovalca, oskrbovalca hkrati dveh, treh dementnih stanovalcev hudo podvrženo stresu, ki ustvarja pogoje za fenomen nasilja, zlorab itd.

Nekaj obstoječih raziskav pri nas se parcialno ukvarja s fizičnimi (telesnimi) in psihičnimi oblikami zlorab (psihično nasilje), ki jih povzročajo negovalci oziroma osebe domov. Predmet raziskovanja so tudi zanemarjanja, predvsem v smislu zavrnitve zadovoljevanja raznih potreb pri negi ali oskrbi. Bolj so raziskane aktivne, manj pa pasivne oblike zanemarjanja. Posebno vprašanje je strukturno nasilje, ki je zelo slabo raziskano; literatura omenja predvsem različne pritožbe, ki govorijo o strukturnem nasilju. (ibid.)Po besedah Imperla (ibid., str. 6–7) zlorabe ali

zanemarjanja v institucijah niso zavestna in naklepna dejanja negovalcev, temveč posledica:

- velikega bremena in stresa, ki ga nega starejših, še posebej oseb z demenco, predstavlja;
- premajhnega števila zaposlenih, zaradi česar so negovalci pogosto podvrženi stresnim okoliščinam in izčrpanosti;
- pomanjkanja podpornih mehanizmov negovalcev;
- pogoste nepoučenosti in preskromne izobraženosti negovalcev;
- tega, da dom ne sledi časovno primerno potrebam in ozaveščenosti »novih« stanovalcev, ustrezni prilagoditvi procesov in struktur doma, strukturi organiziranosti doma, ki biopolnomočila (motivirala) zaposlene pri njihovem delu;
- nemalokrat tudi slabega vodenja institucije.

Imperl (ibid.) poudarja, da je v okviru institucionalne oskrbe potrebno govoriti predvsem o sistemskem oziroma strukturnem nasilju, zlorabah oziroma zanemarjanju. Avtor se pri razlikovanju med pojmi nasilje, zloraba in zanemarjanje sklicuje na Margaret Dieck (1987, 1993), po kateri je nasilje (ang. »violence«) sistematsko, večkratno dejanje ali opustitev le-tega z izrazito negativnim vplivom na žrtev. Če gre za enkratno dejanje ali opustitev, potem mora imeti zelo obsežne negativne posledice na žrtev. Zlorabo (ang. »abuse«) Dieckova označuje kot aktivno ravnanje, ki se žrtve bistveno negativno dotakne oziroma jasno oporeka njeni eksplicitni želji. Zanemarjanje (ang. »neglect«) opisuje kot opustitev dejanja, ki bi bilo primerno situaciji v smislu, da je neka potreba prepoznana ali je naslovnik izrazil eksplicitno željo po zadovoljitvi le-te. Razlikovati je potrebno med pasivnim (opustitev dejanj zaradi neprepoznavanja potreb ali nezadostnega potenciala za pomoč) in aktivnim zanemarjanjem (v tem primeru negovalec zavestno zavrne dejanja, ki bi bila neposredno usmerjena v zadovoljitev prepoznane potrebe starostnika, kar lahko pri starostnikih povzroči naslednje posledice – padce, dolgotrajno ležanje v postelji, preležanine, dehidracijo, podhranjenost oziroma slabo hranjenost itd.). M. Dieckova (v Imperl, 2011) pojasnjuje, da lahko osebe v institucionalnih okoljih med seboj delujejo vzajemno, se pravi nastopajo tako v vlogi storilcev kot žrtev, ki menijo, da je nasilje funkcionalna rešitev za dileme, ki nastanejo zaradi:

- a) normativnih pogojev (v domovih za starejše slabi kadrovske normativi, neustrezni tehnični normativi),
- b) moralnih etiket (ali takšnih, ki si jih dajo osebe same ali drugi njim),
- c) pomanjkljivega znanja (predvsem na področju dela z osebami z demenco, paliativne oskrbe) ali
- d) neprimernih strukturnih pogojev (bivalnih, organizacijskih).

V naši institucionalni praksi oskrbe starejših Imperl (ibid.) prepoznava zlasti naslednje oblike strukturnih ali sistemskih oblik nasilja, zlorab oziroma zanemarjanj:

- obstoj enostranskih predpisov in zakonov, ki niso naravnani na uporabnike storitev institucionalnega varstva;
- organizacijske oblike in sistemske rešitve, ki ne upoštevajo potreb in pravic starostnikov;
- revščina, pod katero sodijo tudi neustrezni kadrovske in prostorske normativi;
- razne oblike odvisnosti;

- eksterno odločanje;
- zavlačevanje države pri sprejemanju zakona o dolgotrajni oskrbi;
- pogojevanje občin pri sofinanciranju namestitve v večposteljne sobe mimo volje starostnikov;
- sistemske rešitve pri imenovanju vodstvenih delavcev v domovih za starejše, ki ne upoštevajo kompatibilnosti socialnih in osebnostnih kompetenc pri vodilnih osebah;
- neprilagojeni bivalni prostori stanovalcev v velikem delu naših domov za starejše (brez posebnih socialnih zavodov).

Na problematiko bivalnih pogojev v domovih za starejše v diplomskem delu opozarjamo na več mestih. Tudi Imperl (ibid.) bivalne pogoje v slovenskih domovih za starejše obravnava kot posebej kritično področje, kot ilustrativen primer sistemske zlorabe. Kot kritično opozarja, je vsak tretji stanovalec doma za starejše v Sloveniji, ki biva v tri- ali večposteljni sobi, prikrajšan za zasebnost in se mora prilagajati na vseh področjih (nega, obiski svojcev, zračenje, gledanje televizije, poslušanje radia itd.). Posebno poglavje, pravi avtor, so dementni starostniki, ki so v neenakopravnem položaju z ostalimi stanovalci domov za starejše in katerih socialne ter psihološke potrebe oziroma deficiti so pogosto prezrti. Imperl je prepričan, da so na področju varstva oseb v Sloveniji starostniki z demenco zlorabljeni tako na fizičnem kot tudi na duševnem in duhovnem nivoju – njihovo varstvo temelji na kontroli vedenja (zaprti oddelki). Za dostojno življenje teh ljudi, pravi naš dolgoletni poznavalec socialnovarstvenega področja, moramo sprejeti njihovo nemoč in jim nuditi specifične pogoje. Ugotavlja, da so večji napor v to vložili le nekateri domovi za starejše. Po Imperlu (ibid.) zlorabe ali zanemarjanja na področju dela z osebami z demenco v naših domovih izhajajo iz: nepoznavanja demence, njenih simptomov; in »govorice« dementnih; nesposobnosti empatičnega vživljanja v osebe z demenco; nepoznavanja tehnik dela z osebami z demenco; nepoznavanja in odsotnosti povezovanja posameznih aktivnosti pri delu z osebami z demenco z njihovo biografijo; ustvarjanja »umetnega« okolja, ki ga osebe z demenco ne razumejo (prostor, oprema, službena oblačila, menjava osebja, odsotnost gospodinjstva ipd.); prevelikih bivalnih skupin (empirično preverjeno so za osebe z demenco optimalne skupine, ki vključujejo od sedem do dvanajst oseb). Na seminarju Preprečevanje nasilja, zlorab in diskriminacije z novimi koncepti dela v domovih za starejše je zbranim spregovoril tudi namestnik varuhinje človekovih pravic, ki je posredoval podatek, da Urad varuha človekovih pravic letno prejme okoli 30 prijav oziroma pritožb s področja institucionalnega varstva starejših. Spodbudna je njegova izjava, da se po preverbi v večini primerov le-te izkažejo kot neutemeljene.

2.1.10. ZAGOTAVLJANJE KAKOVOSTI V INSTITUCIONALNEM VARSTVU STAREJŠIH

Po Ovsenikovi (2005, str. 100) naj bi razvoj kakovosti domov potekal hkrati s spremembami, ki zahtevajo iskanje notranje organizacije na nov način, nova znanja in se dogajajo na vseh ravneh. Avtorica poudarja potrebo po stalnih vložkih v človeške vire: »Le spremembe v procesih človeškega dožemanja omogočajo dolgoročneje doseganje kvalitetnejših sprememb.« Podobna izhodišča v razmišljanju goji Vujošević (2000), ki meni, da je kakovost posledica dela ljudi,

njihovega znanja in njihovega odnosa do dela. »Izvajalcem institucionalnega varstva je temeljno vodilo kakovost storitev, ki jih ponujajo stanovalcem. Kakovost storitev pa določa uporabnik teh storitev. Zadovoljitev potreb uporabnika je osnovni namen poslovanja izvajalske organizacije institucionalnega varstva in edini upravičeni razlog za njen obstoj« (Marolt in Gomišček, 2005, str. 63). V skladu s takšnim razmišljanjem je med drugim Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (2011, str. 5) pred lanskim poletjem za domove starejših pripravilo Usmeritve za delo z osebami z demenco na področju institucionalnega varstva starejših, v katerih je zapisalo, da se »naravnost institucije na potrebe stanovalcev odraža predvsem skozi uporabo metode individualnega načrtovanja, ki pomeni neko garancijo, da so pri načrtovanju vseh aktivnosti posameznega stanovalca optimalno upoštevane njegove potrebe in želje in ne potrebe institucije. Metoda prispeva k maksimalni vključenosti posameznika in ga spodbuja, da razmišlja o svojih ciljih in željah, o njih govori in jih postopoma uresničuje.«

Cilj ministrstva je, da vsi domovi za starejše prevzamejo standarde kakovosti. Precejšnje število domov za starejše pri nas se je v dosedanjem času odločilo predvsem za uporabo evropskega modela upravljanja kakovosti v domovih za starejše E-Qalin, ki se je pojavil leta 2004 in se prvotno imenuje »European Quality-improving learning in residential care homes for the elderly«. Model E-Qalin je nastal s sodelovanjem različnih strokovnjakov s področja upravljanja kakovosti, vodenja socialnovarstvenih ustanov, zastopnikov poklicnih združenj, ustanoviteljev domov in uporabnikov storitev iz Avstrije, Nemčije, Italije, Luksemburga, Nizozemske in Slovenije. E-Qalin naj bi ciljno dvignil kakovost storitev in življenja uporabnikov ter njihovih svojcev, prispeval k večji uspešnosti vodenja socialnovarstvenih ustanov, zaposlenim v domovih zagotovil kakovostne pogoje za delo ter posledično ustvarjal večje zadovoljstvo pri vseh, ki v ustanovi živijo, delujejo oziroma se z njo kakorkoli povezujejo. Domovi za starejše, ki uspejo s pomočjo E-Qalina implementirati njegove cilje, prejmejo s strani podjetja Bureau Veritas certifikat, ki potrjuje kakovost dela v domu in mednarodno primerljivost med ustanovami v Sloveniji in širšem mednarodnem prostoru. Domovi, ki so dosegli standarde za E-Qalin, na drugi strani poročajo, da je le-ta prispeval tudi k temu, da so lahko pridobili druge različne certifikate, ki jim dvigujejo ugled v okolju in potrjujejo njihovo kakovostno delo v izbrani socialnovarstveni dejavnosti. Uporabniki modela v praksi potrjujejo, da je E-Qalin na osnovi analiz posameznih področij dela nedvomno pokazatelj sprememb oziroma potreb po izboljšavah na področju struktur in procesov. Na domači spletni strani verifikatorja (<http://www.bureauveritas.si/>) lahko preberemo, da je za »E-Qalin značilna operativna naravnost, ki zajema vse hierarhične ravni v organizaciji in pospešuje aktivno vključevanje zaposlenih. Model E-Qalin je sestavljen iz področja »Strukture in procesi« in področja »Rezultati«. Področje »Strukture in procesi« je razdeljeno na pet vidikov: stanovalci, zaposleni, vodstvo, okolje in učeča se organizacija. Za vsak vidik so opredeljeni različni kriteriji: politika spremljanja in obveščanja; modeli delovnega časa; vrednote organizacije in zasnova organizacijske kulture; komuniciranje in sodelovanje; praktično učenje, itd. Področje »Rezultati« je razčlenjeno na pet vidikov: stanovalci, zaposleni, vodstvo, družbeni učinek in usmerjenost v prihodnost. Za vse vidike so predlagani različni kazalniki kot na primer: zasebnost, pripadnost zaposlenih, stroški osebja, zadovoljstvo svojcev, odzivnost doma na družbene spremembe, upravljanje raznolikosti, itd. Za celotno področje je definirano 25 kazalnikov. Posebnost E-

Qalin[®]-a je samoocenjevanje na podlagi Demingovega kroga in z vključevanjem.«

Pri domovih za starejše se na področju upravljanja kakovosti srečamo tudi s standardom, kot je npr. standard ISO 9001: 2000, ki izhaja iz odnosa odjemalec storitve – organizacija (kot izvajalec storitve) in podaja zahteve za tiste aktivnosti, ki jih mora organizacija izvajati, da bi zanesljivo izpolnila potrebe in zahteve odjemalcev storitev. Standard temelji na vodljivosti sistema in uporabi načela planiraj – stori – preveri – ukrepaj (PDCA) ter procesnega pristopa. ISO 9001: 2000 sestavljajo naslednji glavni deli: sistem vodenja kakovosti, odgovornost vodstva, vodenje virov, realizacija proizvoda; merjenje, analize in izboljševanje. (<http://home.izum.si>)

Od leta 2007 je v Sloveniji sicer prisoten še EQUASS EXCELLENCE (certificiran program za doseganje poslovne odličnosti in najboljših praks v socialnem sektorju (v svetu se je pojavil leta 2002), vendar njegovih morebitnih uporabnikov s področja institucionalnega varstva starejših ne poznamo.

2.1.11. STANJE NA PODROČJU ČLOVEŠKIH VIROV IN PROBLEMATIKA KADROVSKIH TER TEHNIČNIH STANDARDOV IN NORMATIVOV

Na splošno bi lahko dejali, da je kakovost dela v domovih za starejše v prvi vrsti odvisna od usposobljenosti in motivacije zaposlenih, nadalje od razpoložljivih materialnih sredstev, ponudbe in povpraševanja. Če ostanemo pri človeških virih v domovih za starejše, zabeležimo zelo širok nabor poklicev, ki jih je po funkcionalnosti moč razvrstiti v zdravstveno dejavnost, osnovno in socialno oskrbo, upravo in tržno dejavnost. Vrste poklicev in število zaposlenih v domovih za stare so zakonsko predpisani (Pravilnik o standardih in normativih socialno varstvenih storitev, Ur. l. RS št. 52/59 z dopolnili in popravki).

Mnogi ugotavljajo, da je izobraževanje kadrov za delo v domovih pri nas bolj kakovostno in zahtevnejše kot v nekaterih nam bližnjih državah, npr. v Avstriji, Nemčiji, na Hrvaškem. Prav tako prepoznavajo težavo, da imamo v domovih starejših previsoko izobražen kader. Na novinarski konferenci 9. aprila 2008 je Skupnost socialnih zavodov Slovenije predstavila podatke o zaposlenih v domovih za starejše še iz Strateškega razvojnega plana skupnosti iz leta 1999 za leto 1998, čeprav so tovrstni statistični podatki dostopni tudi že za obdobje 2007–2010 in jih predstavljamo v tabeli 5. Največji delež zaposlenih v domovih za starejše v skladu s pričakovani opravlja delo na področju zdravstvene dejavnosti. To institucionalno delovno okolje je izrazito feminizirano, saj se število žensk približuje skoraj devetdesetim odstotkom vseh zaposlenih. Kadrovske normative, ki jih je predpisala država, so nespremenljivi in ne upoštevajo velikosti ter potreb posameznega socialnovarstvenega zavoda, strukture stanovalcev, invalidnosti zaposlenih ipd., kar posledično povzroča na strani delavcev nezadovoljstvo pri delu, večji obseg absentizma ter prisotnosti sindroma izgorevanja na delovnem mestu. Tudi Varuh človekovih pravic v Sloveniji je že opozoril, da bi bilo potrebno kadrovske normative v domovih za starejše povečati oziroma prilagoditi, saj ne ustrezajo spreminjajoči se strukturi stanovalcev. Varuh ugotavlja, da vprašanje boljših možnosti za delo tamkajšnjih zaposlenih in višjih kadrovskih normativov ostaja iz leta v leto nerešeno. (Cvahte, 2008)

Leto	2007		2008		2009		2010	
	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
<i>Osebj</i>								
Zdravstveno osebje skupaj	3469		3941		4176		4362	
Zdravniki	6	0,2	2	0,05	3	0,07	3	0,07
Medicinske sestre	1264	36,4	1449	36,8	1524	36,5	1608	36,9
Org. zdr. nege	89	2,6	111	2,8	149	3,6	151	3,5
Fizioterapevti	112	3,2	115	2,9	119	2,8	121	2,8
Delovni terapevti	100	2,9	113	2,9	128	3,1	135	3,1
Bolničarji	1538	44,3	1704	43,2	1837	44	1903	43,7
Strežniki	282	8,1	366	9,3	347	8,3	357	8,2
Psihologi	1	0,03	4	0,1	0		0	
Drugi	77	2,2	77	1,9	69	1,6	84	2,0
Socialno varstvo skupaj	2979		3353		3573		3701	
Strežniki	588	19,7	715	21,3	755	21,1	802	21,7
Socialni delavci	102	3,4	114	3,4	123	3,4	149	4,0
Receptorji	144	4,8	161	4,8	170	4,7	184	5,0
Kuharji	387	13	416	12,4	442	12,4	437	11,9
Kuhinjski pomočniki	441	14,8	499	14,9	508	14,2	511	
Ekonomi	61	2	74	2,2	74	2,1	32	0,9
Vozniki	24	0,8	20	0,6	26	0,7	137	3,7
Hišniki	103	3,4	123	3,7	136	3,8	89	2,4
Šiviljci	65	2,2	76	2,3	84	2,3	111	3,0
Likalci	112	3,7	143	4,3	121	3,4	210	5,7
Pralci	170	5,7	198	5,9	203	5,7	141	3,8
Servirci	113	3,8	127	3,8	156	4,4	229	6,2
Čistilci	259	8,7	231	6,9	241	6,7	594	16,0
Uradniki za pisar. poslovanje	410	13,8	456	13,6	534	15	ni podatka	

*Tabela 5: Število zaposlenega osebja, ki v domovih za starejše opravlja storitve zdravstvenega in socialnega varstva (obdobje 2007–2010)
(vir: http://pxweb.stat.si/pxweb/Database/Dem_soc/)*

Na svoje težave so delavci domov za starejše že nekajkrat opozorili z napovedjo stavke. Sindikat zdravstva in socialnega varstva je v preteklosti opozarjal na preobremenjenost pri delu zlasti medicinskih sester, negovalk in fizioterapevtk, pa tudi na težavo nedodelane sistematizacije delovnih mest, neplačevanje dodatkov za delo zunaj rednega delovnega časa in delo, ki zahteva posebne obremenitve (delo z osebami z demenco, s stanovalci s čustveno ali telesno motnjo, okvaro, prizadetostjo). Nekateri sindikalni zaupniki ugotavljajo, da se včasih strežnice razporeja na delovna mesta oskrbovalk, vendar zaradi tega niso deležne višjega plačila. Pogosto mendatudi srednje medicinske sestre niso razporejene v ustrezni plačilni razred, fizioterapevtom niso priznana specialna znanja, mesto socialnega delavca delovno ni ustrezno ovrednoteno itd. Če morajo delavci opravljati nadurno delo, to najpogosteje ni plačano. (<http://www.novitednik.com/zapisi>) Iz pripovedovanja vodstev domov pa izhaja še to, da je ne dolgo nazaj sprejeti Zakon

o duševnem zdravju domovom za starejše s svojimi nalogami še dodatno vzel prepotrebne človeške vire. Rešitev problematike institucionalnega varstva starejših in predvsem kadrovsko-organizacijskih normativov vidijo v Skupnosti socialnih zavodov Slovenije v večji razvitosti socialne mreže v bivalnih okoljih, razširitvi zmogljivosti v domovih za starejše in ustanovitvi centrov za pomoč na daljavo. (ibid.)

2.2. TREND DEINSTITUCIONALIZACIJE OBLIK OSKRBE STAREJŠIH

Kot poudarja Imperl (2011) so nastale nove kategorije starejših ljudi, ki niso več izjema, temveč nekaj običajnega, pojavili so se novi načini človekovega obstoja. »Če naj bodo ti načini nekaj običajnega«, potem so po prepričanju Imperla ti starejši upravičeni do običajnih življenjskih oblik. Avtor trdi, da »smo z institucionalizacijo pravzaprav sprožili selekcijo, homogenizacijo in dosmrtno institucionalizacijo«, starejši pa se nahajajo v socialnem kontekstu na »nikogaršnji zemlji«. Ugotavlja, da »istočasno, ko smo se močno zavzemali za bivanje brez ovir, nismo razmišljali o tem, da je bivanje v klasičnem domu za starejše največja ovira za doseg življenja po lastnih merilih«. (<http://www.dnevnik.si/objektiv>)

Imperl pojasnjuje, da »sociala oziroma solidarna pomoč ljudem v stiski ni bila v preteklosti (razen lokalnih izjem) nikoli v pristojnosti države ali trga, temveč vedno primarno zadeva občanov. Njihova pomoč je predstavljala edino in tudi samostojno socialnost. V resničnem življenju občani tega sicer niso izvajali idealno, pa vendar še vedno zadovoljivo, da je preživelo zadostno število ljudi. Ljudje niso nikoli prav z veseljem pomagali, pogosto so to počeli z odporom, kar pa je bilo v tej obliki dovoljeno, saj ni bilo nagrajeno. Pomoč je bila vedno omejena na ožje socialno okolje, ki so ga podpirale štiri institucije za stabiliziranje solidarnosti: družina, soseska, lokalna in župnijska skupnost. Po uvedbi zavarovanj in drugih socialnih ukrepov so preusmerili solidarnost občanov v smislu 'podarjanja časa' na dajatve v smislu 'dajanja denarja' (davki, prispevki); zdelo se je, da je medosebna solidarna pomoč preživeta in pozabljena. Tako so se ljudje 'odkupili' za neposredno osebno pomoč, istočasno pa pridobili na področju ekonomske produktivnosti, življenjskega standarda in z razbremenitvijo skrbi za pomoči potrebne. Njihov denar je omogočil profesionalizacijo in institucionalizacijo pomoči.« (ibid.)

