

UNIVERZA V LJUBLJANI  
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

**MODEL INFORMATIZACIJE DOLGOTRAJNE OSKRBE  
PACIENTA NA DOMU**

Ljubljana, september 2013

MARIJA MILAVEC KAPUN

## IZJAVA O AVTORSTVU

Spodaj podpisana Marija Milavec Kapun, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, izjavljam, da sem avtorica magistrskega dela z naslovom Model informatizacije dolgotrajne oskrbe pacienta na domu, pripravljene v sodelovanju s svetovalcem zasl. prof. dr. Vladislavom Rajkovičem.

Izrecno izjavljam, da v skladu z določili Zakona o avtorski in sorodnih pravicah (Ur. l. RS, št. 21/1995 s spremembami) dovolim objavo magistrskega dela na fakultetnih spletnih straneh.

S svojim podpisom zagotavljam, da

- je predloženo besedilo rezultat izključno mojega lastnega raziskovalnega dela;
- je predloženo besedilo jezikovno korektno in tehnično pripravljeno v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, kar pomeni, da sem
  - poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev oziroma avtoric, ki jih uporabljam v magistrskem delu, citirana oziroma navedena v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, in
  - pridobila vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti (v pisni ali grafični obliki) uporabljena v tekstu, in sem to v besedilu tudi jasno zapisala;
- se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Kazenskem zakoniku (Ur. l. RS, št. 55/2008 s spremembami);
- se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predloženega magistrskega dela dokazano plagiatorstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom.

V Ljubljani, dne 19. 09. 2013

Podpis avtorja(-ice): \_\_\_\_\_

# KAZALO

<b>UVOD</b> .....	1
<b>1 VPLIV STARANJA DRUŽBE NA POTREBE PO DOLGOTRAJNI OSKRBI</b> .....	3
1.1 Demografske spremembe.....	3
1.2 Vplivi staranja prebivalstva .....	6
1.2.1 Vpliv staranja na zdravje in zdravstveni sistem .....	7
1.2.2 Socialnoekonomski vplivi .....	8
1.2.3 Arhitekturna in stanovanjska problematika.....	8
<b>2 STORITVE OSKRBE STAREJŠIH</b> .....	9
2.1 Zdravstvene storitve na domu .....	10
2.1.1 Patronažno varstvo .....	10
2.1.2 Zdravljenje na domu in hišni obiski .....	12
2.2 Socialnovarstvene storitve .....	12
2.2.1 Socialna oskrba na domu .....	12
2.2.2 Socialni servis.....	14
2.2.3 Celodnevno institucionalno varstvo .....	14
2.2.4 Oskrbovana stanovanja.....	14
2.2.5 Dnevno institucionalno varstvo .....	15
2.3 Druge oblike podpore in pomoči .....	15
2.3.1 Svojci.....	15
2.3.2 Prostovoljci.....	16
2.3.3 Tehnološke rešitve.....	16
<b>3 DOLGOTRAJNA OSKRBA</b> .....	17
3.1 Dolgotrajna oskrba v Evropski uniji .....	18
3.2 Zakon o dolgotrajni oskrbi v Sloveniji .....	20
3.3 Storitve dolgotrajne oskrbe .....	22
3.3.1 Razmejitev storitev .....	23
3.3.2 Ocenjevanje potreb po storitvah dolgotrajne oskrbe .....	25
3.3.3 Financiranje storitev dolgotrajne oskrbe .....	26
<b>4 INFORMACIJSKO-KOMUNIKACIJSKA TEHNOLOGIJA IN DOLGOTRAJNA OSKRBA</b> .....	28
4.1 Informacijski sistemi v oskrbi na domu na področju Slovenije.....	29
4.1.1 Projekt eZdravje .....	29
4.1.2 MATIJA .....	31
4.1.3 SOS gumb.....	32
4.1.4 eOskrba.....	32

4.1.5	Informacijski sistemi patronažne zdravstvene nege.....	33
4.1.6	Informacijski sistemi v socialni oskrbi.....	33
4.2	Tuje izkušnje z informacijsko komunikacijsko tehnologijo.....	34
4.3	Področja uporabe sodobnih informacijskih rešitev .....	34
4.4	Informacijska tehnologija v dolgotrajni oskrbi .....	36
4.5	Vpliv tehnologije na dolgotrajno oskrbo .....	37
4.5.1	Neposredni vplivi .....	37
4.5.2	Posredni vplivi.....	38
4.5.3	Vpliv informacijske-komunikacijske tehnologije na integracijo oskrbe.....	39
5	<b>PREDLOG MODELA INFORMATIZACIJE DOLGOTRAJNE OSKRBE.....</b>	<b>43</b>
5.1	Proces oskrbe .....	45
5.1.1	Ugotavljanje potreb po dolgotrajni oskrbi .....	48
5.1.2	Načrtovanje storitev dolgotrajne oskrbe .....	49
5.1.3	Izvajanje storitev dolgotrajne oskrbe .....	51
5.1.4	Vrednotenje izvedenih storitev.....	55
5.1.5	Dokumentiranje .....	56
5.2	Model procesa dolgotrajne oskrbe.....	56
5.3	Vzorčno posledični diagram .....	60
5.3.1	Informacijska varnost in preprečevanje napak.....	61
5.3.2	Varovanje podatkov .....	61
5.3.3	Terminološka uskladitev .....	63
5.3.4	Preprečevanje napak.....	63
5.4	Kritično vrednotenje .....	64
5.5	Razprava .....	67
	<b>SKLEP.....</b>	<b>72</b>
	<b>LITERATURA IN VIRI.....</b>	<b>73</b>

## KAZALO SLIK

Slika 1: Prebivalstvo Slovenije po projekcijah prebivalstva EUROPOP2010, 2010-2060 v % .....	4
Slika 2: Pričakovana življenjska doba po spolu v Sloveniji v letih.....	5
Slika 3: Shema postopkov dolgotrajne oskrbe .....	21
Slika 4: Razmejitev med zdravstvenimi in socialnimi storitvami dolgotrajne oskrbe .....	24
Slika 5: Cilji projekta eZdravje .....	31
Slika 6: Diagram javnega zdravja in integriranih storitev .....	40
Slika 7: Globalna struktura informacijskega sistema .....	44
Slika 8: Proces dolgotrajne oskrbe .....	46
Slika 9: Demingov krog.....	47
Slika 10: Koordinacija priprave načrta DO .....	50
Slika 11: Izvajalci dolgotrajne oskrbe .....	52
Slika 12: Diagram procesov .....	57
Slika 13: Vzorčno-posledični model DO.....	60



## UVOD

Razvite družbe današnjega sveta se soočajo s problematiko povečevanja deleža starejših oseb (Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, 2010b, v nadaljevanju MDDSZ). Najhitreje se povečuje število oseb, ki so stare 80 let in več. S staranjem imajo ljudje v tretjem in četrtem življenjskem obdobju več fizičnih težav pri samooskrbi, slabšo socialno mrežo, kar dodatno prispeva k slabšemu psihičnemu počutju (MDDSZ, 2010b). Starejši pogosto ostajajo do konca življenja v domačem okolju, kar je pogosto tudi njihova želja; da zmorejo vsakodnevno skrb za sebe (Hvalič Touzery, 2007b).

V magistrskem delu so bomo osredotočili na oskrbo starejših na njihovem domu, saj se ta oblika oskrbe intenzivno promovira tudi s strani Evropske unije (v nadaljevanju EU), ker je osebam bolj prijazna, z vidika države pa tudi cenejša (Evropska komisija, 2008).

Čeprav starejše osebe niso edine, ki potrebujejo pomoč in podporo strokovnjakov ter laikov v vsakdanjem življenju, pa je vendar problematika starejših tako obsežna, da se dolgotrajna oskrba (v nadaljevanju DO) običajno opredeljuje z oskrbo starejših. Predlog zakona, ki bo urejal področje dolgotrajne oskrbe, pa vključuje tudi mlajše osebe, ki zaradi dolgotrajnih zdravstvenih težav potrebujejo razne storitve v kraju bivanja (MDDSZ, 2010a). Menimo, da bo z vzpostavitvijo ustreznih oblik sodelovanja izvajalcev in vzpostavitvijo sistema delovanja DO, lahko ustrezno poskrbljeno za vse, ki bodo po zakonu upravičeni do storitev DO.

Magistrsko delo je sestavljeno v grobem iz teoretičnega dela ter predloga modela informatizacije. Teoretični del v začetku prikazuje aktualne demografske trende, ki se dotikajo področja staranja populacije in posledično naraščajočih potreb po DO. Staranje prebivalstva vpliva na različna področja življenja posameznika in družbe.

Drugo poglavje vključuje opis storitev za oskrbo in podporo starejšim v domačem okolju. Poleg strokovnjakov zdravstva in socialnega varstva so starejšim na voljo še nekatere druge tržne storitve. Skrb za starejše v domačem okolju je pogosto v rokah svojcev. Pri neformalni oskrbi so poleg svojcev pomembni tudi prostovoljci ter ostale pomembne osebe v socialni mreži starejših.

Različne definicije in opredelitve DO so tematika tretjega poglavja. Opisana so nekatera aktualna dogajanja na področju sprejemanja zakonskih podlag za DO v Sloveniji. Za uspešno implementacijo zakonodaje na področju DO so pomembna nekatera temeljna izhodišča, kot so razmejitev storitev DO, sistematičen pristop k ocenjevanju potreb ter zagotovitev vzdržnega financiranja storitev DO.

Zadnje poglavje v okviru teoretičnega dela magistrske naloge vključuje pregled informacijsko-komunikacijskih rešitev pri oskrbi starejših v kraju njihovega bivanja, ki jih

izvajalci, ki bodo predvidoma vključeni v izvajanje DO, že uporabljajo. Pomemben projekt, ki bo lahko vplival tudi na informatizacijo DO, je projekt eZdravje (Ministrstvo za zdravje, 2010a, v nadaljevanju MZ). Z informatizacijo DO lahko pričakujemo nekatere vplive na izvajanje storitev DO; vpliv bodo čutili izvajalci, kakor tudi prejemniki DO (Rossi Mori & Dandi, 2012).

Predlog informacijskega sistema DO je opisan v zadnjem poglavju. Na osnovi slovenskih in tujih izkušenj ter informacijskih rešitev na tem področju, predvidenih zakonskih podlag ter trenutnega stanja na področju računalniških rešitev na področju oskrbe starejših oseb, bo oblikovan predlog procesa dolgotrajne oskrbe. Proces bo osnova za predlog modela informacijske podpore. S prikazom diagrama tokov podatkov bodo vidni procesi in odločitve posameznih izvajalcev oskrbe. Predlog modela bodo ovrednotili strokovnjaki, ki delujejo na področju oskrbe starostnikov v domačem okolju.

**Namen** magistrske naloge je oblikovanje predloga informacijskega modela DO s poudarkom na zagotavljanju celostne, integrirane oskrbe starostnikov v domačem okolju. Informacijski sistem bo predvideval aktivno in enakopravno vključevanje vseh izvajalcev na področju zdravstvenih, socialnovarstvenih in/ali drugih storitev oziroma različnih oblik podpore pacientom v domačem okolju. Pri tem bo razvidna tudi aktivna vloga samega pacienta ter mesto in vloga neformalnih izvajalcev, najpogosteje svojcev.

Z metodologijo pregleda literature in virov (CINAHL full text, ProQuest Central, Proquest SciTech, MEDLINE, ProQuest Computing in Academic Search Complete, COBIB) bomo podali ugotovitve glede obstoječih informacijskih rešitev in projektov na področju zdravstvene in socialne oskrbe na pacientovem domu. Upoštevali bomo slovenske in tuje izkušnje ter informacije in podatke o projektih na tem področju. Zadnje poglavje je namenjeno oblikovanju in opisu predloga modela informatizacije dolgotrajne oskrbe pacienta.

Magistrsko delo predstavlja osnovo za oblikovanje celovitega informacijskega sistema (v nadaljevanju IS) DO. Ob oblikovanju predloga ter kasnejšem uveljavljanju področnega zakona je potrebno določiti organizacijsko strukturo in povezovanje izvajalcev, kompetence, transparentnost poslovanja in zagotoviti pravočasen, varen ter hiter prenos informacij o pacientu. IS bo podpiral, povezoval in dopolnjeval izvajalce na tem področju.

V magistrski nalogi se pri imenovanju oseb, ki bodo vključene v DO, uporabljata dva izraza: **starejši**, ki označuje osebo, ki je stara več kot 65 let ter **pacient**, ki opisuje zdravega in bolnega človeka, običajno uporabnika zdravstvenih storitev; v okviru magistrske naloge je pacient star več kot 65 let.



# **1 VPLIV STARANJA DRUŽBE NA POTREBE PO DOLGOTRAJNI OSKRBI**

Staranje prebivalstva vpliva na različna življenjska področja posameznika. Staranje posameznika vpliva na celotno družbo: dojemanje starosti in reševanje težav posameznika in družbe, ki nastajajo kot posledica staranja.

DO je v tesni povezavi s pojavom dolgožive družbe, kar ima za posledico spremenjena demografska razmerja v družbi. Z naraščanjem deleža starejšega prebivalstva, podaljševanja življenjske dobe ljudi, se povečujejo potrebe po formalni dolgotrajni oskrbi (Nagode, Marn, Jacović & Zver, 2012). Posledično je večja tudi obremenjenost neformalnih oskrbovalcev z nudenjem oskrbe starejšim v domačem okolju.

Potrebe po DO niso lastnost samo starejših ljudi, nekateri otroci se rodijo s hudimi zdravstvenimi težavami, nekateri pridobijo zdravstvene težave, ki jih ovirajo pri samostojnem življenju tekom let. Vse te osebe z leti vedno bolj potrebujejo razne oblike pomoči in podpore. Nemoč in odvisnost je najpogosteje lastnost starejših, zato se tudi po mnenju Sistema zdravstvenih računov (angl. A System of Health Accounts, v nadaljevanju- SHA) (The Organisation for Economic Co-operation and Development, v nadaljevanju OECD, World Health Organisation, v nadaljevanju WHO & Eurostat, 2011) opredeljuje DO v večini držav kot DO starejših.

## **1.1 Demografske spremembe**

V Zeleni knjigi Odziv na demografske spremembe: nova solidarnost med generacijami avtorji dokumenta opozarjajo na obsežnost in aktualnost problematike demografskih sprememb: »Evropa se danes sooča z demografskimi spremembami, ki so po svojem obsegu in teži brez primere« (Komisija evropskih skupnosti, 2005, str. 2).

Prebivalstvo Slovenije je staro: delež prebivalstva, starega 65 let in več, je precej velik, delež mladih pa dokaj skromen. Ob zadnjem popisu leta 2002 je bil delež mladih (t. j. delež prebivalcev, starih od 0 do 14 let) le še malo višji od deleža prebivalcev, starih 65 let in več. Demografski trendi za Slovenijo kažejo povečevanje deleža starejših oseb tudi v prihodnje. Konec leta 1995 je v Sloveniji živelo 249.046 ljudi, starih 65 let ali več in njihov delež med celotnim prebivalstvom je obsegal 12,5 %. Leta 2010 je bil delež starejših od 65 let že 16,5 %. Po projekcijah EVROPOP2008, EVROPOP2010 pa bo leta 2060 že vsak tretji državljani star 65 let in več (MDDSZ, 2005; Statistični urad Republike Slovenije, 2008, v nadaljevanju SURS; Razpotnik, 2011).

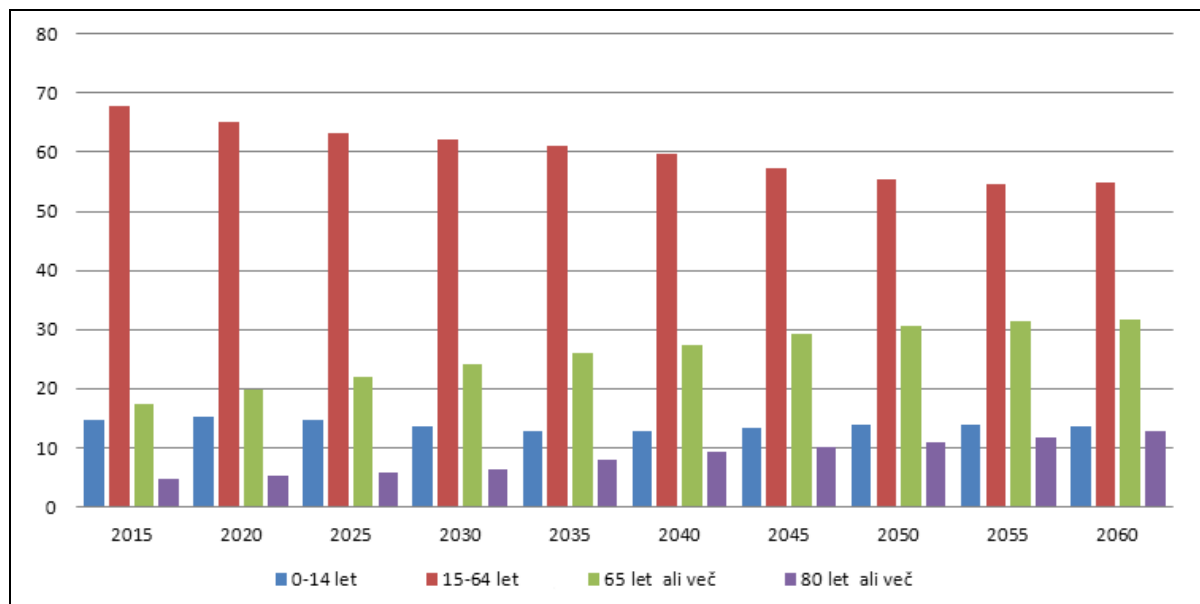
Koeficient starostne odvisnosti, ki opisuje razmerje med starostno odvisnimi - otroci in starejšimi ter delovno sposobnimi odraslimi osebami v aktivnem obdobju, je leta 2010 znašal 23,8 %, kar pomeni, da je na 4 osebe v aktivnem obdobju (15 do 64 let) prišla 1

starejša oseba. V letu 2012 je na vsakih 100 delovno sposobnih prebivalcev v Sloveniji živelo 45,1 odvisnih oseb (starejši in otroci), od tega 24,4 starejših oseb. Projekcije predvidevajo, da bo leta 2060 na 2 osebi v aktivnem obdobju prišel en starejši, oziroma da bo od 100 delovno sposobnih odvisnih 25 otrok in 58 starejših, skupaj torej 83 prebivalcev (Dominkuš, 2010; SURS, 2012a; Urad za makroekonomske analize in razvoj, 2013, v nadaljevanju UMAR; Vertot, 2008).

Strmo narašča število najstarejših oseb (število oseb v starosti 85 let in več). Leta 1950 sta bili na svetu manj kot 2 osebi, stari 85 let in več let na 100 oseb v aktivnem obdobju. Do leta 2000 je ta koeficient narasel na 4 osebe; do leta 2060 pa naj bi se povzpел na 11 oseb. Z višjo starostjo potrebujejo starejši in njihove družine formalno pomoč in podporo, da bodo lahko oskrbele svoje najstarejše člane (Vertot, 2008; Dominkuš, 2010; SURS, 2012a).

Predvidena dinamika gibanja števila prebivalcev po starostnih skupinah je razvidna s Slike 1. Po napovedih EUROSTAT-a bo rast prebivalstva v EU do leta 2025 predvsem rezultat neto priseljevanja in pričakuje se, da po letu 2025 učinek neto priseljevanja ne bo več mogel nadomestiti negativnega naravnega prirastka prebivalstva. Po pričakovanjih bo skupno število prebivalstva začelo upadati okrog leta 2025, število delovno sposobnega prebivalstva (od 15 do 64 let) pa že po letu 2011 (MDDSZ, 2010b; Razpotnik, 2011).

*Slika 1: Prebivalstvo Slovenije po projekcijah prebivalstva EUROPOP2010, 2010-2060 v %*

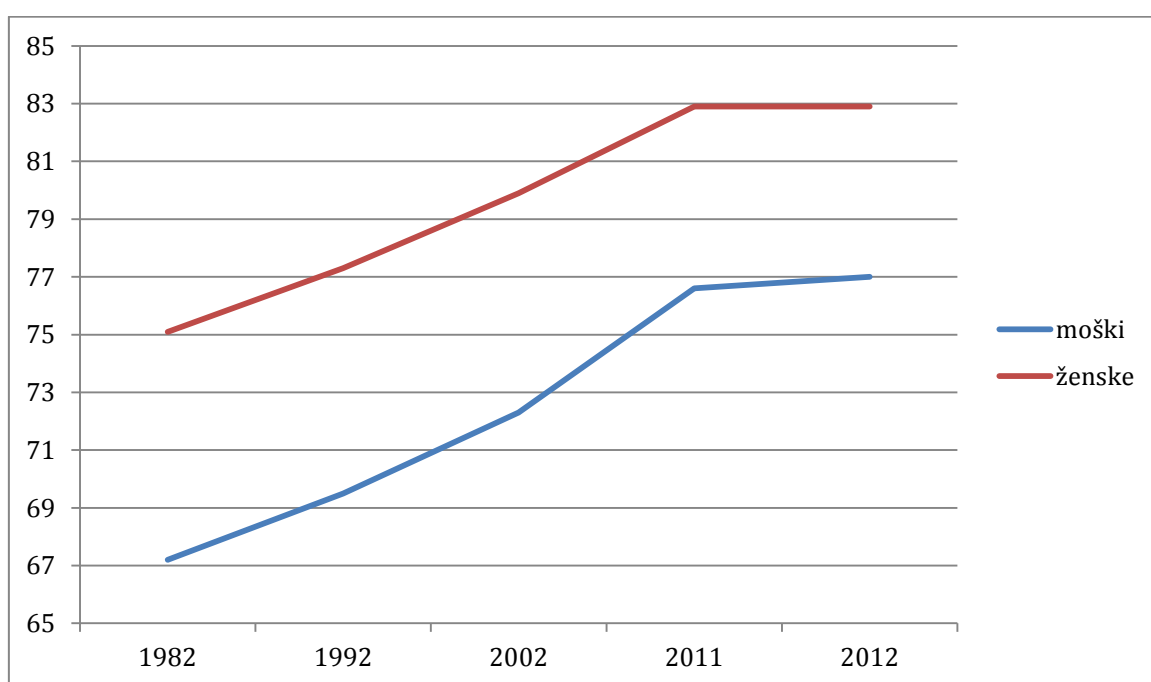


*Vir: B.Razpotnik, Projekcije prebivalstva za Slovenijo, 2010–2060 - končni podatki, 2011.*

Pričakovana življenjska doba prebivalcev v razvitem delu sveta narašča, prav tako v Sloveniji, kar je razvidno iz Slike 2. Razlika med pričakovano življenjsko dobo med moškimi in ženskami se postopoma manjša (SURs, 2013).

Življenjska doba prebivalcev se podaljša za 1 leto vsakih 2 do 4 leta. Napovedujejo, da se bo ta trend nadaljeval okvirno do leta 2040, kar je povezano s pričakovanim življenjskim obdobjem povojne, t. i. »baby boom« generacije. Tako se bo pričakovano trajanje življenja ob rojstvu še podaljševalo: leta 2060 rojeni slovenski dečki bodo živeli 84 let, deklice pa skoraj 89 let (Razpotnik, 2011; SURs, 2013).

Slika 2: Pričakovana življenjska doba po spolu v Sloveniji v letih



Vir: SURs, Umrlji, Slovenija, 2012 – končni podatki, 2013.

Ob tem pa Buzeti in Gobec (2012) ugotavljata, da ugodni socialnoekonomski dejavniki, kot so izobrazba, zaposlenost, dohodek, socialna varnost, socialna omrežja in pričakovana življenjska doba, vplivajo na življenjski slog posameznika, koriščenje zdravstvenih ter drugih podpornih storitev. Skupaj imajo pozitiven vpliv na zdravje posameznika, družine in celotne skupnosti. To se kaže na nižji stopnji obolevnosti in daljši življenjski dobi.

Zaradi večanja stopnje zaposlenosti žensk, v domačem okolju ni svojcev, ki bi skrbeli za starejšo osebo s potrebo po pomoči pri vsakdanjih temeljnih in podpornih življenjskih aktivnostih. Ženske namreč opravijo okrog 90 % vse oskrbe starejših oseb. V preteklosti so v eni družini živele 3 do 4 generacije. Današnja družina je dvo-/tričlanska, pri čemer so skoraj vsi člani zaposleni ali na šolanju. Znotraj družine se izgublja funkcija medsebojne

pomoči. S spremenjenim življenjskim načinom posameznika, družine in skupnosti, se spreminja tudi vloga neformalne oskrbe (Toth, 2009; Starc, 2010; UMAR, 2012).

Zaradi družbenih sprememb se v nekaterih državah opaža pomembnejša vloga sinov v oskrbi starejših oseb v domačem okolju (Pihlar, 2011).

## **1.2 Vplivi staranja prebivalstva**

Staranje organizma je fiziološki proces in ga ne moremo preprečiti, lahko pa ga upočasnimo, predvsem z odstranjevanjem dejavnikov, ki povzročajo bolezensko staranje oziroma vplivajo na pospešeno staranje. Cilj prizadevanj strokovnjakov ne sme biti zgolj podaljševanje življenja, poudarek mora biti na njegovi kakovosti. Ta pa je v pretežni meri odvisna od duševnih in telesnih funkcij, ki jih poslabšujejo kronične bolezni in s tem tudi onemogočajo kakovostno staranje. Z upadanjem duševnih in telesnih sposobnosti se povečuje odvisnost od okolice.

Kakor navaja Toth (2009) ni problem samo staranje prebivalstva, temveč posledice, ki jih le-to prinaša. Starejši imajo specifične potrebe, družba pa ni pripravljena na zadovoljevanje le-teh. Poleg tega nastajajo družbene spremembe, kot so večji delež zaposlenih žensk, manj večgeneracijskih in dvostarševskih družin, podaljševanje delovne dobe.

Staranje populacije predstavlja izziv različnim strokovnim disciplinam in družbenim dejavnostim: zdravstvo, sociala, politika, gospodarstvo, arhitektura, tehnologija, izobraževanje, marketing, zavarovalništvo itd. Zaradi specifičnih potreb starejših ljudi na področju socialne varnosti in zdravstva so države zahodnega sveta pred velikim izzivom: kako na eni strani zagotoviti kakovostno staranje, na drugi strani pa uvesti učinkovite reforme na področju DO in spodbuditi zaposlovanje na omenjenem področju. DO predstavlja tudi nove, hitro razvijajoče trga dela; oblikovale se bodo nove storitve in poklici.

S propadanjem medgeneracijskih in intergeneracijskih povezav ljudje v domačem okolju ostajajo sami, brez pomembne socialne mreže, ki bi jim nudila ustrezno oporo. Kljub temu veliko starostnikov ostaja v domačem okolju, vedno več jih živi samih in (vedno bolj) so oddaljeni od svojih sorodnikov. Tretjina Slovencev živi v enočlanskih gospodinjstvih; povprečno slovensko gospodinjstvo ima 2,48 člana (SURS 2012b).

V Sloveniji je 16 % gospodinjstev, ki jih sestavljajo le starejše osebe. Delež slovenskih gospodinjstev, v katerih živi vsaj ena oseba stara 65 let in več skupaj z mlajšimi osebami, je 15 %. Sicer pa v dvočlanskem enogeneracijskem gospodinjstvu biva 27,3 % starih ljudi. V skoraj tretjini vseh gospodinjstev pa živi vsaj ena oseba, stara 65 let in več (Hvalič Touzery, 2007a).

### 1.2.1 Vpliv staranja na zdravje in zdravstveni sistem

Zaradi bioloških, psiholoških in socialnih značilnosti starejši niso vedno aktivni, samostojni in samoiniciativni pacienti, temveč potrebujejo več angažiranja in podpore celotnega zdravstvenega tima: večkratne ponovitve navodil, več usmerjanja in motivacije, več časa za obravnavo zaradi počasnosti, pogoste obiske izvajalcev zdravstvenih storitev, multimorbidnost, socialne stike nadomeščajo z obiski zdravstvenih institucij.

S povečevanjem stopnje odvisnosti starejših se kaže potreba po intenzivnejšem povezovanju s svojci in socialno mrežo. Mreža formalnih izvajalcev, ki zagotavlja terapevtski program, obvladovanje kroničnih bolezni in oskrbo ob koncu življenja tudi v domačem okolju, postaja bolj nujna in kompleksnejša.

S staranjem prebivalstva se povečuje število kroničnih obolenj posameznika v tretjem življenjskem obdobju in v večjem deležu je prisotna multimorbidnost. Posledično ima to zahtevo po kompleksnejšem zdravljenju in slabše izide zdravljenja, kar predstavlja večje breme za zdravstveno blagajno (Petek Šter & Švab, 2008).

Najpogostejše zdravstvene težave starejših povzročajo srčno-žilna obolenja, maligna obolenja, nevro-psihiatrična obolenja (demenca, depresija), bolezni prebavnega trakta, slabše delovanje imunskega sistema, težave s prostato in rodili ter neustrezen življenjski slog (povečana telesna masa, premalo gibanja, neustrezna prehrana) (Resolucija o nacionalnem planu, 2008; Šelb-Šemerl, Mihevc Ponikvar, Primic Žakelj, Rok Simon, Tomšič, & Zadnik, 2010).

Zdravstvene težave starostnikov bodo predvidoma nadaljnje naraščale kot posledica kroničnih bolezni srca in ožilja, dihal, gibal, raka in presnovnih bolezni, številne pa so tudi poškodbe, zlasti zlomi in padci. V starostnem obdobju se pričakuje več nevropsihiatričnih težav, predvsem različne oblike demenc in depresij (Resolucija o nacionalnem planu, 2008).

S spremenjeno družinsko dinamiko, ki jo prinaša pešanje starostnika ter fizično, psihično in finančno preobremenjenostjo svojcev z oskrbo starostnika, postanejo starostniki ranljiva skupina in so pogosto viktimizirani. Zaradi občutka odvisnosti, prizadetosti in pasivnosti se ne odločijo za ustrezno reagiranje ob doživljanju različnih oblik nasilju. Nasilje prispeva k slabšanju prisotnih kroničnih obolenj in/ali nastajanje novih ter posledično prepogosto vstopanje v zdravstveni sistem (Selič, 2010).

Starejši ljudje potrebujejo več kurativnih obravnav, poleg tega tudi več preventivne dejavnosti strokovnjakov s področja zdravstva. Vse to obremenjuje zdravstveno blagajno, ki ima vedno bolj omejena sredstva (Petek Šter & Kersnik, 2004).

### **1.2.2 Socialnoekonomski vplivi**

Družbeno najbolj aktualne socialnoekonomske posledice staranja prebivalstva se tičejo zaposlenosti in brezposelnosti, značilnosti upokojevanja oziroma prehoda iz aktivnosti v pokoj, zdravstvenega varstva in DO starejšega prebivalstva (Malačič, 2008).

Pri stopnji zaposlenosti se je začel v razvitih državah pojavljati strah, da bo zaradi staranja prebivalstva začelo primanjkovati oseb v aktivnem obdobju, delavcev.

Malačič (2008) navaja ugotovitve raziskav, da naj bi v EU začelo število prebivalstva 15. in 64. letom starosti padati od leta 2011 naprej. Kljub temu pa se pričakuje nadaljevanje rasti celotne zaposlenosti do leta 2017, predvsem na račun višje zaposlenosti žensk in starejšega prebivalstva (podaljševanje delovne dobe). Do leta 2020 naj bi EU dosegla 70 % zaposlenost.

Staranje prebivalstva povzroča spremembe razmerij med posameznimi starostnimi skupinami, kar vpliva na razmerje med aktivnim in vzdrževanim prebivalstvom (Malačič, 2008).

Malačič (2008) navaja, da se v prihodnje lahko pričakuje velik pritisk na povečanje sredstev za zdravstveno varstvo in dolgotrajno oskrbo. To je posebej povezano s hitro rastjo najstarejših starostnih skupin prebivalstva (starejših od 85 let).

### **1.2.3 Arhitekturna in stanovanjska problematika**

Bivanje v domačem okolju ima številne prednosti in pozitivne učinke na dobro počutje in psihofizično kondicijo starejših ljudi. Kakor ugotavlja Kerbler (2012), je med starejšimi nad 65 let staranje doma (angl. *ageing at home*) oziroma staranje v/na kraju bivanja (angl. *ageing in place*) najbolj zaželena oblika bivanja. Bivanje v domačem okolju pa s starostjo prinaša tudi ovire: neprimerno stanovanje, otežen dostop do stanovanja in neprimerna (zanemarjena) okolica, predvsem v urbanih okoljih, oziroma oddaljenost od javnih storitev, predvsem na podeželju. Pomembne so tudi notranje, predvsem arhitekturne ovire, kot so stopnice, neustrezna kopalniška oprema, odsotnost držal, pragovi, drseča tla, težka vrata, preozki prehodi, previsoko pohištvo in delovne površine.

Ob popisu leta 2012 je med osebami, stariimi 65 let in več, 25,3 % le-teh živel samih oziroma v enočlanskih gospodinjstvih; med temi je bilo žensk v vseh starostnih skupinah vsaj dvakrat več kot moških (SURSTAT, 2013).

Biti lastnik stanovanja pomeni avtonomnost, neodvisnost. Slovenci smo na splošno radi »gruntarji«, kar nam predstavlja varnost in starost. Smo lastniki stanovanj in nepremičnin v velikem deležu. To se odraža tudi pri starejših Slovencih.

Kot navaja Mandič (2011), so glede na podatke Evropske raziskave o kakovosti življenja (angl. *European quality of life survey* - EQLS) iz leta 2007 Slovenci, starejši od 65 let, lastniki stanovanj kar v 96 %. Ugotavlja tudi, da se s starostjo, zlasti nad 80 let, delež lastnikov stanovanj celo poveča.

Kerbler (2012) poudarja, da lastništvo stanovanj lahko predstavlja 4. pokojninski steber. Navaja tudi, da raziskave kažejo, da smo Slovenci pripravljeni nameniti svoje lastniške nepremičnine za ustrezno oskrbo v starosti.

## **2 STORITVE OSKRBE STAREJŠIH**

Magistrsko delo se osredotoča predvsem na oskrbo starejših na domu. Celodnevna socialnovarstvena storitev - dom starejših občanov (v nadaljevanju DSO) je krajše opredeljena s poudarkom na predstavitvi možnosti razvoja različnih kombiniranih storitev, kot je krajša namestitve v institucijo, oskrba preko dneva v instituciji (dnevni center), različne oblike pomoči in podpore starejšim in negovalcem ipd. S tem pa je izražena podpora vsem inovativnim oblikam oskrbe starejših v kraju bivanja, ki jih odlikuje ekonomska uspešnost ter prijaznost do starejših, s krepitvijo njihovega samostojnega delovanja in funkcioniranja.

V preteklosti se je intenzivno razvijala institucionalna oskrba. Oskrba starejših na njihovem domu je bila domena patronažne službe. Potreba po dodatni pomoči starejšim je bila prepuščena domačim. Podpora laičnim, neformalnim izvajalcem je bila skromna ali pa je sploh ni bilo, čeprav je večina bremen oskrbe starejših, ki potrebujejo pomoč, prav na njih.

Na neugoden položaj vseh, ki so v domačem okolju z različnimi zdravstvenimi težavami in nezmožni samooskrbe, opozarja Kešeljević (2013) in poudarja neustrezno razmerje med storitvami pomoči na domu in oskrbo v instituciji, saj je to razmerje 1 proti 3. Razloge vidi v neustrezni finančni podpori bivanju starejših v domačem okolju: stanovalec v domu starejših občanov za oskrbo plačuje v povprečju 18 € dnevno, za kar mu, poleg prehrane in strokovnih storitev, nudijo tudi 24-urno nastanitev in nadzor. V domačem okolju pa 1 ura storitev socialne oskrbe stane v povprečju 5 €.

Na pacientov dom prihaja nekaj poklicnih izvajalcev z namenom podpore in pomoči starejšim pri premagovanju težav v zvezi z možnostmi samooskrbe. Potrebe oseb v domačem okolju postajajo zaradi multimorbidnosti in družbene kompleksnosti vedno bolj obsežne v smislu zagotavljanja različnih storitev. Z razvijanjem družbe se oblikujejo novi pogledi na položaj starejših, njihovih možnosti ter potreb in pravne možnosti za izvajanje storitev.

## **2.1 Zdravstvene storitve na domu**

Velika večina starostnikov z različnimi zdravstvenimi težavami ostaja v domačem okolju. V pomoč pri reševanju zdravstvenih težav, ki nimajo urgentnega značaja, sta jim na voljo izbrani zdravnik in patronažna medicinska sestra. Starostniki se iz bolnišničnega okolja hitro vračajo zaradi napredka medicine in skrajševanja ležalnih dob (UMAR, 2012).

### **2.1.1 Patronažno varstvo**

Delovanje medicinskih sester je bistvenega pomena za zdravje prebivalcev. Poleg sodelovanja v diagnostično-terapevtskih postopkih je njihov bistveni in samostojni del v ocenjevanju potreb po storitvah, načrtovanju in izvajanju zdravstvene nege ter vrednotenju opravljenega dela.

Medicinska sestra v patronažnem varstvu s poznavanjem posebnosti terena načrtuje svojo dejavnost, usmerja ljudi na poti k zdravju in je v podporo pri načrtovanju potrebne pomoči na domu. Delovanje medicinske sestre ni usmerjeno le na bolno osebo, usmerjeno je tudi v zdravega pacienta, njegovo družino in lokalno skupnost. V patronažno dejavnost se na področju zdravstvene nege pacienta na domu vključujejo tudi tehniki zdravstvene nege. Delovni normativ je 2500 prebivalcev na eno patronažno medicinsko sestro in 5000 prebivalcev na enega tehnika zdravstvene nege. Patronažno varstvo bi moralo v krajih, kjer ni organizirana oskrba na domu, le-to organizirati v okviru patronažne dejavnosti (Šušteršič, 2006; Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2012, v nadaljevanju IVZ; Resolucija o nacionalnem planu, 2008, Pravilnik za izvajanje, 1998).

Patronažno varstvo je lahko organizirano kot samostojna služba ali kot organizacijska enota osnovnega zdravstvenega varstva v zdravstvenih domovih (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 2005; Zakon o zdravstvenem varstvu, 2005).

Nosilka patronažne dejavnosti je diplomirana medicinska sestra. Njena naloga je zdravstveno-socialna obravnava posameznika in družine na domu, v lokalni skupnosti in na terenu (Šušteršič, 2006; IVZ, 2012).

Demografske in družbene spremembe vplivajo na obseg in vsebino dejavnosti, saj narašča število starejših, njihova specifična obolevnost ter hitri razvoj medicine, tehnologije in drugih zdravstvenih disciplin. To vpliva na nastajanje težnje po prenosu nekaterih aktivnosti zdravnika na medicinsko sestro tudi pri zdravstveni obravnavi starejših v domačem okolju (Aktivnosti, 2011; Zavrl Džananović, 2010).

V okviru teh usmeritev strokovno združenje medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov opredeljuje diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu kot koordinatorja dolgotrajne oskrbe. V izvajanje oskrbe in podpore pa se vključujejo tudi drugi poklicni in nepoklicni izvajalci (Aktivnosti, 2011).



To je poudarjeno tudi v strateškem dokumentu o razvoju zdravstvene nege. Avtorji dokumenta ugotavljajo, da je medicinska sestra pri celostni oskrbi pacienta na njegovem domu že sedaj in bo tudi v prihodnosti pomemben člen DO. S svojimi sodelavci v negovalnem timu izvaja zdravstveno nego ter koordinacijo obravnave pacienta s kroničnimi obolenji. Navaja, da so specifičnosti dela medicinske sestre predvsem na področju koordinacije, ugotavljanja potreb po DO in izvajanju zdravstvene nege in oskrbe ter izvajanju zahtevnejših storitev zdravstvene nege in svetovanju (Kadivec, Skela Savič, Kramar, Zavrl Džananovič & Bregar, 2011).

Po navedbah IVZ je bilo januarja 2012 v patronažnem varstvu Slovenije zaposlenih 804 oseb, največ višjih in diplomiranih medicinskih sester ter tehnikov zdravstvene nege. Čeprav so potrebe po zdravstveni negi na domu čedalje večje, se - po navedbah IVZ -, soočajo v patronažnem varstvu z nezadostno kadrovsko zasedenostjo. V januarju 2012 je v patronažnem varstvu Slovenije 1 diplomirana medicinska sestra skrbela za 3.133,6 prebivalca, 1 zdravstveni tehnik pa za 13.729,1 prebivalca (IVZ, 2013).

Naročnik kurativnih obiskov s strani patronažne medicinske sestre pacienta na domu je njegov osebni izbrani zdravnik, ki določi obseg in pogostost obiskov. Patronažna medicinska sestra lahko samostojno načrtuje obiske pacienta in njegove družine (Pravilnik, 1998).

IVZ (2012) ugotavlja, da se patronažne medicinske sestre neustrezno in prepočasi prilagajajo demografskim spremembam v družbi, predvsem potrebam starajoče družbe. S širitvijo dejavnosti patronažnega varstva se bodo pokazale koristi preventivnega delovanja, ki je osnovna naloga PMS. Investicija v preventivo pomeni koristi v prihodnosti. Patronažna dejavnost z leti nazaduje, saj je potisnjena na rob pozornosti zdravstva.

Po Hvalič Touzery (2007b), so bile patronažne medicinske sestre pred leti »socialne sestre«, ki pa so dobro poskrbele za posameznika in družino; z reorganizacijo pa je ta dejavnost postala zelo okrnjena. Socialna oskrba v okviru socialnovarstvenih storitev pomoči na domu pa se je zelo razvila. Obe terenski službi delujeta ločeno in neuskklajeno. Starejši pa potrebujejo usklajeno in kontinuirano oskrbo, ki je cenovno dostopna.

Obstoječe oblike že izvajanih storitev dolgotrajne oskrbe bo potrebno vsebinsko in organizacijsko nadgraditi ter dopolniti, prilagoditi se morajo potrebam uporabnika in biti dostopne vse dni v letu in 24 ur na dan (Kadivec et al., 2011; Šušteršič, Rajkovič, Leskovar & Bitenc, 2006).

Zbrani podatki IVZ (2012, 2013) o dejavnosti patronažne službe kažejo, da se kljub večanju deleža diplomiranih medicinskih sester v primerjavi s kadrom s srednjo strokovno izobrazbo, ne povečuje delež preventivnih obiskov, temveč se le-ta zmanjšuje. Večina dela

patronažnih medicinskih sester je vezanega na starejšo populacijo in je v letu 2011 predstavljalo 87 % vse njene dejavnosti. Delovanje zdravstvenega osebja v patronažnem varstvu temelji na preventivni dejavnosti. Rezultati raziskav IVZ kažejo, da se stroka patronažnega varstva neustrezno in prepočasi prilagaja družbenim spremembam in zahtevam hitro starajoče družbe. Upad preventivnega delovanja zmanjšuje dolgoročne koristi preprečevanja zdravstvene in socialne problematike. Finančna zahtevnost preventivnega delovanja je veliko bolj ugodna v primerjavi s stroški zdravljenja bolezni in oskrbe.

Preventivna dejavnost se kaže v podaljševanju let zdravega življenja in ima pomemben vpliv na ugodnejšo stopnjo odvisnosti starejših od pomoči drugih. Leta zdravega življenja, kot pomemben kazalnik zdravja, so definirana kot število let, za katera lahko oseba določene starosti pričakuje, da jih bo preživela brez invalidnosti. Pomen in podporo temu strukturnemu kazalniku daje tudi Lizbonska strategija (Evropska komisija, 2013).

Zdravstveno dejavnost na terenu izvajajo tudi tržni ponudniki zdravstvenih storitev, ki niso vključeni v javno mrežo. Obseg, kakovost in strokovnost storitev niso evidentirani. Ker trg ponuja storitve zdravstvene oskrbe starostnikov v domačem okolju, lahko sklepamo, da so potrebe večje, kot je obseg pravic v okviru javne mreže zdravstvenega varstva.

### **2.1.2 Zdravljenje na domu in hišni obiski**

Osebni izbrani zdravnik lahko obišče pacienta na njegovem domu. Tega se ne izvaja v večjem obsegu, predstavlja le 1 % dela zdravnika družinske/splošne medicine (Kravos, 2005).

Hišni obisk je oblika posveta zdravnika z bolnikom izven ambulate, običajno je to na bolnikovem domu, lahko pa tudi v hotelski sobi, na javnem prostoru in drugje. Hišni obiski se razlikujejo: običajni hišni obisk, zdravljenje na domu (vodenje kroničnih bolnikov, invalidov), nujni hišni obisk (poslabšanje zdravstvenega stanja) in ostale oblike hišnih obiskov (mrliški ogled ipd.) (Kersnik & Švab, 1996; Kravos, 2005).

## **2.2 Socialnovarstvene storitve**

Bolezen je pogosta spremljevalka starejših ljudi. Zaradi obsežnih in multiplih zdravstvenih težav pogosto ne zmorejo samostojne oskrbe in samostojnega življenja. Poleg pomoči strokovnjakov s področja zdravstva, potrebujejo tudi socialnovarstvene storitvah. Le-te lahko potekajo v institucijah ali na domu pacienta.

### **2.2.1 Socialna oskrba na domu**

Socialna oskrba je poleg mobilne pomoči del socialnovarstvene storitve pomoč družini na domu in je namenjena osebam, ki imajo zagotovljene bivalne in druge pogoje za življenje

v svojem bivalnem okolju, vendar se zaradi starosti, bolezni ali invalidnosti niso zmožne oskrbovati in negovati same. Svojci pa pomoči ne zmorejo nuditi oziroma oseba te možnosti nima. Obsega sledeče storitve (Pravilnik o standardih, 2010, 2011):

- **gospodinjsko pomoč:** prinašanje enega pripravljene obroka ali nabava živil in priprava enega obroka hrane, pomivanje uporabljene posode, osnovno čiščenje bivalnega dela prostorov z odnašanjem smeti, postiljanjem in osnovnim vzdrževanjem spalnega prostora;
- **pomoč pri temeljnih dnevni opravilih:** pomoč pri oblačenju ali slačenju, pomoč pri umivanju, hranjenju, opravljanju osnovnih življenjskih potreb, vzdrževanje in nega osebnih ortopedskih pripomočkov;
- **pomoč pri ohranjanju socialnih stikov:** vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, prostovoljci in sorodstvom, spremljanje upravičenca pri opravljanju nujnih obveznosti, informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca ter priprava upravičenca na institucionalno varstvo.

V skladu s Pravilnikom o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (2010, 2011) lahko upravičenec prejme socialno oskrbo le, če potrebuje najmanj dve opravili iz dveh različnih sklopov. Pravico do socialne oskrbe imajo starejši nad 65 let, invalidi in dolgotrajno bolne osebe, ki potrebujejo pomoč za samostojno življenje.

Storitev izvajajo javni zavodi ter pravne in fizične osebe s koncesijo. Nagode (2012) ugotavlja, da storitev geografsko ni dobro pokrita, nekatere občine še niso razpisale koncesije ali še nimajo nobenega uporabnika, kar kaže na to, da se storitev počasi razvija.

V skladu z načrti Resolucije o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 (v nadaljevanju ReNPSV13–20) naj bi bilo starejših okoli 14.000 oseb, ki naj bi bile dnevno vključene v različne obstoječe in nove oblike pomoči na domu, vključno z oskrbo v oskrbovanih stanovanjih (ReNPSV13–20, 2013).

Storitev izvajajo strokovni delavci, ki ugotovijo upravičenost ter pripravijo in sklenejo dogovor o izvajanju storitev z uporabnikom. Strokovni sodelavci in laični delavci pa so vključeni v neposredno izvajanje oskrbe. Storitve je organizirana na nivoju občine. Stroške izvajanja pokriva v najmanj 50 % občina, ostali del pa uporabniki. Subvencija s strani občine je lahko tudi višja (Pravilnik o standardih, 2010, 2011).

Slovenija v primerjavi z EU zaostaja v razvitosti različnih pomoči na domu, delež celotnih (javnih in zasebnih) sredstev za dolgotrajno oskrbo pada v primerjavi z institucionalnim varstvom, ki se še vedno intenzivno razvija. Ciljna pokritost s storitvami je 3,5 % populacije nad 65 let (UMAR, 2012; MDDSZ, 2013).

### **2.2.2 Socialni servis**

Storitev lahko izvajajo pravne in fizične osebe, ki so vpisane v register izvajalcev za izvajanje socialnovarstvenih storitev.

Socialni servis ne spada med javno službo, plačnik je v celoti uporabnik oziroma naročnik storitve. Je oblika pomoči, ki omogoča posamezniku vključitev v vsakdanje življenje in zajema čiščenje in vzdrževanje stanovanja, družabništvo, gospodinjska opravila, nego telesa, vzdrževanje urejenega videza. Vključuje tudi varovanje in nadziranje preko noči ter povezavo preko telefonskega alarma ipd. Storitve se izvajajo, če zajema praviloma vsaj tri opravila (Pravilnik o standardih, 2010, 2011).

### **2.2.3 Celodnevno institucionalno varstvo**

Institucionalna oskrba je v Sloveniji dobro razvita in pokrita. Prostih posteljnih kapacitet je dovolj, težava je le v neenakomerni geografski porazdelitvi. Primanjkuje jih le v osrednji Sloveniji, drugje pa se kažejo prosta mesta. K temu je prispevalo intenzivno podeljevanje koncesij predvsem zasebnim domovom. Trenutna gospodarska kriza sili ljudi k racionalni porabi razpoložljivih sredstev v družini, kar povzroča manjši trend vključevanja v DSO. Ob večanju števila brezposelnih se marsikdo odloči, da bo pomagal sorodniku z neformalno pomočjo, dokler ne dobi ustrezne zaposlitve. Tako starostnik ostaja v domačem okolju, njegova sredstva (pokojnina) pa se obdržijo v domačem proračunu.

Po navedbah v ReNPSV13–20 (2013) je v letu 2011 bivalo v DSO 17.000 starejših, leto kasneje pa je bilo razpoložljivih mest za starejše 19.567. Po navedbah Skupnosti socialnih zavodov Slovenije se so leta 2020 predvideva širitev na 20.000 prostih mest za celodnevno bivanje v DSO, kar naj bi predstavljalo 4,8 % starejše populacije nad 65 let (Splošno, 2012). Kerbler (2012) ugotavlja, da trenutne razpoložljive kapacitete v DSO pokrivajo 6,5 % starejših nad 64 let, kar presega ciljno pokritost.

Širjenje mreže domov za starejše poteka iz javnih in zasebnih sredstev ter na podlagi javno zasebnega partnerstva. ReNPSV13–20 (2013) prav tako predvideva kratkotrajne institucionalne namestitve v obsegu 300 mest. Ostala starejša populacija pa bo bivala v domačem okolju in se posluževala različnih storitev na domu ter kombinirane oblike oskrbe, krajših oziroma začasnih ter dnevni namestitvev.

### **2.2.4 Oskrbovana stanovanja**

Bivanje v oskrbovanih stanovanjih je namenjeno osebam z zmanjšano možnostjo samooskrbe, ki pa še vedno želijo živeti neodvisno življenje, kolikor je to mogoče. Preko oskrbnika in strokovnega osebja imajo zagotovljen 24-urni nadzor in potrebno pomoč. Stanovanja morajo biti arhitekturno prilagojena starejšim, praviloma se nahajajo v bližini domov starejših občanov (Pravilnik o standardih, 2010, 2011). Kerbler (2012) navaja, da je le 3 % vseh najemnih stanovanj prilagojenih potrebam starejših.

### **2.2.5 Dnevno institucionalno varstvo**

Dnevni centri so namenjeni osebam, ki bivajo v domačem okolju, preko dneva pa potrebujejo pomoč in podpirne storitve. V Sloveniji je razpoložljivih 350 mest v dnevni obliki varstva, načrtuje se 3.000 mest v dnevni obliki varstva starejših. Storitve lahko izvajajo pravne osebe, ki imajo pridobljeno koncesijo za izvajanje institucionalnega varstva (Resolucija o nacionalnem programu, 2013).

S projektnim pristopom so se v Sloveniji, predvsem v Ljubljani, razvili različni dnevni centri za starejše. Po pregledu razpisov MDDSZ ugotavljamo, da še ni bilo razpisane koncesije za to področje, tako jo s koncesijo lahko izvajajo le domovi starejših občanov. Vse druge oblike dnevni centrov so v obliki projektov oziroma so na trgu in s svojo ponudbo dejavnosti pokrijejo stroške delovanja.

## **2.3 Druge oblike podpore in pomoči**

Poklicni izvajalci z nudenjem različni oblik oskrbe ne pokrijejo vseh potreb starejših oseb in njihovih svojcev. Večina bremena oskrbe in nege ostaja na osebah, ki so v neposredni bližini starejše osebe, predvsem na njihovih svojcih. S preoblikovanjem družinskih odnosov in strukture družine je toliko bolj pomembna lokalna skupnost in oblike pomoči, ki jo te lahko nudijo posamezniku. Pri tem se s pridom lahko izkoriščajo prednosti tehnološkega napredka.

Pregled spletnih strani z oglasi s ponudbami za pomoč na domu nam pove, da je veliko neformalnih ponudnikov pomoči, veliko je črnega trga dela.

### **2.3.1 Svojci**

V preteklosti je bila oskrba družinskega člana domena družine, predvsem žensk. Družine so bile večgeneracijske in za bolnega in onemoglega člana je bilo v duhu solidarnosti in medgeneracijske povezanosti samoumevno, da se mu nudi podporo. Z nastajanjem novih družbenih razmerij, z večjo mobilnostjo, daljšanjem časa študija, podaljševanjem delovne dobe in daljšo dnevno odsotnostjo zaradi službenih obveznosti, starši od svojih potomcev ne morejo pričakovati vso potrebno pomoč in nego. Veliko starostnikov živi samih (Hvalič Touzery, 2007b).

Hvalič Touzery (2007b) navaja podatke Eurobarometra, da naj bi v Sloveniji v letu 2002 prevladovalo mnenje (manj kot polovica anketiranih), da nega družinskega člana ni naloga družine. V oskrbo naj bi se vključevali zaradi moralne odgovornosti in sočustvovanja.

Pri negovalcih se pogosto opaža preobremenjenost, pogosto se zatečejo v psihosomatsko obolenje. Hvalič Touzery ugotavlja, da ni sistematične formalne skrbi za laične negovalce v domačem okolju (2007b).

Svojci kot negovalci so pogosto zelo obremenjeni, saj največkrat (sinovi, hčerke) ne živijo na istem naslovu, poleg tega morajo skrbeti za svojo sekundarno družino. Če pa je negovalec partner, je pogosto tudi sam starejši; največkrat svojce obremenjuje kontinuiteta nege, saj morajo biti vsak dan cel dan na razpolago. Pogosto nimajo ustreznega znanja o sami bolezni in ustrezni oskrbi pacienta. Temu se pridružuje še strah pred nezmožnostjo obvladovanja situacije, strah pred prihodnostjo ter neurejene družinske razmere (Hvalič Touzery, 2007b).

Kerbler (2012) poudarja pomen reorganizacije pogojev za izvajanje oskrbe v domačem okolju. Ob tem pa opozarja na smiselno preureditev domačega okolja, ki bo primerno za bivanje starostnika, ob prilagoditvi bivališča poudarja pomen vgradnje nove infrastrukture, ki temelji na informacijsko komunikacijskih tehnologijah. Slednje omogoča boljšo dostopnost do storitev. Sodobne tehnologije so prijazne za uporabo tudi starejšim, le-ti se hitro naučijo rokovanja z njimi.

### **2.3.2 Prostovoljci**

Sosedska pomoč je bila včasih samoumevna, kakor tudi pomoč prijateljev in znancev. S spreminjanjem družbe pa je prostovoljstvo, ki je bilo v času svojega nastajanja kot organizirane oblike častna služba, izgubilo pomen.