Sanje o modernizaciji, pravi Imperl, so trajale zgolj sto let, pri čemer so bile vezane na visoko gospodarsko rast. »Od približno leta 1980 dalje, ko take rasti ni več, se nahajamo v stroškovni in s tem tudi v strukturni krizi. Država to krizo še draži in poslabšuje s sprejemanjem zakonov, ki civilni družbi jemljejo možnost artikuliranja lastnih pobud in vzpostavitve novih oblik medčloveške solidarnosti.« Avtor svari: »Če bomo iz socialne naredili samo storitveno blago na trgu, bomo sicer statistično kratkoročno pokrili pereče probleme oskrbe starejših, na dolgi rok pa na eni strani razvrednotili uporabnike socialne oskrbe, na drugi pa zaostri stroškovno krizo, kajti trg vlaga samo v profesionalizacijo in institucionalizacijo pomoči. Takšno ravnanje družbe razgradi solidarnost in škodi celo posamezniku. Totalna institucionalna oskrba namreč povzroči, da postanejo ljudje tako na telesni kot psihosocialni ravni

še bolj bolehnih, ker smo jih naredili pasivne in jim dali vedeti, da niso nikomur več potrebni.« (ibid.)

Imperl opaža, da se v zadnjem času solidarnost na medosebni ravni ponovno vzpostavlja. Ljudje so pripravljeni podariti svoj čas. Ponovno odkrivajo in oživljajo sosedski prostor, ki je umeščen med zasebno in javno. Avtor poudarja, da so »institucionalne in s tem strogo profesionalne storitve na področju oskrbe starejših ter posebno ranljivih skupin sicer spoštovane, vendar postajajo sekundarne.« (ibid.) Medtem ko so številni v državi prepričani, da mreža domov za starejše ni dovolj razvita, da zaostajamo za naprednejšimi rešitvami, ki jih poznajo zahodne tuje prakse, drugi raje razmišljajo o koraku naprej – vsmeri razvijanja alternativnih oblik skrbi za starejše v lokalni skupnosti. Dom za starejše naj bi pomenil rešitev za posameznika tedaj, ko bi bile izčrpane vse druge možnosti. Nekateri, npr. Imperl, Winter, o domovih klasičnega tipa, kot ga poznamo pri nas, že govorijo kot o iztekajočem se modelu in poudarjajo, da so stacionarne ustanove preteklost. V Evropi lahko spremljamo trend zmanjševanja deleža starostnikov, ki živijo v institucionalnem okolju. Uporabniki se vse pogosteje odločajo za koriščenje neinstitucionalnih oblik oskrbe. Pomoči potrebni starostniki je glavnino prejemajo v obliki pomoči na domu. Slovenija in Francija, pravi Imperl, sta izjemi v tem, da je v institucionalno varstvo vključenih več starostnikov, kolikor jih prejema pomoč na domu.

Med znane oblike neinstitucionalne oskrbe starejših lahko po Imperlu (ibid.) uvrščamo: integrirano bivanje starejših, oskrbovana stanovanja, delno stacionarne ponudbe za dnevno bivanje starejših v bližini bivališča, gospodinjske skupine za osebe z demenco, sobivanje več generacij – medgeneracijsko sožitje, samoorganizirane skupine, samoorganizirano oskrbo na domu, profesionalno svetovanje.

Oskrbovana stanovanjske četrti. V stanovanjskih soseskah so organizirane stanovanjske četrti, da se prebivalcem soseske v primeru potrebe po negi in oskrbi ni potrebno izseliti. Te storitve se zagotavljajo ambulantno v stanovanju oziroma v obliki pomoči na domu. V novih stanovanjskih stavbah se določeno število pritličnih stanovanj opremlja za starejše in se jih prilagodi njihovim potrebam. V središču sosesk delujejo dnevni centri, v katerih se starejši iz soseske družijo, si kuhajo in pomagajo. Za oskrbo starejših v posamezni soseski mestna oblast izbere podjetje in mu dodeli koncesijo za to dejavnost. Tistim, ki ne morejo več urejati in čistiti stanovanja, organizirajo pomoč. Tistim, ki ne morejo več po nakupih, pripeljejo naročeno na dom. Poskrbljeno je tudi za zdravila. Gre za dober primer medgeneracijskega sodelovanja in sobivanja. (ibid.)

Stanovanjsko svetovanje. Specializirane službe, ki jih financirajo občine, izvajajo svetovanje in lastnikom svetujejo npr. glede zavarovanj stanovanj, ki so namenjena bivanju stanovalcev z demenco. (ibid.)

Začasne namestitve. Predstavljajo predvsem pomoč družinskim oskrbovalcem (osebam, ki so bodisi sorodstveno bodisi s poroko povezane z osebo, ki jo oskrbujejo in ji pomagajo), ko grejo na dopust alizaradi bolezni ne morejo zagotavljati pomoči. Družinski oskrbovalci opravijo večino dela na področju oskrbe

starejših, zato se države na različne načine trudijo, da bi jim vsaj malo olajšale njihovo delo. Pomoč vključuje obveščanje, usposabljanje, svetovanje, nadomestno oskrbo, formalizacijo socialne varnosti in finančno podporo. (ibid.)

Varovana stanovanja. V mnogih državah se kot pogoj za bivanje v takih stanovanjih postavlja odsotnost težjih bolezni. Bivanje v varovanem stanovanju se nahaja nekje na pol poti med bivanjem doma in bivanjem v instituciji ter lahko predstavlja obliko mehkega prehoda v dom za starejše, v mnogih primerih pa takšen prehod sploh ni potreben. Velika prednost bivanja v varovanem stanovanju je, da je takšno bivanje zelo podobno bivanju v lastnem domu in se posamezniku ni potrebno prilagajati življenju v instituciji ter lahko še naprej v največjimeri ohrani svoje življenjske navade. (ibid.) Pri gradnji takih stanovanj se upošteva poseben pravilnik o minimalnih tehničnih zahtevah za graditev oskrbovanih stanovanj za starejše ter načinu zagotavljanja pogojev za njihovo obratovanje. (<http://v2.inst-antonatrstenjaka.si>)

Delno stacionarne ponudbe za dnevno bivanje v bližini bivališča (kamor štejeemo dnevno nego, dnevno oskrbo, organizirane oblike dnevnih aktivnosti, ponudbe t. i. dnevnih centrov). Starejši, potrebni varstva, oskrbe, nege, prihajajo oziroma jih pripeljejo za določen čas v posebne prostore relativni bližini njihovega doma. Mlajša generacija je tako za določen del dneva razbremenjena skrbi in odgovornosti do starejših, ti pa so v »varovanem« okolju, kjer je poskrbljeno ne le za nekajurno bivanje, temveč tudi za hrano, aktivnosti in predvsem potrebno oskrbo in nego. Problem oblik dnevnega bivanja je, da so investicijski stroški razmeroma visoki, izkoriščenost pa nizka. Zato je na pohodu sodobnejša varianta: družine za ljudi iz sosenske odpirajo svoja vrata dvakrat ali trikrat na teden ter jih spremljajo in oskrbujejo. Supervizijo pa opravljajo profesionalci. (<http://www.dnevnik.si/objektiv>)

Samoorganizirane skupine. Za to obliko bivanja je značilna samoorganizacija brez formalnega statusa, saj delujejo izključno na osnovi civilne iniciative. Praviloma fizične osebe zaposlijo določeno število negovalk, ki starejše oskrbujejo oziroma negujejo po urah ali celodnevno (24 ur). Pomembno za to obliko je oblikovanje skupin po načelu predhodnega poznavanja ali celo prijateljstva. Šibka točka je praviloma potreba po delni prilagoditvi prostorov, kar je povezano s stroški. (ibid.)

Starostniki v Evropi želijo danes čim dlje ostati v svojem stanovanju. Imperl meni, da iščejo bližino svojih bližnjih, lep domocil za starost, bivalne in življenjske oblike znotraj svoje skupnosti. Na vprašanje, kakšna je perspektiva razvoja alternativnih oblik bivanja starejših ljudi v Sloveniji, odgovarja: »Če bi želeli radikalno pristopiti k uresničevanju alternativnih oblik bivanja starejših, odvisnih od pomoči, in jih enakomerno porazdelili v družbi, bi danes na vsakih 1.600 prebivalcev imeli eno gospodinjstvo skupino z 8 do 10 osebami in še nekaj mest v drugih alternativnih oblikah bivanja. Za kaj takega v Sloveniji nimamo ustrezne zakonske rešitve – še posebej glede sofinanciranja. Problem je tudi naravnost naše zakonodaje, ki opredeljuje bodisi 'oskrbo na domu' ali 'oskrbo z institucionalno namestitvijo'. Čeprav se slednja pojmuje zelo široko, bi imeli v praksi kar veliko težav. Razvoj tovrstnega bivanja je v smeri 'običajne ponudbe' oviran tudi zato, ker te oblike niso del ponudbe znotraj urbanističnega načrtovanja ali pri načrtovanju infrastrukture za nego in oskrbo. Problem so tudi konceptualne sheme večine nosilcev/ustanoviteljev

domov. Le-ti so zainteresirani predvsem/zgolj za gradnjo velikih domov in niso pripravljeni razmišljati o novih organizacijskih oblikah, drugačni organizaciji dela ter kadrovske prilagoditvi skladno z načeli novih ponudb za bivanje in nego.« Posebno vprašanje, pravi avtor, je tudi financiranje oziroma vzdržnost sistema financiranja bivanja in oskrbe starejših oseb. Poudarja, da če želimo vzpostaviti vzdržen sistem financiranja, moramo preveriti regulacijo in usmeritev vsakega od pomembnih subjektov v trikotniku: uporabnik (starejša oseba), stanovanjska politika oziroma stanovanjsko gospodarstvo in dolgotrajna oskrba. (ibid.)

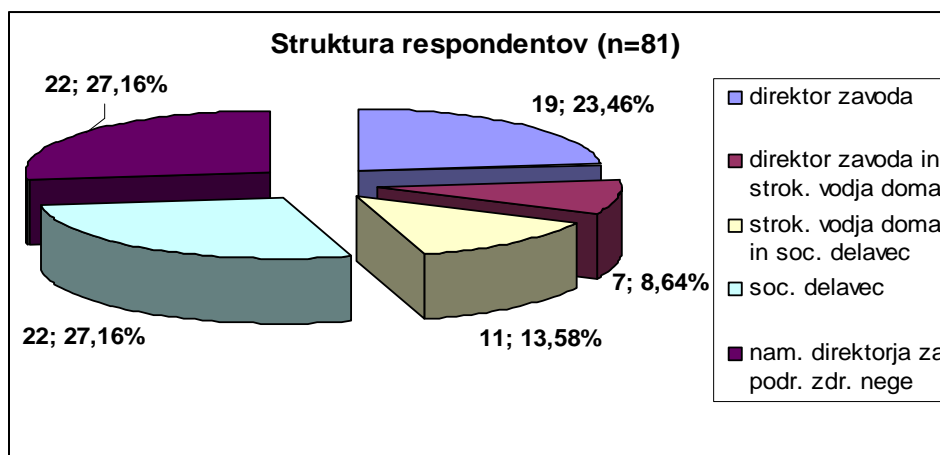
2.3 PRIHODNOST VARSTVA STAREJŠIH V EVROPI IN SLOVENIJI

Predsednik upravnega odbora SSZS ter član izvršnega odbora evropskega združenja direktorjev domov za starejše E.D.E B. Koprivnikar je na nacionalnem letnem kongresu poljskega združenja domov v Torunu opozoril na trend večanja povpraševanja po storitvah za starejše ter poudaril, da bodo stari ljudje dlje ostajali v domači oskrbi (posledično tudi in predvsem zato, ker trendi že danes omogočajo, da se s celostnim in integriranim pristopom razvijajo tehnologije, ki omogočajo pomoč na daljavo z uvedbo kombinacije urgentnih klicev in strokovnih intervencij, posodabljanje organizacije dela, izobraževanja, zakonodaje). Spremenila se bo, kot pravi, »struktura družine v smislu manjših gospodinjstev, ki ne bodo sposobna zagotavljati naraščajočih potreb po oskrbi starejših«. Hkrati poudarja, da prihodnja vloga ustanov za varstvo starejših tako ne bo omejena zgolj na zagotavljanje dosedanjega obsega storitev, temveč bo usmerjena v omogočanje večje samostojnosti starejših in zmanjševanja odvisnosti od ustanov, v ozaveščanje in razvoj inovativnih storitev ter aktivnosti na področju političnega odločanja. Storitve, napoveduje Koprivnikar, bodo postale bolj raznolike, usmerjene v individualne potrebe posameznika, manj regulirane in kategorizirane, hkrati pa skrbno nadzorovane. Koprivnikar okolju sporoča: »V smislu prilagajanja potrebam starejših se že danes spreminja koncept gospodinjstev, urbanega načrtovanja, infrastrukture. Prihodnja generacija starejših bo v načinu življenja popolnoma drugačna od današnje tudi v smislu pravice dostopa do storitev na domačem pragu. Dodana vrednost se bo za evropske državljane in njihovo konkurenčnost na tem področju kazala predvsem v novem intenzivnem in inovativnem predvsem pa integriranem razvoju na področju nege, zdravstvenih storitev in socialne oskrbe.« (<http://www.ssz-slo.si/slo/main.asp?id=0556BCFF>)

3. DOMOVI ZA STAREJŠE V SLOVENIJI – POTREBE PO KONCEPTUALNEM IN ORGANIZACIJSKEM SPREMINJANJU: REZULTATI RAZISKAVE IN KOMENTAR

3.1. SPLOŠNI PODATKI O RESPONDENTIH

3.1.1 STRUKTURA RESPONDENTOV GLEDE NA DELOVNO MESTO IN VRSTO ZAVODA



Slika 2: Respondenti glede na delovna mesta v domovih za starejše

Naša raziskava, kot prikazuje zgornja slika, vključuje 81 respondentov, ki pripadajo glede na naziv delovnega mesta eni od petih skupin zaposlenih v domovih za starejše: direktorji, direktorji zavodov, ki so hkrati tudi strokovni vodje domov, strokovni vodje domov, ki opravljajo tudi delo socialnih delavcev, socialni delavci in glavne medicinske sestre, ki jim je država priznala naziv namestnic direktorjev za področje zdravstvene nege (ZN). Anketni vprašalnik je izpolnilo enako število socialnih delavcev (22) kot namestnikov direktorjev za področje ZN (22). Iz podatka o številu sodelujočih direktorjev, ki ne opravljajo tudi del in nalog strokovnega vodenja (19), je razbrati, v koliko primerih sta upravna in strokovna funkcija vodenja ustanove ločeni.

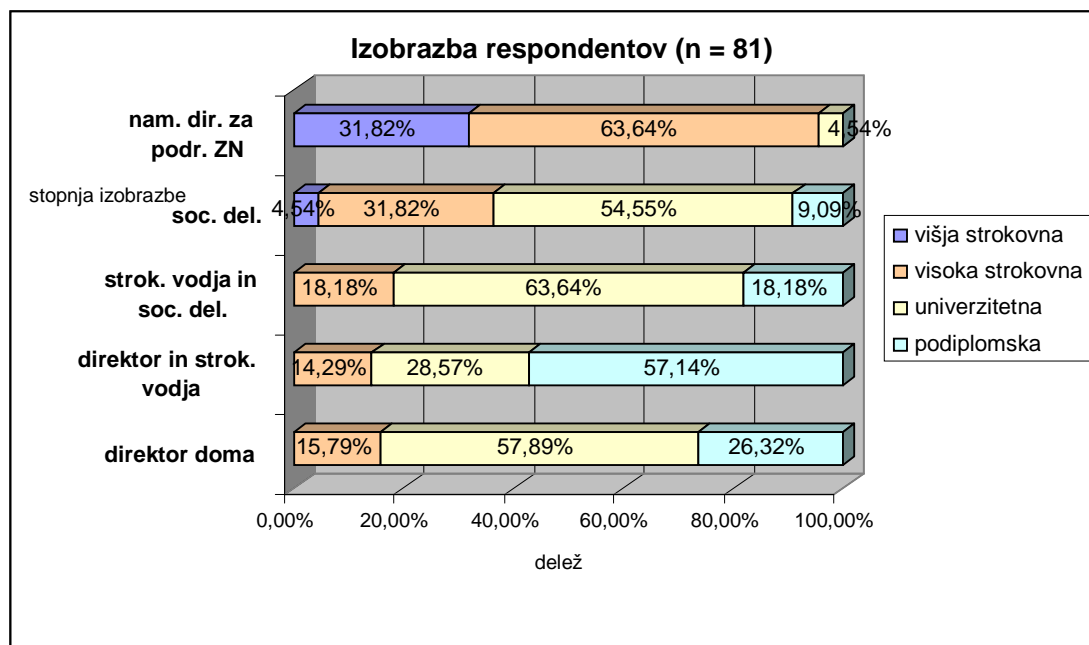
Vrsta zavoda	Direktor doma		Direktor in strok. vodja		Strok. vodja in soc. del.		Soc. del.		Nam. dir. za podr. ZN	
	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
JZ	12	63,16	3	42,86	3	27,27	16	72,73	9	40,91
ZZ	7	36,84	4	57,14	8	72,73	6	27,27	13	59,09

Tabela 6: Delež respondentov iz javnih oziroma zasebnih domov za starejše

Skupini respondentov, ki prihajajo glede na vrsto zavoda bodisi iz javnih (43 predstavnikov oz. 53,09 odstotka vseh) bodisi iz zasebnih domov za starejše s

koncesijo (38 predstavnikov, kar predstavlja 46,91 odstotka vseh), sta po velikosti dokaj uravnoteženi. V raziskavo smo uspeli zajeti nekoliko višji odstotek socialnih delavcev, ki pripadajo javnim zavodom (72,73 odstotka), glede na delež glavnih medicinskih sester javnih domov (40,91 odstotka). Večina direktorjev (57,69 odstotka) iz naše raziskave (neodvisno od tega, ali opravljajo le funkcijo upravnega ali tudi strokovnega vodenja) pripada javnemu sektorju.

3.1.2. STOPNJE IN SMERI IZOBRAZBE RESPONDENTOV



Slika 3: Respondenti glede na delovno mesto in stopnjo izobrazbe

Stopnja izobrazbe	Direktor doma		Direktor in strok. vodja		Strok. vodja in soc. del.		Soc. del.		Nam. dir. za podr. ZN	
	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
Višja strokovna	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	4,54	7	31,82
Visoka strokovna	3	15,79	1	14,29	2	18,18	7	31,82	14	63,64
Univerzitetna	11	57,89	2	28,57	7	63,64	12	54,55	1	4,54
Podiplomska	5	26,32	4	57,14	2	18,18	2	9,09	0	0,00

Tabela 7: Stopnje izobrazbe respondentov

Podatki o izobrazbeni strukturi respondentov, ki smo jih prikazali v dveh grafičnih podobah, ustrezajo našim pričakovanjem. Večina delavcev na vodstvenih mestih v domovih za starejše ima bodisi visoko strokovno (v našem primeru 33,33 odstotka respondentov) bodisi univerzitetno izobrazbo (v našem primeru 40,74 odstotka respondentov). Višja strokovna izobrazba je bistveno pogosteje prisotna pri glavnih medicinskih sestrah oziroma pri namestnicah direktorjev za področje zdravstvene nege kot pri drugih poklicnih skupinah oziroma delovnih mestih. Potrebe po

podiplomski izobrazbi delavcev v domovih za starejše praktično niso izražene. Kljub temu je v teh zavodih zaposlitev našlo trinajst naših respondentov (16,05 odstotka vseh) s podiplomsko izobrazbo družboslovne smeri, ki zasedajo delovna mesta direktorjev, strokovnih vodij in socialnih delavcev. Zlasti med slednjimi je opazen trend povečanega interesa za pridobitev podiplomske izobrazbe. Pogosto je slišati, da je izobrazbena struktura delavcev v slovenskih domovih za starejše v primerjavi z izobrazbeno strukturo delavcev, ki jih zaposlujejo domovi v tujini, previsoka. Težavo naj bi rešil koncept gospodinjskih skupin, ki temelji na zaposlovanju nižje izobraženih delavcev.