Zaradi družbenih sprememb in hkratnih političnih vplivov je prostovoljstvo trenutno v obdobju renesanse. Področni zakon je bil sprejet v letu 2011 (Zakon o prostovoljstvu, 2011). Tako so se oblikovali pogoji za delovanje organiziranega prostovoljskega dela. V okviru formalno organiziranega prostovoljstva se pričakuje prispevek h kakovostnejšemu življenju starejših v njihovem domačem okolju. Formalna oblika prostovoljstva poteka pod vodstvom mentorja. Delujejo predvsem v okviru nevladnih in humanitarnih organizacij na področju ranljivih skupin prebivalstva.

Namen sprejete zakonodaje je spodbujanje medsebojne solidarnosti in družbene povezanosti, razvoja sposobnosti posameznika, sodelovanja pri reševanju problemov posameznika in družbe (Zakon o prostovoljstvu, 2011).

Ob povečevanju potreb po DO in posledično stroškov za DO se pričakuje večje angažiranje neformalnih izvajalcev. S spodbujanjem in organiziranjem medgeneracijskega in intergeneracijskega prostovoljstva ter medgeneracijsko solidarnostjo naj bi se delno reševalo vedno bolj pereče vprašanje financiranja DO.

### **2.3.3 Tehnološke rešitve**

Storitev Rdeči gumb je bila namenjena bolnim in invalidnim osebam. Osnovni namen je bil obveščanje uporabnikov in skrbnikov o pomoči ter nudenje neposredne pomoči,

pogosto s pogovorom preko telefona, nasvetom o najprimernejšem ukrepanju. Nekateri avtorji poudarjajo prednosti uporabe storitve, saj se lahko odloži odhod pacienta v institucionalno varstvo (Rudel, Ličer, & Obrežan, 2009).

S pomočjo Lifeline telefona lahko uporabnik kadarkoli s pritiskom na gumb pokliče center za pomoč na domu. Ob klicu se na zaslonu izpišejo podatki o uporabniku, o njegovem zdravstvenem stanju, o rezervnem ključu ter koga od skrbnikov je potrebno obvestiti. Vzpostavi se tudi telefonska linija, da se operater lahko pogovori z uporabnikom. V primeru neodzivnosti uporabnika, operater obvesti skrbnike ali javno službo za nudenje pomoči (nujna medicinska pomoč). Ob vzpostavitvi klica operater skozi pogovor usmerja uporabnika k razrešitvi težav. Operater neposredno ne nudi pomoči, temveč obvešča svojce oziroma skrbnike, sosede, javno službo ali pa izvajalca plačljivih storitev. Storitve vključuje medgeneracijsko in sosedsko pomoč ter tako znižuje stroške dolgotrajne oskrbe osebe, ki biva v domačem okolju (Rudel, 2008).

Nagode (2009) ugotavlja, da je storitev še vedno nezadostno razvita in premalo skrbno načrtovana. Na cenovno nedostopnost in neustrezno oziroma neenakomerno porazdelitev opozarja tudi Marn (2010).

### **3 DOLGOTRAJNA OSKRBA**

DO je dejavnost, ki povezuje službe in izvajalce zdravstvenega in socialnega varstva z namenom zagotavljanja pomoči, ki so zaradi bolezni, starosti ali poškodb delno ali popolnoma odvisni od pomoči drugih pri temeljnih in podpornih življenjskih aktivnostih (Resolucija o nacionalnem planu, 2008; Kadivec et al., 2011).

DO je del socialnih politik gospodarsko razvitih držav in zavzema vedno bolj vidno mesto. V Sloveniji ni enotno urejenega sistema starejših, dolgotrajno bolnih in invalidov, ki pri vsakdanjih temeljnih in podpornih opravilih potrebujejo pomoč in podporo drugih (MDDSZ, 2010).

Ko oseba zaradi izgube samostojnosti na različnih področjih potrebuje pomoč druge osebe pri temeljnih življenjskih aktivnostih, pomeni, da potrebuje storitve DO (Hvalič Touzery, 2007a). Kot bistvo DO Voljč (2010) navaja tudi osnovno zdravstveno nego.

Sistem zdravstvenih računov (OECD et al., 2011) opredeljuje DO kot organizirano obliko zdravstvene in socialne oskrbe pacientov z določeno stopnjo odvisnosti. Osnovni cilji so lajšanje bolečin in trpljenja ter preprečevanje poslabšanja zdravstvenega stanja.

Voljč (2008) poudarja pomen vsakega udeleženca v sistemu DO. Na prvo mesto postavlja odgovorne in strokovno podkovane zdravnike in medicinske sestre, sledijo pa jim tudi socialni delavci, socialni oskrbovalci in svojci. Ker je vsak človek osebnost zase, s svojimi

specifičnimi potrebami, je potrebno narediti in prilagoditi posamezniku strokovni individualni program, ki ga skupaj pripravijo zdravstveni delavci, socialni delavci in socialni oskrbovalci. Avtor opozarja, da potrebujejo formalni in neformalni oskrbovalci za kakovostno izvajanje strokovno podporo in znanje oziroma vedenje o pravilnem opazovanju sprememb in izvajanju oskrbe.

### **3.1 Dolgotrajna oskrba v Evropski uniji**

Evropska unija navaja v Listini Evropske unije o človekovih pravicah (2010, str. 398) v 35. členu, ki se nanaša na varovanje zdravja, sledeče: »Vsakdo ima pravico do preventivnega zdravstvenega varstva in do zdravniške oskrbe v skladu s pogoji, ki jih določajo nacionalne zakonodaje in običaji. Pri opredeljevanju in izvajanju vseh politik in dejavnosti Unije se zagotavlja visoka raven varovanja zdravja ljudi.«

Članstvo Slovenije v EU nas zavezuje, kot vse države članice, k zagotavljanju splošne dostopnosti visokokakovostne in finančno dostopne dolgotrajne oskrbe za svoje državljane (Evropska komisija, 2008).

Zagotavljanje DO je po državah EU različno opredeljeno: kdaj se neka oskrba definira kot dolgotrajna, obseg pravic, nejasne razmejitve med zdravstvenimi in socialnimi storitvami. Nekatere države se osredotočajo na ambulantno rehabilitacijsko zdravljenje, druge države imajo večji poudarek na izvajanje oskrbe v zdravstvenih in socialnih institucijah (Evropska komisija, 2008).

Med izvajalci zdravstvenih in socialnih storitev je pogosto prepad, ni zagotovljene kontinuitete oskrbe. Nekateri angleški strokovnjaki trdijo, da je v Združenem kraljestvu razlog za nastanek »berlinskega zidu« med izvajalci zdravstvenih in socialnih storitev na pacientovem domu v spodbujanju samostojnega razvoja zdravstvene stroke in socialne oskrbe; ob tem pa je bilo le malo spodbude s strani države za njihovo medsebojno sodelovanje in skupno delovanje. Britanske reforme na področju dolgotrajne oskrbe starostnikov ne temeljijo na enem samem pristopu, kar pomeni, da vsak izvajalec vnaša spremembe in drugačne poglede. Ena izmed bistvenih sprememb je tudi delitev informacij z oblikovanjem enotnega sistema zajemanja podatkov o pacientu ter izmenjava informacij med institucijami in različnimi strokovnjaki (Coxon, Billings & Alaszewski, 2004).

OECD po navedbah Evropske komisije (2008) opredeljuje DO kot področje politike, ki združuje različne strokovne storitve za osebe, ki potrebujejo pomoč pri opravljanju temeljnih življenjskih aktivnosti v daljšem obdobju. Dolgotrajna oskrba lahko vključuje rehabilitacijo, osnovno zdravljenje osebe, patronažo, socialno oskrbo, nastanitev. Nekatere države nudijo tudi prevoz, prehrano, storitve varstveno delovnih centrov in pomoč pri vsakodnevnih opravilih. Evropska komisija (2013) poudarja pozitiven pomen združevanja zdravstvenih in socialnih storitev.



DO je dejavnost, ki med seboj povezuje službe in izvajalce zdravstvenega in socialnega varstva z namenom zagotavljanja učinkovite pomoči ljudem, ki so zaradi posledic bolezni, poškodb, invalidnosti ali splošne oslabelosti delno ali popolnoma odvisni od pomoči drugih pri izvajanju temeljnih in podpornih življenjskih aktivnosti v daljšem časovnem obdobju, ter storitev rehabilitacije s ciljem povečevanja sposobnosti samooskrbe ali dolgoročnega zmanjševanja potreb po DO. Je člen zagotavljanja kontinuitete v celostni obravnavi pacientov (Resolucija o nacionalnem planu, 2008).

Države članice EU se na področju zagotavljanja DO srečujejo s podobnimi težavami kot Slovenija. Ključne naloge na tem področju zadevajo (Evropska komisija, 2008; MDDSZ 2010; WeDo, 2012):

- Zagotavljanje človeškega dostojanstva in pravic: Izvajalci storitev DO in odgovorni morajo spoštovati temeljne pravice in svoboščine starejših, njihovih družin in oskrbovalcev brez kakršne koli diskriminacije na podlagi starosti, rase, barve kože, narodnosti ali družbenega izvora, finančnih sredstev, prepričanj, spola, spolne usmerjenosti, identitete ali stopnje odvisnosti glede samooskrbe;
- Načrtovanje in izvajanje storitev DO mora potekati fleksibilno, potreben je hiter odziv na spreminjajoče se potrebe pacienta;
- Spoštovati je potrebno integriteto posameznika, njegove posebnosti in posebnosti njegovega okolja, obravnava pacienta temelji na celostnem pristopu;
- Nabor storitev DO mora biti dosegljiv v okolju in kraju, ki sta najugodnejša za pacienta in tudi za njegovo družino ter oskrbovalce. Zlahka dostopna mora biti sama informacija in nepristranski nasvet, kakor tudi nabor storitev. Storitve mora odlikovati visoka stopnja kakovosti;
- Zagotoviti je potrebno vzdržno financiranje dolgotrajne oskrbe z ustrezno kombinacijo javnih in zasebnih finančnih virov ter možnimi spremembami mehanizmov financiranja. Storitve DO morajo biti dostopne po ceni, ki ne ogroža kakovosti pacientovega življenja, njegovega dostojanstva in svobodne izbire (koncept univerzalne dostopnosti);
- Zagotovljena mora biti kontinuiteta in integracija storitev - zveznost storitev za celotno obdobje glede na obseg in potrebe oseb, njihovih svojcev ter oskrbovalcev. Ponudniki socialnih in zdravstvenih storitev morajo usklajeno izvajati storitve in sodelovati z namenom olajšanja prehodov med različnimi oskrbovalnimi storitvami in okolji, ko se potrebe po storitvah DO povečujejo. V integrirano oskrbo se vključi vse izvajalce.
- Vse storitve morajo biti usmerjene v preprečevanje poslabšanj zdravstvenega stanja ali nastanka novih zdravstvenih zapletov (primarna, sekundarna in terciarna zdravstvena preventiva). Storitve morajo biti usmerjene v rehabilitacijo za doseganje čim večje stopnje samostojnosti in obvladovanja življenja, opolnomočenje posameznika za odločitve, ki podpirajo dostojanstvo, zdravje ter samostojnost vseh vključenih;

- Potrebno je spodbujanje oskrbe na domu ali v skupnosti, ne pa v ustanovah, s čimer bi vzdrževanim osebam omogočili, da čim dlje ostanejo na svojih domovih;
- Zagotoviti izboljševanje pogojev zaposlovanja in delovnih pogojev poklicnih izvajalcev oskrbe;
- Oblikovati sistem podpore nepoklicnih izvajalcev oskrbe (obveščanje, usposabljanje, svetovanje, nadomestna oskrba, formalizacija socialne varnosti in finančna podpora);
- DO je potrebno usmeriti k cilju; biti mora preverljiva ter usmerjena k stalnemu izboljševanju zdravja in dobrega počutja pacienta ter njegovi samostojnosti. To se zagotavlja z rednim in občasnim preverjanjem. Zbira se povratne informacije s strani pacienta in svojcev;
- Potrebna je usmerjenost v razvoj novih storitev DO, ki jih prinašajo ugotovitve iz prakse in ob podpori novih tehnoloških rešitev.

Usklajevanje oskrbe je ključnega pomena za zagotavljanje kakovosti pri izvajanju oskrbe, učinkovite uporabe virov ter prilagojene in nemotene zdravstvene oskrbe, ki jo potrebujejo nekaterih starejši (Globovnik, Kokot, Križan, Vovk Korže & Pavšek, 2011).

### **3.2 Zakon o dolgotrajni oskrbi v Sloveniji**

Po mnenju MDDSZ (2010) nas trendi naraščajočega staranja prebivalstva opozarjajo, da vprašanja oskrbe oseb, ki potrebujejo tujo pomoč, ne bomo mogli več reševati na sedanji način, sploh pa ne s prevladujočimi oblikami institucionalne oskrbe. V prihodnje naj bi bilo potrebno razvijati predvsem pomoč in oskrbo v domačem okolju, v katero bo treba v večji meri kot doslej vključevati svojce in druge neformalne izvajalce.

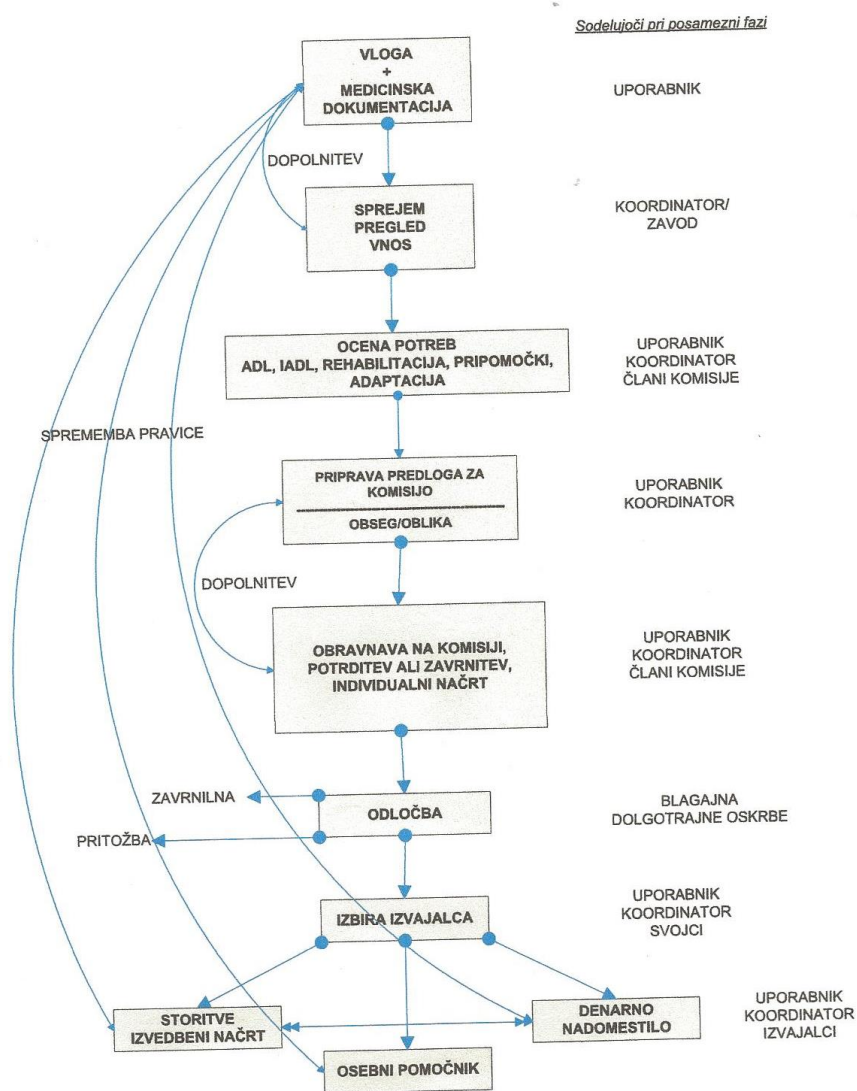
Prve osnutke zakona o dolgotrajni oskrbi naj bi imelo MDDSZ pripravljene že v letu 2002. Prvi predlog zakona je bil javno predstavljen leta 2005. Temu obdobju je sledilo nekaj novih predlogov različnih strokovnih skupin, zakon se je dopolnjeval in spreminjal; zadnji predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo je bil dan v razpravo javnosti v marcu 2010. Najnovejši osnutek zakona naj bi bil parlamentu predložen konca leta 2013. Zakon naj bi spodbujal, namesto institucionalne oskrbe, oskrbo v skupnosti. Od zakona se pričakuje dostopnost in zagotovitev učinkovitejše in bolj trajnostne rabe virov (Hočevar, 2013; Peternejl e tal., 2006).

Predlog novega zakona izhaja iz predpostavke, da gre pri potrebi po dolgotrajni oskrbi za novo socialno tveganje, ki ga je treba zavarovati z uvedbo novega obveznega zavarovanja, pri čemer pa se poudarja potrebo po zagotovitvi odgovornosti in aktivne vloge potencialnih prejemnikov pomoči. Uvedeno novo obvezno zavarovanje naj bi se izvajalo kot javna služba in nepridobitna dejavnost, za njegovo izvajanje pa naj bi se Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije preoblikoval v Zavod za zdravstveno zavarovanje in dolgotrajno oskrbo Slovenije, ki bi imel v svojem delovanju dve ločeni področji, in sicer področje zdravstvenega zavarovanja in področje zavarovanja za DO (MDDSZ, 2010).

Predlog zakona iz leta 2010 predvideva vključitev v obvezno zavarovanje vse osebe, ki so na območju RS tudi obvezno zdravstveno zavarovane, zavarovanje pa bi se financiralo s prispevki, ki bi jih plačevali delodajalci in zavarovanci sami. Na podlagi tega zavarovanja bi bile osebe ob izpolnjevanju kriterijev upravičene do kritja stroškov storitev DO, denarnega nadomestila, kombinacije plačila storitev in denarnega nadomestila, plačila pravic osebnega pomočnika, kritja stroškov za prilagoditev stanovanja in do plačila pripomočkov za izvajanje DO (Dominkuš, 2010; MDDSZ, 2010).

Administrativne poti do uveljavljanja pravic iz novega zdravstvenega zavarovanja so bile predstavljene v predlogu zakona iz leta 2010, prikazane so na Sliki 3.

Slika 3: Shema postopkov dolgotrajne oskrbe



Vir: MDDSZ, Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju, 2010, str. 9.

S povezovanjem različnih služb in izvajalcev ni več ostre meje med zdravstvenimi in socialnimi storitvami, temveč je vse več prepletanja. V izvajanje dolgotrajne oskrbe se vključujejo poklicni in nepoklicni izvajalci (Strategija razvoja zdravstvene nege, 2011).

Z uvedbo področnega zakona za DO želi država vplivati predvsem na stabilnost financiranja DO ter uveljaviti enakost glede dostopnosti in uveljavljanja pravic do storitev DO pod enakimi pogoji. Namen zakona je tudi povezovanje obstoječih izvajalcev, predvsem s področja zdravstva in socialnega varstva v enoten sistem, kar naj bi zagotavljalo večjo učinkovitost in boljšo kakovost storitev. Pomemben cilj je tudi zagotovitev dodatnih in stabilnih virov financiranja. Poleg obveznega socialnega zavarovanja se je v predlogu predvidevalo tudi prostovoljno zavarovanje za nadstandardne storitve (Dominkuš, 2010; MDDSZ, 2010).

Pogoj za uveljavljanje pravic do storitev DO naj bi bila potreba po vsaj štirih urah pomoči tedensko, ki traja več kot tri mesece ali če oseba po zdravstveni obravnavi dalj časa ne bo sposobna za samostojno življenje (MDDSZ, 2010).

Ključni problem DO v Sloveniji je zagotavljanje ravnovesja med obremenitvijo družinskih članov z oskrbo pacienta ter zagotavljanje različnih storitev, ki jih nudijo strokovni izvajalci storitev dolgotrajne oskrbe. Bistveni element so finančne spodbude oziroma razpoložljiva sredstva (Hvalič Touzery, 2007b).

Predlog zakona v letu 2010 ni bil sprejet. Od zadnjega predloga so nekateri podali svoje predloge zakona, predvsem so se iskali novi viri financiranja. Do konca leta 2013 naj bi bil oblikovan nov predlog zakona, saj je med prioritetskimi nalogami (MDDSZ, 2013).

Slovenija bi lahko z zakonom, ne glede na vsebino predvidenih zakonskih določil, ki jih lahko primerjamo z rešitvami v drugih okoljih, vstopila v družbo držav, ki so že dolgo pred njo čutile potrebo, da to vrsto medgeneracijske solidarnosti uredijo na način, ki njihovim državljanom tudi v pozni starosti zagotavlja dostojno in človeka vredno življenje (Dominkuš, 2010).

### **3.3 Storitve dolgotrajne oskrbe**

Področje oskrbe starejših se, kljub še nesprejeti zakonodaji, v Sloveniji izvaja. Storitve so razdeljene pod dva resorna ministrstva, sodelovanje pa običajno poteka na deklarativni ravni. Sprejetje zakonodaje naj bi naredilo pomemben korak v smeri integracije storitev, povezovanja izvajalcev, storitvi nujenja podpore laičnim izvajalcem ter večjemu vključevanju nevladnih organizacij v oskrbo starostnikov na domu. Tako je smiselno obstoječe oblike nadgrajevati ter dopolnjevati tudi s kombiniranimi oblikami DO, kot sočasne namestitve oziroma t. i. nadomestna oskrba (angl. *respite care*), dnevni centri, namestitve v drugi družini ipd. Pri tem pa je bistvenega pomena oblikovanje individualno

prilagojenih storitev (Dominkuš, 2010; Kadivec et al., 2011; Lipszyc, Sail, & Xavier, 2012; MDDSZ, 2010;).

Že Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva (2008) postavlja pacienta na osrednje mesto v sistemu zdravstvenega varstva, ki mora postati enakovreden partner v odnosu do zdravnika in drugih zdravstvenih delavcev, seznanjen s svojimi pravicami in dolžnostmi. Svojo aktivno vlogo mora imeti tudi v DO; k njej mora biti s strani vseh in ves čas aktivno vključen in obravnavan kot subjekt.

### 3.3.1 Razmejitev storitev

Osnovna razdelitev storitev DO je (Lipszyc et al., 2012):

- **Formalna oskrba:** izvajajo jo poklicni izvajalci različnih strokovnih disciplin, ki nudijo svoje storitve v okviru svojih kompetenc. Vključujejo se predvsem izvajalci zdravstvene in socialne oskrbe.
- **Neformalna oskrba:** običajno poteka v družini, lokalni skupnosti. Izvajalci so svojci, prijatelji, sosedi, znanci, prostovoljci.

Sistem zdravstvenih računov (OECD et al., 2011) je mednarodna metodologija, ki postavlja standardizirana pravila in okvir za spremljanje in analizo finančnih tokov v sistemu zdravstvenega varstva in dolgotrajne oskrbe.

SHA poudarja pomen ločevanja zdravstvenih in socialnih storitev DO z namenom zagotavljanja mednarodno primerljivih podatkov o izdatkih za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo. Dolgotrajno oskrbo označuje ločeno za zdravstveni (HC.3) in socialni del (HCR.1). SHA loči storitve DO po sledečih posameznih področjih (OECD et al., 2011):

- **Zdravstvene storitve** so namenjene obvladovanju simptomov bolezni. Vključujejo obvladovanje bolečine, administracijo zdravil, postavljanje diagnoz in manjše operativne posege, oskrbo ran, zdravstveno svetovanje družini ter nudenje čustvene in psihične podpore pacientu in družinskim članom. Taka oskrba vključuje
  - Vse oblike preventivnega delovanja z namenom preprečevanja poslabšanja bolezni in poslabševanja splošnega zdravstvenega stanja;
  - Obvladovanje kronične bolezni;
  - Ustrezno rehabilitacijo za smiselno povrnitev funkcionalnosti;
  - Ukrepe za preprečevanja poslabšanj oziroma vzdrževanje funkcionalnosti (zagotavljanje kvalitete življenja ne glede na vrsto bolezni).
- **Storitve za podporo** pri izvajanju vsakodnevnih temeljnih življenjskih aktivnosti, ki jih pacient ne more izvajati samostojno zaradi oviranosti oziroma bolezni. To so temeljne življenjske aktivnosti (TŽA) (angl. *activities of daily living – ADL*). Vključujejo storitve na področjih, kot so umivanje, oblačenje, vstajanje, hranjenje.

Te storitve izvaja negovalni tim oziroma se izvajajo pod nadzorom medicinske sestre, saj je namen izvajanja tovrstne oskrbe povezan s preživetjem in ohranjanjem zdravstvenega stanja.

- **Podporne storitve**, ki omogočajo posamezniku neodvisno življenje in se nanašajo na gospodinjska opravila. Podporne življenjske aktivnosti (PŽA) (angl. *instrumental activities of daily living*, - IADL) zajemajo storitve, kot so nakupovanje, vzdrževanje perila, čiščenje, kuhanje. Izvajajo jih v okviru storitve socialne oskrbe in socialnih servisov.
- **Druga socialna oskrba** vključuje aktivnosti za prosti čas in socialno vključevanje, gradnjo socialne mreže posameznika.

Razmejitev med storitvami področja zdravstvene in socialne oskrbe je logična, saj povezuje vse aktivnosti oskrbe, ki se nanašajo na bolezensko stanje pacienta in njegovo oskrbo z zdravstvom, ki pozna anatomske in patofiziološke posebnosti bolnega starostnika. Ima vso znanje in veščine za rehabilitativno in preventivno delovanje. Področje socialne oskrbe v smislu podpore socialni komponenti zdravja pa je bistvenega pomena in ne sme biti zanemarjeno ob prevladujočih bolezenskih simptomih.

Iz Slike 4 je razvidno, da zdravstveni del DO zajema vse storitve za podporo pri TŽA, socialna oskrba se vključi v izvajanje storitev za PŽA.

Slika 4: Razmejitev med zdravstvenimi in socialnimi storitvami dolgotrajne oskrbe

Razmejitev		Osnovne storitve dolgotrajne oskrbe			
		Medicinska oskrba in zdravstvena nega	TŽA	PŽA	Ostale storitve socialne oskrbe
omejeno	DO - zdravstveni del				
	DO – socialni del				
razširjeno					

Vir: OECD et al., *A System of Health Account*, 2011, str. 92.

Razdelitev storitev je utemeljena s specifičnim strokovnim znanjem strokovnjakov posameznih disciplin: zdravstveno osebje deluje preventivno na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju, kar pomeni, da oseba ostaja dalj časa samostojna ali se lahko tudi

deloma rehabilitira z ustreznimi ukrepi in z zagotovitvijo ustreznega okolja in pripomočkov. Področje socialne oskrbe starejših ni zanemarljiva, saj ima zdravje svojo socialno komponento.

V Sloveniji je trenutno stanje drugačno, večji del storitev za pomoč pri oblačenju, hranjenju, vstajanju in umivanju izvajajo socialne oskrbovalke/oskrbovalci v okviru socialnovarstvene storitve socialna oskrba na domu.

Zdravstvene storitve DO, ki jih državljani potrebujejo, so vezane v pretežni meri na storitve zdravstvene nege in oskrbe tako v domačem kot institucionalnem varstvu. Medicinske sestre so in bodo tudi v prihodnosti pomemben člen te dejavnosti (Leichsenring, 2004). Storitve zdravstvene nege na pacientovem domu pa izvaja patronažna medicinska sestra s sodelavci v negovalnem timu.

### **3.3.2 Ocenjevanje potreb po storitvah dolgotrajne oskrbe**

Stroka zdravstvene nege deluje pri ocenjevanju potreb pacienta na osnovi procesne metode dela, ki aktivno vključuje tudi samega pacienta in je tako subjekt v procesu obravnave.

Proces zdravstvene nege je sodobna metoda dela medicinskih sester, ki jo odlikuje visoka stopnja organiziranosti. Pri delu patronažne medicinske sestre ji omogoča sistematičen in individualen pristop k posamezniku, družini in skupnosti. V procesu obravnave je pacient o vsem informiran, pripravljen za aktivno sodelovanje in zaupa v delo strokovnjakov. Patronažna medicinska sestra spodbuja pacienta k aktivnemu ugotavljanju potreb po storitvah, ki bodo pripomogle k njegovemu boljšemu zdravju in hkrati večji stopnji samostojnosti. Pacient mora biti celostno obravnavan; kot družbeno, psihično in fizično bitje (Šušteršič et al., 1997).

Strokovnjaki na področju socialne oskrbe pristopajo k pacientu na osnovi pobude pacienta samega, njegove družine oziroma zakonitega zastopnika. Naročnik storitve sklene s koordinatorjem oskrbe dogovor, sledi drugi del, to je izvajanje storitve. Predlog spremembe dogovora lahko poda pacient oziroma zakoniti zastopnik ali izvajalec (Zakon o socialnem varstvu 2007; Pravilnik o standardih, 2010).

V Sloveniji ni enotnega sistema ugotavljanja potreb po storitvah DO. Zadnji predlog zakona za DO je predvideval oceno zdravstvenega stanja s strani izbranega osebnega zdravnika. Sledila bo določitev koordinatorja DO s strani zavoda, ki bo na podlagi zbranih podatkov oblikoval individualni načrt, ki bo obravnavan na prvostopenjski komisiji (MDDSZ, 2010). Predlagani sistem se osredotoča na administrativne postopke. S pristopom, ki bi se osredotočal predvsem na oceno trenutnega stanja vsakega uporabnika in temu prilagoditev delovnega načrta in dejavnosti ter vrednotenja, bi omogočal natančno spremljanje učinkov posamezne aktivnosti izvajalcev DO. Predlog zakona ne opredeljuje

sistema ugotavljanja potreb pacienta in njegove družine oziroma neformalnih negovalcev po storitvah DO.

Hvalič Touzery (2007b) navaja podatke Evrobarometra, da se Slovenci v 36,2 % strinjamo, da naj bi odločali o dolgotrajni oskrbi strokovnjaki, nagibamo pa se tudi k temu, da odloči oseba sama (35 %).

### 3.3.3 Financiranje storitev dolgotrajne oskrbe

V Evropi in svetu obstajajo različni modeli zagotavljanja finančnih sredstev za storitve DO. V Evropi prevladujeta dva sistema plačevanja storitev DO (Flaker, Nagode, Rafaelič & Udovič 2010; Lipszyc et al., 2012):

- Prvi je, da upravičenec dobi **storitev** (angl. *in kind*), ki jo potrebuje glede ugotovljene potrebe in načrt DO.
- Drugi sistem pa je, da na podlagi ocen potreb in načrta dobi upravičenec **denar** (angl. *in cash*) in si na trgu samostojno išče ponudnike storitev. V tem primeru gre za individualiziran in neposreden način financiranja.

Strokovnjaki s področja socialnega varstva se zavzemajo za neposreden način financiranja z argumenti, da je bolj prilagojen posamezniku in odgovarja na njegove potrebe (Flaker et al., 2010).

Flaker s sodelavci (2010) ugotavlja, da so cene storitev DO oziroma prejemkov v skupnosti nižje kakor v institucijah. Gibljejo se od 54 EUR mesečno na uporabnika (patronažna služba) do 2082 EUR (zavodi za usposabljanje); povprečno 1560 EUR na uporabnika mesečno. Tako se večina (76 %) sredstev porabi za izvajanje DO v institucijah.

Gori (2013) opisuje situacijo na področju DO v Italiji in opozarja na prekomerno razvit *in cash* sistem, kar se kaže na oblikovanju sivega trga delovne sile. Slednje ni bilo v skladu s pričakovanji oblikovalcev zakonodajnih določil DO v Italiji. Stroški DO so se v zadnjem desetletju povečali predvsem na račun storitve spremljevalca (družinskega pomočnika) (angl. *companion payment*). Migranti predstavljajo kar 72 % vseh družinskih pomočnikov, prisotni so v 9 % vseh družin s starejšo osebo. Kar 60 % jih biva v državi ilegalno, večinoma prihajajo iz Ukrajine, Romunije in Južne Amerike.

Ocenjevanje izdatkov za dolgotrajno oskrbo je bilo po OECD et al. (2011) omejeno na države z višjim ekonomskim statusom zaradi prepričanja, da je v družbah s srednjim in nizkim ekonomskim statusom oskrba pacienta del neformalne oskrbe. Zaradi družbenih sprememb, ki nastajajo s staranjem prebivalstva, pa postajajo očitne potrebe po večjem vključevanju zdravstvenih storitev v dolgotrajno oskrbo. Poudarjajo, da se z uspešno promocijo zdravja starejšim potrebe po dolgotrajni oskrbi odložijo v kasnejše življenjsko obdobje.



UMAR (2013) navaja, da je zdravstveni del DO večinoma financiran iz javnih virov (96,8 % v letu 2010). To so pretežno sredstva Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki so namenjena storitvam zdravstvene oskrbe v domovih za starejše in posebnih socialnih zavodih, podaljšanemu bolnišničnemu zdravljenju in delu storitev patronažne službe. Celotni stroški za zdravstveno in socialno oskrbo so v letu 2010 znašali 1,26 % bruto domačega proizvoda (v nadaljevanju BPD). Kljub naraščanju javnih in zasebnih sredstev, namenjenih za DO, se premalo intenzivno razvija DO na domu. Po navedbah UMAR (2013), se v obdobju od 2005 do 2010 na tem področju beleži celo upad izdatkov za zdravstveni del DO na domu oziroma je v navedenem obdobju upadel za celotno DO za 8 %.

Po podatkih Evropske komisije (2012) v Sloveniji se v okviru DO na domu izvaja v skoraj 82 % kot neformalna oskrba. 6,6 % DO je izvajane v obliki pomoči na domu (socialna oskrba), 11,5 % je institucionalne oskrbe.

Poraba javnih sredstev za DO je bila v Sloveniji v letu 2010 (Evropska komisija, 2012) 1,43 % BDP; od tega 0,70 % za institucionalno oskrbo, 0,20 % za oskrbo v domačem okolju in 0,53 % v obliki prejetih prejemkov (dodatek za pomoč in postrežbo ...).

Kljub nesprejetemu zakonu za DO v Sloveniji pa obstajajo pravice oseb z dolgotrajnimi zdravstvenimi težavami pri zagotavljanju samostojnosti. Te se zagotavljajo v okviru obveznega pokojninskega in invalidskega zavarovanja, obveznega zdravstvenega zavarovanja, zavarovanja za starševsko varstvo in mehanizmov socialne pomoči. V Sloveniji obstaja dolgotrajna oskrba, ki jo prejemajo upravičenci glede na njihovo vrsto in stopnjo oviranosti. Ti prejemki so (Evropska komisija, 2012; Resolucija o nacionalnem programu, 2013; Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, 2012; Zakon o socialnem varstvu, 2007):

- **Dodatek za pomoč in postrežbo** je namenjen osebam, ki jim je potrebna stalna pomoč in postrežba druge osebe, imajo zmanjšano zmožnost premikanja za 70 % oziroma niso zmožne zadovoljevati večine oziroma vseh osnovnih življenjskih potreb. Višina zneska je odvisna od prizadetosti upravičenca te pravice.
- **Nadomestilo za invalidnost** je namenjeno osebam z motnjami duševnega razvoja in fizično motene osebe, ki niso zmožne samostojnega življenja in dela.
- **Dodatek za nego otroka**, ki potrebuje posebno nego in varstvo, je eden od družinskih prejemkov. Namenjen je nadomestitvi dodatnih stroškov, ki jih ima družina z otrokom s posebnimi potrebami.
- **Delno plačilo za izgubljeni dohodek** prav tako spada med družinske prejemke. Izplačuje se enemu od staršev, ki je prekinil delovno razmerje, da bi skrbel za otroka s posebnimi potrebami.
- **Družinski pomočnik** je nova oblika oskrbe invalidnih oseb v domačem okolju in nadomešča celodnevno institucionalno varstvo. Status družinskega pomočnika ima

lahko oseba, ki živi na istem naslovu kot invalid in je nezaposlena ali pa je zaposlena le za krajši čas. Cilj je, da se do leta 2020 podvoji število družinskih pomočnikov in doseže število 1.500 oseb.

Nekateri upravičenci posameznih pravic v Sloveniji že prejemajo sredstva, ki so opredeljeni kot finančni izdatki za DO.

Zagotavljanje finančnih sredstev za izvajanje storitev DO je po državah EU različno in se razlikuje glede na tradicijo in zdravstvene ter socialne prioritete posamezne države. Pri tem so pomembni sledeči dejavniki (Evropska komisija, 2008):

- programi in prebivalci, ki potrebujejo storitve DO;
- ureditev financiranja socialnega skrbstva;
- delež zasebnega financiranja storitev DO;
- razmejitev odgovornosti za organiziranje in izvajanje med javnim in zasebnim sektorjem.

Ob sprejemanju področne zakonodaje se je potrebno osredotočiti tudi na dejavnike financiranja, na katere opozarja EU.

#### **4 INFORMACIJSKO-KOMUNIKACIJSKA TEHNOLOGIJA IN DOLGOTRAJNA OSKRBA**

Živimo v informacijski dobi, ki od nas zahteva usklajevanje in povezovanje različnih informacij, kar dosegamo z medsebojnim povezovanjem in komuniciranjem. S tem se ustvarjajo odnosi in tako vplivajo na vsa področja človekovega delovanja in bivanja. Pojav in ekspanzija uporabe interneta ter mobilne tehnologije v zadnjem desetletju vpliva na vsakega posameznika, če sodobno tehnologijo uporablja ali ne.

Naloga informatike je širjenje področja svojega delovanja in aktivno poseganje v načrtovanje, obvladovanje in nadzor izvajanja procesov, ki potekajo znotraj posamezne organizacije. Z aktivnim sodelovanjem na področju managementa poslovnih procesov s strani strokovnjakov informatike se širi delovanje stroke in ima neposredni vpliv na kvaliteto in vsebino njenega delovanja (Cerovšek, 2012).

Kadivec s sodelavci (2011) ugotavlja slabo pokrito področje zdravstvene nege in oskrbe z ustreznimi informacijskimi rešitvami. Ugotavljajo, da je večji del dokumentacije zdravstvene nege in oskrbe še vedno v papirnati obliki. Obstoječe informacijske rešitve so bile razvite znotraj posameznih ustanov za lastne potrebe. Ostali informacijski sistemi pa so prilagojeni plačnikom zdravstvenih storitev ter delno statistiki v zdravstvu.

Pričakovanja do sodobnih informacijsko komunikacijskih tehnologij (v nadaljevanju IKT) in rešitev so velika. Olve in Vimarlund (2005) navajata, da se z uvajanjem in uporabo IKT pričakujejo v prvi vrsti veliki finančni prihranki pri oskrbi starostnikov. Švedska znanstvenika razlagata, da je strošek oskrbe tega segmenta populacije velik in še narašča, možnost za večjo stroškovno učinkovitost bo večja z oskrbo zunaj negovalnih institucij, s podporno IKT pacientu pa bo omogočeno, da starejši ostajajo v domačem okolju, namesto da bivajo v instituciji.

#### **4.1 Informacijski sistemi v oskrbi na domu na področju Slovenije**

V Sloveniji že obstajajo določeni IS, ki jih uporabljajo izvajalci oskrbe na domu oziroma so podane nekatere pobude in dolgoročne usmeritve na področju informatizacije procesov v zdravstvu.

S spletnim iskanjem po bibliografsko - kataložni bazi podatkov slovenskih knjižnic (COBIB.SI) smo naredili pregled domače in tuje strokovne in znanstvene literature tega področja. Uporabljene so bile ključne besede in iskalni nizi v slovenskem jeziku in z navedenimi logičnimi operatorji »dolgotrajna oskrba« ALI »integrirana oskrba« IN »informatijski sistem«. Leto nastanka literature ali vira ni bil izključitveni kriterij. Najdena sta bila dva zadetka: diplomska naloga in prispevek na konferenci.

V najdenem konferenčnem prispevku, ki je izšel tudi v zborniku, so avtorji prikazali teoretično razdelan model IS prehodne in dolgotrajne oskrbe. Testirali so 6 odprtokodnih rešitev za implementacijo IS. Kot najbolj primerna se je izkazala modularna zasnova rešitve eGroupWare (Čepin, Ogris, Baggia, Peternelj & Milavec Kapun, 2006).

##### **4.1.1 Projekt eZdravje**

eZdravje predstavlja nov koncept dostopa do zdravstvenih storitev in izvajalcev, ki temelji na elektronskih storitvah. Projekt razvoja koncepta poteka v okviru Ministrstva za zdravje.

Projekt eZdravje pomeni izvajanje konceptov e-Europe in e-Health, ki ju je sprejela EU in predvideva izboljšanje kakovosti življenja posameznikov EU pri zdravju s širšo uporabo IKT. Projekt finančno podpira EU preko Evropskega socialnega sklada. Projekt eZdravje je v Sloveniji eden največjih projektov informatizacije javnih storitev z namenom učinkovitejših storitev na področju zdravja. S projektom naj bi se storitve prilagodile potrebam uporabnika, zmanjšali naj bi se stroški, varnost pacientov naj bi bila boljša, prav tako mobilnost pacientov ter interoperabilnost v državi in zunaj njenih meja (MZ, 2009, 2010). Eden izmed ciljev je tudi povezovanje izvajalcev različnih oblik pomoči bolnim osebam, s sledečimi poudarki (Vončina Slavec, 2010):

- Doseganje večje transparentnosti in prepoznavnosti področja dela izvajalcev;
- Večje zadovoljstvo oskrbovanih oseb;

- Dvig kvalitete izvedenih del;
- Povezovanje in dopolnjevanje izvajalcev;
- Manjša finančna obremenitev plačnikov storitev (posameznik in njegovi bližnji, občine, zdravstvene zavarovalnice, Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, državni proračun ter drugi finančni instrumenti, ki se bodo lahko uveljavili z novo zakonodajo);
- Aktivnejša vloga prejemnikov oskrbe;
- Aktivna vloga posameznika pri zagotavljanju zdravega načina življenja.

Začetne aktivnosti projekta eZdravje so se začele v septembru 2008, predvideno trajanje projekta je do junija 2015. Cilji so (MZ, 2009, 2010):

- Sklop 1: Vzpostavitev nacionalnega elektronskega zdravstvenega informacijskega sistema (v nadaljevanju eZIS) z vsemi njegovimi komponentami:
  - vzpostavitev zdravstvenega omrežja (v nadaljevanju zNET) z namenom zagotavljanja varne in zanesljive povezave med vstopno točko in ostalimi ključnimi akterji v zdravstvu;
  - ogrožje zdravstvenega portala z vstopno točko (v nadaljevanju zVEM);
  - elektronski zdravstveni zapis (v nadaljevanju EZZ) s standardizacijo vsebinskih področij v zdravstvenem sistemu bo omogočeno e-poslovanje.
- Sklop 2: Vzpostavitev in delovanje Centra za informatiko v zdravstvu (v nadaljevanju CIZ) z nalogo obvladovanja in upravljanja eZIS ter vzdrževanja in nadaljnega razvoja.
- Sklop 3: Izboljšanje zdravstvenih procesov in dostopnosti zdravstvenih storitev z izobraževanjem in usposabljanjem ter ozaveščanjem različnih ciljnih skupin z namenom:
  - razvoja, izvajanja in vzdrževanja programov za večanje aktivne vloge in odgovornosti posameznikov v zdravstvu;
  - razvoja, izvajanja in vzdrževanja programov za večanje dejavne vloge in odgovornosti drugih ključnih akterjev v zdravstvenem sektorju;
  - razvoja in vzdrževanja programov strokovnih usposabljanj za področje zdravstvene informatike;
  - zagotavljanja celovite kakovosti in varnosti v zdravstvenem sistemu;
  - celovita oskrba na daljavo (angl. *home tele-health* in angl. *home telecare*);
  - PHR (angl. *personal healthcare record*) osebni zdravstveni zapis – uporabnik sam vnaša zdravstvene podatke in podatke o življenjskem slogu, z namenom dokumentiranja oz. spremljanja lastnega zdravstvenega stanja;
  - baza znanja – iskanje informacij o postopkih zdravljenja, boleznih (za strokovnjake in ostale uporabnike zdravstvenih storitev);
  - vpogled v dostope do zdravstvenih podatkov za državljane.

Grafični prikaz ciljev projekta eZdravje prikazuje Slika 5.

Slika 5: Cilji projekta eZdravje



Vir: Ministrstvo za zdravje, Projekt eZdravje, 2009

Projekt eZdravje predstavlja osnovno infrastrukturo, ki bo omogočal oziroma omogoča elektronski vpogled v zdravstveno dokumentacijo ter elektronsko izmenjavo zdravstvene dokumentacije med izvajalci zdravstvene dejavnosti v Sloveniji. Optimalno bi bila vključitev IS DO tej nacionalni interoperabilni hrbtnici.

#### 4.1.2 MATIJA

V slovenskem prostoru se je v začetku decembra 2012 javnosti predstavila nacionalna kontaktna točka imenovana MATIJA. Je neprofitna mreža aktivnosti, trženja, informiranja in asistenc, ki preko klicnega centra ter mreže organizacij in posameznikov omogoča dostop do informacij o storitvah in pomoči, običajno starejšim. Povezuje in podpira prostovoljske in druge nevladne organizacije ter ponudnike storitev in blaga za starejše. Osnova delovanja mreže so zbiranje in nudenje koristnih informacij za uporabnike in organizacije. Informacije se zbirajo v njihovem IS in se preko brezplačne telefonske številke posredujejo starejšim osebam in drugim osebam (svojcem). Nudi uporabne informacije o prostih mestih v DSO, o možnostih prevoza starejših do bolnišnice, o tem, kje je na voljo najcenejša kurjava za dom in podobno ali pa se lahko neposredno naroči storitev pomoči na domu za starejše (MATIJA, 2013).

Opredelimo ga lahko kot IS na področju zbiranja informacij, ki se navezujejo na socialno oskrbo starostnika v njegovem bivalnem okolju.

### **4.1.3 SOS gumb**

Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (2010) v 7. členu opredeljuje storitev »celodnevna povezava preko osebnega telefonskega alarma« kot del storitev socialnega servisa.

Prvi predstavnik teleoskrbe je bil Rdeči gumb, njegov razvoj se nadaljuje v obliki SOS gumba. Prva zdravstvena asistenca je v sodelovanju s Telekomom oblikovala različne pakete storitev, kot so SOS DOMA (storitev vezana na stacionarni telefon; kontakt s klicnim centrom in svetovanje), SOS MOBILNI (vgrajen SOS gumb na zadnji strani posebnega mobilnega telefona, prilagojenega potrebam starejših) in SOS ZDRAVNIK (storitev dopolnjuje lahko oba predhodno omenjena paketa in omogoča posvet z zdravnikom) v sklopu podjetja Doktor 24 d.o.o (Žohar, Dinevski, Sojmenova & Hristovski, 2012; Doktor24 d.o.o, 2013).

Storitev je podprta z zavarovalnico Generali, kjer ob sklenitvi življenjskega zavarovanja krijejo stroške storitve 24-urne zdravniške pomoči na daljavo, kasneje pa se to storitev lahko doplača pri izbranem zavarovalniškem produktu (Generali, 2013).

Nadaljnji razvoj celostnih rešitev zajema, poleg drugega, tudi izobraževanje za zdravo življenje, svetovanje ob bolezni, podporo jemanju zdravil, podporo pacientom z različnimi boleznimi in različnim vejam medicine, ugotavljanje invalidnosti in ustreznega rehabilitacijskega programa ter ocenjevanje počutja in splošnega zdravstvenega stanja. V telemedicini in teleoskrbi vidi Žohar s sodelavci (2012) »win« pozicijo za vse udeležence v procesu.

### **4.1.4 eOskrba**

Storitev temelji na konceptih projekta eZdravje. Oblikovana je z namenom vpeljave inovativnih e-storitev na področju zdravstva. Osredotočili so se na spodbujanje aktivnega vključevanja pacientov z diabetesom in astmo, aktivnih športnikov ter oseb s povečano telesno maso. Posamezni portali omogočajo pacientom (v smislu spodbujanja skrbi za lastno zdravje in uspešno vodenje kronične bolezni) sodelovanje v sodobnih sistemih zdravljenja in lajšanje težav. Portali delujejo na skupni platformi. Sistem načrtujejo nadgraditi z modulom zdravstveno-vzgojnih dejavnosti, saj želijo posameznike spodbuditi k aktivni skrbi za svoje zdravje (Zrimec, Beštek, Šuškovič, Kurent, Cukljati & Brodnik, 2012; eOskrba, 2013).

#### **4.1.5 Informacijski sistemi patronažne zdravstvene nege**

V slovenskem prostoru je od leta 2003 dalje potekal projekt Model orodja za zagotavljanje kakovosti s pomočjo dokumentacije v zdravstveni negi. Projektna skupina je pripravila informacijski model in prototip e-dokumentacije patronažne zdravstvene nege. Pridobljene rezultate so predstavili Razširjenemu strokovnemu kolegiju za zdravstveno nego pri Ministrstvu za zdravje, ki je podal pozitivno mnenje o projektu. Sledil je predlog za vnos v eZdravje, kot del Strategije informatizacije slovenskega zdravstvenega sistema 2005–2010 ter da se predvidi nadaljnji razvoj e-dokumentacije zdravstvene nege kot del projekta eZdravje. S tem bi bila zagotovljena boljša kakovost v zdravstveni negi in posledično v celotni zdravstveni obravnavi (Šušteršič, 2006).

Pripravljen prototipni model v patronažnem varstvu ni zaživel in ni postal del projekta eZdravje oziroma ni predvideno vključitev v zNET.

Kakor ugotavlja Šušteršič (1997) je večina informacijskih sistemov za področje zdravstvene nege v patronažnem varstvu namenjena za potrebe upravljanja in vodenja, za potrebe statistike in obračuna storitev. Patronažne medicinske sestre trenutno uporabljajo nekatere računalniške programe, ki so na trgu.

Program Ax.Patronaža, podjetja Audax, opisuje, da se program odlikuje z orodji, s katerimi je omogočena hitra in enostavna obravnava varovancev ter beleženje in obračunavanje storitev ter statistike (Audax, 2013).

Računalniška aplikacija za osnovno zdravstvo ProMedica, podjetja Nova Vizija d.d., omogoča, da se v okviru posebnega, dodatno plačljivega modula lahko vnaša negovalne diagnoze. Kot storitve lahko patronažna medicinska sestra vnaša obisk, lahko pa tudi druge storitve, ki pa niso plačljive (Nova vizija, 2013).

ISOZ21 je program podjetja SRC Infonet in je namenjen institucijam v osnovnem zdravstvu. V okviru IS ima modul Patronažna služba (SRC Infonet, 2013).

Program Hipokrat, podjetja List d.o.o., Računalniški inženiring, omogoča poleg statistične obdelave podatkov in obračuna tudi spremljanje specifične problematike v patronažni dejavnosti in zdravstveni negi (List d.o.o., 2013).

#### **4.1.6 Informacijski sistemi v socialni oskrbi**

Na podlagi lastne manjše raziskave smo ugotovili, da pri izvajanju socialne oskrbe izvajalci ne uporabljajo nobene informacijske tehnologije. Evidenca opravljenega dela socialnih oskrbovalcev kot neposrednih izvajalcev oskrbe se vodi v papirnati obliki: izvajalec vodi dnevnik opravljenega dela - izvajalec označi izvedeno opravilo, pacient pa se podpiše, da potrdi izvedbo oziroma prisotnost socialne oskrbovalke.

Pri nekaterih uporabnikih vodijo tudi dnevnik, ki vsebuje zabeležke o opažanjih in spremembah pri pacientu. Dokumentacija z zabeležkami se nahaja ob pacientu, glede na dogovor vnašajo opažanja tudi svojci in drugi negovalci, z njimi se lahko seznanijo tudi patronažna medicinska sestra. Svojci lahko uporabijo nastale zapise tudi kot podporo pri posvetu s pacientovim osebno izbranim zdravnikom. Zapisi služijo tudi kot način komunikacije med izvajalci. Zapisi niso strukturirani, so opisni.

Eden izmed izvajalcev socialne oskrbe na domu pripravlja računalniško rešitev, ki bo s pomočjo NFC tehnologije, sistema za bližnjo komunikacijo (angl. *Near Field Communication*) nadomestila vodenje evidenc prisotnosti socialnih oskrbovalk pri pacientu in vrste opravljenih storitev. Do sedaj poteka pri nekaterih izvajalcih potrjevanje prisotnosti socialne oskrbovalke na pacientovem domu preko stacionarnega telefona pacienta na brezplačno številko izvajalca.

## **4.2 Tuje izkušnje z informacijsko komunikacijsko tehnologijo**

Z namenom ugotovitve objav strokovne in znanstvene literature na področju IS DO smo pregledali tuje strokovne in znanstvene članke ter prispevke v različnih strokovnih revijah, zbornikih in druge objave z navedenega tematskega področja. Pregledane so bile naslednje tuje baze podatkov: CINAHL full text, ProQuest Central, Proquest SciTech, MEDLINE, ProQuest Computing in Academic Search Complete. Uporabljene so bile ključne besede in iskalni nizi v angleškem jeziku in z navedenimi logičnimi operatorji »long term care« AND »information system«. Vključena je bila le literatura, ki je bila objavljena v časovnem obdobju od januarja 2003 do konca junija 2013. Kriteriji za izbor literature so bili: prost dostop do literature (članki s celotno vsebino), letnica objave literature, relevantnost, jezik literature (angleški) ter da se je članek osredotočal na DO na domu. Z navedenimi ključnimi besedami in kriteriji smo s pregledom tujih zbirk dobili sledeče rezultate:

- V CINAHL full text je bilo najdenih 5 zadetkov, nobeden uporaben;
- V ProQuest Central je bilo najdenih 74 zadetkov, nobeden uporaben;
- V ProQuest SciTech je bilo najdenih 52 zadetkov, nobeden uporaben;
- V MEDLINE je bilo najdenih 5 zadetkov, nobeden uporaben;
- V ProQuest Computing je bilo najdenih 0 zadetkov;
- V Academic Search Complete je bilo najdenih 5 zadetkov, nobeden uporaben.

Pregled znanstvenih in strokovnih objav ter člankov ni dal uporabnih rezultatov. Področje strokovnih in znanstvenih objav na področju IS DO ostaja odprto polje.

## **4.3 Področja uporabe sodobnih informacijskih rešitev**

Oblikovane informacijske rešitve pokrivajo le posamezna področja oziroma ponujajo le nekatere parcialne rešitve. Rossi Mori in Dandi (2012) trdita, da so marsikateri IKT rešitve



prepoznane kot učinkovite in uspešne. Odpira pa se vprašanje glede organizacijskih sprememb, ki jih prinaša uporaba IKT. V nadaljevanju je prikaz primerov področij uporabe sodobnih IKT rešitev. Rešitve so običajno vezane na posameznega izvajalca oziroma strokovno področje. Z namenom doseganja sinergije izvajalcev je smiselno povezovanje posameznih rešitev. Na osnovi zbranih podatkov (Audax, 2013; Doktor24, 2013; eCaring, 2013; eOSkrba, 2013; e-LfH, 2013; Hanson in Magnuson, 2011; List d.o.o, 2013; MATIjA, 2013; MZ, 2009, 2010; Nova vizija, 2013; Ocepek & Zupan, 2008; Rudel, 2008; SRC Infonet, 2013; Štern 2010; Šušteršič, 1999; Vogt, Luyten, van den Bergh, Coninx & Meier 2012; Žohar et al., 2012) lahko IKT rešitve razdelimo po področjih, ki jih IKT rešitve obravnavajo. Pri posameznih področjih so navedeni nekateri primeri, čeprav posamezna IKT rešitev lahko pokriva več področij:

- Zbiranje ter finančna in statistična obdelava podatkov:
  - IS za patronažno službo: Ax.Patronaža, Hipokrat, ProMedica, ISOZ21.
- IS za podporo odločanju strokovnjakov:
  - Organizacijsko-informacijski sistem patronažne zdravstvene nege, ki temelji na hierarhičnem modelu evalvacije.
- IS za vodenje pacienta, opolnomočenje pacienta:
  - eOSkrba
- m-zdravje – akterji na tem področju opredeljujejo 12 področij razvoja storitev s pomočjo mobilne tehnologije:
  - eCaring
  - Merjenje vrednosti krvnega sladkorja
- Izobraževanje strokovnjakov in laikov:
  - ACTION
  - e-LfH
- Obravnava pacienta na daljavo/teleoskrba
  - SOS mobilni/Rdeči gumb
  - Dom IRIS
- Rešitve, ki nadomeščajo izgubljene telesne funkcije:
  - COGKNOW Day Navigator
  - KITE
  - Dom IRIS
- Računalniške rešitve za vzdrževanje kondicije: fizične, socialne in kognitivne
  - ACTION
- IS za zbiranje in posredovanje informacij
  - MATIjA
- Sistem zaboljšanje upravljanja in sodelovanja med izvajalci (integracija) oziroma za podporo kliničnim potem
  - Lab-poštar

Posamezne informacijske rešitve nekaterih strokovnih disciplin, ali ko podpirajo le posamezno področje delovanja pacienta oziroma strokovnjakov, so lahko uporabne tudi v DO. Posamezne, že oblikovane in uporabne, IKT rešitve je potrebno vključiti v IS DO, kar bi lahko predstavljalo kvalitetno nadgradnjo že preizkušenih rešitev. Potrebna je le smiselna integracija in nadgradnja v IS DO.