Direktorji doma (n=19)	(f)	(%)		(f)	(%)
Univ. dipl. soc. delavec	4	21,05	Mag. medn. in diplomat. študij	1	5,26
Magister managementa	3	15,79	Univ. dipl. pravnik	1	5,26
Univ. dipl. organizator dela	2	10,52	Univ. dipl. sociolog	1	5,26
Dipl. medicinska sestra	2	10,52	Univ. dipl. teolog	1	5,26
Prof. pedagogika	2	10,52	B. O.	1	5,26
Mag. ekonomije	1	5,26			
Direktorji in strok. vodje (n=7)	(f)	(%)		(f)	(%)
Univ. dipl. soc. delavec	1	14,29	Mag. social.- soc. delo v skup.	1	14,29
Univ. dipl. sociolog	1	14,29	Mag. soc. pedagogike	1	14,29
Dipl. defektolog-logoped	1	14,29	Mag. delovne terapije	1	14,29
Magister sociologije	1	14,29			
Str. vodje in soc. delavci (n=11)	(f)	(%)		(f)	(%)
Univ. dipl. soc. delavec	5	45,45	Prof. soc. pedagogike	1	9,09
Dipl. soc. del.	2	18,18	Mag. socialnega dela	1	9,09
Univ. dipl. psiholog	1	9,09	Doktor družbenih ved	1	9,09
Socialni delavci (n=22)	(f)	(%)		(f)	(%)
Univ. dipl. soc. delavec	12	54,55	Mag. managementa	1	4,55
Dipl. soc. del.	6	27,27	Mag. socialnega manag.	1	4,55
Soc. del.	1	4,55	Dipl. organizator dela	1	4,55
Namest. dir. za podr. ZN (n=22)	(f)	(%)		(f)	(%)
Dipl. medicinska sestra	13	59,09	Univ. dipl. org. dela	1	4,55
Viš. medicinska sestra	4	18,18	Dipl. del. terapevt	1	4,55
Viš. fizioterapevt	1	4,55	Del. terapevt	1	4,55
Viš. del. terapevt	1	4,55			

Tabela 8: Izobrazba respondentov

Največ naših respondentov je s končanim programom formalnega izobraževanja pridobilo poklicni naziv diplomirane medicinske sestre (13) in univerzitetnega diplomiranega socialnega delavca (12). Iz strukture poklicev naših respondentov, prikazanih v tabeli 8, lahko izpeljemo, da ni zaslediti značilnih poklicev za področje institucionalnega varstva starejših. Velika raznolikost poklicev je zlasti razvidna pri direktorjih (in hkrati strokovnih vodjih) domov. Podatek, ki v tabeli izstopa, je morda ta, da delo namestnice direktorja za področje zdravstvene nege v enem primeru opravlja oseba s pridobljeno izobrazbo univerzitetnega diplomiranega organizatorja dela. Predpostavljamo, da ima delavka hkrati tudi za delo potrebno zdravstveno smer izobrazbe, ki je po stopnji vrednotena nižje, zato navaja svojo najvišjo pridobljeno stopnjo izobrazbe.

3.1.3. TRAJANJE ZAPOSLOTITVE RESPONDENTOV V DOMOVIH ZA STAREJŠE

Čas zaposlitve	Direktor doma		Direktor in strok. vodja		Strok. vodja in soc. del.		Soc. del.		Nam. dir. na podr. ZN	
	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
Do 1 leta	1	5,56	0	0,00	3	27,27	2	9,09	3	14,29
Do 3 let	6	33,33	0	0,00	3	27,27	3	13,64	5	23,80
Do 5 let	2	11,11	3	42,86	2	18,18	4	18,18	3	14,29
Do 7 let	1	5,56	1	14,28	1	9,09	2	9,09	0	0,00
Do 10 let	4	22,22	3	42,86	0	0,00	3	13,64	4	19,05
Do 15 let	0	0,00	0	0,00	1	9,09	2	9,09	4	19,05
Do 20 let	0	0,00	0	0,00	1	9,09	0	0,00	1	4,76
Več kot 20 let	4	22,22	0	0,00	0	0,00	6	27,27	1	4,76
B. O.	1		0		0		0		1	

Tabela 9: Trajanje zaposlitve respondentov v domu

Socialna inšpekcija je Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve na 7. konferenci Inšpektorata RS za delo v letu 2009 opozorila, da sta visok absentizem in fluktuacija kadra v domovih za starejše posledica veljavnega kadrovskega normativa in naraščajočega obsega dela. Respondentov v raziskavi nismo spraševali o njihovi starosti, zato je podatke iz tabele 9 v kontekstu (ne)stalnosti kadra nekoliko težje komentirati. Iz števil v tabeli pa lahko razberemo, da je delavcev, ki so v domovih za starejše zaposleni že več kot deset let, med našo raziskovano populacijo dobra četrtina (25,31 odstotka). Med tistimi respondenti, ki na svojih delovnih mestih vztrajajo že več kot dve desetletji (13,92 odstotni delež odgovorov), prevladujejo socialni delavci in tisti direktorji domov, ki opravljajo le upravno funkcijo. Delo direktorjev je mandatno, zato je več podeljenih mandatov razumeti kot podporo in zaupanje njihovem delu s strani ključnih zunanjih in notranjih nadzornih organov.

Kot poudarja McGilton (McGilton et al., 2007), gre pri oskrbi in negi v domovih za starejše za zapleteno delovno okolje, kjer sta za zadovoljstvo osebja kritično pomembna zlasti kakovost vodenja in kakovost komunikacije. Na osnovi lastnih izkušenj lahko trdimo, da gre za težko naravo dela, ki od zaposlenega zahteva fizično, čustveno, mentalno in duhovno uravnoveženost. Tisti, ki tega ne zmorejo vzdrževati na daljši rok, se običajno odločijo za druga delovna mesta.

Imeli smo priložnost seznaniti se z ameriško prakso skrbi za kakovost delovnega življenja človeških virov v domovih za starejše, kjer potekajo izobraževalni moduli, ki vključujejo tehnike meditacije, programe časovnega, dietnega in stresnega managementa, telesne vadbe in delavnice o razvoju vodenja. Takšen model celostne skrbi za počutje in zdravje zaposlenih bi veljalo implementirati tudi v naše okolje.

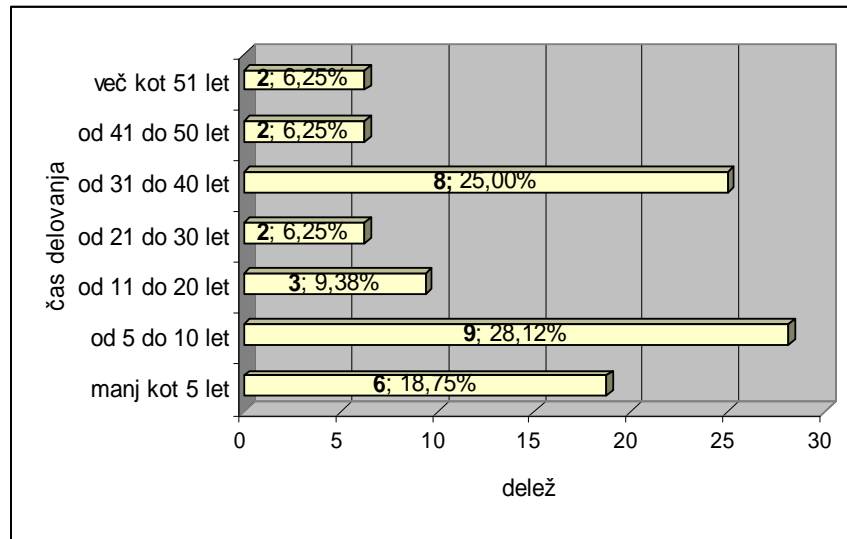
3.2. SPLOŠNI PODATKI O DOMOVIH ZA STAREJŠE, KI ZAPOSLUJEJO RESPONDENTE

3.2.1. ZASTOPANOST ZAVODOV V RAZISKAVI PO OBMOČNIH ENOTAH ZZZS, NJIHOV STATUS IN ČAS DELOVANJA

Območna enota Celje	
Thermana, d.d., Laško, Dom starejših, Zdraviliška cesta 6, Laško	Zasebni
Dom starejših Šentjur, Svetinova ulica 1, Šentjur	Javni
Dom upokoencev Šmarje pri Jelšah, Rakeževa 8, Šmarje pri Jelšah	Javni
Zavod sv. Rafaela Vransko, Vransko 144a, Vransko	Zasebni
Območna enota Koper	
Dom starejših občanov Ilirska Bistrica, Kidričeva 15, Ilirska Bistrica	Javni
Talita Kum – Zavod za pomoč materam in ostarelim, Ljubljanska 28, Postojna	Zasebni
Dom upokoencev Sežana, Ivana Turšiča 6, Sežana	Javni
Območna enota Kranj	
Dom upokoencev Kranj, Cesta 1. maja 59, Kranj	Javni
Dom Petra Uzarja Tržič, Bistrica, Ročevnica 58, Tržič	Javni
Območna enota Krško	
Dom upokoencev in oskrbovancev Impoljca, Arto 13, Sevnica	Javni
Območna enota Ljubljana	
DEOS, d.d., Ljubljana, Center starejših Gornji Grad, Tlaka 28, Gornji Grad	Zasebni
DEOS, d.d., Ljubljana, Center starejših Cerknica, Cesta pod Slivnico 1, Cerknica	Zasebni
DEOS, d.d., Ljubljana, Center starejših Trnovo, Devinska 1, Ljubljana	Zasebni
Dom upokoencev Center, Tabor – Poljane, Tabor 10, Ljubljana	Javni
Zavod sv. Terezije Videm Dobropolje, Videm 33a, Videm-Dobropolje	Zasebni
Zavod Župnije Trnovo – Karitas, Dom Janeza Krstnika, Kolezijska 1, Ljubljana	Zasebni
Dom starejših občanov Grosuplje, Ob Grosupeljščici 28, Grosuplje	Javni
Dom starejših Hrastnik, Novi Log 4a, Hrastnik	Javni
Dom upokoencev Jožeta Primožiča Miklavža, Arkova ulica 4, Idrija	Javni
Dom starejših Logatec, Gubčeva 8a, Logatec	Javni
Dom upokoencev Vrhnika, Idrijska cesta 13, Vrhnika	Javni
Območna enota Maribor	
Dom Danice Vogrinec Maribor, Čufarjeva cesta 9, Maribor	Javni
Dom starejših občanov Tezno, Panonska cesta 41, Maribor	Javni
Center za starejše občane Ormož, d.o.o., Ulica dr. Hrovata 10, Ormož	Zasebni
Dom dr. Jožeta Potrča, Poljčane, Potrčeva 1, Poljčane	Javni
Dom Kuzma, d.o.o., Kuzma 60 L, Kuzma	Zasebni
Območna enota Murska Sobota	
Dom starejših občanov Gornja Radgona, d.o.o., Trate 40, Gornja Radgona	Zasebni
Dom starejših občanov Ljutomer, Ul. 1. sloven. tabora 5, Ljutomer	Javni
Območna enota Nova gorica	
Center starejših Pristan Vipava, Zavod Pristan, Podnanos 70, Podnanos	Zasebni
Območna enota Novo mesto	
Dom starejših občanov Črnomelj, Ul. 21. oktobra 19c, Črnomelj	Javni
Dom počitka Metlika, Mestni trg 16, Metlika	Javni
Območna enota Ravne na Koroškem	
Zavod Čebela, Dom sv. Eme, Šentjanž, Šentjanž 102, Šentjanž	Zasebni

Tabela 10: Zastopanost zavodov, iz katerih prihajajo respondenti, po območnih enotah ZZZS

Med zastopanimi domovi v raziskavi je 13 zasebnih in 19 javnih. Predstavljajo mrežo domov v vseh desetih območnih enotah Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Dva sta odprla svoja vrata že pred letom 1960 (eden leta 1952, drugi 1954). V raziskavi pa je zastopanih največ domov, ki so začeli poslovati v zadnjem desetletju (po letu 2000 – takšnih je 15 oziroma 46,87 odstotka vseh). Sicer smo uspeli zajeti v raziskovano populacijo tako domove, ki so začeli delovati v 50., 60., 70., 80. in 90. letih prejšnjega stoletja, kot tudi tiste iz prvega desetletja novega tisočletja.



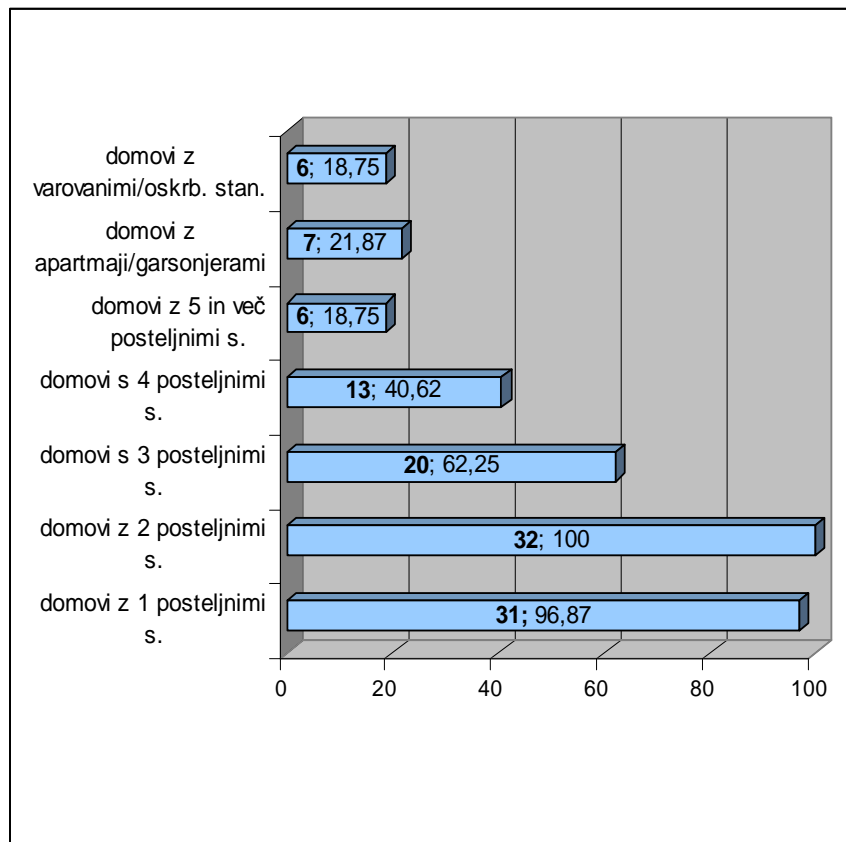
Slika 4: Čas delovanja domov za starejše

3.2.2. NASTANITVENE KAPACITETE IN BIVALNI STANDARD DOMOV

V le 32 domovih za starejše, vključenih v našo raziskavo, je skupaj 6.046 namestitvenih mest – visoko povprečje – 189 stanovalcev na dom. V enem izmed domov v Pomurju imajo po podatkih respondentov le dvoposteljne sobe. V le enem domu izmed tistih, za katere razpolagamo z natančnim številom posameznih vrst sob, pa je delež enoposteljnih sob večji od deleža preostalih sob (razmerje v odstotkih: 72,90:: 27,10; 121 enoposteljnih in 45 dvoposteljnih), gre za dom na Gorenjskem s kapaciteto 211 stanovalcev. Najnižji delež enoposteljnih sob beleži dom, ki jih ima 15,68 odstotka, najvišji delež pa predstavlja 50 odstotkov, pri čemer je treba poudariti, da gre v tem primeru za dom z najmanjšo nastanitveno kapaciteto 21 stanovalcev. Na drugem mestu je dom s 45,36-odstotnim deležem enoposteljnih sob. Največja skupina domov beleži od 20- do 30- odstotni delež enoposteljnih sob.

Več kot polovica domov iz naše raziskave (68,74 odstotka) ima nastanitveno zmogljivost nad 150 stanovalcev. Primerjalno ima povprečni slovenski dom za starejše po podatkih Statističnega urada RS (2009, str. 4) kapaciteto okoli 200 postelj. To pomeni, da tudi v našem primeru lahko govorimo o prevladujočem deležu velikih domov, v katerih se stanovalci lahko kaj hitro »izgubijo« in so

posameznikove potrebe spregledane. Na to nevarnost je že v letnem poročilu za leto 1999 opozoril Varuh človekovih pravic (2000, str. 159), ki meni, da lahko v velikih domovih za starejše pride do brezosebni odnosov tako med stanovalci samimi, kot med njimi in osebjem, kar ima lahko škodljive posledice za stanovalce in na ravnanje z njimi. O problemu neizpolnjevanja določil bivalnega standarda (7. člen Pravilnika o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev) s strani izvajalcev (pojavljanje tri-, štiri-, pet-, šestposteljnih sob) piše v svojih vsakoletnih poročilih o izvedenih inšpekcijskih nadzorih socialna inšpekcija Inšpektorata RS za delo.



Slika 5: Število in delež domov, vključenih v raziskavo, glede na vrsto nastanitvenih kapacitet

Nastanitvena kapaciteta	(f)	(%)
Do 50 stanovalcev	3	9,37
Med 50 in 100 stanovalcev	3	9,37
Med 101 in 150 stanovalcev	4	12,50
Med 151 in 200 stanovalcev	15	46,87
Nad 200 stanovalcev	7	21,87

Tabela 11: Število in delež domov, vključenih v raziskavo, glede na nastanitveno kapaciteto

Pri nastanitveni kapaciteti izstopa dom iz osrednje Slovenije, ki lahko sprejme 505 stanovalcev, ter dom v drugem največjem slovenskem mestu (Maribor) z 809

stanovalci, razporejenimi v štiri zgradbev kompleksu. Po podatkih o številu prošelj in prostih mest v domovih za starejše, ki jih zadnjih nekaj mesecev ažurno na svoji spletni strani objavlja Skupnost socialnih zavodov Slovenije (<http://www.ssz-slo.si>), sta bili 25. novembra 2011 v domovih, zastopanih v naši raziskavi, na voljo le dve prosti mesti (dva domova sta razpolagala s prostim mestom).

3.2.3. PONUDBA STORITEV DOMOV

Storitev	(f)	(%)
Celodnevno institucionalno varstvo	32	100,00
Razvoz hrane (dostava kosil na dom)	12	37,50
Dnevno varstvo	10	31,25
Pomoč na domu	10	31,25
Bivanje v oskrbovanih/varovanih stanovanjih	6	18,75
Storitve pedikure tudi za zunanje uporabnike	5	15,62
Frizerske storitve tudi za zunanje uporabnike	3	9,37
Možnost najema prostora	3	9,37
Izposoja ortopedskih pripomočkov	3	9,37
Izposoja terapevtskih pripomočkov	2	6,25
Storitve fizioterapije na domu	2	6,25
Pranje in likanje perila tudi za zunanje uporabnike	2	6,25
Prevozi	2	6,25
Kopanje zunanjih uporabnikov	2	6,25
Začasno celodnevno varstvo za ogrožene starostnike	1	3,12
Storitve delovne terapije na domu	1	3,12
Izposoja bolniških postelj	1	3,12
Masaže	1	3,12

Dnevno varstvo za starejše, ki živijo doma in vključuje oskrbne ter zdravstvene storitve, zagotavlja svojim uporabnikom slaba tretjina vseh domov, vključenih v raziskavo (31,2 odstotka), medtem ko oskrbne in zdravstvene storitve za stanovalce oskrbovanih stanovanj zagotavlja slaba petina (18,75 odstotka). Dokaj dobro domovi pokrivajo okolje z razvozom hrane posameznikom in družinam na dom (dostava predvsem kosil). Storitve socialnega servisa na domu za starejše oziroma druge, ki takšno pomoč potrebujejo (pomoč na domu v obliki gospodinjske pomoči, pri vzdrževanju osebne higiene in ohranjanju socialnih stikov), zagotavlja enak delež domov (31,25 odstotka), kot jih zagotavlja tudi delež dnevnega varstva starejših. V enem primeru doma se v okviru izvajanja pomoči na domu izvajata tudi nega na domu.

3.2.4. STANJE NA PODROČJU ZAPOSLOVANJA GLEDE NA VELJAVNE KADROVSKE NORMATIVE V INSTITUCIONALNEM VARSTVU STAREJŠIH

Skladnost z normativi	Direktor doma		Direktor in strok. vodja		Strok. vodja in soc. del.		Soc. del.		Nam. dir. na podr. ZN	
	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
Nad kadrovskimi normativi	6	31,58	3	42,85	4	36,36	4	18,18	5	22,73
Pod kadrovskimi normativi	1	5,26	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	4,55
Optimalno	12	63,16	4	57,15	6	54,54	11	50,00	12	54,54
B. O.					1	9,10	7	31,82	4	18,18

Tabela 13: Število zaposlenih v domu glede na kadrovske normative

V anketnem vprašalniku smo respondente prosili, da nam posredujejo podatke o številu zaposlenih na področjih socialne oskrbe in zdravstvene nege ter podatke o skupnem številu zaposlenih. Navedeno smo želeli primerjati s podatki o nastanitvenih kapacitetah, da bi preverili verodostojnost odgovorov na vprašanje, ali je število zaposlenih v domu, kjer so zaposleni, nad ali pod kadrovskim normativom, oziroma ali je optimalno. V času priprave vprašalnika smo pozabili na to, da kontrolni izračuni brez podatkov o strukturi stanovalcev glede na razvrščenost po vrstioskrbe in nege nimajo nikakršne veljave.