#### 4.4 Informacijska tehnologija v dolgotrajni oskrbi

Beseda informacija izvira iz latinske besede *informatio*, ki pomeni pojem, predstavo, skupek spoznanj, sporočilo itd. Informacijski sistem je namenjen zajemanju podatkov, njihovemu varnemu shranjevanju, obdelavi pridobljenih podatkov. Zbrani podatki so osnova za odločanje na različnih ravneh: od neposrednih izvajalcev storitev oziroma proizvodnje do strateškega managementa.

Računalniško podprti informacijski sistemi sestavljajo (Gradišar, 2003):

- Strojna oprema (angl. *hardware*): centralna procesna enota ter vhodni in izhodni elementi, naprave za shranjevanje podatkov in komunikacijo;
- Programska oprema (angl. *software*): programska oprema, ki zagotavlja delovanje strojne opreme ter potrebna navodila uporabnikom IS, ki zagotavljajo njegovo nemoteno delovanje;
- Podatkovne baze (angl. *dataware*): podatki so dejstva, ki jih potrebujejo računalniki za pripravo informacij. Shranjeni so v podatkovnih bazah. Glede na stopnjo pomembnosti so ustrezno varovani in zaščiteni;
- Ljudje (angl. *lifeware*): poleg računalniških strokovnjakov so tu pomembni predvsem uporabniki, ki vnašajo v IS podatke, jih pregledujejo in uporabljajo;
- Povezave in komunikacije med računalniki (angl. *netware*);
- Organizacijska struktura (angl. *orgware*), ki zagotavlja organizacijski okvir, znotraj katerega postanejo prej naštetе sestavine IS stroškovno učinkovite.

IS, ki sistematično podpira procese v dolgotrajni oskrbi, lahko bistveno prispeva k boljši, kvalitetnejši, usklajeni in finančno manj zahtevni oskrbi pacienta na njegovem domu.

Z vzpostavitvijo sodelovanja med izvajalci DO, ki bo podprto z ustrezno informacijsko rešitvijo, se bo lahko zasledovalo prednosti, ki jih prinaša podpora storitev z IS. Te so predvsem (Cerovšek, 2012; Kovačič, Jaklič, Indihar Štemberger & Groznik, 2004; Šušteršič, 1999):

- Večja učinkovitost in uspešnost;
- Sprememba strukture zaposlenih;
- Nižji stroški administracije, delovne opreme in drugih izdatkov;
- Izboljšana kakovost informacij;

- Izboljšan proces načrtovanja;
- Višanje naklonjenosti zaposlenih;
- Boljše upravljanje finančnih sredstev;
- Transparentnost delovanja;
- Izboljšanje kvalitete storitev.

Uporabniki IS za področje oskrbe pacientov so lahko poleg zdravstvenega in negovalnega tima, tudi pacienti, negovalci, administratorji, vodilno osebje in raziskovalci (Levy & Heyes, 2012).

## **4.5 Vpliv tehnologije na dolgotrajno oskrbo**

Tehnološke rešitve, ki so danes na voljo, lahko pozitivno vplivajo na kvaliteto življenja posameznika, uporabnika storitev. Tehnologija omogoča neformalnim izvajalcem, da lahko poleg skrbi za pacienta, nadaljujejo aktivno vlogo v skupnosti.

Koordinirani/integrirani modeli oskrbe bodo (z aktivno vlogo starostnika, ki bo ob podpori dostopne IKT izboljšal kvaliteto življenja pacienta in družinskih članov), imeli pozitiven vpliv na ekonomsko stabilnost (Rossi Mori & Dandi, 2012). Učinki IKT bodo na dveh nivojih: neposredne prednosti, kot so boljša prilagojenost posameznika za izvajanje temeljnih življenjskih aktivnosti, kakor posrednim učinkom v smislu preventive pred nastankom potreb po DO oziroma odložitvi odvisnosti od drugih na kasnejši čas, npr. za osredotočenje na preventivo padcev starejših, pravočasne intervencije, ki preprečijo nastanek oziroma zmanjšujejo obseg negativnih posledic na zdravje posameznika.

V projektu ANCIEN (angl. *Assessing Needs of Care in European Nations*) sta Rossi Mori in Dandi (2012) ugotovila vpliv IKT na izvajanje DO. Avtorja trdita, da bosta IKT in domotika intenzivno vplivala na nastanek novih modelov oskrbe v smislu prehoda iz institucionalne oskrbe v oskrbo v kraju bivanja, na zmanjševanje hospitalizacij, organizacijske spremembe, spremembe vlog formalne in neformalne oskrbe, zmanjševanje funkcionalnih omejitev posameznika itd.

### **4.5.1 Neposredni vplivi**

Pričakovanja do IKT so velika. Tehnologija s svojo prisotnostjo in možnostmi, ki jih nudi, intenzivno vpliva na izvajanje DO s spremembo obstoječih vključenih akterjev ter potencialnih izvajalcev (Rossi Mori & Dandi, 2012; Bergmo, Ersdal, Rødseth & Berntsen 2013):

- Nudnje možnosti za zmanjševanje odvisnosti posameznika in promoviranje oskrbe na domu. Pacient dosega avtonomijo v domačem, znanem okolju in je integriran v lokalno skupnost.
- Ohranjanje kvalitete življenja pacienta in svojcev, ohranitev socialne mreže.

- Izboljšanje varnosti in pravočasne prepoznavne potencialnih problemov, zmanjševanje posledic neželenih dogodkov z nadzorom okolja, z zmanjševanjem nepravilnega reagiranja posameznika ali neformalnega izvajalca ter s takojšnjim reagiranjem v primeru nepredvidenih situacij.
- Razbremenitev neformalnih negovalcev s storitvami, ki podpirajo njihovo delovanje (administracija, izobraževanje), in če je smiselno, tudi izboljšati možnosti za vrnitev na delo.
- Ubrano delo in sodelovanje med različnimi poklicni, kakor tudi z neformalnimi izvajalci ter samim pacientom.
- Sprememba vloge neformalnih izvajalcev, ki ob ustrezni IKT podpori lahko nadomestijo poklicne izvajalce;
- Prihranek časa za komunikacijo med izvajalci.

Z uvajanje IKT v DO pacienta na njegovem domu, glede na navedbe avtorjev, lahko pričakujemo predvsem večjo samostojnost pacienta, boljšo kvaliteto storitev. V zvezi z DO se poudarja vloga neformalnih izvajalcev.

#### **4.5.2 Posredni vplivi**

Z uvajanjem IKT prihaja do nekaterih posrednih vplivov na DO: ti vplivi so lahko pozitivni, če so predhodno ustrezno zaznani, sprejeti in usmerjeni. IKT je pomembna moč v integraciji storitev, vendar do tega ne pride samo po sebi. Uporaba IKT v oskrbi pacienta lahko vpliva tudi na (Bergmo et al., 2013; Olve & Vimarlund, 2005; Rossi Mori & Dandi, 2012):

- Dolgoročne vplive na zdravje
  - Upočasnitev napredovanja kronične bolezni;
  - Zgodnje odkrivanje poslabšanja bolezni;
  - Aktivna vloga pacienta in prevzemanje odgovornosti za lastno zdravje;
  - Manj hospitalizacij in obiskov urgentnih služb.
- Učinkovito rabo zdravstvenih kapacitet
  - Posteljne kapacitete in obiski strokovnjakov so razpoložljivi za paciente, ki to res potrebujejo;
  - Izvajanje storitev v okviru kompetenc posameznih strokovnjakov;
  - Manj preobsežnih storitev, ki negativno vplivajo na zdravje pacienta.
- Učinkovito rabo kapitala znanja
  - Posvet s strokovnjaki, pridobitev strokovnega mnenja;
  - Reagiranje ustreznih strokovnjakov ob zaznanih spremembah zdravstvenega stanja (spremljanje stanja pacienta na daljavo, preko e-dokumentacije pacienta, neformalnih izvajalcev in drugih, ter pravočasno ukrepanje);
  - Strokovna podpora neposrednim izvajalcem DO: navodila v obliki videa, posvet po telefonu ipd. Možnost večkratnih ponovitev.

- Organizacijske izboljšave
  - Odprava ozkih grl in prepadov med izvajalci;
  - Boljša kontinuiteta oskrbe;
  - Večja varnost pacienta, boljša kvaliteta storitev ter učinkovitost izvajalcev;
  - Pravočasne in kakovostne informacije med deležniki;
  - IKT storitve, ki omogočajo družini najti najbolj ustreznega plačanega izvajalca nadstandardne oskrbe;
  - Transparentnost storitev in možnost spremljanja učinkov posameznih intervencij;
  - Vitka organizacijska struktura, decentralizacija vodenja in timsko delo.
- Finančni vpliv
  - Zmanjševanje stroškov;
  - Boljša finančna učinkovitost;
  - Finančna transparentnost.
- Raziskave in razvoj
  - Zbrani podatki omogočajo raziskovanje optimalne uporabe razpoložljive tehnologije;
  - Zagotovljeno enotno poimenovanje storitev v jeziku, ki je primeren za računalniško obdelavo podatkov, kar zagotavlja semantično interoperabilnost procesa DO. Tako je mogoč sprotni pregled indikatorjev kakovosti storitev DO vodjem oziroma drugim pooblaščenim osebam za to področje;
  - Zagotavljanje trajnostnega razvoja;
  - Sistematično zbrani podatki, ki odsevajo realno stanje so pravočasno na razpolago političnim odločevalcem in pravnikom.

Pričakovanja od uporabe informacijskih tehnologij na področju DO so velika. Učinkovito in uspešno izvajanje DO pomeni državi velik finančni in organizacijski zalogaj. Zato je pomembna funkcionalnost in uporabnost IS za neposredne izvajalce, da jih pri delu ne ovira, ampak podpira. Zmanjševanje obsega časa za dokumentiranje, izpolnjevanje obrazcev in poročil, se koristno porabi za neposredno delo s pacientom.

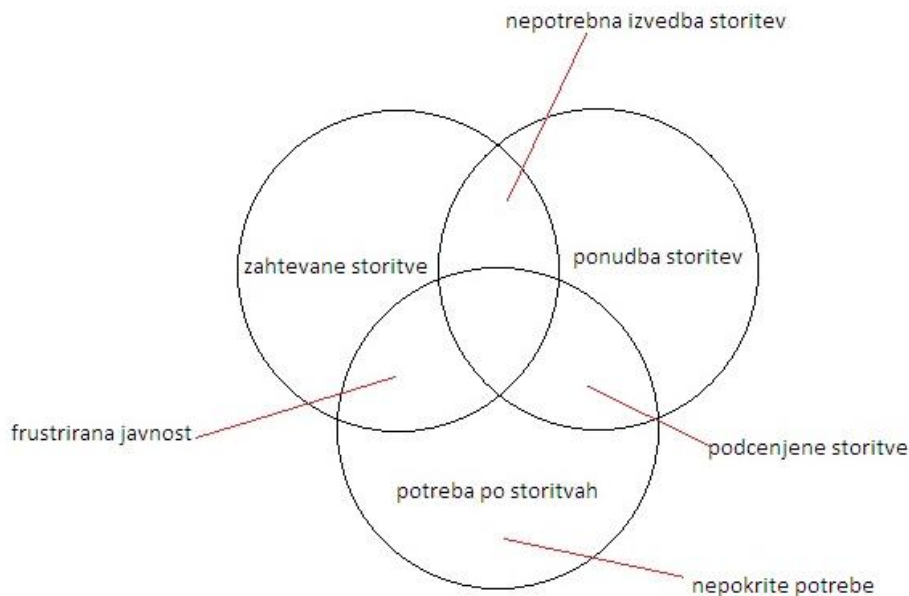
#### **4.5.3 Vpliv informacijske-komunikacijske tehnologije na integracijo oskrbe**

Zaradi pomembnega vpliva IKT na integracijo predvsem izvajalcev DO, to obravnavamo podrobneje v svojem podpoglavju.

Po Slovarju slovenskega knjižnega jezika (b. l.) je »integracija povezovanje posameznih enot, delov v večjo celoto, združevanje«. V okviru DO je integracija, »ko so organizacije ali storitve združene v eno entiteto z namenom večje transparentnosti med partnerji in ima prednost za uporabnika storitev DO« (Oxfordshire County Council, 2004 v Sardiwal, 2007, str. 4).

Starejše osebe so zelo ranljive, še posebej, ko se soočajo z boleznijo in posledično odvisnostjo v vsakdanjem življenju od pomoči drugih. Organiziranost javnega zdravja pa pogosto ne pokriva vseh potreb, saj je npr. starejši z več obolenji razdeljen na posamezne strokovnjake in pri tem ni celostno obravnavan. Kakor prikazuje Slika 6, se na področju javnega zdravja oblikujejo tri področja: dejanska ponudba storitev, zahtevane storitve ter potrebne storitve. Z integriranjem storitev in ob podpori IKT procesu DO lahko dosežemo, da je manj izvedenih nepotrebnih storitev oziroma, da ne dobijo nepotrebnih storitev, čeprav jih zahtevajo. Integracija storitev prispeva k temu, da se potrebe, ponudba in zahteve približujejo istemu imenovalcu in postaja presečišče vseh treh krožnic vedno večje. To pomeni prihranek denarja ter zadovoljne uporabnike storitev.

Slika 6: Diagram javnega zdravja in integriranih storitev



Vir: Prirejeno po S. Sardiwal, *Conceptualization and formulation of a UK health and social care system using System Dynamics*, 2007, str. 4.

Koch (2013) ugotavlja, da usmerjenost v specializacijo in posamezno bolezen pacienta vodi v fragmentacijo njegove oskrbe. Integrirana oskrba kot organizacijski princip zajema kontinuiteto oskrbe, delitev oskrbe med posamezne izvajalce, hkrati pa zagotavlja brezšivnost (angl. *seamless*) oskrbe (princip kvalitete v smislu pravočasnih in ustreznih aktivnosti ter informacij). Oskrba, ki je osredotočena na pacienta (angl. *patient/person centered*) in je kolaborativna oziroma integrirana (angl. *integrated*), pomeni koncept oskrbe pacienta, ki združuje izvajalce preko organizacijskih meja posameznih izvajalcev zdravstvene in/ali socialne oskrbe, kakor tudi znotraj negovalnih timov. Prav tako pomembno vpliva na odnos med pacientom in izvajalcem oskrbe s tem, da poveča vključenost pacienta.

S sistemom integrirane oskrbe starostnikov pridobimo sledeče (Koch, 2013; CIPRA, 2013):

- platformo za delovanje interdisciplinarne skupine;
- visoko stopnjo možnosti samoodločanja pacienta;
- učinkovito izrabo obstoječih virov, večjo ekonomičnost sistema;
- majhne potrebe po dolgotrajni namestitvi v dom starejših občanov;
- višji nivo strokovnega znanja ambulantnega in bolnišničnega osebja;
- učinkovito povezovanje zagotavlja kratke poti obveščanja;
- ponudba storitev oskrbe starostnikov je hitra in fleksibilna;
- fleksibilno oblikovanje delovnih mest je atraktivno za prebivalce.

Nekatere podrobne specificirane zbirke podatkov na področju DO še vedno niso oblikovane na mednarodnem nivoju (Rossi Mori, Mazzeo, Mercurio & Verbicaro, 2013).

Cilj sodobnih IKT rešitev je ustvarjanje virtualnega tima, kjer se bodo različni izvajalci DO povezali, dobili nove vpoglede ter z opolnomočenjem posameznega izvajalca dosegali transparentnost in večjo učinkovitost pri svojem delu.

Rossi Mori in Dandi (2012) ugotavljata, da tehnična podpora v smislu sodobnih informacijskih rešitev vpliva na DO - predvsem na vidik integracije - v več pogledih:

- integracijo opreme in IKT rešitev v celovito tehnološko storitev;
- povezavo med akterji (ne samo med formalnimi izvajalci temveč tudi med prejemniki oskrbe in neformalnimi izvajalci v obliki nekakšnega virtualnega tima, ki se oblikuje okoli potreb posameznika);
- integracijo administrativnih, operativnih, organizacijskih, izobraževalnih in upravljaljskih nalog in v tej povezavi tudi dokumentiranja;
- integracijo zdravstvene in socialne oskrbe.

Uvedba informacijske tehnologije v izvajanje DO na pacientovem domu vsekakor vpliva na vse akterje v procesu izvajanja. Vpliv IKT ne bo v smislu boljše dostopnosti med uporabniki, temveč bo njen vpliv izjemno vplival na organizacijske spremembe celotnega socialnega sistema, trdita Rossi Mori in Dandi (2012).

Nekateri avtorji predlagajo pripravo načrta poti za uvedbo integrirane oskrbe, ki vključuje razvoj potrebne infrastrukture (vključno z informacijsko tehnologijo). Načrt poti je potrebno začeti z analizo zmogljivosti obstoječe infrastrukture za podporo integrirani oskrbi. Zaključek načrta poti v integrirano oskrbo pa je treba podpreti z novim pristopom k infrastrukturi, ki podpira nenehno izboljševanje (Ling, Brereton, Conklin, Newbould & Roland, 2012).

Z uvedbo EZZ so prisotne različne oblike sodelovanja med izvajalci zdravstvene oskrbe, tudi ob uporabi informacijske tehnologije. Informacijska struktura, ki bi zajemala usklajevanje različnih organizacij ter zdravstvenega in socialnega varstva, pa še ne obstaja, največji izziv predstavlja izmenjava podatkov o pacientu med posameznimi izvajalci oskrbe (Koch, 2013; Waterson, 2012).

Rossi s sodelavci (2012) predvideva, da se z razvojem informacijske tehnologije za potrebe DO pričakuje tudi povezovanje izvajalcev oskrbe (strokovnjakov in laičnih oskrbovalcev), dvignil se bo nivo oskrbe, pacienti bodo bolj avtonomni znotraj procesa dolgotrajne oskrbe in se bodo lažje soočili z večjih številom ponudb različnih pripomočkov. Informacijska tehnologija bo imela pomemben vpliv na reorganizacijo in porazdelitev odgovornosti med izvajalci ter med izvajalci in pacientom. Prav tako bo pomemben vpliv na koordinacijo oskrbe, ciljno usmerjeno komunikacijo s ciljem doseganja kontinuitete oskrbe in sinhronizacijo med različnimi aktivnostmi na področju DO pacienta in podpore neformalnim izvajalcem.

Proaktivna oskrba pacienta, njegova aktivna vloga, temelji na pacientovi dostopnosti do informacij o njegovem zdravju. Coulter (v Levy, 2012, str. 22) utemeljuje, zakaj pacient potrebuje informacije s sledečimi argumenti:

- Da razume, kaj je narobe.
- Da pridobi realni vpogled v prognozo bolezni.
- Da pridobi največ iz strokovnih posvetov s strokovnjaki.
- Da razume proces obravnave in pričakovane rezultate preiskav in zdravljenja.
- Da sodeluje v samooskrbi.
- Da spozna možne podporne storitve in vire za pomoč.
- Da pridobi zaupanje in pomoč za soočanje.
- Da pomaga drugim razumeti.
- Da uveljavi pravice do pomoči in skrbi.
- Da spozna, kako preprečiti druge bolezni in poslabšanje obstoječih obolenj.
- Da spozna nadaljnje informacije in skupine za samopomoč.
- Da identificira najboljšega ponudnika zdravstvenih storitev.

Škotska načrtuje do leta 2015 z inovativnimi pristopi na področju oskrbe starostnike v kraju bivanja omogočiti pacientu vpogled v njegov EZZ (Payne, 2013).

Vpliv implementacije IKT v proces oskrbe pacienta na njegovem domu ima pomembne vpliv na celostno obravnavo pacienta. Pri tem ločimo sledeče integracije (Types of Integration, 2013):



- Horizontalna integracija vključuje skupine organizacij, ki ponujajo storitve na istem nivoju oskrbe in delujejo pod eno upravljaljsko organizacijo. Običajno delujejo po principu konsolidacije z namenom večje finančne učinkovitosti.
- Vertikalna integracija povezuje organizacije oziroma strokovnjake na različnih nivojih delovanja. Njihovo povezovanje je namenjeno uspešnejšemu in učinkovitejšemu doseganju realnih ciljev.

V okviru izgradnje IS DO je potrebno vključevati tudi vse predvidene klinične poti, ki povezujejo različne nivoje zdravstvenega varstva. Potrebo po vertikalni povezavi vidijo tudi v okviru paliativne oskrbe in predvidevajo uvedbo različnih poti (prilagojena Edmontonova klinična pot, Liverpoolska klinična pot). (MZ, 2010b). Z uvedbo in uporabo kliničnih poti je za pacienta poskrbljeno boljše na različnih nivojih zdravstvene dejavnosti. Pacient je deležen kontinuirane oskrbe, lažje je planiranje različnih resursov, ob podpori IKT pa je lažje administriranje in dokumentiranje.

Izpolnjevanje dokumentacije, ki je trenutno v papirnati obliki pomeni neposrednim izvajalcem oskrbe dodatno delo in nepotreben čas za administriranje storitev in podvajanje beleženja. V primeru elektronske dokumentacije pa vsak ima na razpolago podatke o pacientu glede na nivo dostopnosti. To je dodaten razlog, da gradnja IS DO postane del projekta eZdravje.

## **5 PREDLOG MODELA INFORMATIZACIJE DOLGOTRAJNE OSKRBE**

Obstoječe informacijske rešitve pokrivajo le posamezna področja nekaterih strokovnih disciplin. Za uspešnost implementacije zakona za DO je potrebno več različnih izvajalcev, ki bodo delovali na tem področju, med seboj povezati ter jim dati mesto in odgovornost. S pomočjo sodobnih IKT rešitev ni nujna povezava v eno institucijo, potrebno je transparentno sodelovanje z jasnim načrtom ter ciljem.

IKT rešitve na področju DO so lahko oziroma morajo biti del EZZ. Razlogi za to so (AHRQ, 2009):

- Zmanjšanje napak v medicini;
- Razpoložljivost uporabnih informacij z vidika oskrbe;
- Spodbujanje komunikacije in izmenjave podatkov med različnimi strokovnjaki (zdravniki, negovalnim osebjem, farmacevti ipd.);
- Izboljšanje skladnosti s predpisi;
- Izboljšanje učinkovitosti in zadovoljstva izvajalcev.

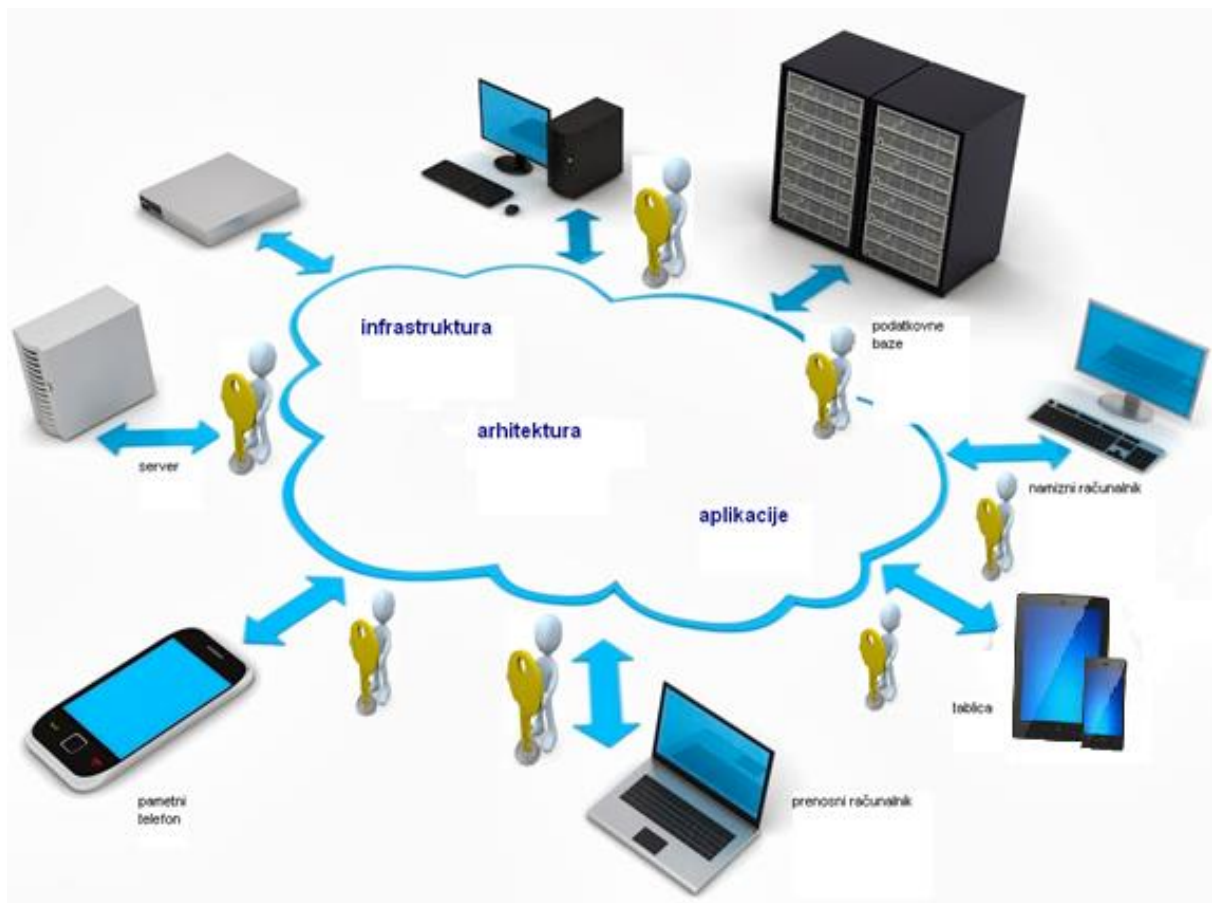
Informatizacija DO je podobna informatizaciji zdravstva oziroma še več: zaradi večje fragmentiranosti in slabšega sprejemanja IKT je še težje dosegljiva z informacijsko

strukturo (BearingPoint, 2007). Načrtovalci, izvajalci, kakor tudi evalvatorji sistema DO morajo imeti jasne in enoznačne informacije o izvajanju storitev DO. S skupnim konsenzom o naboru minimalnih podatkov, ki jih posamezni akter potrebuje za svoje delo, je lahko osnova za oblikovanje skupnega IS, ki vpliva na povezovanje vseh vključenih.

Proces DO mora potekati po določenih zaporednih korakih. V tem procesu mora biti vsakemu vključenemu akterju opredeljena vloga. Tako vsak dobi jasno polje svojega delovanja in hkrati odgovornost za kvaliteto opravljenega dela.

S sistematičnim pristopom oblikovanja organizacijsko informacijskih rešitev bomo lahko lažje upravljali tako kompleksne sisteme, kot je DO. Dokumentiranje procesov v DO je temelj za kakovostno delo izvajalcev in je bistveni element za preoblikovanje individualnih načrtov pacienta ter temelj za oblikovanje nadaljnjih strateških usmeritev in razvoj stroke.