Slaba tretjina respondentov (31,88 odstotka) v naši raziskavi izjavlja, da je število zaposlenih v domovih, kjer so zaposleni, nad kadrovskim normativom, in le dva vprašana poročata, da njun delodajalec ne dosega kadrovskega normativa. Med tistimi, ki so odgovorili na vprašanje, jih je 65,22 odstotka seznanjenih s tem, da je število zaposlenih glede na veljavne kadrovske normative v institucionalnem varstvu starejših v njihovem zavodu optimalno. Predpostavljamo, da anketiranci, ki niso odgovorili na vprašanje (12), niso seznanjeni s temi podatki. Namenoma smo enako vprašanje zastavili vsem ciljnim posameznikom v domu (in ne npr. le direktorjem), da bi ugotovili, ali se odgovori na ravni iste ustanove razhajajo. Na takšno težavo nismo naleteli. Podatek o deležu domov, ki z zaposlovanjem presegajo veljavne kadrovske normative, si skušamo pojasniti s tem, da so v to kvoto najverjetneje zajeti tudi pripravniki (zaposleni le za čas pripravništva), s katerimi si veliko domov pomaga, dokler jim dogovori z Združenjem zdravstvenih zavodov Slovenije ter Socialno zbornico Slovenije pred napovedanimi svežimi vladnimi reformami (ki bodo zagotovo zaustavile zaposlovanje javnih uslužbencev) to še omogočajo.

3.2.5. UPRAVLJANJE KAKOVOSTI

Vsaka organizacija, ki želi učinkovito izpolnjevati svoje cilje, mora svojim uporabnikom zagotavljati kakovostne storitve, ter svojim deležnikom izkazati svojo strokovnost, transparentnost in racionalno upravljanje. Namen sistema kakovosti je na eni strani prepoznavanje potreb uporabnikov, izboljšanje delovanja in storitev organizacije, na drugi strani pa prepoznavanje potreb same organizacije. Prek sprejemanja sistema kakovosti organizacija spozna svoje močne in šibke točke ter

ugotovi, na katerih področjih se mora še okrepiti. Sistemi kakovosti se med seboj razlikujejo, vsi pa stremijo k istemu cilju, izboljšanju kakovosti delovanja.

Po zbranih podatkih za dvaintrideset domov, vključenih v raziskavo, jih le osem med njimi (torej četrtnina) uporablja določen splošno uveljavljen (certificiran) sistem managementa kakovosti. Vseh sedem domov, ki uporabljajo E-Qalin (vseevropski model za upravljanje kakovosti v domovih za starejše, VDC-jih, socialno varstvenih zavodih za usposabljanje, pri izvajalcih pomoči na domu, CSD-jih) jih pripada mreži javnih zavodov, prav tako je tudi preostali - osmi dom za starejše, ki uporablja sistem vodenja kakovosti po standardu ISO 9001: 2000 (ob uporabi sistema uravnoteženih kazalnikov; glej R. S. Kaplan in D. Norton, 1992) javni dom.

3.2.6. VKLJUČENOST PROSTOVOLJCEV V PROGRAM INSTITUCIONALNEGA VARSTVA

Dobro organizirani in (mentorsko) vodeni prostovoljni sodelavci so v domovih za starejše nepogrešljivo dopolnilo osebju. V domovih prevzemajo različne delovne naloge, se družijo s stanovalci, vodijo različne dejavnosti in krožke, pomagajo pri oskrbi oslabeledih stanovalcev ipd. Informacije o tem, v kolikšni meri imajo razvito prostovoljstvo v njihovem delovnem okolju, nismo pridobili od četrtnine respondentov (25,92 odstotkov vprašanih). Le en respondent je podal izjavo, da v njihovem domu ni prostovoljcev. Do pet prostovoljcev ima 21 domov (35 odstotkov, vključenih v raziskavo), do deset prostovoljcev ima 14 domov (23,33 odstotka, vključenih v raziskavo), do 20 prostovoljcev ima 8 domov (13,33 odstotka, vključenih v raziskavo), prav tako ima 8 domov do 30 prostovoljcev in 8 domov celo več kot 30 rednih prostovoljcev.

3.3. PREVERJANJE STRINJANJA RESPONDENTOV S POSAMEZNIMI TRDITVAMI (VEZANIMI NA POSAMEZNE DEJAVNIKE DOMOV ZA STAREJŠE – NACIONALNI NIVO TER NIVO ZAPOSLOITVENE USTANOVE)

V nadaljevanju predstavitev raziskovalnih rezultatov sledi niz šestindvajsetih tabel s prikazom odgovorov respondentov po posameznih skupinah (glede na njihovo delovno mesto) na posamezne trditve, ki se nanašajo na posamezne dejavnike domov za starejše. Respondenti so stopnjo strinjanja s postavljeno trditvijo izrazili s pomočjo Likertove 5 – stopenjske ocenjevalne lestvice (*vrednost 1 – se v celoti strinjam; 2 – se večinoma strinjam; 3 – se delno strinjam; 4 – se večinoma ne strinjam; 5 – se nikakor ne strinjam*). Vsem tabelam ni dodan komentar, ker bi obseg raziskovalnega poročila oz. diplomskega dela bil tako preobsežen. Komentirali smo predvsem tiste tabele, katerih trditve so sestavni del raziskovalnih hipotez.

Pogled na rezultate odgovorov, prikazanih v prvi tabeli v tem nizu kaže na to, da slovenski model domov za starejše smatrajo respondenti za konceptualno in organizacijsko dokaj sodobnega. Najnižje strinjanje s postavljeno trditvijo je opaziti

pri namestnikih direktorja na področju zdravstvene nege, najvišje strinjanje pa med strokovnimi vodji in socialnimi delavci.

Stopnja strinjanja: frekvenca odg. (% odg.)					
1 – direktor zavoda (n = 19)					
1: 3 (15,79)	2: 7 (36,85)	3: 5 (26,31)	4: 3 (15,79)	5: 1 (5,26)	M = 2,578
2 – direktor zavoda in strokovni vodja doma (n = 7)					
1: 0 (0,00)	2: 4 (57,14)	3: 2 (28,57)	4: 1 (14,29)	5: 0 (0,00)	M = 2,571
3 – strokovni vodja doma in soc. delavec (n = 11)					
1: 2 (18,18)	2: 3 (27,27)	3: 5 (45,46)	4: 1 (9,09)	5: 0 (0,00)	M = 2,454
4 – socialni delavec (n = 22)					
1: 5 (22,73)	2: 6 (27,27)	3: 5 (22,73)	4: 5 (22,73)	5: 1 (4,54)	M = 2,590
5 – nam. dir. na področju ZN (n = 22)					
1: 0 (0,00)	2: 11 (50,00)	3: 7 (31,82)	4: 2 (9,09)	5: 2 (9,09)	M = 2,772
Σ 1: 10 (12,35)	2: 31 (38,27)	3: 24 (29,63)	4: 12 (14,81)	5: 4 (4,94)	M = 2,593

Tabela 14: Odgovori respondentov na trditev 1 – slovenski model domov za starejše je s konceptualnega in organizacijskega vidika sodoben in bistveno ne zaostaja za razvitimi tovrstnimi modeli v evropskem prostoru.

Na vprašanje glede slovenskega modela domov za starejše z vidika racionalnosti in stroškovne učinkovitosti, ponovno najnižje strinjanje s postavljeno trditvijo beležimo pri namestnikih direktorja na področju zdravstvene nege, najvišje pa pri direktorjih zavodov. Zanimivo, da najslabše ocene podajajo prav strokovnjaki zdravstvene nege, ki praviloma bolj kritično gledajo na racionalnost, stroškovno učinkovitost in na organiziranost, četudi bi bilo pričakovati, da so za ta vprašanja manj usposobljeni.

Stopnja strinjanja: frekvenca odg. (% odg.)					
1 – direktor zavoda (n = 19)					
1: 3 (15,79)	2: 5 (26,32)	3: 4 (21,05)	4: 4 (21,05)	5: 3 (15,79)	M = 2,947
2 – direktor zavoda in strokovni vodja doma (n = 7)					
1: 1 (14,29)	2: 0 (0,00)	3: 2 (28,57)	4: 4 (57,14)	5: 0 (0,00)	M = 3,285
3 – strokovni vodja doma in soc. delavec (n = 11)					
1: 0 (0,00)	2: 2 (18,18)	3: 7 (63,64)	4: 2 (18,18)	5: 0 (0,00)	M = 3,000
4 – socialni delavec (n = 22)					
1: 0 (0,00)	2: 6 (27,27)	3: 7 (31,82)	4: 8 (36,37)	5: 1 (4,54)	M = 3,181
5 – nam. dir. na področju ZN (n = 22)					
1: 0 (0,00)	2: 3 (13,64)	3: 10 (45,45)	4: 6 (27,27)	5: 3 (13,64)	M = 3,409
Σ 1: 4 (4,94)	2: 16 (19,75)	3: 30 (37,04)	4: 24 (29,63)	5: 7 (8,64)	M = 3,172

Tabela 15: Odgovori respondentov na trditev 2 – slovenski model domov za starejše je racionalen in stroškovno dovolj učinkovit.

Organiziranost slovenskih domov za starejše glede na porabo časa za logistiko najboljše ocenjujejo socialni delavci in najslabše direktorji domov, ki so hkrati strokovni vodje domov. Zastavlja se vprašanje, kje iskati vzrok za takšno pasivizacijo socialnih delavcev, ki jih očitno logistika obremenjuje manj, kot drugo strokovno delo.

Stopnja strinjanja: frekvenca odg. (% odg.)						
1 – direktor zavoda (n = 19)						
1: 2 (10,53)	2: 4 (21,05)	3: 9 (47,37)	4: 3 (15,79)	5: 1 (5,26)	M = 3,368	
2 – direktor zavoda in strokovni vodja doma (n = 7)						
1: 0 (0,00)	2: 1 (14,29)	3: 2 (28,57)	4: 2 (28,57)	5: 2 (28,57)	M = 3,714	
3 – strokovni vodja doma in soc. delavec (n = 11)						
1: 1 (9,09)	2: 3 (27,27)	3: 5 (45,46)	4: 2 (18,18)	5: 0 (0,00)	M = 2,727	
4 – socialni delavec (n = 22)						
1: 5 (22,73)	2: 8 (36,36)	3: 6 (27,27)	4: 3 (13,64)	5: 0 (0,00)	M = 2,318	
5 – nam. dir. na področju ZN (n = 22)						
1: 3 (13,64)	2: 6 (27,27)	3: 10 (45,45)	4: 1 (4,55)	5: 2 (9,09)	M = 2,681	
Σ 1: 11 (13,58)	2: 22 (27,16)	3: 32 (39,51)	4: 11 (13,58)	5: 5 (6,17)	M = 2,716	

Tabela 16: Odgovori respondentov na trditev 3 – posledica obstoječe organiziranosti v slovenskih domovih za starejše je med drugim ta, da se izgublja velik del delovnega časa le z logistiko.

V zvezi z veljavnimi kadrovskimi normativi na področju institucionalnega varstva starejših so vsi udeleženci v raziskavi prepričani, da ne ustrezajo, saj je povprečna vrednost odgovorov respondentov po skupinah zelo skladna.

Stopnja strinjanja: frekvenca odg. (% odg.)						
1 – direktor zavoda (n = 19)						
1: 0 (0,00)	2: 2 (10,53)	3: 1 (5,26)	4: 2 (10,53)	5: 14 (73,68)	M = 4,473	
2 – direktor zavoda in strokovni vodja doma (n = 7)						
1: 0 (0,00)	2: 0 (0,00)	3: 1 (14,29)	4: 1 (14,29)	5: 5 (71,42)	M = 4,571	
3 – strokovni vodja doma in soc. delavec (n = 11)						
1: 0 (0,00)	2: 0 (0,00)	3: 2 (18,18)	4: 3 (27,27)	5: 6 (54,55)	M = 4,363	
4 – socialni delavec (n = 22)						
1: 0 (0,00)	2: 2 (9,09)	3: 2 (9,09)	4: 3 (13,64)	5: 15 (68,18)	M = 4,409	
5 – nam. dir. na področju ZN (n = 22)						
1: 0 (0,00)	2: 0 (0,00)	3: 2 (9,09)	4: 4 (18,18)	5: 16 (72,73)	M = 4,636	
Σ 1: 0 (0,00)	2: 4 (4,94)	3: 8 (9,88)	4: 13 (16,05)	5: 56 (69,13)	M = 4,493	

Tabela 17: Odgovori respondentov na trditev 4 – veljavni kadrovski normativi na področju institucionalnega varstva starejših so ustrezni.

Stopnja strinjanja: frekvenca odg. (% odg.)						
1 – direktor zavoda (n = 19)						
1: 2 (10,53)	2: 4 (21,05)	3: 3 (15,79)	4: 3 (15,79)	5: 7 (36,84)	M = 3,473	
2 – direktor zavoda in strokovni vodja doma (n = 7)						
1: 1 (14,29)	2: 1 (14,29)	3: 3 (42,86)	4: 1 (14,29)	5: 1 (14,29)	M = 3,000	
3 – strokovni vodja doma in soc. delavec (n = 11)						
1: 0 (0,00)	2: 3 (27,27)	3: 2 (18,18)	4: 3 (27,27)	5: 3 (27,27)	M = 3,545	
4 – socialni delavec (n = 22)						
1: 1 (4,54)	2: 2 (9,09)	3: 2 (9,09)	4: 8 (36,37)	5: 9 (40,91)	M = 4,000	
5 – nam. dir. na področju ZN (n = 22)						
1: 1 (4,54)	2: 1 (4,54)	3: 9 (40,91)	4: 6 (27,27)	5: 5 (22,73)	M = 3,590	
Σ 1: 5 (6,17)	2: 11 (13,58)	3: 19 (23,46)	4: 21 (25,93)	5: 25 (30,86)	M = 3,617	

Tabela 18: Odgovori respondentov na trditev 5 – veljavni minimalni tehnični pogoji na področju institucionalnega varstva starejših ne potrebujejo bistvenih dopolnitev.

Ocene respondentov o primernosti veljavnih minimalnih tehničnih pogojev na področju domov za starejše so zelo različne, čeprav je med vprašanimi bistveno več tistih, ki menijo (dobrih 56 odstotkov), da jih je potrebno podobno kot kadrovske normative korigirati. Najbolj se minimalni tehnični pogoji na področju institucionalnega varstva starejših zdijo sporni socialnim delavcem, najmanj pa direktorjem domov, ki so hkrati strokovni vodje domov.

Stopnja strinjanja: frekvenca odg. (% odg.)					
1 – direktor zavoda (n = 19)					
1: 4 (21,05)	2: 7 (36,85)	3: 4 (21,05)	4: 4 (21,05)	5: 0 (0,00)	M = 2,421
2 – direktor zavoda in strokovni vodja doma (n = 7)					
1: 0 (0,00)	2: 2 (28,57)	3: 5 (71,42)	4: 0 (0,00)	5: 0 (0,00)	M = 2,714
3 – strokovni vodja doma in soc. delavec (n = 11)					
1: 1 (9,09)	2: 4 (36,37)	3: 3 (27,27)	4: 3 (27,27)	5: 0 (0,00)	M = 2,727
4 – socialni delavec (n = 22)					
1: 5 (22,73)	2: 6 (27,27)	3: 7 (31,82)	4: 2 (9,09)	5: 2 (9,09)	M = 2,545
5 – nam. dir. na področju ZN (n = 22)					
1: 0 (0,00)	2: 9 (40,91)	3: 9 (40,91)	4: 3 (13,64)	5: 1 (4,54)	M = 2,818
Σ 1: 10 (12,35)	2: 28 (34,57)	3: 28 (34,57)	4: 12 (14,81)	5: 3 (3,70)	M = 2,629

Tabela 19: Odgovori respondentov na trditev 6 – večina domov za starejše v državi svojim uporabnikom ne omogoča dovolj visokega bivalnega standarda (kot rezultat prevelike nastanitvene kapacitete, slabe arhitekturne zasnove, premajhnega deleža enoposteljnih sob ipd.).

Glede odgovorov na trditev, da večina domov za starejše v državi svojim uporabnikom ne omogoča dovolj visokega bivalnega standarda (kot rezultat prevelikih namestitvenih kapacitet, slabe arhitekturne zasnove, premajhnega deleža enoposteljnih sob) so bili respondenti dokaj enotni. Najbolj so se s postavljeno trditvijo strinjali direktorji domov in najmanj predstavniki delavcev zdravstvene nege.

Stopnja strinjanja: frekvenca odg. (% odg.)					
1 – direktor zavoda (n = 19)					
1: 2 (10,53)	2: 1 (5,26)	3: 3 (15,79)	4: 5 (26,32)	5: 8 (42,10)	M = 3,842
2 – direktor zavoda in strokovni vodja doma (n = 7)					
1: 0 (0,00)	2: 2 (28,57)	3: 0 (0,00)	4: 2 (28,57)	5: 3 (42,86)	M = 3,857
3 – strokovni vodja doma in soc. delavec (n = 11)					
1: 1 (9,09)	2: 3 (27,27)	3: 4 (36,37)	4: 2 (18,18)	5: 1 (9,09)	M = 2,909
4 – socialni delavec (n = 22)					
1: 4 (18,18)	2: 2 (9,09)	3: 6 (27,27)	4: 5 (22,73)	5: 5 (22,73)	M = 3,227
5 – nam. dir. na področju ZN (n = 22)					
1: 0 (0,00)	2: 6 (27,27)	3: 14 (63,64)	4: 1 (4,54)	5: 1 (4,54)	M = 2,863
Σ 1: 7 (8,64)	2: 14 (17,28)	3: 27 (33,33)	4: 15 (18,52)	5: 18 (22,22)	M = 3,283

Tabela 20: Odgovori respondentov na trditev 7 – vzpostavljena je enakopravnost med uporabniki javnih in zasebnih izvajalcev institucionalnega varstva starejših.

Ob podelitvi koncesije za institucionalno varstvo ustanovitelj – MDDSZ potrdi znatno višje cene oskrbe (do 20 odstotkov), kot so v povprečju v ostalih domovih. Na ta

način so uporabniki zaradi višje cene storitev – ob enakem standardu – v neenakem položaju. Možnosti koriščenja novih zmogljivosti prav zaradi višjih cen najbolj potrebnim pogosto niso dosegljive. Dodaten problem za stanovalce predstavlja nastanitev v tistih novih domovih, ki so pridobili koncesijo, koncesijske pogodbe pa ne uresničuje Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki tem stanovalcem ne krije stroškov zdravstvene nege (razlog naj bi bil v pomanjkanju sredstev v zdravstveni blagajni). Ilustrativen primer za ta problem sta nedavno odprta nova domova v Notranjih Goricah ter v Kranjski Gori.

Neenakopravnosti med uporabniki javnih in zasebnih izvajalcev institucionalnega varstva starejših se najbolj zavedajo direktorji zavodov. Bistveno manj so na ta problem občutljivi namestniki direktorjev na področju zdravstvene nege.

Stopnja strinjanja: frekvenca odg. (% odg.)					
1 – direktor zavoda (n = 19)					
1: 2 (10,53)	2: 1 (5,26)	3: 7 (36,85)	4: 1 (5,26)	5: 8 (42,10)	M = 3,631
2 – direktor zavoda in strokovni vodja doma (n = 7)					
1: 1 (14,29)	2: 1 (14,29)	3: 1 (14,29)	4: 3 (42,86)	5: 1 (14,29)	M = 3,285
3 – strokovni vodja doma in soc. delavec (n = 11)					
1: 0 (0,00)	2: 1 (9,09)	3: 5 (45,45)	4: 3 (27,27)	5: 2 (18,18)	M = 3,545
4 – socialni delavec (n = 22)					
1: 0 (0,00)	2: 2 (9,09)	3: 10 (45,45)	4: 4 (18,18)	5: 6 (27,27)	M = 3,636
5 – nam. dir. na področju ZN (n = 22)					
1: 2 (9,09)	2: 1 (4,54)	3: 9 (40,91)	4: 6 (27,27)	5: 4 (18,18)	M = 3,409
Σ 1: 5 (6,17)	2: 6 (7,41)	3: 32 (39,51)	4: 17 (20,98)	5: 21 (25,93)	M = 3,530

*Tabela 21: Odgovori respondentov na trditev 8 – **domove za starejše bi namesto države morala ustanavljati civilna združenja.***

Nasprotje stališč glede tega, ali bi domove za starejše morala namesto države ustanavljati civilna združenja, je najbolj izraženo pri skupini direktorjev domov – odvisno, ali vodijo in upravljajo javne zavode, ali zavode v zasebni lasti. Civilna združenja v tej vlogi ne podpira precejšen delež tako socialnih delavcev, namestnikov direktorjev na področju zdravstvene nege, kot tudi ne strokovnih vodij domov, ki so hkrati socialni delavci.

Stopnja strinjanja: frekvenca odg. (% odg.)					
1 – direktor zavoda (n = 19)					
1: 7 (36,85)	2: 6 (31,58)	3: 3 (15,79)	4: 1 (5,26)	5: 2 (10,53)	M = 2,210
2 – direktor zavoda in strokovni vodja doma (n = 7)					
1: 3 (42,86)	2: 1 (14,29)	3: 3 (42,86)	4: 0 (0,00)	5: 0 (0,00)	M = 2,000
3 – strokovni vodja doma in soc. delavec (n = 11)					
1: 4 (36,37)	2: 4 (36,37)	3: 0 (0,00)	4: 3 (27,27)	5: 0 (0,00)	M = 2,181
4 – socialni delavec (n = 22)					
1: 13 (59,09)	2: 7 (31,82)	3: 0 (0,00)	4: 0 (0,00)	5: 2 (9,09)	M = 1,681
5 – nam. dir. na področju ZN (n = 22)					
1: 2 (9,09)	2: 5 (22,73)	3: 5 (22,73)	4: 3 (13,64)	5: 7 (31,82)	M = 3,363
Σ 1: 29 (35,80)	2: 23 (28,40)	3: 11 (13,58)	4: 7 (8,64)	5: 11 (13,58)	M = 2,358

*Tabela 22: Odgovori respondentov na trditev 9 – **prevladujoč medicinski model obravnave starostnika v slovenskih domovih za starejše je nujno nadomestiti s socialnim modelom s psihosocialnim konceptom obravnave.***

Glede trditve, da bi bilo prevladujoč medicinski model obravnave starostnika v slovenskih domovih za starejše nujno nadomestiti s socialnim modelom (s psihosocialnim konceptom obravnave), se je najbolj strinjala skupina respondentov socialnega dela in najmanj respondentov s področja zdravstvene nege. Tradicionalno rivalstvo glede konceptov v domovih za starejše zahteva strokovno poglobitev in obravnavo vseh udeleženi v spremljanje starostnikov v domu.

Stopnja strinjanja: frekvenca odg. (% odg.)					
1 – direktor zavoda (n = 19)					
1: 8 (42,10)	2: 5 (26,32)	3: 4 (21,05)	4: 1 (5,26)	5: 1 (5,26)	M = 2,052
2 – direktor zavoda in strokovni vodja doma (n = 7)					
1: 1 (14,29)	2: 5 (71,42)	3: 1 (14,29)	4: 0 (0,00)	5: 0 (0,00)	M = 2,000
3 – strokovni vodja doma in soc. delavec (n = 11)					
1: 5 (45,45)	2: 3 (27,27)	3: 3 (27,27)	4: 0 (0,00)	5: 0 (0,00)	M = 1,818
4 – socialni delavec (n = 22)					
1: 8 (36,37)	2: 8 (36,37)	3: 6 (27,27)	4: 0 (0,00)	5: 0 (0,00)	M = 1,909
5 – nam. dir. na področju ZN (n = 22)					
1: 3 (13,64)	2: 5 (22,73)	3: 10 (45,45)	4: 3 (13,64)	5: 1 (4,54)	M = 2,727
Σ 1: 25 (30,86)	2: 26 (32,10)	3: 24 (29,63)	4: 4 (4,94)	5: 2 (2,47)	M = 2,160

Tabela 23: Odgovori respondentov na trditev 10 –zagovarjam t. i. koncept gospodinjskih skupnosti, razvit v domovih za starejše v nekaterih državah zahodne Evrope, ki bi ga morali uvajati tudi pri nas.

Respondenti so se v visokem deležu strinjali tudi s konceptom gospodinjskih skupnosti, kakršen je razvit v državah zahodne Evrope in bi ga morali v domovih za starejše uvajati tudi pri nas.

Stopnja strinjanja: frekvenca odg. (% odg.)					
1 – direktor zavoda (n = 19)					
1: 11 (57,89)	2: 6 (31,58)	3: 2 (10,53)	4: 0 (0,00)	5: 0 (0,00)	M = 1,523
2 – direktor zavoda in strokovni vodja doma (n = 7)					
1: 1 (14,29)	2: 4 (57,14)	3: 2 (28,57)	4: 0 (0,00)	5: 0 (0,00)	M = 2,142
3 – strokovni vodja doma in soc. delavec (n = 11)					
1: 6 (54,55)	2: 2 (18,18)	3: 2 (18,18)	4: 1 (9,09)	5: 0 (0,00)	M = 1,818
4 – socialni delavec (n = 22)					
1: 10 (45,45)	2: 9 (40,91)	3: 2 (9,09)	4: 1 (4,54)	5: 0 (0,00)	M = 1,727
5 – nam. dir. na področju ZN (n = 22)					
1: 16 (72,73)	2: 2 (9,09)	3: 4 (18,18)	4: 0 (0,00)	5: 0 (0,00)	M = 1,454
Σ 1: 44 (54,32)	2: 23 (28,40)	3: 12 (14,81)	4: 2 (2,47)	5: 0 (0,00)	M = 1,654

Tabela 24: Odgovori respondentov na trditev 11 –slovenski domovi za starejše postajajo vedno bolj negovalne bolnišnice.

Glede odgovorov respondentov glede trditve, da domovi za starejše postajajo vedno bolj negovalne bolnišnice, je prav tako veljal visok delež strinjanja.

Stopnja strinjanja: frekvenca odg. (% odg.)					
1 – direktor zavoda (n = 19)					
1: 5 (26,32)	2: 9 (47,37)	3: 4 (21,05)	4: 1 (5,26)	5: 0 (0,00)	M = 2,052
2 – direktor zavoda in strokovni vodja doma (n = 7)					
1: 0 (0,00)	2: 2 (28,57)	3: 5 (71,42)	4: 0 (0,00)	5: 0 (0,00)	M = 2,714
3 – strokovni vodja doma in soc. delavec (n = 11)					
1: 4 (36,37)	2: 5 (45,45)	3: 1 (9,09)	4: 1 (9,09)	5: 0 (0,00)	M = 1,909
4 – socialni delavec (n = 22)					
1: 4 (18,18)	2: 7 (31,82)	3: 10 (45,45)	4: 1 (4,54)	5: 0 (0,00)	M = 2,363
5 – nam. dir. na področju ZN (n = 22)					
1: 4 (18,18)	2: 10 (45,45)	3: 7 (31,82)	4: 1 (4,54)	5: 0 (0,00)	M = 2,227
Σ 1: 17 (20,99)	2: 33 (40,74)	3: 27 (33,33)	4: 4 (4,94)	5: 0 (0,00)	M = 2,222

Tabela 25: Odgovori respondentov na trditev 12 – številni uporabniki domov za starejše bi potrebovali drugačne rešitve na področju organizirane skupnostne skrbi.

Stopnja strinjanja: frekvenca odg. (% odg.)					
1 – direktor zavoda (n = 19)					
1: 0 (0,00)	2: 4 (21,05)	3: 6 (31,58)	4: 3 (15,79)	5: 6 (31,58)	M = 3,578
2 – direktor zavoda in strokovni vodja doma (n = 7)					
1: 0 (0,00)	2: 0 (0,00)	3: 4 (57,14)	4: 1 (14,29)	5: 2 (28,57)	M = 3,714
3 – strokovni vodja doma in soc. delavec (n = 11)					
1: 2 (18,18)	2: 1 (9,09)	3: 3 (27,27)	4: 4 (36,37)	5: 1 (9,09)	M = 3,090
4 – socialni delavec (n = 22)					
1: 1 (4,54)	2: 6 (27,27)	3: 5 (22,73)	4: 6 (27,27)	5: 4 (18,18)	M = 3,272
5 – nam. dir. na področju ZN (n = 22)					
1: 3 (13,64)	2: 3 (13,64)	3: 7 (31,82)	4: 6 (27,27)	5: 3 (13,64)	M = 3,136
Σ 1: 6 (7,41)	2: 14 (17,28)	3: 25 (30,86)	4: 20 (24,69)	5: 16 (19,76)	M = 3,320

Tabela 26: Odgovori respondentov na trditev 13 – večina domov za starejše pri nas je premalo odprtih v zunanje okolje.

Strinjanje respondentov s postavljenimi trditvami, vezanimi na zaposlitveno ustanovo

Stopnja strinjanja: frekvenca odg. (% odg.)					
1 – direktor zavoda (n = 19)					
1: 1 (5,26)	2: 5 (26,32)	3: 5 (26,32)	4: 5 (26,32)	5: 3 (15,79)	M = 3,210
2 – direktor zavoda in strokovni vodja doma (n = 7)					
1: 0 (0,00)	2: 1 (14,29)	3: 4 (57,14)	4: 1 (14,29)	5: 1 (14,29)	M = 3,285
3 – strokovni vodja doma in soc. delavec (n = 11)					
1: 1 (9,09)	2: 0 (0,00)	3: 5 (45,45)	4: 2 (18,18)	5: 3 (27,27)	M = 3,545
4 – socialni delavec (n = 22)					
1: 3 (13,64)	2: 5 (22,73)	3: 2 (9,09)	4: 7 (31,82)	5: 5 (22,73)	M = 3,272
5 – nam. dir. na področju ZN (n = 22)					
1: 2 (9,09)	2: 2 (9,09)	3: 8 (36,37)	4: 7 (31,82)	5: 3 (13,64)	M = 3,318
Σ 1: 7 (8,64)	2: 13 (16,05)	3: 24 (29,63)	4: 22 (27,16)	5: 15 (18,52)	M = 3,308

Tabela 27: Odgovori respondentov na trditev 14 – mnogo stvari pri nas je naravnanih predvsem na ustanovo in ne na uporabnika.

Zanimivi so bili odgovori na trditev, da je mnogo stvari pri nas naravnanih na ustanovo in ne na uporabnika, kjer so se s trditvijo najbolj strinjali strokovni vodje in hkrati socialni delavci, najmanj pa direktorji zavodov.

Stopnja strinjanja: frekvenca odg. (% odg.)					
1 – direktor zavoda (n = 19)					
1: 2 (10,53)	2: 6 (31,58)	3: 4 (21,05)	4: 3 (15,79)	5: 4 (21,05)	M = 3,052
2 – direktor zavoda in strokovni vodja doma (n = 7)					
1: 0 (0,00)	2: 1 (14,29)	3: 4 (57,14)	4: 2 (28,57)	5: 0 (0,00)	M = 3,142
3 – strokovni vodja doma in soc. delavec (n = 11)					
1: 0 (0,00)	2: 2 (18,18)	3: 6 (54,55)	4: 1 (9,09)	5: 2 (18,18)	M = 3,272
4 – socialni delavec (n = 22)					
1: 1 (4,54)	2: 7 (31,82)	3: 7 (31,82)	4: 2 (9,09)	5: 5 (22,73)	M = 3,136
5 – nam. dir. na področju ZN (n = 22) 5: 5					
1: 3 (13,64)	2: 2 (9,09)	3: 11 (50,00)	4: 3 (13,64)	5: 3 (13,64)	M = 3,045
Σ 1: 6 (7,41)	2: 18 (22,22)	3: 32 (39,51)	4: 11 (13,58)	5: 14 (17,28)	M = 3,111

Tabela 28: Odgovori respondentov na trditev 15 – v praksi našega doma je medicinski model obravnave stanovalcev v ospredju pred psihosocialnim konceptom normalizacije.

Stopnja strinjanja: frekvenca odg. (% odg.)					
1 – direktor zavoda (n = 19)					
1: 1 (31,58)	2: 2 (10,53)	3: 6 (31,58)	4: 3 (15,79)	5: 7 (36,85)	M = 3,684
2 – direktor zavoda in strokovni vodja doma (n = 7)					
1: 0 (0,00)	2: 1 (14,29)	3: 1 (14,29)	4: 3 (42,86)	5: 2 (28,57)	M = 3,857
3 – strokovni vodja doma in soc. delavec (n = 11)					
1: 0 (0,00)	2: 1 (9,09)	3: 3 (27,27)	4: 3 (27,27)	5: 4 (36,37)	M = 3,909
4 – socialni delavec (n = 22)					
1: 1 (4,54)	2: 1 (4,54)	3: 5 (22,73)	4: 9 (40,91)	5: 6 (27,27)	M = 3,818
5 – nam. dir. na področju ZN (n = 22)					
1: 0 (0,00)	2: 1 (4,54)	3: 3 (13,64)	4: 8 (36,37)	5: 10 (45,45)	M = 4,227
Σ 1: 2 (2,47)	2: 6 (7,41)	3: 18 (22,22)	4: 26 (32,10)	5: 29 (35,80)	M = 3,913

Tabela 29: Odgovori respondentov na trditev 16 – struktura in število zaposlenih v domu omogočata dovolj poglobljeno individualno obravnavo stanovalcev doma.

Glede strukture in števila zaposlenih, ki da v domu omogočata dovolj poglobljeno individualno obravnavo stanovalcev je bilo strinjanje nizko, najbolj kritični so bili predstavniki zdravstvene nege in strokovni vodje domov, hkrati socialni delavci.

Stopnja strinjanja: frekvenca odg. (% odg.)					
1 – direktor zavoda (n = 19)					
1: 1 (5,26)	2: 3 (15,79)	3: 1 (5,26)	4: 5 (26,32)	5: 9 (47,37)	M = 3,947
2 – direktor zavoda in strokovni vodja doma (n = 7)					
1: 0 (0,00)	2: 0 (0,00)	3: 2 (28,57)	4: 3 (42,86)	5: 2 (28,57)	M = 4,000
3 – strokovni vodja doma in soc. delavec (n = 11)					
1: 0 (0,00)	2: 1 (9,09)	3: 3 (27,27)	4: 1 (9,09)	5: 6 (54,55)	M = 4,090
4 – socialni delavec (n = 22)					
1: 0 (0,00)	2: 3 (13,64)	3: 4 (18,18)	4: 7 (31,82)	5: 8 (36,37)	M = 3,909

5 – nam. dir. na področju ZN (n = 22)					
1: 1 (4,54)	2: 2 (9,09)	3: 5 (22,73)	4: 5 (22,73)	5: 9 (40,91)	<i>M</i> = 3,863
Σ 1: 2 (2,47)	2: 9 (11,11)	3: 15 (18,52)	4: 21 (25,93)	5: 34 (41,97)	<i>M</i> = 3,938

Tabela 30: Odgovori respondentov na trditev 17 –naš dom je z vidika nastanitvene kapacitete prevelik in ne ustreza različnim potrebam starejših.

Stopnja strinjanja: frekvenca odg. (% odg.)					
1 – direktor zavoda (n = 19)					
1: 4 (21,05)	2: 7 (36,85)	3: 5 (26,32)	4: 1 (5,26)	5: 2 (10,53)	<i>M</i> = 2,473
2 – direktor zavoda in strokovni vodja doma (n = 7)					
1: 0 (0,00)	2: 3 (42,86)	3: 4 (57,14)	4: 0 (0,00)	5: 0 (0,00)	<i>M</i> = 2,571
3 – strokovni vodja doma in soc. delavec (n = 11)					
1: 3 (27,27)	2: 5 (45,45)	3: 2 (18,18)	4: 1 (9,09)	5: 0 (0,00)	<i>M</i> = 2,090
4 – socialni delavec (n = 22)					
1: 5 (22,73)	2: 9 (40,91)	3: 5 (22,73)	4: 2 (9,09)	5: 1 (4,54)	<i>M</i> = 2,318
5 – nam. dir. na področju ZN (n = 22)					
1: 2 (9,09)	2: 6 (27,27)	3: 8 (36,37)	4: 4 (18,18)	5: 2 (9,09)	<i>M</i> = 2,909
Σ 1: 14 (17,28)	2: 30 (37,04)	3: 24 (29,63)	4: 8 (9,88)	5: 5 (6,17)	<i>M</i> = 2,506

Tabela 31: Odgovori respondentov na trditev 18 –sleherni uporabnik pri nas je prepoznan, ima svoj življenjski prostor, ki zadovolji tako potrebo po intimnosti in zasebnosti, kot tudi po socialnem druženju v manjši, prepoznavni skupini.

Glede trditve, da je sleherni uporabnik v domu prepoznan, da ima svoj življenjski prostor, ki zadovolji potrebo po intimnosti in zasebnosti, kot tudi po socialnem druženju v manjši skupini, je bilo strinjanje s postavljenimi trditvijo z izjemo namestnikov direktorjev na področju zdravstvene nege, sorazmerno visoko, kar vendar nakazuje, ali visoko stopnjo prizadevanja za kvalitetno življenje stanovalcev, ali pa apatičen odnos do le-tega.

Stopnja strinjanja: frekvenca odg. (% odg.)					
1 – direktor zavoda (n = 19)					
1: 9 (47,37)	2: 5 (26,32)	3: 1 (5,26)	4: 2 (10,53)	5: 2 (10,53)	<i>M</i> = 2,105
2 – direktor zavoda in strokovni vodja doma (n = 7)					
1: 1 (14,29)	2: 1 (14,29)	3: 4 (57,14)	4: 1 (14,29)	5: 0 (0,00)	<i>M</i> = 2,714
3 – strokovni vodja doma in soc. delavec (n = 11)					
1: 7 (63,64)	2: 1 (9,09)	3: 3 (27,27)	4: 0 (0,00)	5: 0 (0,00)	<i>M</i> = 1,636
4 – socialni delavec (n = 22)					
1: 6 (27,27)	2: 8 (36,37)	3: 4 (18,18)	4: 3 (13,64)	5: 1 (4,54)	<i>M</i> = 2,318
5 – nam. dir. na področju ZN (n = 22)					
1: 6 (27,27)	2: 4 (18,18)	3: 6 (27,27)	4: 4 (18,18)	5: 2 (9,09)	<i>M</i> = 2,636
Σ 1: 29 (35,80)	2: 19 (23,46)	3: 18 (22,22)	4: 10 (12,35)	5: 5 (6,17)	<i>M</i> = 2,296

Tabela 32: Odgovori respondentov na trditev 19 –stanovalci našega doma imajo zadostne možnosti, da sobe, v kateri bivajo, opremijo po lastnih željah (deli pohištva in drugo).

Visoko stopnjo strinjanja smo zasledili tudi v trditvah, da imajo stanovalci doma možnosti, da sobo v kateri bivajo opremijo po lastni želji, najmanjše strinjanje pa so spet izrazili predstavniki področja zdravstvene nege.

Stopnja strinjanja: frekvenca odg. (% odg.)					
1 – direktor zavoda (n = 19)					
1: 7 (36,85)	2: 6 (31,58)	3: 1 (15,79)	4: 2 (10,53)	5: 3 (15,79)	M = 2,368
2 – direktor zavoda in strokovni vodja doma (n = 7)					
1: 2 (28,57)	2: 3 (42,86)	3: 1 (14,29)	4: 1 (14,29)	5: 0 (0,00)	M = 2,142
3 – strokovni vodja doma in soc. delavec (n = 11)					
1: 4 (36,37)	2: 4 (36,37)	3: 1 (9,09)	4: 1 (9,09)	5: 1 (9,09)	M = 2,181
4 – socialni delavec (n = 22)					
1: 7 (31,82)	2: 5 (22,73)	3: 7 (31,82)	4: 0 (0,00)	5: 3 (13,64)	M = 2,409
5 – nam. dir. na področju ZN (n = 22)					
1: 7 (31,82)	2: 8 (36,37)	3: 5 (22,73)	4: 0 (0,00)	5: 2 (9,09)	M = 2,181
Σ 1: 27 (33,33)	2: 26 (32,10)	3: 15 (18,52)	4: 4 (4,94)	5: 9 (11,11)	M = 2,283

Tabela 33: Odgovori respondentov na trditve 20 – stanovalci pri nas imajo možnosti nuditi pomoč v kuhinji, pralnici, likalnici in drugih delovnih enotah.

Glede trditve, da imajo stanovalci doma možnost za pomoč v kuhinji, pralnici in v drugih delovnih enotah (za posameznike pomemben občutek koristnosti) je bilo strinjanje respondentov visoko. Še najmanj so se s trditvijo strinjali socialni delavci, ki si prizadevajo za čimbolj aktivno vključevanje stanovalcev v domsko življenje.

Stopnja strinjanja: frekvenca odg. (% odg.)					
1 – direktor zavoda (n = 19)					
1: 10 (52,63)	2: 6 (31,58)	3: 3 (15,79)	4: 0 (0,00)	5: 0 (0,00)	M = 1,631
2 – direktor zavoda in strokovni vodja doma (n = 7)					
1: 0 (0,00)	2: 6 (85,71)	3: 1 (14,29)	4: 0 (0,00)	5: 0 (0,00)	M = 2,142
3 – strokovni vodja doma in soc. delavec (n = 11)					
1: 5 (45,45)	2: 5 (45,45)	3: 1 (9,10)	4: 0 (0,00)	5: 0 (0,00)	M = 1,636
4 – socialni delavec (n = 22)					
1: 9 (40,91)	2: 8 (36,37)	3: 4 (18,18)	4: 1 (4,54)	5: 0 (0,00)	M = 1,863
5 – nam. dir. na področju ZN (n = 22)					
1: 4 (4,54)	2: 10 (45,45)	3: 6 (27,27)	4: 2 (9,09)	5: 0 (0,00)	M = 2,272
Σ 1: 28 (34,57)	2: 35 (43,21)	3: 15 (18,52)	4: 3 (3,70)	5: 0 (0,00)	M = 1,913

Tabela 34: Odgovori respondentov na trditve 21 – številni skupni prostori, kot so npr. jedilnica, dnevni prostor itd., dajejo stanovalcem občutek domačnosti (n = 81).

Velika večina sodelujočih v raziskavi je prepričanih, da se stanovalci v skupnih prostorih v domovih lahko počutijo prijetno domače. Vprašanje je, ali so pri tem respondenti upoštevali le privlačnost ambienta, in ali se jim ne zdi problematična tudi zagotovo občasna (pre)velika koncentracija oskrbovancev v teh prostorih zaradi prevelike namestitvene kapacitete ustanove.