*Slika 7: Globalna struktura informacijskega sistema*



Slika 7 prikazuje globalno infrastrukturo informacijskega sistema. Vsak izvajalec in pacient bi lahko dostopal do podatkov. Kodirani ključi bi omogočali nivoje dostopov in varovanje podatkov.

## 5.1 Proces oskrbe

Proces je zaporedje nalog (aktivnosti), ki so medsebojno časovno, logistično, informacijsko in odločitveno povezane (Rozman & Kovač, 2012). Značilnosti dobrega procesa, kot jih opredeljuje Maze (2013), veljajo tudi za proces DO:

- Orientiranost na starostnika;
- Dvigovanje dodane vrednosti storitev;
- Znan in sposoben koordinator oskrbe;
- Razumevanje in sprejemanje procesa s strani vseh sodelujočih v njem;
- Merljiva učinkovitost in uspešnost storitev;
- Neprestano izboljševanje storitev.

Proces DO mora potekati po določenem sistemu. Glede na obstoječe metode dela strokovnjakov na pacientovem domu in glede na predvideno vključitev njihove dejavnosti v okviru zakona za DO, je potrebno opredeliti natančen sistem delovanja vseh izvajalcev. Sistematičen pristop omogoča kvaliteto storitev.

Z združevanjem stroke zdravstvene nege in socialnega dela pogosto nastane dilema, katera stroka ima prednost, kakšen pristop bomo izbrali: pristop stroke socialnega dela ali zdravstvene nege. Menimo, da je ta dilema popolnoma odveč, saj je prav tako kot stroka socialnega dela, tudi stroka zdravstvene nege usmerjena v celega človeka, obravnava ga kot fizično, psihično in socialno bitje. Pri tem je obema pomembna aktivna vključenost pacienta in usmeritev v pozitivno zdravje na vseh področjih njegovega bivanja.

Analitiki zavarovanja za dolgotrajno oskrbo na Japonskem ločujejo dva procesa znotraj DO: prvi se nanaša na koordinatorja oskrbe (angl. *care manager*) in pripravlja načrt storitev DO, drugi pa vključuje neposredne izvajalce oskrbe (angl. *care provider*), ki oblikujejo načrt oskrbe. Proces oblikovanja načrta storitev in neposredne oskrbe so oblikovali z namenom prilagoditve procesa potrebam starejših. Proces zajema naloge za koordinatorja in izvajalce; sestavljen je iz 6-ih funkcij (Kato, Tsuru & Iizuka, 2013):

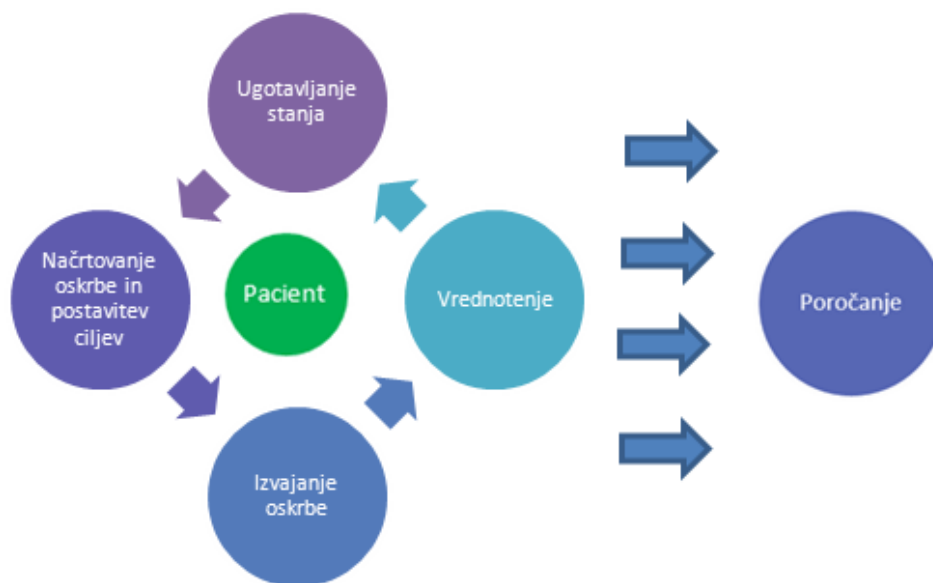
- Funkcija 1: Ocena pacientovih zmožnosti;
- Funkcija 2: Ocena pacientovih bivalnih razmer;
- Funkcija 3: Oris potencialnega pacientovega dne;
- Funkcija 4: Identifikacija potreb po oskrbi;
- Funkcija 5: Oblikovanje načrta oskrbe;
- Funkcija 6: Oblikovanje načrta storitev.

Koordinator je odgovoren za vse funkcije, izvajalec pa za funkcije od 1–5. Stroka zdravstvene nege temelji na procesni metodi, ki se jo lahko prepozna tudi v modelu implementiranja zavarovanja za DO na Japonskem (Kato et al., 2013).

Glede na navedeno smo oblikovali proces, ki združuje japonski model in sodobno metodo dela patronažnih medicinskih sester. Strokovnjaki zdravstvene nege in socialne oskrbe, prostovoljci, domači in drugi laični negovalci, kakor tudi sam pacient, morajo kot enakovredni partnerji, vsak s svojega gledišča in v okviru svojih kompetenc ter prevzetih/dodeljenih odgovornosti, odgovorno pristopati k procesu DO.

Kakor prikazuje Slika 8, gre pri tem za krožni proces, ki poteka nepretrgoma. O spremembah zdravstvenega in socialnega stanja ter drugih posebnostih, ki presegajo njegove sposobnosti in kompetence, izvajalec dokumentira in poroča ustreznim izvajalcem storitev. Poročanje je z IKT lahko poenostavljeno. Medsebojna komunikacija je pogosto šibki člen medsebojnega povezovanja in sodelovanja. Pomanjkanje časa je pogosto argument za slabše poročanje, obveščanje in pomanjkljivo sodelovanje. Strokovnjaki se raje posvečajo pacientu in delujejo na strokovnem področju, namesto da se ukvarjajo z administrativnim delom.

*Slika 8: Proces dolgotrajne oskrbe*



Proces DO je prikazan v krogu, kar pomeni sistematičnost dela, organizacijsko spremembo delovanja izvajalcev, storitve so individualno prilagojene posameznemu pacientu, ki ga izvajalci obravnavajo celostno. Vsak izvajalec ima samostojno področje dela, kar mu omogoča večje zadovoljstvo pri delu, motiviranost za delo in učinkovitost. S procesno metodo je zagotovljena kontinuiteta DO in sistematičnost pri delu. V središču dejavnosti DO je pacient in njegova družina. Ker je pacient in družina aktiven subjekt v procesu DO, mora aktivno sodelovati v vseh fazah procesa, v skladu s svojimi možnostmi.

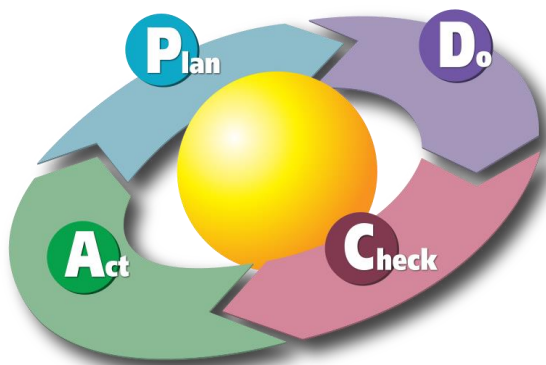
Zagotavljanje kakovosti storitev dobimo s sistematičnim pristopom: s procesom DO dosežemo samoevalvacijo izvajalcev, s tem pa zagotovimo krog nenehnih izboljšav. Če elemente procesa DO primerjamo z Demingovim krogom, ki ga prikazuje Slika 9, vidimo podobnosti.

Demingov pristop, ki je nastajal v času po 2. svetovni vojni, ima vgrajeno metodologijo, poznano kot krog nenehnega izboljševanja (Žurga, 2005; Deming Cycle, 2013):

- Načrtuj (P – angl. *plan*) - oblikuj cilje in aktivnosti, potrebne za realizacijo ciljev;
- Izvedi (D – angl. *do*) - izvajaj aktivnosti;
- Preveri (C – angl. *check*) - nadzoruj in spremljaj aktivnosti in rezultate glede doseganja ciljev in o njih poročaj;
- Ukrepaj (A – angl. *act*) - ukrepaj tako, da dosegaš (presegaš) cilje in izboljšuješ procese.

Slika 9 shematično prikazuje potek procesov, ki z namenom zagotavljanja kakovosti in nenehnega izboljševanja potekajo v nepretrgoma, krogu.

*Slika 9: Demingov krog*



*Vir: Deming Cycle, 2013.*

Sistem poročanja in obveščanja udeležencev v DO se z ustrezno IKT avtomatizira in s tem ni dodatnega obremenjevanja izvajalcev. Dokumentiranje poteka skozi celoten proces posameznega izvajalca DO.

Z uvedbo informacijskih rešitev za podporo (tudi) dokumentiranju, se bo oblikovala baza podatkov za ugotavljanje učinkovitosti in uspešnosti posameznih aktivnosti, nudena bo možnost za raziskave in boljše možnosti za argumentirane strateške in politične odločitve, ki bodo strokovno uspešnejše, prijazne do izvajalcev ter bodo imele pozitiven vpliv na kakovost življenja posameznika, ki potrebuje pomoč in podporo pri vsakdanjem življenju v domačem okolju.

### 5.1.1 Ugotavljanje potreb po dolgotrajni oskrbi

V okviru DO je potrebno oblikovati enoten sistematičen pristop k ocenjevanju potreb pacienta in njegovih negovalcev po različnih storitvah. V državah, ki že imajo zakonsko in sistemsko opredeljeno DO, so v rabi različna orodja oziroma modeli ocenjevanja. Najpogosteje se uporablja Katz ADL and Lawton IADL in model ocene funkcionalnosti – International Classification of Functioning, Disability and Health (v nadaljevanju ICF) (Fisher, 2008; OECD et al., 2011).

Strokovna ocena potreb po zdravstveni negi je prvi del procesa zdravstvene nege in poteka strukturirano glede na uporabljen model, teoretično osnovo oziroma klasifikacijski sistem (Hajdinjak & Meglič, 2012).

Pri ocenjevanju je pomembna tudi vključenost oziroma subjektivna ocena pacienta in njegovih svojcev.

Ugotovljene potrebe, ki odlikavajo dejansko stanje, so osnova za kakovostno načrtovanje storitev DO, zato mora biti ta faza skrbno izvedena. Pri tem morajo biti udeleženi vsi člani tima, ki pripravljajo načrt. Pacient in svojci so pri tem aktivni člani v skladu z njihovimi zmoglostmi. Ugotavljati je potrebno sledeče:

- Zdravstveno stanje pacienta;
- Sposobnost osebe za samooskrbo v okviru temeljnih in podpornih življenjskih aktivnosti ter ocena dejanskih potreb;
- Primernost okolja za izvajanje DO
  - Prostorski pogoji: prilagoditev kopalnice, postelje, širina vrat, velikost stanovanja, dostopnost (stopnice, dvigalo);
  - Tehnični pogoji: prilagoditev okolice oziroma preskrba s pripomočki za podporo izvajanja (samo)oskrbe s ciljem spodbujanja večje stopnje samostojnosti: pripomočki za gibanje, alarmi itd.;
  - Ustreznost lokalnega okolja: dostopnost, varnost, preskrbljenost z infrastrukturo itd.;
- Emocionalno in mentalno stanje pacienta in/ali svojcev;
- Rehabilitacijski potencial pacienta in (z)možnost učenja;
- Kadrovske pogoje: razpoložljivost, usposobljenost in sposobnost neformalnih negovalcev, ugotavljanje strukture in funkcije socialne mreže;
- Ekonomska situacija.

Ne glede na veljavno metodologijo ocenjevanja funkcioniranja pacienta, njegovih potreb in potreb svojcev, je potrebno predhodno ugotoviti dinamiko nastanja in pojavljanja oviranosti za samostojno življenje. Ob pojavu zdravstvenih težav zaradi katerih pacient

potrebuje podporo in/ali storitve, ki mu omogočajo bivanje v domačem okolju, mora sam ali s pomočjo drugih (formalni in neformalni oskrbovalci) opredeliti **osnovni problem**, ki onemogoča pacientovo samooskrbo pri TŽA in PŽA. Z identifikacijo **vzroka**, ki povzroča problematiko povzroča in opredelitvijo **simptomov** lahko ugotovimo dejansko stanje pacienta. Aktivnosti in storitve, ki jih bomo načrtovali na podlagi dejanske problematike, bomo z njihovim izvajanjem dosegali realne cilje. Z ugotavljanjem dejanskih problemov, njihovih vzrokov in simptomov, bodo storitve DO usmerjene v dvigovanje kakovosti življenja pacienta in njegovih bližnjih. Pacient bo v krogu družine dosegal večjo stopnjo samooskrbe, potreboval bo manj storitev in formalne pomoči. To bo predstavljalo manjše finančno breme za blagajno DO.

Ugotavljanje potreb po DO je dolžnost vsakega člana strokovnega tima, vsak s svojega gledišča. Koordinator v stiku s pacientom in družino ugotavlja dejanske potrebe ter preverja verodostojnost podatkov. Pacient je pri tem aktiven in aktivno sodeluje.

### **5.1.2 Načrtovanje storitev dolgotrajne oskrbe**

S sodelovanjem strokovnega tima, ki ga prikazuje slika Slika 10, se oblikuje načrt DO. Strokovni tim DO je osnovan z namenom definiranja potreb po DO ter pripravi vsebinskega in terminskega načrta izvajanja storitev. Naloga koordinatorja je vodenje strokovnega tima ter koordiniranje oskrbe med različnimi izvajalci, ki delujejo v sklopu posameznih služb, organizacij, zavodov in združenj. Pri tem ima pomembno vlogo sam pacient, ki s svojo aktivno vlogo sodeluje pri definiranju natančnega načrta; pri tem prevzema tudi dolžnosti in odgovornost. Načrt natančno opredeljuje vlogo svojcev.

Patronažne medicinske sestre se najpogosteje in najintenzivneje srečuje s pacienti v domačem okolju, ki obnemorejo pod težo boleznimi. Pozna družinske razmere in sposobnost pacienta za samooskrbo ter lokalno okolje. Skozi proces izvajanja storitev zdravstvene nege v okviru DO bo pacienta lahko spremljala in koordinirala izvajanje predlaganega načrta DO ter predlagala dopolnitve in spremembe. Koordinator pridobi podatke o pacientu, ki so relevantni za pripravo načrta s strani drugih institucij, kot so npr. bolnišnice in inštituti, domovi starejših občanov.

Z združitvijo instituta koordinatorja DO in patronažne medicinske sestre se izognemo dodatnim stroškom za management izvajalcev DO in podvajanju določenih strokovnih aktivnosti. Z vključevanjem strokovnih delavcev v zagotavljanje TŽA bo DO temeljila na preventivni usmerjenosti.

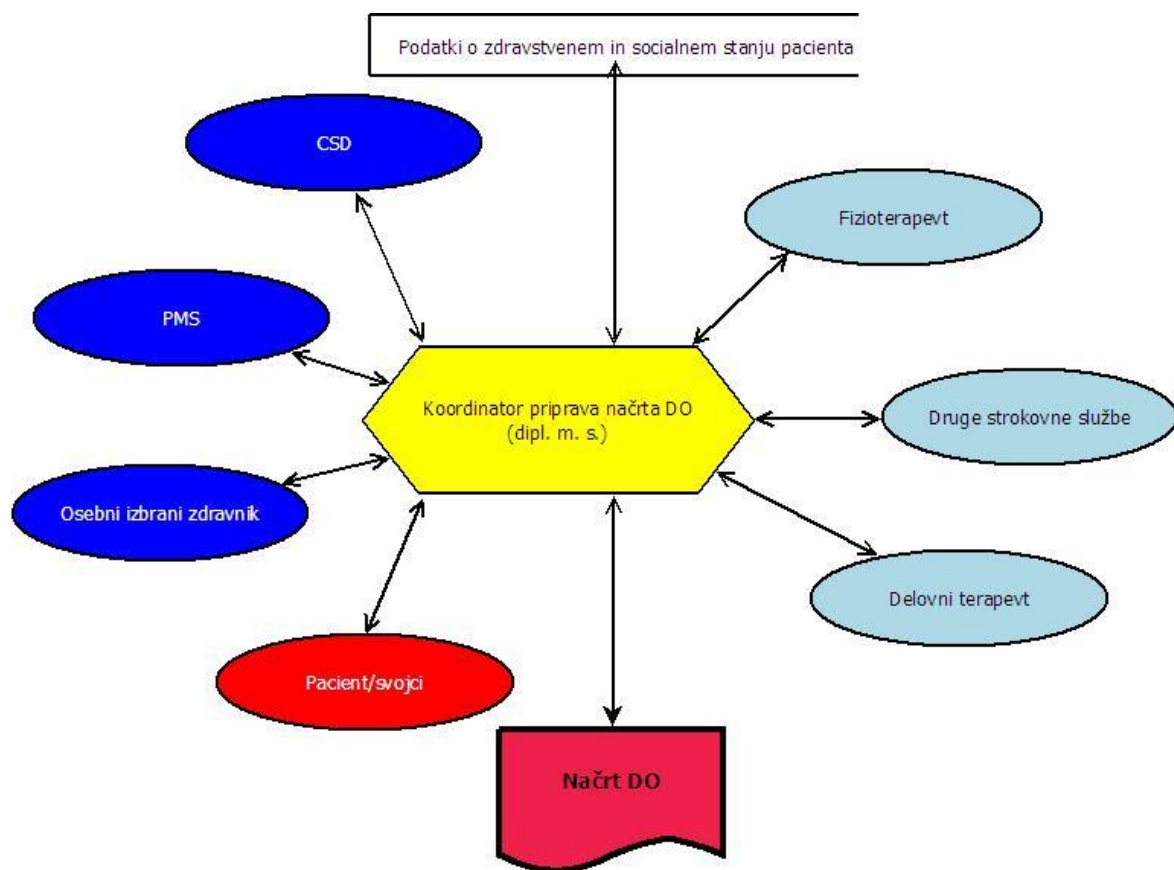
Zdravnik razpolaga z medicinskimi podatki o pacientovem zdravstvenem stanju; zdravnik družinske medicine ima še širši vpogled v družinsko dogajanje, ki je lahko pomembno za dolgoročno načrtovanje oskrbe pacienta.

Strokovnim delavcem centra za socialno delo pa so na razpolago podatki o socialnem stanju pacienta in o posebnih socialnih razmerah znotraj družine.

V načrtovanje se vključujejo tudi drugi strokovnjaki, kot so fizioterapevt, delovni terapevt ter druge strokovne službe, glede na stanje pacienta in aktualno problematiko.

Vloga pacienta v tej fazi procesa je, da posreduje podatke, ki so relevantni za pripravo. Pacient aktivno sodeluje s svojimi predlogi in mnenji pri oblikovanju načrta. K predlaganemu načrtu DO mora podati soglasje ter prevzeti odgovornost za samostojno izvajanje oskrbe kot predvideva načrt.

Slika 10: Koordinacija priprave načrta DO



Povezave med koordinatorjem in člani tima za pripravo načrta so prikazane z dvosmernimi puščicami, to pomeni dvosmeren tok podatkov in informacije. S tem je zagotovljena transparentnost storitev.

Kot koordinator je opredeljena diplomirana medicinska sestra, kar je razvidno iz Slike 8. Ima specifično znanje o potrebah pacienta kot psihičnega, fizičnega in socialnega bitja, ki zaradi zdravstvenih težav ne zmore več samostojnega življenja.



Rezultat sodelovanja med člani tima je oblikovan načrt, ki vsebuje:

- Oblikovane cilje DO, ki morajo biti jasni in realni. Postavlja se tako dolgoročne kakor kratkoročne cilje. Pomembno je, da pri tem aktivno vključujemo pacienta, da si ob podpori strokovnjakov oblikuje cilje, za katerih dosego bo notranje motiviran in bo aktivno sodeloval.
- Vsebinsko opredelitev storitev z definiranjem izvajalcev, njihovimi pristojnostmi in odgovornostmi.
- Časovno opredelitev storitev: pogostost in količina. Pri terminskem načrtu je potrebno v skladu z možnostmi upoštevati pacientov dnevni ritem, kolikor se je temu smiselno in mogoče prilagoditi.
- Načrtovanje materiala in opreme: pripomočki za nego, zaščitna sredstva, medicinsko tehnični pripomočki.
- Načrtovanje tehničnih prilagoditev: ožji (postelja, ležišče) in širši bivalni prostor (kopalnica, bivalne površine, dostopnost do stanovanja), tehnološki pripomočki in prilagoditve.

Skrbno pripravljen načrt je osnova za učinkovito, usklajeno ter uspešno izvajanje storitev. Rezultat bo usklajenost delovanja izvajalcev ter zadovoljen pacient in njegova družina.

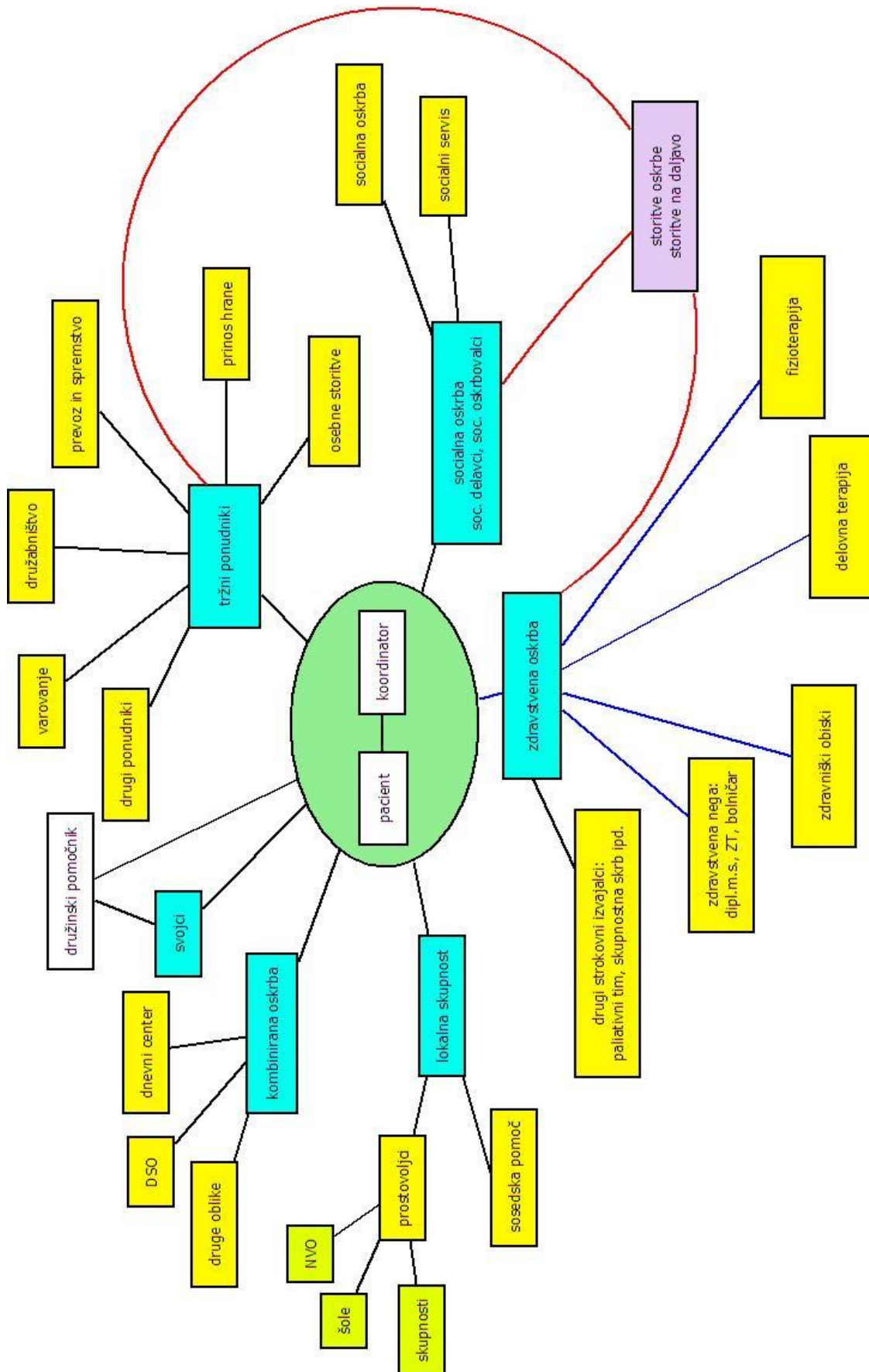
### **5.1.3 Izvajanje storitev dolgotrajne oskrbe**

V okviru načrtovanja se naredi terminski načrt izvajanja, vsebina ter določi izvajalce. Glede na izkušnje drugih držav in obstoječe stanje na področju storitev za pacienta v domačem okolju se predvideva, da bo največ potreb po storitvah v podporo pri TŽA, saj pacient prav zaradi zdravstvenih težav ne zmore samostojnega življenja v domačem okolju. Pri tem so mu v pomoč tudi storitve socialne oskrbe pri PŽA. Določene storitve v podporo TŽA ali PŽA bodo izvajali svojci ali prostovoljci oziroma laični negovalci.

Zakonsko določen obseg storitev DO bo pacient lahko v skladu z ekonomsko situacijo nadgrajeval z iskanjem ponudnikov različnih tržnih storitev. Pri tem mu bo v pomoč njegova socialna formalna in neformalna mreža ter koordinator DO.

Nabor izvajalcev, ki jih predvideva zakon za DO, je omejen predvsem na zdravstveno in socialno oskrbo. Na Sliki 11 so prikazani izvajalci, ki se lahko smiselno vključujejo v oskrbo pacienta na njegovem domu in lahko bistveno vplivajo na njegovo kakovost.

Slika 11: Izvajalci dolgotrajne oskrbe



### 5.1.3.1 Pacient

Glede na njegove preostale sposobnosti samooskrbe mora biti pacient motiviran za doseganje čim višje stopnje samooskrbe. S strani različnih strokovnjakov in ob vključevanju socialne mreže, tudi ob podpori IKT, mora dobiti znanja in spretnosti ter prilagoditve okolja, modifikacijo pripomočkov ter postopkov. Na voljo mu morajo biti ustrezni pripomočki za dvig samostojnosti pri TŽA in PŽA.

### 5.1.3.2 Svojci in socialna mreža

Svojci in drugi neformalni izvajalci so v obdobju večanja razkoraka med finančno vzdržnostjo socialnih in zdravstvenih sistemov ter večanju potreb po DO v očeh političnih odločevalcev pomembni akterji. V posameznih državah Evrope ima družina različno vlogo pri DO.

V skladu z načrtom DO in ob strinjanju pacienta lahko prevzamejo del storitev v okviru TŽA ali PŽA. Z vključevanjem v storitve se morajo tudi sami strinjati. Strokovnjaki se morajo zavedati, da potrebujejo informacije, poučevanje, podporo in ustrezno spremljanje ter razbremenjevanje. Tako bodo lahko dolgo skrbeli za svojca in pri tem ne bodo preobremenjeni ter posledično (pre)pogosti uporabniki zdravstvenih storitev. S sistematičnim in strokovnim pristopom k neformalnim negovalcem dosežemo uspešno in kvalitetno oskrbo ter zadovoljne paciente ter izvajalce.

Neformalni negovalci so lahko prisotni cel dan vse dni v letu ali pa so prisotni le občasno v skladu z načrtom DO. V oskrbo se lahko vključi več oseb, ki si breme oskrbe pacienta porazdelijo. V veliko pomoč so tudi različne IKT rešitve, ki olajšajo DO pacienta.

Nekateri svojci se lahko odločijo, da postanejo družinski pomočniki, bivajo s pacientom na skupnem naslovu ter so mu na voljo cel dan, vse dni v letu oziroma so lahko deloma zaposleni.