Stopnja strinjanja: frekvenca odg. (% odg.)					
1 – direktor zavoda (n = 19)					
1: 12 (63,16)	2: 4 (21,05)	3: 0 (0,00)	4: 1 (5,26)	5: 2 (10,53)	M = 1,789
2 – direktor zavoda in strokovni vodja doma (n = 7)					
1: 0 (0,00)	2: 4 (57,14)	3: 1 (14,29)	4: 2 (28,57)	5: 0 (0,00)	M = 2,714
3 – strokovni vodja doma in soc. delavec (n = 11)					
1: 4 (36,37)	2: 6 (54,55)	3: 0 (0,00)	4: 1 (9,09)	5: 0 (0,00)	M = 1,818
4 – socialni delavec (n = 22)					
1: 7 (31,82)	2: 7 (31,82)	3: 6 (27,27)	4: 2 (9,09)	5: 0 (0,00)	M = 2,136
5 – nam. dir. na področju ZN (n = 22)					
1: 5 (22,73)	2: 6 (27,27)	3: 5 (22,73)	4: 5 (22,73)	5: 1 (4,54)	M = 2,590
Σ 1: 28 (34,57)	2: 27 (33,33)	3: 12 (14,81)	4: 11 (13,58)	5: 3 (3,70)	M = 2,185

*Tabela 35: Odgovori respondentov na trditev 22 –**prizadevamo si, da se pri posamezni skupini stanovalcev osebje čim manj izmenjuje.***

Stopnja strinjanja: frekvenca odg. (% odg.)					
1 – direktor zavoda (n = 19)					
1: 3 (15,79)	2: 4 (21,05)	3: 3 (15,79)	4: 3 (15,79)	5: 6 (31,58)	M = 3,263
2 – direktor zavoda in strokovni vodja doma (n = 7)					
1: 0 (0,00)	2: 0 (0,00)	3: 2 (28,57)	4: 3 (42,86)	5: 2 (28,57)	M = 4,000
3 – strokovni vodja doma in soc. delavec (n = 11)					
1: 0 (0,00)	2: 3 (27,27)	3: 2 (18,18)	4: 2 (18,18)	5: 4 (36,37)	M = 3,636
4 – socialni delavec (n = 22)					
1: 1 (4,54)	2: 0 (0,00)	3: 8 (36,37)	4: 5 (22,73)	5: 8 (36,37)	M = 3,863
5 – nam. dir. na področju ZN (n = 22)					
1: 0 (0,00)	2: 3 (13,64)	3: 3 (13,64)	4: 8 (36,37)	5: 8 (36,37)	M = 3,954
Σ 1: 4 (4,94)	2: 10 (12,35)	3: 18 (22,22)	4: 21 (25,92)	5: 28 (34,57)	M = 3,728

*Tabela 36: Odgovori respondentov na trditev 23 –**za posamezne storitve se poslužujemo zunanjih servisov; vodstvo in dom se tako osredotočata na ključne procese kakovosti življenja stanovalcev v domu.***

Stopnja strinjanja: frekvenca odg. (% odg.)					
1 – direktor zavoda (n = 19)					
1: 1 (5,26)	2: 3 (15,79)	3: 4 (21,05)	4: 6 (31,58)	5: 5 (26,32)	M = 3,578
2 – direktor zavoda in strokovni vodja doma (n = 7)					
1: 0 (0,00)	2: 1 (14,29)	3: 3 (42,86)	4: 2 (28,57)	5: 1 (14,29)	M = 3,428
3 – strokovni vodja doma in soc. delavec (n = 11)					
1: 0 (0,00)	2: 2 (18,18)	3: 6 (54,55)	4: 2 (18,18)	5: 1 (9,09)	M = 3,181
4 – socialni delavec (n = 22)					
1: 3 (13,64)	2: 5 (22,73)	3: 6 (27,27)	4: 5 (22,73)	5: 3 (13,64)	M = 3,000
5 – nam. dir. na področju ZN (n = 22)					
1: 3 (13,64)	2: 3 (13,64)	3: 8 (36,37)	4: 6 (27,27)	5: 2 (9,09)	M = 3,045
Σ 1: 7 (8,64)	2: 14 (17,29)	3: 27 (33,33)	4: 21 (25,93)	5: 12 (14,81)	M = 3,209

*Tabela 37: Odgovori respondentov na trditev 24 –**vodenje našega doma temelji na hierarhičnih odnosih; organizacijska struktura je značilno piramidna.***

Glede trditve, da vodenje doma temelji na hierarhičnih odnosih, so se respondenti strinjali, da temu ni tako. Še najbolj kritični so bili socialni delavci in namestniki direktorjev na področju zdravstvene nege. Prav tako so menili v velikem deležu vsi

respondenti, da se v domu o ključnih procesih pogovor ne vodi zgolj v vodstvenem timu, ampak se vanj vključuje vse zaposlene.

Stopnja strinjanja: frekvenca odg. (% odg.)					
1 – direktor zavoda (n = 19)					
1: 2 (10,53)	2: 0 (0,00)	3: 5 (26,32)	4: 4 (21,05)	5: 8 (42,10)	M = 3,842
2 – direktor zavoda in strokovni vodja doma (n = 7)					
1: 0 (0,00)	2: 0 (0,00)	3: 3 (42,86)	4: 4 (57,14)	5: 0 (0,00)	M = 3,571
3 – strokovni vodja doma in soc. delavec (n = 11)					
1: 0 (0,00)	2: 0 (0,00)	3: 5 (45,45)	4: 5 (45,45)	5: 1 (9,09)	M = 3,636
4 – socialni delavec (n = 22)					
1: 3 (13,64)	2: 4 (18,18)	3: 3 (13,64)	4: 8 (36,37)	5: 4 (18,18)	M = 3,272
5 – nam. dir. na področju ZN (n = 22)					
1: 1 (4,54)	2: 3 (13,64)	3: 3 (13,64)	4: 9 (40,91)	5: 6 (27,27)	M = 3,727
Σ 1: 6 (7,41)	2: 7 (8,64)	3: 19 (23,46)	4: 30 (37,04)	5: 19 (23,45)	M = 3,604

Tabela 38: Odgovori respondentov na trditev 25 – v domu se o mnogih ključnih procesih vodi pogovor zgolj v vodstvenem timu, brez vključevanja (ali zgolj minimalno) vseh zaposlenih.

Stopnja strinjanja: frekvenca odg. (% odg.)					
1 – direktor zavoda (n = 19)					
1: 11 (57,89)	2: 2 (10,53)	3: 5 (26,32)	4: 1 (5,26)	5: 0 (0,00)	M = 1,789
2 – direktor zavoda in strokovni vodja doma (n = 7)					
1: 1 (14,29)	2: 3 (42,86)	3: 3 (42,86)	4: 0 (0,00)	5: 0 (0,00)	M = 2,285
3 – strokovni vodja doma in soc. delavec (n = 11)					
1: 3 (27,27)	2: 5 (45,45)	3: 3 (27,27)	4: 0 (0,00)	5: 0 (0,00)	M = 2,000
4 – socialni delavec (n = 22)					
1: 10 (45,45)	2: 6 (27,27)	3: 4 (18,18)	4: 2 (9,09)	5: 0 (0,00)	M = 1,909
5 – nam. dir. na področju ZN (n = 22)					
1: 9 (40,91)	2: 4 (18,18)	3: 4 (18,18)	4: 4 (18,18)	5: 1 (4,54)	M = 2,272
Σ 1: 34 (41,98)	2: 20 (24,69)	3: 19 (23,46)	4: 7 (8,64)	5: 1 (1,23)	M = 2,024

Tabela 39: Odgovori respondentov na trditev 26 – z rednimi in sistematičnimi evalvacijami zadovoljstva ter predlogov uporabnikov storitev in zaposlenih iščemo boljše organizacijske ter vsebinske rešitve.

Visoka je evidentirana stopnja strinjanja respondentov glede trditve, da z rednimi in sistematičnimi evalvacijami merijo domovi zadovoljstvo in pregledujejo predloge uporabnikov storitev in zaposlenih ter iščejo boljše organizacijske in vsebinske rešitve. Nekoliko nižja je stopnja strinjanja glede trditve, da dom razpolaga z visoko stopnjo kadrovskega potenciala, ki je ustrezno izobražen, usposobljen in ima veliko praktičnih izkušenj, ter tudi dovolj visok potencial vloženega znanja in inovativnosti. Najbolj kritični so bili namestniki direktorjev na področju zdravstvene nege, za katere se zdi, da na dom gledajo kot na totalno inštitucijo, potrebno prenove po nekaterih drugih (verjetno medicinskih) normah. Vsiljuje se mnenje, da je razkorak med socialnim in medicinskim modelom tako velik, da bo za izboljšanje počutja v domu nujno organizacijsko in strokovno ponovno preveriti kompetence posameznika za uresničevanje delovnih nalog kot naj jih ponudi prenovljen organigram doma.

Stopnja strinjanja: frekvenca odg. (% odg.)					
1 – direktor zavoda (n = 19)					
1: 7 (36,85)	2: 3 (15,79)	3: 9 (47,37)	4: 0 (0,00)	5: 0 (0,00)	M = 2,105
2 – direktor zavoda in strokovni vodja doma (n = 7)					
1: 0 (0,00)	2: 4 (57,14)	3: 3 (42,86)	4: 0 (0,00)	5: 0 (0,00)	M = 2,428
3 – strokovni vodja doma in soc. delavec (n = 11)					
1: 5 (45,45)	2: 1 (9,09)	3: 4 (36,37)	4: 0 (0,00)	5: 1 (9,09)	M = 2,181
4 – socialni delavec (n = 22)					
1: 7 (31,82)	2: 8 (36,37)	3: 3 (13,64)	4: 4 (18,18)	5: 0 (0,00)	M = 2,181
5 – nam. dir. na področju ZN (n = 22)					
1: 2 (9,09)	2: 6 (27,27)	3: 12 (54,55)	4: 2 (9,09)	5: 0 (0,00)	M = 2,636
Σ 1: 21 (25,93)	2: 22 (27,16)	3: 31 (38,27)	4: 6 (7,41)	5: 1 (1,23)	M = 2,308

Tabela 40: Odgovori respondentov na trditev 27 – naš dom razpolaga z visokim kadrovskim potencialom (ustrezna izobraženost in usposobljenost, dodatna specifična usposobljenost, veliko ustreznih praktičnih izkušenj ter vloženim potencialom znanja (specifična znanja, inovativnost ipd.).

3.4. STALIŠČA RESPONDENTOV O POTREBNIH SPREMEMBAH IN NAPOVEDI PRIHODNJEGA RAZVOJA NA PODROČJU INSTITUCIONALNEGA VARSTVA STAREJŠIH

V sklepnem delu raziskave smo respondente najprej vprašali, **katere spremembe so** po njihovem osebnem mnenju **nujno potrebne na področju institucionalnega varstva v domovih za starejše v Sloveniji**. Na vprašanje je odgovorilo 56 respondentov. Med tistimi, ki niso odgovorili na to vprašanje, je največ socialnih delavcev (7), sledijo direktorji domov za starejše (5) in namestniki direktorjev za področje zdravstvene nege (5). Na vprašanje je odgovorilo vseh sedem direktorjev domov za starejše, ki so hkrati strokovni vodje, ter devet od skupaj desetih strokovnih vodij, ki so hkrati socialni delavci. Odgovori vprašanih, ki jih predstavljamo tabelarično, so po naši oceni dovolj nazorni, da ne potrebujejo izčrpnjšega dodatnega komentarja. Opozorili bi le na to, da vsota frekvenc odgovorov presega število respondentov, ki so odgovorili na vprašanje (»multiple response«), ker je posamezen respondent lahko izrazil več svojih stališč.

<i>Odgovori respondentov</i>	(f)	(%)
Potrebne so korekcije kadrovskih normativov (poenotenje, zvišanje, da bi ustrezali dejanskim potrebam in zahtevam upravičencev storitve).	34	60,71
V prihodnje bi država morala dovoljevati gradnjo domov za starejše le z bistveno manjšimi nastanitvenimi kapacitetami in obveznim večjim deležem enoposteljnih sob (država še vedno podeljuje koncesije za gradnjo domov z več kot 150 namestitvenimi mesti).	17	30,35
Domovi za starejše bi morali bolj dosledno slediti opravljanju svojega prvotnega poslanstva in sprejemati le upravičence do storitve, kot jih opredeljuje zakonodaja (sprejemajo tudi najrazličnejše druge skupine posameznikov, ki sodijo v druge socialnovarstvene in zdravstvene programe – npr. zavetišča, stanovanjske skupnosti za psihiatrične bolnike, negovalne bolnišnice ipd.).	9	16,07

V domovih za starejše je potrebno s hitrejšo dinamiko uvajati koncept gospodinjskih skupnosti (ki je značilen za t. i. četrto generacijo domov za starejše).	6	10,71
Zagotoviti je potrebno boljšo organiziranost mreže domov oziroma enakomernejšo dostopnost do storitve institucionalnega varstva v domovih za starejše po regijah (natančnejše ocene o pokritosti potreb v posameznih regijah – ponekod prazne postelje).	6	10,71
Posebej naj se poskrbi za gradnjo zavodov, namenjenih 24-urni negi (zaradi vedno krajše ležalne dobe v bolnišnicah), dementnim in tistim, ki potrebujejo neposreden sprejem iz bolnišnice.	5	8,92
V domovih za starejše naj se prizna in pravilno ovrednoti zdravstveno nego (da se zviša odstotek zdravstvenega prispevka, ker domovi postajajo negovalne bolnišnice; da se prizna višjo vrednost opravljenim storitvam, saj so ovrednotene nižje kot npr. v bolnišnicah).	5	8,92
Potrebno je statusno preoblikovanje domov za starejše v bolj avtonomne organizacije.	5	8,92
V domovih za starejše je potrebno zmanjšati stopnjo birokratizacije v delovnih procesih.	4	7,14
Izboljšati je potrebno sistem financiranja domov za starejše iz državnega proračuna.	4	7,14
V domovih za starejše je potrebno povečati možnosti za izobraževanje in dodatno usposabljanje zaposlenih.	3	5,35
Domovi za starejše morajo zagotavljati bolj individualen pristop k obravnavi uporabnikov.	3	5,35
Zagotoviti je potrebno večjo pluralnost ponudbe storitev na področju institucionalnega varstva starejših.	2	3,57
Potrebno je spremeniti strukturo poklicnih profilov, zaposlenih v domovih za starejše (potrebni bi bili tudi psihologi, socialni gerontologi).	2	3,57
Nujno je potrebno zagotoviti več sredstev za investicijsko vzdrževanje domov.	2	3,57
Nujno potrebne so spremembe na področju zakonodaje, ki ureja področje institucionalnega varstva starejših.	2	3,57
Velike domove za starejše bi morali preoblikovati v več manjših enot.	2	3,57
Večja pozornost številu in kakovosti programov animacije uporabnikov, večje prizadevanje za aktivizacijo uporabnikov.	2	3,57
Izenačitev položaja – javni in zasebni domovi (koncesionarji).	1	1,78
Podpora lokalnim skupnostim, da same prevzamejo izvajanje dela nalog pri oskrbi starejših.	1	1,78
Nov način kategorizacije oskrb.	1	1,78
Da se natančneje razmeji storitve socialne oskrbe in zdravstva.	1	1,78
Združevanje storitev socialne oskrbe in zdravstvene nege.	1	1,78
Vzpostaviti razviden dualni sistem domov za starejše: domovi z medicinskim modelom obravnave uporabnikov ter domovi s socialno-gerontološkim modelom obravnave uporabnikov.	1	1,78
Nameščanje na vodstvene položaje v domovih za starejše ljudi z več izkušnjami in znanjem managementa.	1	1,78
Sprejetje zakonodaje, ki bi omogočala vstop na to področje civilnim združenjem in omejila možnosti, da na to področje vstopajo kapitalske	1	1,78

družbe, ki sledijo le dobičkonosnosti.		
Uvesti primerno nagrajevanje zaposlenih.	1	1,78
Sprejetje Zakona o dolgotrajni oskrbi.	1	1,78

Tabela 41: Odgovori respondentov na vprašanje, katere spremembe so po vašem osebnem mnenju nujno potrebne na področju institucionalnega varstva v domovih za starejše v Sloveniji.

Komentar tabele: Očitno respondenti pričakujejo zlasti več jasnosti glede normativov, predvsem pa realnejše prilagajanje normativov realni praksi. Dejstvo je namreč, da nemalokrat ugotavljamo, da je razkorak med potrebami za opravljanje neke storitve in kadrovskim normativom v očitnem razkoraku.

V Sloveniji domove za starejše še vedno predimenzioniramo in na ta način starim ljudem vzamemo občutek doma in intimne. Domovi četrte generacije predpostavljajo domove z manj stanovalci, ki naj bi živeli v gospodinjskih skupnostih, kjer je zagotavljanje njihovih osebnih potreb in želja mnogo lažje. Zahteva, da morajo domovi za starejše zagotavljati bolj individualen pristop pri obravnavi uporabnikov se zdi logična, vendar uresničljiva zgolj ob predpogoju zmanjšanja nastanitvenih kapacitet ob nezmanjšanem številu kadra.

Če tudi se zahteve po preglednosti poslovanja domov za starejše večajo in so opravičljive, pa vendar pomenijo nenehen pritisk birokratskih postopkov spremljanja na strokovni kader.

V domovih za starejše smo soočeni z dejstvom, da kljub spreminjajočemu se okolju, ki ponuja vedno nove izzive, denarja za izobraževanje zaposlenih ni.

Na naslednje vprašanje v sklepnem delu raziskave, **ali bi podprli prenavo doma, kjer ste zaposleni, v smislu uvajanja koncepta četrte generacije domov za starejše** (iz več centralnih struktur bi naredili več manjših decentraliziranih), je pozitivno odgovorilo 47 oziroma 69,11 odstotka respondentov, 21 oziroma 30,89 odstotka jih je podalo negativen odgovor. Slaba desetina vseh respondentov (8,10 odstotka) na vprašanje ni odgovorila. Odgovore respondentov (s pripadajočo frekvenco) predstavlja spodnja tabela.

<i>Odgovori respondentov:1 – DA (podpora prenavidoma)</i>	(f)	(%)
- ker gre za podporo konceptu, v večji meri osredotočenem na individualno, holistično obravnavo uporabnika;	10	21,27
- ker bi to pomenilo bolj prijazno bivalno okolje za stanovalce; ker se bivalni pogoji na ta način bolj prilagodijo potrebam stanovalcev;	5	10,63
- ker to prispeva k večji aktivizaciji, motivaciji uporabnikov (tistih, ki to še zmorejo) pri vključevanju v številne domske dejavnosti;	4	8,51
- zaradi boljšega in hitrejšega vključevanja stanovalcev domsko življenje (v manjših skupinah se stanovalci lahko hitreje spoznajo in povežejo);	4	8,51
- ker bi to imelo za posledico manj programirano in bolj dinamično ter kreativno delo delavcev v domovih;	3	6,38
- ker bi se le tako lahko bolj približali obrisom življenja v družinski skupnosti in bolj kakovostnonadomeščali funkcijo družine;	3	6,38
- ker to doprinese k večjemu spoštovanju zasebnosti stanovalcev;	2	4,25
- ker se na to že pripravljamo (del doma bo tako preurejen);	2	4,25
- ker bi to prispevalo k večji kakovosti bivanja stanovalcev doma v	2	4,25

smislu večjega občutka domačnosti in manj pogostejše menjave osebja;		
- ker se na ta način zmanjšuje vpliv (totalne) institucije na uporabnike in dosega večja normalizacija;	2	4,25
- ker lahko zaposlitveni kader racionalneje izkorišča svoj delovni čas;	1	2,12
- ker to pomeni ustrezen način uresničevanja vizije doma;	1	2,12
- ker takšno usmeritev lahko podprejo dosedanje izkušnje;	1	2,12
- ker je to pravi odgovor, ko si prizadevamo za večje normalizacijo;	1	2,12
- ker takšen koncept ustvarja več sožitja med svojci in stanovalci, terja več odgovornosti in sodelovanja med vsemi vključenimi v program instit. varstva;	1	2,12
Odgovori respondentov:2 – NE (podpora prenovidoma)	(f)	(%)
- ker to ni pravi odgovor, če se upošteva strukturo uporabnikov (povečuje se delež uporabnikov zahtevne zdravstvene nege); za obstoječo strukturo stanovalcev to ne bi pomenilo bistveno večje kakovosti bivanja (večinoma stanovalci v slabi fizični kondiciji, slabo pokretni);	7	33,33
- ker je z vidika stroškov to neracionalno;	2	21,00
- ker je naš dom že prostorsko in konceptualno zasnovan za zadovoljevanje potreb uporabnikov domov četrte generacije; že sedaj sledimo temu konceptu (mogoče ga je potrebno le še dodelati, izboljšati);	2	21,00
- ker že sedaj zagotavljamo visok bivalni standard;	1	4,46
- ker naša obstoječa arhitekturna zasnova kompleksa ustreza populaciji stanovalcev glede na njihova zdravstvena stanja;	1	4,76
- ker gre le za trenutni trend, koncept, alternativnih poti pa je veliko več;	1	4,76
- ker nestrokovni kader v manjših enotah ne bi ali pa bi slabo prepoznaval zdravstvene težave stanovalcev;	1	4,76
- zaradi prostorskih omejitev;	1	4,76
- ker ocenjujemo uveljavljeni model kot tisti, ki odgovarja potrebam stanovalcev, in spremembe v tej smeri niso potrebne;	1	4,76
- ker je to glede na obstoječe kadrovske normative na tem področju neizvedljivo.	1	4,76

Tabela 42: Odgovori respondentov na vprašanje, ali bi podprli prenovidoma, kjer ste zaposleni, v smislu uvajanja koncepta četrte generacije domov za starejše (iz več centralnih struktur bi naredili več manjših decentraliziranih)

Komentar tabele: Največ respondentov, naklonjenih prenovi doma v smislu uvajanja koncepta četrte generacije domov za starejše je prepričanih, da lahko nov strokovni in organizacijski pristop uporabnikom zagotovi bolj celostno in individualno obravnavo v prijaznejše strukturiranem bivalnem okolju. Med tistimi respondenti, ki novostim v tej smeri niso naklonjeni je največ tistih, ki so prepričani, da koncept, ki prihaja iz tujega okolja ne ustreza dejanski strukturi uporabnikov v slovenskih domovih za starejše.

Na vprašanje, **kakšen bo po vašem predvidevanju razvoj institucionalnega varstva v domovih za starejše v Sloveniji**, je odgovorilo 55 izmed 81 respondentov.

<i>Odgovori respondentov:</i>	(f)	(%)
- glede na aktivnosti, ki se odvijajo na nacionalnem nivoju (priprave na sprejetje Zakona o dolgotrajni oskrbi), se bodo domovi za starejše spremenili v negovalne bolnišnice (socialo se bo še naprej izrinjalo iz domov);	7	12,73
- razvoj v smeri prevzemanja koncepta gospodinjskih skupnosti, značilnega za četrto generacijo domov za starejše, kjer se bo zdravstveni model obravnave uporabnikov nadomeščal s socialnim modelom s psihosocialnim konceptom; uporabnik bo posledično deležen bolj celostne obravnave;	5	9,09
- prišlo bo do velike polarizacije domov – domovi v podobi hiralnic za uporabnike brez sredstev na eni strani ter elitni, prestižni domovi za premožne starostnike na drugi strani; neenake možnosti vstopanja v sistem institucionalnega varstva;	5	9,09
- domovi za starejše bodo čedalje bolj postajali podaljšana roka bolnišnic in vključevali vedno težjo populacijo starih – v smislu zahtevnosti zdravstvene nege in oskrbe;	2	3,64
- številne težave pri kadrovanju v domovih;	2	3,64
- gradili se bodo domovi z manjšimi nastanitvenimi kapacitetami (v smeri gradnje manjših in stanovalcem prijaznih domov, reorganizacija velikih domov – manjše enote);	2	3,64
- prišlo bo do večje diferenciacije domov: negovalni, elitni nadstandardni in domovi z različnimi koncepti;	2	3,64
- glede na demagogijo bo še vedno ostala osrednja oblika varstva starejših;	2	3,64
- ne bo bistvenih sprememb (ker jih makro okolje ne potrebuje);	2	3,64
- prihodnji razvoj institucionalnega varstva starih bo močno zaznamovan z uresničevanjem Zakona o dolgotrajni oskrbi;	2	3,64
- povsem odvisno od politične volje in zato težko napovedljivo;	1	1,82
- na področju institucionalnega varstva starejših je pričakovati povečanje deleža podeljenih koncesij; delež starejših nad 65 let (torej upravičencev do storitve institucionalnega varstva starejših) se bo v naslednjih letih skokovito povečal; zanje bo politika povečala zanimanje, stari pa bodo povečevali svoj vpliv na izboljšanje kakovosti in izbora storitev;	1	1,82
- precej odvisno od tega, ali se bo finančni položaj uporabnikov še naprej slabšal in kako dostopne jim bodo te storitve (že danes mnogi stari, potrebni domske oskrbe, ostajajo doma zaradi visokih cen in nezmožnosti plačevanja storitev domov).	1	1,82
- država bo naposled ugotovila, da je domove za starejše potrebno razbremeniti z izgradnjo mreže negovalnih bolnišnic;	1	1,82
- tudi na tem področju bo prihajalo do čedalje pogostejših zlorab (potencialnih) uporabnikov s strani managementa, ki se bo posluževal spornih marketinških prijemov;	1	1,82
- v nekaterih regijah bo v domovih za starejše borba za stanovalce, ker se investicije v preveliko in nenačrtno mrežo domov (nezasedene postelje) že kažejo kot zgrešene;	1	1,82
- ne bo mogoče govoriti o razvoju, temveč o stagnaciji na tem področju;	1	1,82

- področje bo namenjalo več skrbi zagotavljanju večje zasebnosti stanovalcem;	1	1,82
- v kratkoročnem in srednjeročnem obdobju bodo postali zgolj negovalni domovi, dolgoročno pa bodo nastajali novi koncepti;	1	1,82
- ni razvoja danes in ga ni pričakovati še nekaj let; ustanovitelj javnih domov – država nima razvojne vizije;	1	1,82
- država bo izkazala več podpore pri razvoju in prenovi domov;	1	1,82
- siromašenje javnih domov, umik države in povečanje deleža zasebnih domov;	1	1,82
- v smeri zasebnih penzionov, manjših stanovanjskih skupnosti;	1	1,82
- država bo stihijsko prepuščala razvoj domovom samim;	1	1,82
- borba za preživetje obstoječih domov ter razvoj drugih oblik varstva starejših v lokalnih skupnostih;	1	1,82
- domovi bodo v večji meri zadovoljevali psihosocialne potrebe uporabnikov;	1	1,82
- domovi bodo postali stičišče medgeneracijskega povezovanja;	1	1,82
- javni domovi za starejše bodo postali zasebna last;	1	1,82
- še nekaj časa gradnja velikih domov, ki bodo počasi prazni; kasneje gradnja manjših, prijaznejših domov, a tudi dražjih in težko dostopnih za socialno ogrožene;		1,82
- večje prizadevanje v smeri doseganja kakovosti na vseh področjih;	1	1,82
- dva bloka ustanov: negovalne bolnišnice ter domovi četrte generacije na drugi strani;	1	1,82
- zasebni domovi bodo bolj specifični, zagotavljali bodo nadstandard, javni bodo negovalne bolnišnice;	1	1,82
- precejšen del populacije starih, ki danes prihaja v domove za starejše, bo ostajal dlje v domači oskrbi zaradi boljšega zagotavljanja storitev pomoči na domu;	1	1,82
- še vrsto let bo prihodnji razvoj temeljil na popolni regulaciji države – pri normativih, cenah itd.;	1	1,82
- spremembe, ki bodo prispevale k izenačitvi poslovanja javnih in zasebnih domov; upravljalci domov bodo začeli jasno opredeljevati cilje glede poslovne uspešnosti, zadovoljstva posameznikov in razvojne naravnosti;	1	1,82
- še bolj bo naraščal pritisk financerjev in nadzornih organov;	1	1,82
- domovi bodo povečali delež nastanitvenih kapacitet za nego in v večji meri zagotavljali nego in pomoč starim tudi na domu.	1	1,82

Tabela 43: Odgovori respondentov na vprašanje, kakšen bo po vašem predvidevanju razvoj institucionalnega varstva v domovih za starejše v Sloveniji.

Komentar tabele: Na vrhu se pojavlja skupina respondentov, ki menijo, da bo prihodnji razvoj domov za starejše zaznamovan z negativnim trendom – spreminjanje le-teh v negovalne bolnišnice. Tej skupini po kvantiteti odgovorov sledi še ena skupina »črnogledih« respondentov, ki opozarjajo na problem prevelike polarizacije domov, ki posledično nastaja zaradi vse večjih razlik med uporabniki v smislu njihovih denarnih zmožnosti pri plačevanju storitev. Nekateri odgovori respondentov so artikulirani na način, da ne vemo, ali izražajo pozitivno ali negativno tendenco (glej npr. odgovor v sedmi, deveti in deseti celici tabele).

4. PREVERJANJE VELJAVNOSTI HIPOTEZ IN SKLEPNO RAZMIŠLJANJE S PREDLOGI

4.1. PREVERJANJE VELJAVNOSTI HIPOTEZ

Hipotezo H1 (glasi se – večina domov za starejše, iz katerih prihajajo respondenti, nudi poleg celodnevne institucionalnega in dnevnega varstva, številne druge storitve zunanjim uporabnikom, ki jim omogočajo, da lahko čim dlje ostanejo v svojem primarnem bivalnem okolju) **zavračamo**. V primeru naše raziskave lahko govorimo le o dobri tretjini domov za starejše (33,5 odstotka), ki zagotavljajo prehrano starejšim z dostavo obrokov na njihove domove. Prav tako le slaba tretjina domov (31,25 odstotka) omogoča uporabnikom, ki bodisi zaradi čakanja na sprejem v celodnevno institucionalno varstvo ali zaradi potrebe po zgolj dnevni oskrbi in preokupaciji ostajajo doma, vključenost v program dnevnega varstva. Enak delež domov uporabnikom nudi pomoč na domu v obliki socialnega servisa, ki npr. vključuje gospodinjsko pomoč, pomoč pri vzdrževanju osebne higiene in ohranjanju socialnih stikov.

Hipotezo H2 (glasi se – med posameznimi ciljnim skupinami respondentov obstajajo različna stališča o nujnosti po nadomestitvi medicinskega modela obravnave starostnika v domu za starejše s socialnim modelom (psihosocialni koncept obravnave) **delno potrjujemo**. Ker obstaja statistično pomembna razlika med deležem pozitivnih odgovorov na postavljeno trditev zlasti med namestniki direktorjev za področje zdravstvene nege na eni strani ter na drugi strani vsemi ostalimi skupinami respondentov, ki so si v svojih ocenah, da je medicinski model obravnave starostnika v domu za starejše s socialnim modelom (s psihosocialnim konceptom) nujno potrebno nadomestiti oziroma ga polno udejaniti, bolj enotni.

Hipotezo H3 (glasi se – med posameznimi ciljnim skupinami respondentov obstaja različna stopnja podpore ideji uvajanja koncepta t. i. četrte generacije domov za starejše tudi v Sloveniji) **delno potrjujemo**. Konceptu uvajanja gospodinjskih skupnosti v okviru četrte generacije domov za starejše so najmanj naklonjeni namestniki direktorjev za področje zdravstvene nege; verjetno zato, ker bi na ta način izgubili svoj primat, dominantno vlogo. Poleg tega takšen pristop za zdravstvene delavce v domovih pomeni bistveno spremenjeno in obogateno naravo dela ter manjšo potrebo po specializiranih poklicih. Vrednost povprečne ocene njihovih odgovorov na postavljeno trditev značilno statistično odstopa od povprečnih vrednosti odgovorov drugih skupin respondentov.

Hipotezo H4 (glasi se – večina domov za starejše, iz katerih prihajajo respondenti, se ne poslužuje zunanjih servisnih storitev, da bi se lahko bolj osredotočili na ključne procese pri zagotavljanju kakovosti življenja stanovalcev v domu) **potrjujemo**. Iz odgovorov respondentov izhaja, da se v nobenem od 32 domov za starejše ne poslužujejo zunanjega servisa za npr. pranje in likanje perila, prav tako se ne poslužujejo storitev podjetij, ki prek centralnih kuhinj oskrbujejo ustanove in posameznike s prehrano. Iz dveh domov poročajo, da se poslužujejo le zunanjih računovodskih storitev.

Hipotezo H5 (glasi se – večina respondentov meni, da domovi starejših, v katerih so zaposleni, ne zagotavljajo stanovalcem dovolj visokega bivalnega standarda ter jim ne dajejo občutka domačnosti in potrebne intimnosti) **zavračamo**. V raziskavi skoraj polovica respondentov (46,91 odstotka) presenetljivo meni, da stanovalci uživajo dovolj visok bivalni standard, četudi podatki o deležih večposteljnih sob v domovih, kjer so zaposleni, njihove izjave postavljajo v čudno luč. Zanimivo je, da še najbolj kritičen odnos do tega vprašanja vzpostavljajo direktorji domov, ki opravljajo le poslovodno funkcijo. Skoraj 58 odstotkov se jih namreč strinja, da bi bivalni standard za stanovalce moral biti boljši. S svojimi odgovori nekako razočarajo socialni delavci, od katerih bi v prvi vrsti pričakovali, da bodo senzibilno opozarjali na teže problema, povezanega s prevelikimi nastanitvenimi zmogljivostmi in premajhnim deležem enoposteljnih sob v domovih za starejše ipd.

Hipotezo H6 (glasi se – večina respondentov ocenjuje, da so obstoječi kadrovske normativi na področju institucionalnega varstva starejših neustrezni, medtem ko minimalni tehnični pogoji na tem področju ne potrebujejo bistvenih dopolnitev) **delno potrjujemo**. Skupaj kar 85,18 odstotka respondentov v raziskavi ocenjuje, da so obstoječi kadrovske normativi na področju institucionalnega varstva starejših neustrezni. Takšni oceni oporekata le po dva respondenta iz vrst direktorjev in socialnih delavcev domov. Na drugi strani je večina respondentov na vprašanje glede potrebnih dopolnil minimalnih tehničnih pogojev odgovarjala drugače od naših pričakovanj. Rezultati raziskave pri tem vprašanju so namreč pokazali, da se s postavljeno trditvijo strinja le slaba petina (19,75 odstotka) vprašanih zaposlenih v domovih za starejše. Dobrih 23 odstotkov respondentov se s takšno postavljeno trditvijo lahko le delno strinja. Med tistimi, ki se v najmanjši meri strinjajo, da minimalni tehnični pogoji ne potrebujejo bistvenih dopolnitev, so respondenti iz vrst namestnikov/direktorjev za področje zdravstvene nege (9,08 odstotka takšnih), sledijo jim socialni delavci s 13,63-odstotnim deležem.

Hipotezo H7 (glasi se – večina respondentov ocenjuje, da domovi starejših, v katerih so zaposleni, razpolagajo z dovolj visokim kadrovskim potencialom in vloženim potencialom znanja) **potrjujemo**. Da domovi razpolagajo z visokim kadrovskim potencialom, ki se odraža skozi ustrezno izobraženost in (dodatno specifično) usposobljenost zaposlenih, obsežnimi praktičnimi izkušnjami in visokim potencialom znanja se v celoti strinja 52,64 odstotka direktorjev, 57,14 odstotka direktorjev, ki so hkrati strokovni vodje domov, 54,54 odstotka strokovnih vodij in socialnih delavcev in 68,19 odstotkov socialnih delavcev, slabša je struktura odgovorov pri namestnikih direktorjev za področje zdravstvene nege, ki ostajajo bolj zadržani – 54,55 odstotka jih meni, da se s tako postavljeno trditvijo lahko le delno strinjajo.

Hipotezo H8 (glasi se – večina domov za starejše, iz katerih prihajajo respondenti, uporablja celostni sistem za zagotavljanje kakovosti procesov in storitev) **zavračamo**. Če je odgovore respondentov v raziskavi mogoče smatrati za zanesljive, potem le sedem domov od 32 zastopanih v raziskavi uporablja najbolj razširjen sistem za zagotavljanje kakovosti E-Qalin in le en dom primeren ISO-standard.

4.2. SKLEPNO RAZMIŠLJANJE S PREDLOGI

Trditi upamo, da se razsežnosti problemov, ki jih prinaša staranje družbe, v našem okolju premalo zavedamo. V zadnjih nekaj desetletjih smo izdatnejšo skrb posvečali bolj ali manj razvoju institucionalnih programov oskrbe in nege za starejše ter zanemarili razvoj prijaznejših in bolj sonaravnih alternativnih oblik bivanja v njihovih soseskah. Z drugimi besedami – rešitve smo iskali le na področju zagotavljanja potrebnih prostorskih zmogljivosti v javnih zavodih institucionalnega varstva starejših, pri iskanju drugačnih oblik oskrbe pa ostali v pasivni vlogi. Nadaljnje neukrepanje tukaj in zdaj posledično pomeni težave, ki jih morda v prihodnosti ne bo mogoče več rešiti.

Ob upoštevanju individualne različnosti, izraženih potreb in želja starostnikov je širitev opcij različnih oblik pomoči starejšim sama po sebi umevna. Prihajajoča starejša generacija postavlja zahteve, ki v veliki meri presegajo sedanje uniformirane vzorce togega institucionalnega varstva. Domovi se bodo morali v večji meri angažirati in svoje storitve, bolj prilagojene tržnim razmeram, približati uporabnikom na njihovem domu. Ob pričakovanem spreminjanju razmerja med povpraševanjem in ponudbo, se bosta posledično zamenjali tudi vlogi doma in upravičenca do pomoči. Na potezi bodo v prvi vrsti domovi, ki bodo primorani sami iskati potencialne kandidate za zapolnitev prostih mest, medtem ko bodo lahko zainteresirani posamezniki svoj ožji izbor oblikovali na osnovi izkazane kakovosti in ponudbe storitev ter avtentične prijaznosti osebja ustanove, kar bo veljal za ključno konkurenčno prednost.

Številni strokovnjaki s področja institucionalnega varstva starejših se sprašujejo, kako bodo izvajalci institucionalnega varstva pod stopnjevanimi zaostrenimi pogoji, v okviru neusklojenih normativnih podlag in toge kadrovske politike, odsotnosti osnovnih mehanizmov financiranja za redno poslovanje, investicije in investicijsko vzdrževanje, še naprej delali čudeže, če delajo na »koncu rdečega polja« in sami ne vidijo več nobenih rezerv.

Uresničevanje sprejetih standardov, ki veljajo za domove, zadeva tudi pogoje še neangažiranih možnosti, ki se ponujajo v okviru boljše organizacije dela in novih metod dela. Na ta način bi lahko že vzpostavljeni pestrosti obravnav v življenju stanovalcev (ki je v mnogih domovih na zavidljivi ravni) dodali še mnogo tistega, kar še vedno zelo pogrešajo. S povezovanjem okoljem bi takšne možnosti lahko še bolj širili in hkrati zadovoljevali potrebo po medsebojnem informiranju. Bolj bi se približali pričakovanjem stanovalcev, njihovih svojcev in zaposlenih. Vzpostavljena bi bila povezanost z lokalnim okoljem v vlogi vzdrževanja socialnega stika s krajani tudi po vstopu le-teh v domsko varstvo; bolj bi odprli pot prostovoljstvu v domskem okolju; vzpostavili bi povezanost z nevladnimi organizacijami, zlasti z društvi upokojujencev, ki v razvijanju svoje vloge spremljajo zadovoljstvo stanovalcev z uslugami sistemu.

Na osnovi lastnih izkušenj z delomv domu za starejše lahko potrdimo, da se zaposleni v domovih premalo srečujejo s socialno-gerontološkimi vsebinami, vsebinami o razumevanju življenja v starosti, ohranjanju dostojanstva starostnikov, stiskah, ki jih doživljajo, ko zapuščajo svoje domove, njegovih potrebah in

upravičenih pričakovanjih, ki jih imajo ob prihodu v dom. Vodstva domov v večini primerov tudi ne poskrbijo (kot smo v nalogi že opomnili), da bi z ustreznimi izobraževalnimi moduli, ki vključujejo npr. tehnike meditacije, programe časovnega managementa, telesne vadbe, stresnega managementa, dietnega managementa ter delavnice o razvoju vodenja, celostno poskrbeli za boljše počutje in zdravje zaposlenih. Izboljšanje delovnega življenja zaposlenih v domovih bi pomembno prispevalo k večji stalnosti kadra in nedvomno še večji kakovosti opravljenega dela.

Kot je nekje zapisal nek avtor (na žalost smo izgubili vir): »Starim ljudem dom za starejše pomeni njihov dom. Zato je še kako pomembna njegova opremljenost, ki vzbuja domačnost in daje pristnejši občutek doma. K temu pripomorejo tudi medsebojni odnosi – boljši so, bolj kvalitetno je bivanje v domu. Brez obojestranskega prizadevanja delavcev doma in stanovalcev ne moremo doseči dobrih medosebnih odnosov. Tako stroka zdravstvene nege kot socialna stroka se morata truditi, da stare ljudi čim bolje razumeta, s čimer pripomoreta k osebnemu razvoju strokovnih delavcev in ostalih zaposlenih, pa tudi k osebnemu razvoju starih ljudi. Ta dimenzija je neločljivo povezana z ohranjanjem in spreminjanjem sistema. Večji ko je osebni razvoj zaposlenih, večja je možnost pozitivnih sprememb sistema, ki pomembno vplivajo na počutje vseh. Tako so vse štiri dimenzije med seboj povezane, se med seboj prepletajo in dopolnjujejo. Pozitivne spremembe ene dimenzije se kažejo tudi na ostalih.«

LITERATURA IN VIRI

CITIRANA IN UPORABLJENA LITERATURA

Belič, M. (1997). Dom za starejše občane kot tretji dom. V: Hojnik Zupanc, I. (ur.). Dodajmo življenje letom: nekaj spoznanj in nasvetov, kako se smiselno in zdravo pripravljati na starost in jo tako tudi živeti (126-134). Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije.

Česen, M. (2003). Management javne zdravstvene službe. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje.

Dolšak, J. (2010). Institucionalno varstvo starejših – neprofitna ali profitna dejavnost. Magistrsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Goode Chresos, R. A. (2000). Social Work Practice in Home Health Care. Binghamton, NY: The Haworth Press.

Hojnik Zupanc, I. (1997). Samostojnost starega človeka v družbeno – prostorskem kontekstu. Doktorska disertacija. Ljubljana: FDV.

Imperl, F., Ramovš, J. (2010). Dolgotrajna oskrba z očmi poznavalca slovenske in evropske sociale, *Kakovostna starost*, 2: 8 - 15. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.

Imperl, F. (2011). Možnosti systemske zlorabe v institucionalni oskrbi starejših. Seminar z naslovom: Preprečevanje nasilja, zlorab in diskriminacije z novimi koncepti dela v domovih za starejše. Socialna zbornica Slovenije in Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Ljubljana: Hotel union, 25. oktober 2011.

Jerinc, K. (2010). Razvoj ustanov za stare ljudi, *Kakovostna starost*, 12, 4. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.