### 5.1.3.3 Zdravstvena oskrba

V okviru patronažne zdravstvene nege deluje tim zdravstvene nege, ki praviloma vključuje medicinske sestre z višjo/visoko izobrazbo ter tehnike zdravstvene nege (srednješolska izobrazba). Poleg preventivnega dela izvajajo tudi diagnostično-terapevtske postopke. Izvajalci zdravstvenega dela DO na pacientovem domu morajo biti:

- **Patronažna medicinska sestra:** V okviru DO se njena vloga poudari v koordinaciji oskrbe pacienta. Pomembno je njeno preventivno delovanje, ko pacienta in njegovo družino poučuje, izobražuje, jim nudi podporo in jih usmerja pri nadaljnjem razreševanju različnih težav. Patronažna medicinska sestre mora biti v okviru DO

samostojna pri svojem strokovnem delovanju; pri izvajanju diagnostično terapevtskih postopkov pa sodeluje s pacientovim zdravnikom.

- Pacientov izbrani **zdravnik** izvaja zdravljenje na domu in pacienta lahko obišče v kraju bivanja. Njegova vloga se v okviru DO bistveno ne spremeni.
- **Paliativni tim** obravnava in spremlja paciente z neozdravljivo boleznijo, ne glede na kraj namestitve, takoj po postavitvi diagnoze. Državni program paliativne oskrbe (2010) opredeljuje aktivno strokovno obravnavo od postavitve diagnoze do faze umiranja, smrti in nazadnje žalovanja. Del paliativnega tima sestavljajo tudi strokovnjaki in laiki, ki so del tima izvajalcev DO. Smiselno je, da je pri pacientu z neozdravljivo boleznijo v DO načrt paliativne oskrbe del načrta DO. Izvajalci DO pri obravnavi pacienta z neozdravljivo boleznijo sodelujejo z drugimi strokovnjaki v interdisciplinarnem timu paliativne oskrbe.
- **Delovna terapija** je usmerjena v doseganje večje kvalitete življenja ter doseganje samostojnosti v vsakdanjem življenju. Zajema učenje uporabe pripomočkov, izdelavo in uporabo opornic, spodbujanje kognitivnih funkcij, funkcionalno, sprostitveno terapijo itd. Izvajanje v DO je utemeljeno s prilagoditvijo bivalnega prostora pacientu, z ohranjanjem njegove samostojnosti ter rehabilitacijo pacienta v okviru realnih pričakovanj.
- **Fizioterapija** na pacientovem domu je smiselna, ko se s fizioterapevtsko obravnavo pričakuje dvig samostojnosti oziroma vzdrževanje stanja, lajšanje bolečin.

Z gibanjem se izboljša počutje in zadovoljstvo pacienta. Za izvajanje aktivnosti ni nujna vsakodnevna prisotnost fizioterapevta. Kot del načrta DO lahko pripravi načrt obravnave, v katerega je aktivno vključen pacient sam ter ostali negovalci. Fizioterapevt jih nauči vaj oziroma, kako pomagati pacientu.

#### 5.1.3.4 Prostovoljci in lokalna skupnost

Prostovoljci so pomemben vir gradnje socialne mreže posameznika. V okviru načrta lahko prevzemajo storitve PŽA (nakupovanje, spremstvo ...) ali pa nudijo pogovor in druženje s pacientom. Prostovoljci potrebujejo strokovno vodenje, motiviranje in načrt vključevanja v DO.

Koordinator bo v sodelovanju z lokalno skupnostjo, nevladnimi organizacijami ter drugimi institucijami vključeval prostovoljce in jim zagotavljal ustrezno mentorstvo. Patronažne medicinske sestre potrebujejo s tega področja še dodatna specialna znanja.

#### 5.1.3.5 Storitve na daljavo

Hitro razvijajoče storitve na daljavo bodo v naslednjih letih intenzivno vplivale tudi na izvajanje storitev DO različnih strokovnih področij. Pri tem pa ne bodo mogle nikoli nadomestiti pristnega človeškega stika, ki ga vsak človek potrebuje; če je bolan, pa toliko bolj. Bodo pa lahko v pomembno pomoč. Pri tem je potrebno skrbno načrtovanje in vrednotenje storitev ter integriranje v ostale storitve DO.

### 5.1.3.6 Tržni ponudniki storitev

Koliko storitev na trgu in kaj bodo ljudje kupovali, je v veliki meri odvisno od njihove kupne moči. Zagotavljanje predvsem TŽA bi se moralo finančno kriti v okviru predvidenega zavarovanja za DO. Trg storitev se bo razvijal v skladu z dejanskimi in potencialnimi potrebami strank oziroma njihovimi plačilnimi sposobnostmi.

Vloga koordinatorja v timu izvajalcev je skrb za kontinuiteto oskrbe v skladu z individualnim načrtom DO. Njegovo delovanje in delovanje vseh ostalih, ki bo podprto z ustreznim IS in IKT, bo pretežno ob pacientu in ne za pacienta.

### 5.1.4 Vrednotenje izvedenih storitev

Vrednotenje DO mora smiselno potekati na več nivojih:

- Nivo posameznika: na isto storitev, dosežene cilje imajo vključeni različne poglede:
  - Pacient in svojci: usklajenost z njihovimi cilji, pričakovanji, (ne)izraženimi interesi.
  - Izvajalec: zadovoljstvo pri delu, občutek uspešnosti, občutek pre-obremenjenosti in stresa zaradi prezahtevnosti dela, preobsežnosti dela. Vrednotenje poteka glede na njegovo specifično znanje posameznega področja – ali so izvedene storitve ustrezne kakovosti in drugih dimenzij glede na načrt DO.
  - Koordinator: ali so izvedene storitve v skladu z načrtom, ali so upoštevana vsa navodila in priporočila. Uspešnost doseganja ciljev.
- Nivo dejavnosti DO: uspešnost izvajanja DO, potreba po spremembah glede na ugotovitve, nova spoznanja.
- Nivo organizacije, ki izvaja DO: uvajanje novosti, raziskovanje in uvajanje novih pristopov ter metod, prepoznavnost podjetja, pridobivanje partnerjev/članov, gradnja družbenega in strokovnega ugleda glede kakovosti in zanesljivosti izvajanja storitev DO, oblikovanje predlogov za nove politične odločitve.
- Nivo lokalne skupnosti/družbe: Ali obstoječe storitve pomenijo boljšo kakovost življenja starejših oseb v domačem okolju, ugotavljanje finančne vzdržnosti sistema DO, iskanje inovativnih idej in njihova implementacija, uspešnost zagotavljanja organizacij in pravne podlage za kvalitetne integrirane storitve. Ali sistem izvajanja storitev pozitivno vpliva na vrednostni sistem in na družbeno dogajanje.

Glede na terminsko opredelitev ločimo:

- Sprotna evalvacija poteka na osnovi opažanj strokovnih delavcev glede na doseganje postavljenih kratkoročnih ciljev. Sprotno evalvacijo izvajajo tudi prejemniki storitev oziroma njihovi svojci, negovalci, bližnji.

- Periodično vrednotenje, ki vključuje analizo uspešnosti storitev, zadovoljstvo vseh udeležencev ter ugotavljanje doseganja ciljev.
- Končna evalvacija poteka ob zaključku posamezne oskrbe oziroma ob zaključku posameznega strokovnega delavca. Oцени se napredek posameznika in hkrati služi kot osnova za načrtovanje nadaljnjega dela.
- Zaključna evalvacija poteka v okviru zaključnega obdobja in vključuje samooceno vseh izvajalcev, analize doseganja ciljev in kakovost izvedbe storitev ob zaključku poslovnega leta. Ta evalvacija je rezultat predhodnih in je usmerjena v nadaljnji razvoj programa v skladu s potrebami uporabnikov in aktualnim družbenim dogajanjem ob upoštevanju pravnih podlag ter strokovnih smernic nadaljnjega razvoja dolgotrajne oskrbe ter socialnega in zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji.

Vrednotenje izvaja vsak izvajalec neposredno po izvajanju in ob posameznih časovnih obdobjih. Izvedene storitve vrednotijo tudi nadrejeni in tudi pacient.

### **5.1.5 Dokumentiranje**

Dokumentiranje posameznih procesov DO poteka sproti in neprekinjeno skozi posamezne faze. Vsak izvajalec neposredno vnaša podatke, ugotovitve ter pridobljene informacije v oblikovan IS. Za ustrezno dokumentiranje so odgovorni vsi izvajalci.

## **5.2 Model procesa dolgotrajne oskrbe**

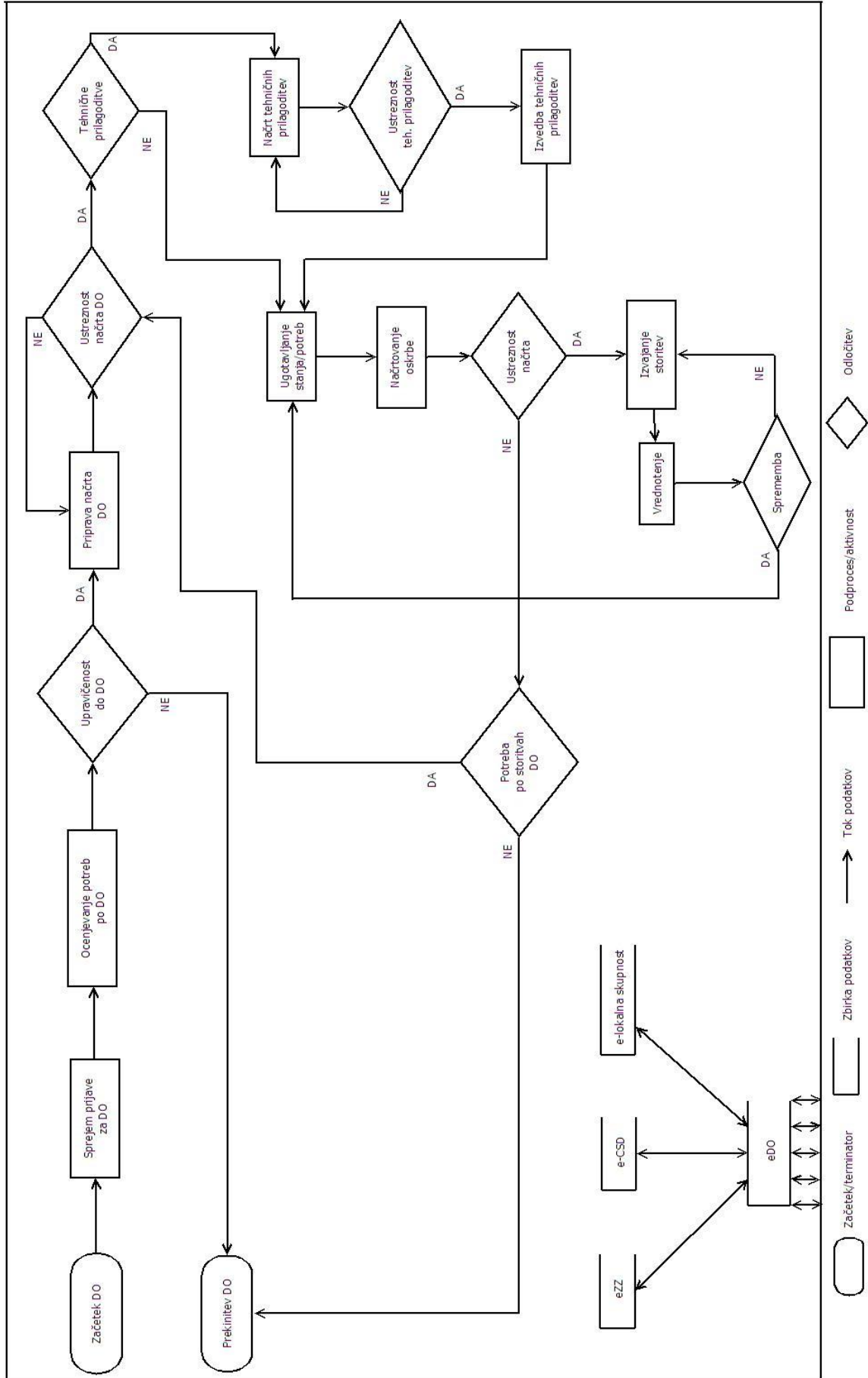
Predhodno smo opredelili stanje oskrbe pacienta na njegovem domu kot je trenutna situacija v Sloveniji (model *AS-IS*). Z oblikovanjem organizacijsko informacijskega modela smo oblikovali želeni model stanja (*TO-BE*).

Uvedba IS zahteva reorganizacijo znotraj posameznega izvajalca, opustitev papirne dokumentacije ter uporabo sodobne IKT. Razvoj celovite programske rešitve bo zahteval vključitev varnostnih mehanizmov v programsko opremo ter možnost integracije obstoječih IS. Pri tem je smiselno slediti priporočilom projekta eZdravje in si prizadevati za integracijo IS DO v projekt.

Gradnja IS DO je smiselna s prototipnim pristopom. Na ta način se skrajša razvojni čas, ki omogoča kreativno sodelovanje bodočih uporabnikov, kar je posebnega pomena, ker DO vključuje veliko različnih strokovnjakov. Pri izdelavi in implementaciji prototipa se napake in pomanjkljivosti pokažejo v zgodnjih fazah.

V procesu DO poteka tok podatkov skladno s strokovno opredeljenimi procesi izvajalcev in posameznimi odločitvami, kakor prikazuje Slika 12. Pri tem proces dokumentiranja ni posebej opredeljen, saj podpira vse procese in je podprt z IS. Slednje je razvidno tudi iz slike.

Slika 12: Diagram procesov



Celotni IS je sestavljen iz procesov, logike in podatkovnega modela. Pri izdelavi diagrama tokov podatkov se osredotočamo na procese in na tok podatkov med njimi.

Začetek DO se začne s prijavo oziroma ugotovitvijo (npr. patronažna medicinska sestra) potreb po DO. Koordinator v sodelovanju s celotnim timom za pripravo načrta oceni potrebe, s tem se ugotovi dejansko stanje in preveri pridobljene informacije. Viri informacij so lahko primarni (pove oziroma sporoči pacient sam, opazovanje pacienta, merjenje različnih funkcij) ali sekundarni (na razpolago imamo medicinsko dokumentacijo in dokumentacijo zdravstvene nege ter drugih strokovnjakov - EZZ, dokumentacijo s področja socialnega varstva - eCSD).

Nekatere podatke pridobimo s strani svojcev in drugih članov socialne mreže ter same lokalne skupnosti. Patronažna medicinska sestra poseduje veliko pomembnih podatkov o lokalnem področju, kjer pacient biva. Vsi podatki se zbirajo v podatkovni bazi, ki smo jo poimenovali eDO. Zbrani podatki so osnova za ugotovitev glede upravičenost do DO, kot bo določeno z zakonom. V primeru ugotovitve neupravičenosti pacienta do storitev DO, se prekine postopek.

Ko se ugotovi upravičenost pacienta do DO, se najprej pripravi načrt v okviru interdisciplinarnega tima. Načrt DO mora biti prilagojen potrebam starejše osebe ter zmožnostim izvajalcev. Ko je pridobljeno soglasje oziroma strinjanje z načrtom s strani pacienta in izvajalcev, se preveri potrebo po tehničnih prilagoditvah. V primeru potreb po prilagoditvah se naredi načrt in v skladu z njim se izvedejo tehnične prilagoditve. V okviru teh prilagoditev se načrtuje arhitekturne prilagoditve, medicinsko-tehnične pripomočke in uporabo razpoložljive IKT tehnologije.

Po tej fazi se izvajanje DO preseli na neposredne izvajalce. Vsak izvajalec ugotovi dejansko stanje oziroma potrebe starostnika in njegove družine glede na njegovo področje delovanja. Ko ugotovi, naredi načrt izvajanja svojih storitev, s katerimi bo sledil zastavljenemu cilju. Sledi ugotavljanje ustreznosti predlaganega načrta. Če ugotovi potrebo po dopolnitvah s področja tehničnih rešitev, poda predlog za dopolnitev. V primeru, da ugotovi spremembo stanja pacienta, predlaga spremembo načrta DO in/ali drugo storitev.

Ko je načrt ustrezen in z njim soglašata starostnik, se prične izvajanje. Izvedene storitve vsak izvajalec ocenjuje. V primeru, da zazna kakršnekoli spremembe sledi ugotavljanje stanja, prilagajanje načrta ter vrednotenje izvedenih storitev.

Proces DO se zaključi, ko ni več potreb po storitvah DO v domačem okolju (odhod pacienta v DSO, bolnišnična obravnava, smrt, selitev v drug kraj itd).

IS DO mora omogočati smiselno modularno nadgrajevanje glede na razvojne potrebe DO. Predlagani model ne vključuje že oblikovanih drugih storitev na pacientovem domu



oziroma kombinirane oblike oskrbe, ki se bodo v prihodnosti vsekakor morale intenzivno razvijati, vendar ne samo na socialnem področju, temveč tudi na področju zdravstva in zdravstvene nege. V primeru kombiniranja različnih storitev DO v domačem okolju (npr. dnevni center, skrbniške družine), se proces, ki se nanaša na DO doma, ne spreminja. Dopolni se z modulom za oskrbo pri drugem izvajalcu storitev DO.

Za osnovo vitke metodologije Maze (2013) postavlja opolnomočenje izvajalcev. Za uspešno izvajanje sprememb v delovnih postopkih morajo imeti na voljo orodja in primerno organizacijsko kulturo. Za oskrbo pacienta to pomeni hkratno opravljanje dveh del, in sicer:

- izvajanje storitev za paciente,
- iskanje boljših poti za izvajanje storitev, z neprestanim izboljševanjem kakovosti in poteka dela.

Celoten proces DO, ob podpori IS, zagotavlja ustrezno in kvalitetno dokumentiranje v vseh fazah DO. Posamezni izvajalec lahko v vsakem trenutku ustrezno dokumentira storitev. Zbrani podatki so na voljo vključenim v DO za pripravo izpisov, dokumentov, poročil ter vrednotenje in verifikacijo opravljenih storitev pooblaščenim osebam. Omogočeno je elektronsko poslovanje med posameznimi institucijami (pošiljanje podatkov Inštitutu za varovanje zdravja, Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije ipd.).

Podatki se smiselno izmenjujejo tudi med EZZ in elektronskimi bazami podatkov, ki se nanašajo na socialni status posameznika in/ali družine in so v pristojnosti CSD. Prav tako so za izvajanje DO pomembni podatki lokalne skupnosti.

Celoten proces DO, ki je podprt z IS, zagotavlja ustrezno dokumentiranje v vseh fazah DO. Posamezni izvajalec lahko v vsakem trenutku ustrezno dokumentira storitev. Zbrani podatki so na voljo vključenim v DO za pripravo izpisov, dokumentov, poročil ter vrednotenje in verifikacijo opravljenih storitev pooblaščenim osebam. Omogočeno je elektronsko poslovanje med posameznimi institucijami (pošiljanje podatkov Inštitutu za varovanje zdravja, Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije ipd.).

Z upoštevanjem filozofije vitke metodologije vsak izvajalec sam odgovarja za opravljene storitve, s predlaganim procesom je zagotovljeno prilagajanje storitev glede na potrebe starostnika in svojcev.

Patronažna medicinska sestra s celostnim pristopom k obravnavi pacienta, družine in lokalne skupnosti in z uporabo procesne metode dela, periodično ugotavlja učinkovitost in uspešnost storitev vseh izvajalcev ter kot koordinator predlaga dopolnitve oziroma spremembe načrta DO.

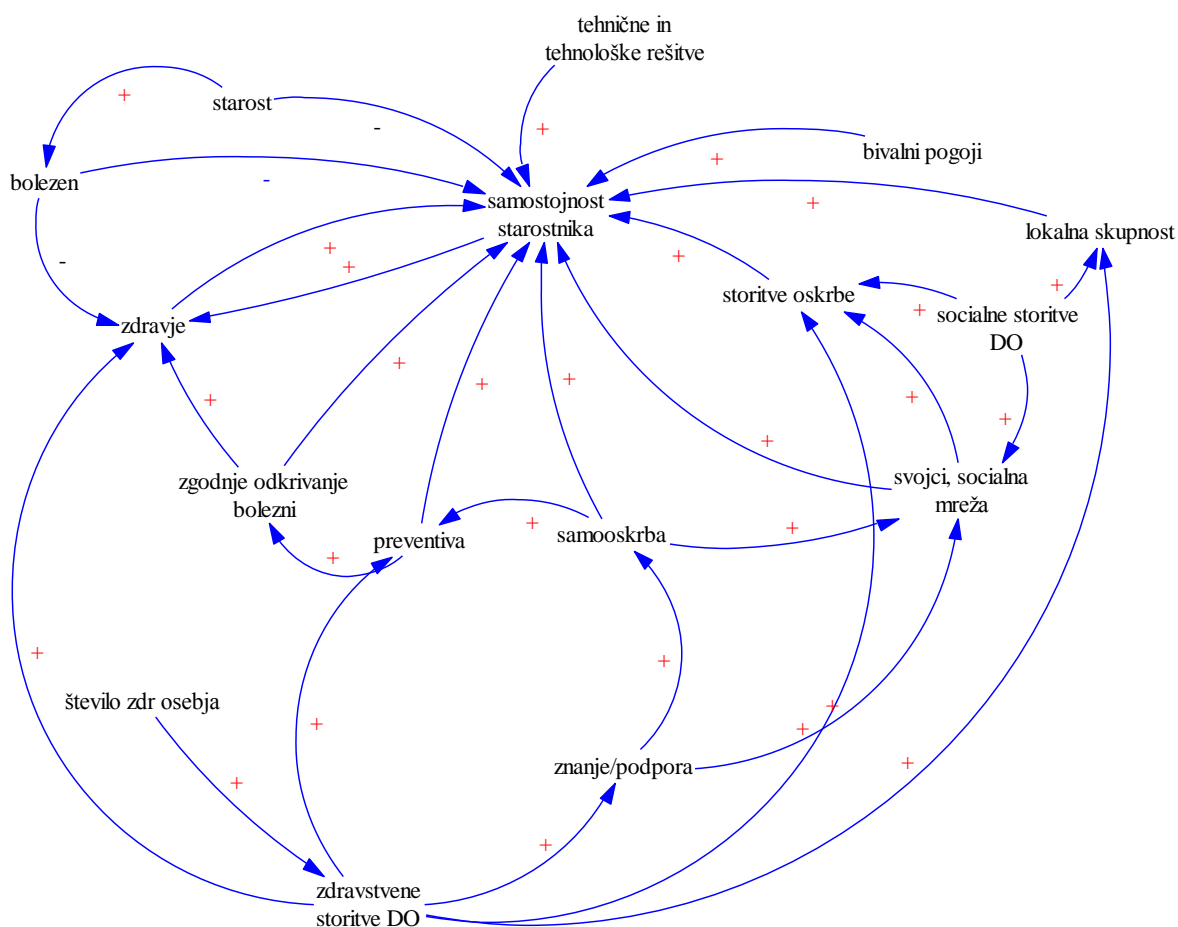
### 5.3 Vzorčno posledični diagram

Sistemska dinamika je pristop k razumevanju kompleksnih problemov, kar je značilnost naravnih procesov. Model predstavlja poenostavljen koncept realnega sveta, sistemska dinamika pa je dinamična ponazoritev modela.

Vzročno-posledični diagram (angl. *causal loop diagram* - CLD) je pomemben, ker predstavlja povratno informacijo strukture sistema. CLD je sestavljen iz posameznih spremenljivk, ki so opisane z besedami in smo jih povezali s puščicami, ki imajo lahko pozitivni ali negativni vpliv na neodvisno spremenljivko. Pozitiven (+) ali negativen (-) predznak opredeljuje vpliv posamezne spremenljivke na neodvisno spremenljivko (Sterman, 2000).

Z modelacijskim orodjem Vensim PLE, ki je namenjeno modeliranju problemov za boljše razumevanje kompleksnih pojavov, smo prikazali odnose med posameznimi spremenljivkami, kar je prikazano v Sliki 13. Neodvisnost starostnika je opredeljena kot neodvisna spremenljivka, vzročno posledični model prikazuje, kaj vse vpliva na osrednji problem v DO, to je samostojnost starostnika pri TŽA in PŽA v domačem okolju.

Slika 13: Vzročno-posledični model DO



Starost pacienta se običajno povezuje z večjo stopnjo odvisnosti in ima zaradi tega negativni vpliv na samostojnost s tem, da vpliva na povečan razvoj bolezni, ki imajo negativen vpliv na zdravje (vse komponente zdravja: fizično, psihično, socialno) pacienta. Ob prisotnem pozitivnem zdravju le-to dobro vpliva na samostojnost. Z možnostjo uporabe tehničnih in tehnoloških rešitev oziroma njihovo dosegljivostjo so pacienti lahko bolj samostojni. Bivanje pacienta v ustreznem okolju prav tako vpliva pozitivno na njegovo samostojnost v vsakdanjem življenju.

Prisotnost ustreznega števila zdravstvenih delavcev pozitivno vpliva na zdravje pacienta preko izvajanja preventivnih aktivnosti in izobraževanja, zdravstveno-vzgojnega dela, nudenja strokovne podpore in informacij za dvig oziroma ohranjanje stopnje samooskrbe pacienta njegovim svojcem in drugim v njegovi socialni mreži ter izvajanjem storitev DO: zdravstvena nega pacienta. Pri tem zdravstveni delavec sodeluje in nudi strokovno podporo tudi drugim izvajalcem v DO ter sodeluje v interdisciplinarnih timih. Največjo vlogo pri tem imajo strokovnjaki zdravstvene nege, ki so največ v stiku s pacientom in njegovimi svojci.

Svojci, ki se počutijo kompetentni, so izobraženi in imajo ustrezne informacije ter tako pozitivno vplivajo na samostojnost pacienta. Samostojen pacient je lahko bolj dejaven pri vzdrževanju socialne mreže.

Strokovno področje socialnega dela DO pozitivno vpliva na socialno mrežo pacienta, prav tako preko izvajanja neposrednih storitev DO v podporo PŽA.

Storitve oskrbe, ki so prilagojene potrebam posameznika, vsebinsko, časovno in količinsko pozitivno vplivajo na njegovo samostojnost v vsakdanjem življenju.

### **5.3.1 Informacijska varnost in preprečevanje napak**

Z uporabo informatike v DO in s tem z dostopnostjo občutljivih zdravstvenih in socialnih podatkov, nastaja potreba po kakovosti, natančnosti ter varnosti podatkov. IS mora imeti 3 temelje informacijske varnosti: zaupnost, celovitost in razpoložljivost.

### **5.3.2 Varovanje podatkov**

Medicinske sestre in negovalno osebje se pri svojem delu srečujejo z veliko količino podatkov. Z IKT podporo procesu DO bo potrebno določiti nivoje dostopnosti podatkov posameznim izvajalcem. Pri tem sama stroka zdravstvene nege nima enotne terminologije. V zdravstvu ne obstaja enoten skupni jezik (Priatelj, Dornik, Rajkovič & Žvanut, 2011). V DO se zdravstveni stroki pridružijo še strokovnjaki socialnega varstva ter laični negovalci. Z uvajanje IS bo potrebno poskrbeti za tehnično, procesno in semantično interoperabilnost.

Orel in Bernik (2012) opozarjata na obseg zahtev po varovanju podatkov na področju zdravstva, ki so še posebej zahtevne, in jih je potrebno spoštovati ter s tem zagotavljati zaupnost, celovitost, preverljivost in dostopnost osebnih zdravstvenih informacij. Za področje DO jih lahko prilagodimo:

- Zaupnost podatkov za zagotavljanje zasebnosti vseh v procesu zdravljenja in obravnave;
- Celovitost podatkov za zagotavljanje pacientove varnosti. Pri tem je pomembno, da so vse informacije skozi celotni življenjski cikel preverljive, sledljive in kakovostne;
- Časovna in fizična dostopnost je pomembna za izvajanje uspešnega zdravljenja.