Koprivnikar, B. (2008). Stanje na področju institucionalnega varstva starejših v Sloveniji in predlog statutarnih sprememb ter sprememb v upravljanju in financiranju izvajalcev institucionalnega varstva starejših v Sloveniji. Republika Slovenija – Državni svet. Posvet: Systemske spremembe na področju institucionalnega varstva starejših v Sloveniji. Ljubljana: Skupnost socialnih zavodov Slovenije.

Krajnc, M. (2006). Vloga menedžmenta pri nastanku kriz v domovih za starejše. Magistrsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Leskovic, L. (2004). Domovi za stare – organizacija, delo, dosežki in problemi, *Zdravniški vestnik*, 73: 734 – 42.

Mali, J. (2006). Institucionalno varstvo starih ljudi po drugi svetovni vojni. V: Zaviršek, D. (ur.) in Leskošek, V. (ur.). Zgodovina socialnega dela na Slovenskem:

med družbenimi gibanji in političnimi sistemi (281-294). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Mali, J. (2008). Od hiralnic do domov za stare ljudi. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Mali, J. (2009). Medgeneracijska solidarnost v obstoječih oblikah skrbi za stare ljudi. V: Tašner, V. (ur.). Brez spopada: kultu, spolov, generacij (244-256). Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

Mali, J. (2009). Spremembe v institucionalnem varstvu starejših. V: Hlebec, V. (ur.). Starejši ljudje v družbi sprememb (95-107). Maribor: Aristej.

Mali, J., Nagode, M. (2009). Medgeneracijsko sožitje kot temelj sodobne socialne politike v Sloveniji. V: Tašner, V. (ur.). Brez spopada: kultur, spolov, generacij (215-228). Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

Marolt, J., Gomišček, B. (2005). Management kakovosti. Kranj: Moderna organizacija.

McGilton, K. S, Boscart, V. M. (2007). Close care provider-resident relationships in long-term care environments. *J Clin Nurs* 16(11): 2149–2157.

Milošević Arnold, V. (2006). Socialno delo s starimi: Izbrani članki in referati. Študijsko gradivo. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Milošević Arnold, V. (2006). Razvoj domov za stare ljudi. V: Zaviršek, D. (ur.) in Leskošek, V. (ur.). Zgodovina socialnega dela na Slovenskem: med družbenimi gibanji in političnimi sistemi (263-279). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Milošević Arnold, V. (2005). Kakovost bivanja v domovih za stare ljudi. V: Muršec, M. (ur.). *Ali smo pripravljeni na starost jutrišnjega dne? : zbornik referatov*. Maribor: Splošna bolnišnica (54-67).

Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Direktorat za socialne zadeve. (2011). Usmeritve za delo z osebami z demenco na področju institucionalnega varstva starejših. Številka dokumenta: 1222/18/2011. Ljubljana: MDDSZ.

Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, Socialna zbornica Slovenije. (2011). Preprečevanje nasilja, zlorab in diskriminacije z novimi koncepti dela v domovih za starejše. Seminar za vodstvene strokovne delavce v domovih za starejše. Gradivo seminarja. Ljubljana: Hotel Union, 24. oktober 2011.

Mužina, A. (2006). Oblike javno-zasebnega partnerstva s poudarkom na statusnem pravu, *Javna uprava*. Ljubljana: Inštitut za javno upravo.

Ovsenik, M. (2005). Znanje za novo kvaliteto storitve. V: Lešnik, B. (ur.). Tradicije, prelomi, vizije. Zbornik abstraktov. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Plevel, M. (2011). Organizacija socialne oskrbe in zdravstvene nege starostnikov na domu v Mestni občini Ljubljana: Diplomsko delo. Kranj: Fakulteta za družbene vede.

Ramovš, J. (2003). Kakovostna starost. Socialna gerontologija in gerontagogika. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.

Ramoviš, J. (2005). Predlogi in izhodišča za nacionalni program socialnega varstva starih ljudi v obdobju 2006 do 2010 ter za nacionalno strategijo razvoja družbe z velikim deležem starega prebivalstva. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.

Skupnost socialnih zavodov Slovenije. (2007). Štiridest let Skupnosti socialnih zavodov Slovenije. Ljubljana: SSZS.

Winter, H. P., Imperl, F. (2010). Oskrba starejših – mora ali izziv jutrišnjega dne. Intervju, *Kakovostna starost*, 13, 1: 90-102. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.

Zalokar, N. (2010). Javno – zasebno partnerstvo: Primer domov za starejše. Magistrsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Zver, K. (2010). Medgeneracijsko učenje v domovih za starejše – študija primera Doma starejših Rakičan in Doma starejših občanov Ljutomer. Diplomsko delo. Ljubljana: Filozofska fakulteta.

Zveza društev upokojencev Slovenije. (2008). Ugotovitve stanja na področju družbene skrbi za starejše ljudi – predlogi ukrepov. Strokovni zapis. Ljubljana: ZDUS.

INTERNETNI IN DRUGI VIRI

Domovi za starejše: kjer jih potrebujemo, jih ni:

<http://www.delo.si/novice/slovenija/domovi-za-starejse-kjer-jih-potrebujemo-jih-ni.html> (20. 2. 2011)

Domovi za starejše vse bolj podobni bolnišnicam. Domski zdravniki: Razmere v domovih za ostarele postajajo nevzdržne:

<http://www.delo.si/druzba/zdravje/domovi-za-starejse-vse-bolj-podobni-bolnisnicam.html> (15. 11. 2011)

E-Qalin: Upravljanje s kakovostjo:

http://www.bureauveritas.si/wps/wcm/connect/bv_si/Local/Home/bv_com_serviceSheetDetails?serviceSheetId=15111&serviceSheetName=E-Qalin%25C2%25AE (15. 11. 2011)

Evropska listina pravic in odgovornosti starejših, potrebnih dolgotrajne oskrbe in podpore:

http://www.seniorji.info/doc/Listina_pravic_in_odgovornosti_starejsih_potrebni_dolgotrajne_oskrbe.pdf (5. 9. 2011)

Investicijska operacija: Dom starejših občanov – enota Semič: Analiza stanja:
<http://www.lex-localis.info> (18. 2. 2010)

Institucionalno varstvo starejših:
http://www.seniorji.info/novica.php?ids_24&id=992&pg=2 (30.10.2010)

Izjava za javnost: Širitev javne mreže domov za starejše financirajo uporabniki:
<http://www.ssz-slo.si/apl/doc/3EB485FF.doc> (20. 2. 2011)

Kaj bodo politične stranke storile za starejše?:
http://www.seniorji.info/DOMOVI_ZA_STAREJSE_Kaj_bodo_politice_stranke_storile_za_starejse (20. 11. 2011)

Kakovost po ISO 9001: 2000:
http://home.izum.si/COBISS/OZ/2003_3/html/clanek_02.html (20. 2. 2011)

Kakšna je prihodnost varstva starejših v Evropi?:
<http://www.ssz-slo.si/slo/main.asp?id=0556BCFF> (29. 10. 2010)

Oskrbovana stanovanja – nova oblika bivanja za stare in alternativa domovom za stare:
<http://v2.inst-antonatrstenjaka.si/tisk-clanek.asp?ID=231> (2. 9. 2011)

Osnovna dejavnost domov:
<http://www.ssz-slo.si/slo/main.asp?id=2361E17F> (25. 9. 2011)

Pogledi na trajno zagotavljanje spoštovanja človekovih pravic in dostojnega preživljanja starosti:
<http://www.ds-rs.si/kb/posveti/?View=entry&EntryID=149> (18. 2. 2010)

Pomanjkanje prostora v domovih za starejše:
<http://www.delo.si/gospodarstvo/posel-in-denar/pomanjkanje-prostora-v-domovih-za-starejse.html> (15. 11. 2011)

Ponekod čakaš leta, nato te lahko po žepu udari zasebnik:
<http://www.rtvsllo.si/slovenija/ponekod-cakas-leta-nato-te-lahko-po-zepu-udari-zasebnik/205228> (18. 2. 2010)

Posvet Združenja direktorjev domov za ostarele – systemske težave ostajajo nerešene, spremembe prepočasne:
<http://www.ssz-slo.si/slo/main.asp?id=1694E17F> (30.10.2010)

Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, Ur. l. RS, št. 52/1995 z dopolnitvami.

Preživeli časi klasičnih domov za starejše:
http://www.dnevnik.si/objektiv/vec_vsebin/1042420642 (27. 10. 2011)

Seznam domov po območnih enotah ZZS:
<http://93.103.17.122/porocilo.pdf> (25. 9. 2011)

Skupnost socialnih zavodov opozarja na širitev mreže koncesionarjev:
http://www.siol.net/novice/slovenija/2011/12/skupnost_socialnih_zavodov_slovenije_opozarja_na_siritev_mreze_koncesionarjev.aspx (1. 12. 2011)

Še vedno premalo domov za starejše in predolge čakalne dobe:
<http://www.delo.si/gospodarstvo/se-vedno-premalo-domov-za-starejse-in-predolge-cakalne-dobe> (20. 2. 2011)

Število zaposlenega osebja, ki v domovih za starejše opravlja storitve zdravstvenega in socialnega varstva (obdobje 2006 – 2010)
http://pxweb.stat.si/pxweb/Database/Dem_soc/12_socialna_zascita/02_soc_varstvo/1262 (18. 10. 2011)

V domu upokojencev vse rožnato?:
http://www.novitednik.com/zapisi.php?id=515&id_zapis=1636&m=7&l=2009
(18. 2. 2010)

Zdravstvena blagajna da premalo:
<http://www.delo.si/novice/slovenija/zdravstvena-blagajna-da-premalo.html>
(15. 3. 2011)

KAZALO SLIK IN TABEL

KAZALO SLIK

- Slika 1: Število javnih (J) in zasebnih (Z) domov za starejše in njihovih enot po območnih enotah ter njihove zmogljivosti
- Slika 2: Delež respondentov glede na delovno mesto v domovih za starejše
- Slika 3: Delež respondentov glede na delovno mesto in stopnja izobrazbe
- Slika 4: Čas delovanja domov za starejše
- Slika 5: Število in delež domov, vključenih v raziskavo glede na vrsto nastanitvenih kapacitet

KAZALO TABEL

- Tabela 1: Prostorske zmogljivosti domov za starejše: sobe in kopalnice (obdobje 2007 – 2010)
- Tabela 2: Število oskrbovancev v domovih za starejše po spolu in dopoljenih letih starosti (obdobje 2007 – 2010)
- Tabela 3: Število oskrbovancev po kategorijah oskrbe v domovih za starejše (obdobje 2007 – 2010)
- Tabela 4: Število oskrbovancev po razlogih, zaradi katerih so bili sprejeti v dom za starejše (obdobje 2007 – 2010)
- Tabela 5: Število zaposlenega osebja, ki v domovih za starejše opravlja storitve zdravstvenega in socialnega varstva (obdobje 2007 – 2010)
- Tabela 6: Delež respondentov iz javnih ter zasebnih domov za starejše
- Tabela 7: Stopnje izobrazbe respondentov
- Tabela 8: Smeri izobrazbe respondentov
- Tabela 9: Čas zaposlitve respondentov
- Tabela 10: Zastopanost zavodov, iz katerih prihajajo respondenti
- Tabela 11: Število in delež domov, vključenih v raziskavo, glede na vrsto nastanitvenih kapacitet
- Tabela 12: Storitve, ki jih domovi, vključeni v raziskavo nudijo svojim uporabnikom
- Tabela 13: Število zaposlenih v domu glede na kadrovske normative
- Tabela 14 – 40: Odgovori respondentov na trditve 1 – 27
- Tabela 41: Odgovori respondentov na vprašanje: Katere spremembe so po vašem mnenju potrebne na področju institucionalnega varstva v domovih za starejše v Sloveniji?
- Tabela 42: Odgovori respondentov na vprašanje: Ali bi podprli adaptacijo doma, kjer ste zaposleni v smislu uvajanja koncepta četrte generacije domov za starejše?
- Tabela 43: Odgovori respondentov na vprašanje: Kakšen bo po vašem predvidevanju prihodnji razvoj institucionalnega varstva v domovih za starejše v Sloveniji?

PRILOGA

PRILOGA 1: ANKETNI VPRAŠALNIK

zap. št.: _____

ANKETNI VPRAŠALNIK

DOMOVI ZA STAREJŠE V SLOVENIJI: POTREBE PO KONCEPTUALNEM IN ORGANIZACIJSKEM SPREMINJANJU

Spoštovani,
sem Andrej Lenarčič, študent Fakultete za organizacijske vede v Kranju Univerze v Mariboru. Za pripravo raziskovalnega poročila v okviru diplomskega dela, potrebujem vašo dragoceno pomoč pri izpolnjevanju anketnega vprašalnika, ki je pred vami. Zagotavljam vam vašo anonimnost in se Vam vnaprej iskreno zahvaljujem za vaš čas.

Navodila za izpolnjevanje vprašalnika:

Pri zaprtih vprašanjih, kjer so navedeni možni odgovori, označite vaš odgovor tako, da pred njim obkrožite zaporedno številko odgovora. Pri odprtih vprašanjih napišite vaš odgovor na označene črte. Pri odgovarjanju na postavljene trditve, kjer je uporabljena 5 - stopenjska Likartova lestvica, označite dosledno pri vsaki trditvi le en odgovor.

I. SPLOŠNI PODATKI O RESPONDENTU

V1 Spol

1 – moški 2 – ženski

V2 Starost

1 – do 30 let 2 - 31 do 35 let 3 - 36 do 40 let 4 - 41 do 45 let
5 – 46 do 50 let 6 – 51 do 55 let 7 – nad 55 let

V3 Stopnja izobrazbe:

1 – višja strokovna 2 – visoka strokovna 3 – univerzitetna 4 – podiplomska

V4 Naziv/smer izobrazbe: _____

V5 Zaposlitev na delovnem mestu:

1 – direktor zavoda 2 – direktor zavoda in strokovni vodja doma
3 – strok. vodja doma in socialni delavec 4 – socialni delavec
5 – namestnik direktorja za področje zdravstvene nege (glavna medicinska sestra)

V6 Čas zaposlitve v zavodu:

1 –do 1 leta 2 –do 3 let 3 –do 5 let 4 –do 7 let
5 –do 10 let 6 –do 15 let 7 –do 20 let 8 –več kot 20 let

II. PODATKI O ZAVODU**V7 Vrsta zavoda (glede na ustanovitelja):** 1- javni zavod 2 – zasebni zavod**V8 Leto ustanovitve:** _____**V9 Statistična regija, v kateri zavod deluje:** _____**V10 Kapaciteta zavoda (število namestitvenih mest):** _____**V11 Število sob za stanovalce:** enoposteljnih _____, dvoposteljnih _____, troposteljnih _____, štiri ali več posteljnih _____**V12 Skupno število zaposlenih:** _____. **Od tega v socialni oskrbi:** _____, **ter** _____ **v zdravstveni negi.****V13 Število zaposlenih v domu je trenutno:**

- 1- **nad kadrovskimi normativi** za institucionalno varstvo starejših
- 2- **pod kadrovskimi normativi** za institucionalno varstvo starejših
- 3 –**optimalno** (povsem usklajeno) glede na kadrovske normative za instit. varstvo starejših

V14 Število prostovoljcev, ki v tem času redno prihajajo v dom: _____**V15 Storitve, ki jih dom nudi svojim uporabnikom (Možnih je več odgovorov!):**

- 1 – celodnevno institucionalno varstvo 2- dnevno varstvo 3 – pomoč na domu
- 4 – varovana stanovanja 5 – razvoz hrane 6 – drugo: _____

V16 Ali zavod uporablja katerega od uveljavljenih modelov za upravljanje kakovosti (npr. E- Qalin ipd.):

- 1- DA, sistem za zagotavljanje kakovosti: _____ 2 – NE

III. STRINJANJE S TRDITVAMI**V17** Prosim, da označite, v kolikšni meri se strinjate s spodaj postavljenimi trditvami.

<i>Trditve, vezane na nacionalni nivo</i>	1 – se v celoti strinjam	2 – se večinoma strinjam	3 – se delno strinjam	4 – se večinoma ne strinjam	5 – se nikakor ne strinjam
Trditev:					
V17a Slovenski model domov za starejše je s konceptualnega in organizacijskega vidika					

sodoben in bistveno ne zaostaja za razvitimi tovrstnimi modeli v evropskem prostoru.	1	2	3	4	5
V17b Slovenski model domov za starejše je racionalen in stroškovno dovolj učinkovit.	1	2	3	4	5
V17c Posledica obstoječe organiziranosti v slovenskih domovih za starejše je med drugim ta, da se izgublja velik del delovnega časa samo z logistiko.	1	2	3	4	5
V17č Veljavni kadrovske normativi na področju institucionalnega varstva starejših ustrezajo.	1	2	3	4	5
V17d Veljavni minimalni tehnični pogoji na področju institucionalnega varstva starejših ne potrebujejo bistvenih dopolnitev.	1	2	3	4	5
V17e Večina domov za starejše v državi svojim uporabnikom ne omogoča dovolj visokega bivalnega standarda (kot rezultat prevelike nastanitvene kapacitete, slabe arhitekturne zasnove ipd.).	1	2	3	4	5
V17f Vzpostavljena je enakopravnost med uporabniki javnih in zasebnih izvajalcev institucionalnega varstva starejših.	1	2	3	4	5
V17g Domove za starejše bi namesto države morala ustanavljati civilna združenja.	1	2	3	4	5
V17h Prevladujoč medicinski model obravnave starostnika v slovenskih domovih za starejše je nujno nadomestiti s socialnim s psihosocialnim konceptom obravnave.	1	2	3	4	5
V17i Zagovarjam t. i. koncept gospodinjskih skupnosti, razvit v nekaterih državah zahodne evrope v domovih za starejše, ki bi ga morali uvajati tudi pri nas.	1	2	3	4	5
V17j Slovenski domovi za starejše postajajo vedno bolj negovalne bolnišnice.	1	2	3	4	5
V17k Številni uporabniki domov za starejše bi potrebovali drugačne rešitve na področju organizirane skupnostne skrbi.	1	2	3	4	5

V17l Večina domov za starejše pri nas je premalo odprtih v zunanje okolje.	1	2	3	4	5
<i>Trditve, vezane na zaposlitveno ustanovo respondenta</i>					
Trditev:	1 – se v celoti strinjam	2 – se večinoma strinjam	3 – se delno strinjam	4 – se večinoma ne strinjam	5 – se nikakor ne strinjam
V17m Mnogo stvari pri nas je naravnanih predvsem na ustanovo in ne na uporabnike.	1	2	3	4	5
V17n V praksi našega doma je medicinski model obravnave stanovalcev v ospredju pred psihosocialnim konceptom normalizacije.	1	2	3	4	5
V17o Struktura in število zaposlenih v domu omogočata dovolj poglobljeno individualno obravnavo stanovalcev doma.	1	2	3	4	5
V17p Naš dom je z vidika nastanitvene kapacitete prevelik in ne ustreza različnim potrebam starejših.	1	2	3	4	5
V17r Sleherni uporabnik pri nas je prepoznan, ima svoj življenjski prostor, ki zadovalji tako potrebo po intimnosti in zasebnosti, kot tudi po socialnem druženju v manjši, prepoznavni skupini.	1	2	3	4	5
V17s Stanovalci našega doma imajo zadostne možnosti, da sobo, v kateri bivajo, opremijo po svoji lastni želji (deli pohištva in drugo).	1	2	3	4	5
V17š Stanovalci pri nas imajo možnost nuditi pomoč v kuhinji, pralnici, likalnici in v drugih delovnih enotah.	1	2	3	4	5
V17t Številni skupni prostori, kot so npr. jedilnica, dnevni prostor itd., dajejo stanovalcem občutek domačnosti.	1	2	3	4	5
V17u Prizadevamo si, da se pri posamezni skupini stanovalcev osebje čim manj izmenjuje.	1	2	3	4	5
V17v Za posamezne storitve se poslužujemo zunanjih servisov. Vodstvo in dom se tako	1	2	3	4	5

lahko osredotoča na ključne procese kakovosti življenja stanovalcev v domu.					
V17x Vodenje našega doma temelji na hierarhičnih odnosih. Organizacijska struktura je značilno piramidalna.	1	2	3	4	5
V17y V domu se o mnogih ključnih procesih vodi pogovor zgolj v vodstvenem timu, brez vključevanja (ali zgolj minimalno) vseh zaposlenih.	1	2	3	4	5
V17z Z rednimi in sistematičnimi evalvacijami zadovoljstva in predlogov uporabnikov storitev ter zaposlenih iščemo boljše organizacijske in vsebinske rešitve.	1	2	3	4	5
V17ž Naš dom razpolaga z visokim kadrovskim potencialom (ustrezna izobraženost in usposobljenost, dodatna specifična usposobljenost, veliko ustreznih praktičnih izkušenj) ter vložnim potencialom znanja (specifična znanja, inovativnost ipd.).	1	2	3	4	5

IV. STALIŠČE O POTREBNIH SPREMEMBAH IN NAPOVED PRIHODNJEGA RAZVOJA

V18 Katere spremembe so po vašem osebnem mnenju nujno potrebne na področju institucionalnega varstva v domovih za starejše v Sloveniji?

V19 Ali bi podprli adaptacijo doma, kjer ste zaposleni, v smislu uvajanja koncepta četrte generacije domov za starejše (iz več centralnih struktur bi naredili več manjših decentraliziranih)?

1 – da Vaš komentar zakaj:

2 – neVaš komentar zakaj: _____

V20 Kakšen bo po vašem predvidevanju prihoden razvoj institucionalnega varstva v domovih za starejše v Sloveniji?

Zahvaljujem se Vam za sodelovanje!