Podporni standardi v slovenskem zdravstvenem informacijskem sistemu, ki nastaja v okviru projekta eZdravje, se bodo uporabljali naslednji standardi (MZ, 2009, 2010):

- ISO/CEN 13606 (angl. *International Standard Organisation* – ISO) (angl. *European Committee for Standardization* - CEN) in ISO/CEN 21549 – standarda določata sestavo elektronski zdravstveni zapis (EZZ) pacienta;
- OpenEHR – odprti standard, ki opisuje urejanje, shranjevanje, prejemanje in izmenjavo podatkov, ki so shranjeni v EZZ;
- HL7 v.3 standard za izmenjavo sporočil v zdravstvu. Ime Health Level 7 je referenca za 7., aplikacijski sloj ISO/OSI (angl. *Open Systems Interconnection*) Temelji na razvoju interoperabilnih standardov zdravstvene informatike za izmenjavo, upravljanje in integriranje elektronskih zdravstvenih informacij na področju informatike.

Standardi HL 7 pokrivajo sledeče podatke, ki se lahko izmenjujejo (Mookencherry, 2012):

- Demografski podatki o pacientu;
- Stroški pacienta;
- Zdravstveno zavarovanje in poročstvo;
- Klinična opažanja;
- Obravnave: registracija, sprejem, odpust in premestitev;
- Naročila za medicinsko tehnične postopke in obravnave;
- Poročila o zdravstvenem stanju vključno z izvidi preiskav;
- Sinhronizacijo med glavnimi dokumenti med sistemi;
- Upravljanje z medicinskimi izvidi;
- Naročanje pacienta na preglede, obravnave;
- Napotitve pacienta ter posebna sporočila za primarni nivo zdravstvene dejavnosti;
- Oskrba pacienta ter poročila o glavni problematiki.

Z uporabo standardov lahko pričakujemo nižje stroške ter večjo kvaliteto zdravstvene oskrbe. Razlogi za zagotavljanje interoperabilnosti in izmenjavo podatkov v zdravstvu so (Mookencherry, 2012):

- Pomembna vloga plačnika storitev
- Del življenjskega ciklusa: zdravstveno osebje mogoče nima vseh podatkov o pacientu
- Standardizacija zaračunavanja stroškov
- Podpora kliničnim odločitvam
- Utemeljitev upravičenosti storitev, pacient tako lahko dobi najbolj ustrezno obliko zdravljenja
- Zmanjševanje stroškov
- Razvoj trajnostnega modela za izmenjavo podatkov v zdravstvu
- Izmenjava in povezanost med posameznimi bazami podatkov

Transparentnost in pravočasnost relevantnih podatkov sta ključnega pomena za kakovostno in celostno obravnavo pacienta, za pravilne odločitve strokovnjakov ter za spodbujanje aktivne vloge pacienta v procesu obravnave. Največ podatkov, ki bistveno vplivajo na zdravje pacienta izhaja iz njegovega domačega okolja in so zato ključnega pomena na vseh nivojih zdravstvene obravnave. Priporočila MZ glede varnosti IS se mora smiselno uporabiti tudi na področju razvoja IS za DO.

### 5.3.3 Terminološka uskladitev

Stroka zdravstvene nege ni dosegla konsenza na državnem nivoju, ali se v praksi za opredelitev negovalnih diagnoz uporablja ICNP (angl. *International Classification for Nursing Practice*) ali NANDA (angl. *North American Nursing Diagnosis Association*). Za postopke in posege v zdravstveni negi se uporablja SPP (skupine primerljivih primerov) šifrant posegov in šifrant storitev »Zelene knjige«. Za načrt zdravstvene nege, intervencije in nesrečna naključja v zdravstveni ustanovi in na domu ni enotnega standarda, prav tako tudi za izid zdravstvene nege, ki ni naveden v zbirkah (Priatelj, 2012).

Terminološka uskladitev na področju DO bo toliko težja, saj se na tem področju srečujejo različni strokovnjaki in laiki.

Terminološkega usklajevanja in enotnega poimenovanja posameznih aktivnosti v okviru DO so se lotevali tudi v oblikovanju modela DO na Japonskem (Kato et. al., 2013)

### 5.3.4 Preprečevanje napak

Ko govorimo o dobri praksi (angl. *best practise*), se moramo zavedati, da obstajajo slabe prakse (angl. *worst practise*), pravi Leemann (2009). Kažejo se v neželenih končnih rezultatih, neuspešnosti, neučinkovitosti ali kontraproduktivnosti.

Leemann (2009) opredeljuje, da so slabe prakse posledica:

- Premagovanja sistema: zaposleni svoj vedenjski vzorec utemeljujejo z reko: Če me ne dobijo, ne kršim pravil!
- Neetičnega vedenja: varnost je pogosto pod vprašajem zaradi preobilice dela, pritiskov sodelavcev, nadrejenih, pritiskov iz okolja, pod njihovim vplivom posplošijo določeno vedenje.
- Pomanjkanja učenja: nekatere organizacije se ne učijo iz lastnih napak, ali napak drugih.

Leemann (2009) priporoča uporabo orodja sistemske dinamike za ugotavljanje primerov slabih praks. Z njim lahko opišemo in razrešimo neustrezno vedenje v sistemih.

Marais, Saleh in Leveson (2005) so oblikovali 6 osnovnih arhetipov varnostnega sistema, ki zajemajo večino sistemskih vzorcev vedenja, ki lahko pripeljejo do napak, nesreč. Za analizo napak in raziskavo so uporabili orodje sistemske dinamike, s pomočjo katerega so opisali sistemske in organizacijske faktorje, ki so prispevali k nastanku nesreče oziroma napake. Definiranje arhetipov varnosti lahko pripomore k razumevanju poti nastanka tveganja v kompleksnih socialno-tehničnih okoljih.

## 5.4 Kritično vrednotenje

Z namenom ugotavljanja praktične vrednosti ter odnosa potencialnih izvajalcev do IKT v procesu DO smo izvedli delno strukturirane intervjuje z neposrednimi izvajalci oskrbe: patronažnimi medicinskimi sestrami in socialnimi oskrbovalci ter socialnimi delavci.

V intervju smo vključili 12 socialnih oskrbovalcev, ki delujejo na območju Ljubljane, Škofje Loke in Železnikov, 15 patronažnih medicinskih sester s področja Ljubljane in Kranja ter 2 socialna delavca, ki sta koordinatorja socialne oskrbe na področju Ljubljane. Vsi so podali ustno soglasje za sodelovanje v intervjuju. Seznanili smo jih o anonimnosti njihovega sodelovanja.

Intervjuji so potekali ob osebni srečanju, srečanja pa so potekala v juniju in juliju 2013. Srečanja so bila večinoma s službenih prostorih intervjuvancev oziroma na terenu. Beleženje njihovih odgovorov je potekalo s sprotim z zapisovanjem njihovih odgovorov.

Pred pričetkom intervjuja smo intervjuvancem pojasnili namen pridobljenih podatkov in jim razložili koncept DO, kot je predstavljen v magistrskem delu. Predstavili smo jim predlog modela IS DO.

Za intervju smo pripravili sledeča vprašanja:

1. Kaj menite o predlaganem modelu sodelovanja med navedenimi izvajalci DO?
2. Kakšno je vaše mnenje glede vloge, ki vam je bila predstavljena? Opišite morebitne spremembe področja vašega dosedanjega delovanja z uvedbo sistema DO.
3. Kaj menite glede uporabe računalnika in druge sodobne IKT tehnologije za podporo pri dokumentiranju vašega dela?
4. Ali bi vam bile koristne nekatere informacije drugih strokovnjakov za vaše delo, ki bi vam bile dostopne v elektronski obliki?
5. Kaj so po vašem mnenju največje pridobitve skupnega IS? Kje so največje ovire za uspešno uporabo IS?
6. Opišite doprinos in ovire IS DO za stroko in področje DO!

Večina izvajalcev pozna problematiko DO; menijo, da se njihova vloga ne bo bistveno spremenila, temveč, da je zakonodaja predvsem zbiranje dodatnega denarja. Pogrešajo medsebojno sodelovanje in povezovanje, predvsem socialne oskrbovalke si želijo več informacij o zdravstvenem stanju pacienta in več navodil, kako ukrepati v posameznih primerih (npr. kako obravnavati nemirnega dementnega pacienta), saj pravijo, da pri tem največkrat delujejo »po občutku«, kar pa ni strokovni pristop in lahko poslabšuje bolezen.

Koordinatorji socialne oskrbe so razmišljali o njihovi vlogi v okviru DO. Izrazili so mnenje, da bi le z izobrazbo na socialnem področju težko koordinirali celotno DO, potrebovali bi še določena znanja z zdravstvenega področja. Povedo, da so se nekaterih stvari že priučili skozi večletno delo. Svojo vlogo vidijo predvsem na področju storitev PŽA. Po njihovem mnenju je idealni koordinator DO strokovnjak na področju zdravstva in socialnega varstva ali s specializacijo na področju DO.

Patronažne medicinske sestre pa pri koordiniranju storitev DO ne vidijo težav, saj menijo, da so v preteklosti to že izvajale (pred letom 1992) in da bi bilo smiselno to nadgraditi v okviru DO. Starejše patronažne medicinske sestre povedo, da je bilo takrat za pacienta bolj sistematično poskrbljeno. Predlog je bil tudi, da se pred začetkom dela (kot koordinatorja) naredi izobraževanje; kot primer so navajali izobraževanje diplomiranih medicinskih sester za delo v referenčni ambulanti.

Pri analizi podatkov smo se osredotočili predvsem na njihovo mnenje glede IS, ki bi povezoval vse izvajalce DO. Z zbranimi podatki z intervjuji smo oblikovali SWOT matriko oziroma analizo prednosti, pomanjkljivosti, priložnosti in nevarnosti. Ugotovitve so prikazane v Tabeli 1.

SWOT analiza pridobljenih podatkov prikazuje, da bo potrebno z uvajanjem IKT tehnologije slediti korakom postopnega uvajanja in pri tem vključevati uporabnike ter jim nuditi začetno izobraževanje in nadaljnjo podporo. S tem postopkom bomo pridobili sodelujoče uporabnike IS. Informacije v bazi podatkov bodo kvalitetne in uporabne.

Tabela 1: SWOT analiza

<b>Prednosti</b>	<b>Slabosti</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hitra dostopnost do podatkov o pacientu</li> <li>• Boljše sodelovanje med izvajalci</li> <li>• Pridobili bomo podatke od pacienta</li> <li>• Boljše načrtovanje dela</li> <li>• Manj administracije oziroma bo potekala sproti in ne bo dela doma oziroma v pisarni, manj papirne dokumentacije</li> <li>• Preglednost nad opravljenimi storitvami pri posameznemu pacientu</li> <li>• Lažje spremljanje napredka oziroma stanja pacienta</li> <li>• Možnost enostavne priprave poročila in izpisov</li> <li>• Boljši stik s svojci</li> <li>• Manj papirne dokumentacije</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dodatno delo z dokumentiranjem v računalnik</li> <li>• Prenašanje računalnika s seboj je lahko dodatno breme</li> <li>• Dodatna kontrola nadrejenih</li> <li>• Potrebno se bo naučiti uporabljati računalniški program</li> <li>• Beleženje istih podatkov v različnih bazah podatkov</li> <li>• Dodatno delo in posledično manj časa za delo s pacientom</li> <li>• Delo bo ovrednoteno glede na učinkovitosti zabeleženih storitev v računalnik</li> <li>• Več oseb bo vršilo nadzor nad opravljenim delom</li> <li>• Dodatna odgovornost za IKT</li> <li>• Nedostopnost do podatkov v primeru slabih povezav ali izpada električne energije</li> </ul>
<b>Priložnosti</b>	<b>Nevarnosti</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uprava bo imela boljši pregled nad delom zaposlenih</li> <li>• Možnost prilagoditi svoje storitve dejanskim potrebam pacientov</li> <li>• Sodelovanje z drugimi strokovnjaki in prenos znanja s tistimi, ki sedaj ne delujejo na terenu</li> <li>• Uskladitev enotnega poimenovanja storitev, jasne razmejitve dela in kompetenc</li> <li>• Reorganizacija delovanja posameznih izvajalcev storitev</li> <li>• Prenos kompetenc</li> <li>• Dodelitev odgovornosti in aktivne vloge pacienta</li> <li>• Možnosti za razvoj stroke</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zloraba podatkov</li> <li>• Izguba stika s pacientom, pomembni bodo le vneseni podatki in ne dejansko stanje pacienta</li> <li>• Visoki investicijski stroški</li> <li>• Odpor nekaterih izvajalcev do uporabe računalnika</li> <li>• Nekritična interpretacija podatkov</li> <li>• Neenotno razumevanje iste problematike</li> <li>• Strah pred izgubo podatkov</li> </ul>



Izvajalci različnih oblik oskrbe starejših na domu so prepoznali prednosti predstavljenega modela informatizacije DO. Nad uporabo IKT so navdušeni predvsem zaradi želje po zmanjševanju obsega administracije. To so poudarile patronažne medicinske sestre, ki se srečujejo z večkratnim vnosom različnih podatkov o posameznem obisku in pacientu v različne baze. Vzrok pripisujejo uvajanju standardov.

## 5.5 Razprava

Odvisnost od pomoči drugih pri vsakdanjih TŽA in PŽA je vsekakor stanje, ki si ga noben človek ne želi. Storitve DO so po zakonodajnem predlogu namenjene vsem pacientom, ki zaradi različnih zdravstvenih težav in stanj ne morejo samostojno skrbeti v vsakdanjem življenju. Čeprav to ni le problematika starejše populacije, ampak tudi invalidov in uporabnikov psihiatričnih storitev, se DO običajno oblikuje z mislimi na starejše osebe, vendar je namenjena vsem, ki tovrstno pomoč potrebujejo.

Zagotavljanje storitev DO je vezano na kraj trenutnega bivanja: domači kraj, pri sorodnikih in drugih, DSO, negovalne bolnišnice, rejniške družine, oskrbovana stanovanja in druge oblike začasne ali stalne namestitve pacienta. Organizacija dela, obseg dejavnosti, vsebina in financiranje storitev v DSO so se v preteklosti intenzivno razvijale, druge oblike zdravstvenih in/ali socialnovarstvenih storitev pa so skromne ali jih ni. Države članice EU v zadnjih letih intenzivno spodbujajo oskrbo starejših v domačem okolju. Oblikujejo se predvsem nove oblike socialnovarstvenih storitev, kot je socialna oskrba v okviru pomoči na domu.

Starejši v Sloveniji imajo na voljo zdravstvene in socialnovarstvene ter druge storitve v okviru javne mreže izvajalcev. Nekatere storitve si lahko glede na kupno moč priskrbijo na trgu. Pri tem pa ni njihovega medsebojnega povezovanja, dopolnjevanja in celostne oskrbe.

Osvojeno znanje in veščine diplomiranih medicinskih sester oziroma patronažne medicinske sestre glede zdravstvene nege pacienta v domačem okolju omogočajo prenos kompetenc z osebnega izbranega zdravnika na patronažno medicinsko sestro. Predviden obseg prenosa je razviden iz dokumenta Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu (Aktivnosti, 2011).

Patronažna medicinska sestra je smiselno umeščena kot koordinatorica DO pacienta na njegovem domu. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva (2008) podpira razvoj patronažnega varstva kakor tudi DO. Obstoječi kadrovski normativ predvideva dopolnitev v skladu s kadrovskimi potrebami področnega zakona za DO.

Kato s sodelavci (2013) opozarja na tri glavne probleme DO, ki jih izpostavljajo tudi drugi (Evropska komisija, 2008; WeDO, 2012):

- **Prekomerna oskrba**, ko je nudeno več storitev kot je dejansko potrebno in se pri tem sledi zahtevam pacientov z namenom, da se jim zagotavlja udobje, vendar je to le za kratek čas pozitiven učinek za pacienta;
- **Preventiva in rehabilitacija**: možnosti in smiselnost niso pogosto prepoznane in se ne upoštevajo pri načrtovanju DO. Z vključevanjem oziroma prepletanjem teh storitev se dosega izboljšanje oziroma ohranjanje zdravstvenega stanja in samostojnosti ter preprečevanje nastajanja novih kroničnih bolezni, stanj in invalidnosti;
- **Demenca** kot pereča bolezen 21. stoletja v razvitih državah potrebuje dodatno pozornost ter družbeno in politično podporo zaradi specifične simptomov. Pacient potrebuje DO, potrebno je intenzivno sodelovanje še drugih strokovnjakov. Na strokovnih nivojih je potrebno izdelati protokole obravnav, ki se bodo vključevali v DO.

Nekaterim problemom se lahko delno ali v celoti izognemo s sistematičnim pristopom: procesom DO kot je predhodno opisan.

Predlog IS DO je oblikovan tako, da lahko deluje kot medorganizacijski IS, pri čemer ni potrebno, da so izvajalci različnih storitev zaposleni v eni organizaciji. V ospredju je pacient s svojimi potrebami. Pri izvajanju posameznih storitev se sledi zastavljenemu cilju, ki je individualno prilagojen posameznemu pacientu. Podpora IS zagotavlja ustrezen pretok informacij, ki so potrebne za uspešno in učinkovito delo posameznega izvajalca. Oblikoval se bo virtualni tim izvajalcev, ki bodo med seboj usklajeno delovali pri posameznemu pacientu in družini.

Predlagan diagram tokov podatkov bi bilo potrebno uskladiti s posameznimi strokovnimi področji ter poenotiti poimenovanje posameznih pojmov. Z gradnjo IS DO je potrebno razmejiti področje dela in kompetence deležnikov DO. Za potrebe integracije je potrebno zagotoviti enotno terminologijo in poimenovanje posameznih konceptov oziroma fenomenov v obliki standardov. Pomanjkanje standardov za izmenjavo podatkov z namenom interoperabilnosti je ena izmed največjih ovir za vključitev v informacijsko tehnologijo na področju zdravstva (AHRQ, 2009). Za poenotenje terminologije predvideva projekt eZdravje Slovenski podatkovni slovar in Slovenski terminološki slovar zdravstvene informatike. Slednji dokument je zbir predlaganih pojmov, ki so bili uporabljeni v pripravi projekta zVEM z vključenimi storitvami eNaročanje, teleradiologija, eLab in eCepljenje (MZ, 2009, 2010).

Druge ovire za uspešno implementacijo IKT v DO so še: pomanjkanje kapitala, neustrezno finančno vrednotenje uporabe IKT za obravnavo pacienta, pomanjkanje računalniškega znanja med izvajalci, pomanjkanje dokazov o prednostih IKT, težko je dokazati, da se

povrne investicija v IKT, težko je najti ustrezen IKT produkt, pomanjkanje strokovnjakov na področju zdravstvene IKT (AHRQ, 2009).

Z dostopnostjo pacienta do informacij je le-ta bolj motiviran za aktivno sodelovanje, kar se kaže v izboljšanju zdravstvenega stanja ter večji samostojnosti pri PŽA in TŽA. Z zmanjšano odvisnostjo v vsakdanjem življenju bo pacient potreboval manj storitev DO, kar dolgoročno pomeni manjši strošek za osebni proračun in za blagajno DO. IS DO bo omogočal pacientu, da tudi sam vnaša podatke o zdravstvenemu stanju ter drugih pomembnih podatkih. Ti so pomembni za koordinatorja in izvajalce DO. Pacienti so aktivni člani v procesu storitev DO, z možnostjo dostopa do določenih podatkov o storitvah DO in začrtanemu načrtu oskrbe.

Sodobna informacijska tehnologija se razvija z nedojemljivo hitrostjo. Skrb za zdravje se seli v virtualni svet. Slovenija zaostaja v oskrbi (angl. *telecare*) in medicini na daljavo (angl. *telemedicine*). Uporaba pametnega telefona kot pomoč pri nadzoru kronične bolezni, zbiranju podatkov ter čimprejšnjemu ukrepanju v primeru poslabšanj, s katerimi se preprečuje poglobljanje bolezni in posledične odvisnosti od tuje pomoči, ni več nekaj inovativnega, vedno bolj postaja vsakdanja realnost.

Sodobne rešitve so bolj smiselne, ko se med seboj povezujejo in dopolnjujejo, to pomeni, da so selektivno dostopne vsem, ki se srečujejo s posameznim pacientom. S fragmentiranjem dejavnosti izgubimo človeka kot celostno bitje, saj psihološko stanje ali socialne razmere vplivajo na potek kronične bolezni, kateri se postopoma pridružujejo še druge zdravstvene težave.

Razvoj celostne DO pacienta na njegovem domu bo temeljil na informacijskih tehnologijah, v oskrbi na daljavo. V slovenskem prostoru ni poenotene terminologije v slovenskem jeziku. »Telezdravstvena nega« (angl. *telenursing*) kot del telezdravja (angl. *telehealth*) ni zajeta v predlogu novega zakona o zdravstveni dejavnosti (MZ, 2013). *Telenursing* še ni našel slovenskega prevoda in prav tako ne mesta poleg vključene telemedicine in teleoskrbe v omenjenem predlogu zakona.

Žohar s sodelavci (2012) navaja, da je teleoskrba definirana kot izvajanje in nudenje zdravstvene in socialne oskrbe posamezniku v njegovem okolju ali širši skupnosti z uporabo IKT. International Council of Nurses (Nursing matters, 2013) opredeljuje *telenursing* uporabo IKT v zdravstveni negi za izboljšanje oskrbe pacienta. Vključuje različne komunikacijske kanale za prenos glasu, podatkov in videokomunikacije. Prej tako je opredeljena kot komunikacija na daljavo med osebami in/ali računalnikom.

IS DO bo pomemben element integracije storitev DO na pacientovem domu. Integracija v zdravstvu se pojmuje v smislu integrirane oskrbe na različnih nivojih zdravstvenega

varstva, konkretnije posredovanje informacij, znanj in strokovnih mnenj na primarni nivo zdravstva ali pa z drugimi zdravstvenimi strokovnjaki kot so npr. farmacevti, laboranti.

Bergmo s sodelavci (2013) v raziskavi ugotavlja, da kljub različnim strateškim planom in spodbudam, področje zdravstva počasi osvaja sodobno digitalno tehnologijo in rešitve. V 70 % na področju primarnega nivoja zdravstvene dejavnosti je še vedno prisotna neustrezna IKT tehnologija za uspešno elektronsko komunikacijo z ostalimi izvajalci zdravstvenih storitev. Posodobitev tehnologije je povezana z velikimi finančnimi stroški.

Največ informacij se izmenjuje s pomočjo uporabe telefona, telefaksa in s klasičnimi zapisi opažanj. Pacienti so odpuščeni iz bolnišničnega okolja prej in zato potrebujejo varnost in boljšo komunikacijo med različnimi nivoji zdravstva. Lokalne oblasti ne podpirajo razvoja informacijske tehnologije. Del razlogov za počasno vključevanje IKT v vsakdanjo oskrbo pacientov v domačem okolju vidijo tudi v slabih večinah in znanjih na področju uporabe IKT (Bergmo et al., 2013).

Sprejemanje novitet in preseganje vsakdanje rutine pri delu z ljudmi je pogosto pri manj izobraženih težje dosegljiva. Temu se pridružuje še organizacijska struktura, ki onemogoča razvoj; ni jasnih porazdelitev vlog in posledično odgovornosti.

Bergamo s sodelavci (2013), da patronažne medicinske sestre ne vključujejo novosti v svoje delo zaradi vsakodnevne preobremenjenosti z oskrbo pacientov. Potrebe in število pacientov so vedno večje, povečuje se tudi njihova kompleksnost, saj so hitro odpuščeni iz bolnišničnega okolja.

Glavni razlog neuvajanju sprememb in novosti v strokovno delo, je pomanjkanje analiz kakovosti storitev. Pri raziskavi je Bergamo s sodelavci (2013) ugotovil, da je pomanjkanje interesa in verjetno tudi pomanjkanje časa bil glavni razlog za slabo sodelovanje v raziskavi, ki je potekala na Norveškem.

Leichsenring (2004) je v projektu PROCARE prišel do naslednjih ugotovitev, ki omogočajo integracijo oskrbe:

- Reforme za integracijo zdravstvene in socialne oskrbe morajo biti financirane iz združenega finančnega sistema ne glede na institucijo izvajalca, vrsto storitev, formalne ali neformalne oskrbe.
- Za dobro komunikacijo med izvajalci storitev so pomembni ustrezni geriatrični presejalnimi testi in multidisciplinarne ocene in jih je možno izvesti brez velikih nasprotovanj.
- DO, ki sledi potrebam uporabnika, mora omogočati uporabnikovo kontrolo nad procesom oskrbe, porabo denarja in s tem spodbuja uporabnika k sprejemanju odločitev.

- Vladni predlogi za inovativne programe pozitivno vplivajo na lokalne in regionalne pobude za institucionalno varstvo ter nabor zdravstvenih in socialnih storitev oskrbe.
- Svetovalni centri za nasvete in ostale podporne storitve za uporabnike prispevajo k razumevanju potreb uporabnikov in izboljšajo koordinacijo med ponudniki storitev.

#### **Predlogi za nadaljnje delo, raziskave ter razvoj:**

- Oblikovanje terminološkega slovarja DO v multidisciplinarnem timu;
- Oblikovati ocenjevalne lestvice stopnje samooskrbe pacienta ter funkcijo družine; implementacija v IS DO;
- Oblikovanje prototipne rešitve IS DO in testiranje na manjšem obsegu uporabnikov;
- Vključevanje oblikovanih in potencialnih kliničnih poti;
- Oblikovati modularno obliko IS z možnostjo nadgrajevanja in povezovanja z EZZ;
- Implementacija IS skupaj z zakonodajo na področju DO in/ali zavarovanja za dolgotrajno oskrbo;
- V okviru zakonodaje je potrebna organizacijska opredelitev kompetenc ter odgovornosti posameznih strokovnih disciplin ter definirati komunikacijske poti za izmenjavo podatkov med izvajalci ter med izvajalci in uporabnikom;
- Oskrba pacienta na daljavo je vsekakor prihodnost in priložnost za razvoj DO.

Pred uvajanje IKT je potrebno ugotoviti stanje tehnologije ter rešitev, ki jo posamezni izvajalci že uporabljajo in proučiti možnost vključevanja v IS DO.

Ugotoviti je potrebno pripravljenost za uporabo IKT s strani neposrednih izvajalcev ter ob načrtovanju IS jih aktivno vključevati v izgradnjo, da bodo oblikovali pozitiven odnos in sprejeli elektronsko dokumentiranje izvedenih storitev kot prednost in ne kot dodatno oviro pri njihovem neposrednem delu s pacientom in/ali družino, negovalci. S tem bomo dosegli, da bodo v IS vneseni relevantni podatki, ki bodo kar najboljše odslkavali dejansko stanje pacienta in njegove družine. Uporabni podatki bodo osnova za nadgradnjo storitev nadaljnji razvoj.

## **SKLEP**

Z uveljavljanjem zakona za področje DO je potrebno poskrbeti za medsebojno usklajeno sodelovanje izvajalcev, njihovo transparentno komunikacijo in povezanost. Potrebno bo opredeliti področje delovanja posameznega izvajalca.

Procesna metoda dela omogoča sistematičnost in individualni pristop k obravnavi starostnika v domačem okolju, odlikuje ga velika mera organiziranosti. Procesna metoda dela zagotavlja kvaliteto storitev, prilagajanje potrebam starejših in nadaljnji razvoj strokovnega področja DO. V proces DO je potrebno vključiti pacienta in njegove svojce. Z njihovo aktivno vlogo prevzemajo tudi večjo odgovornost do zdravja in storitev.

V izvajanje DO morajo biti aktivno vključene diplomirane medicinske sestre, ki bodo delovale preventivno, kar pomeni dolgoročni vpliv na pozitivno zdravje. Patronažne medicinske sestre se počutijo kompetentne za vlogo koordinatorja DO. Vključitev zdravstvenih delavcev zagotavlja, poleg preventivnega delovanja, tudi možnost rehabilitacije pacienta v skladu z možnostmi.

IS DO lahko pripomore k reorganiziranju delovanja obstoječih izvajalcev, novih izvajalcev, predvsem pa poskrbi za njihovo dobro medsebojno komunikacijo, transparentnost delovanja. IS DO mora postati del projekta eZdravje. Ustrezna informacijska podpora zagotavlja vključenim pravočasne, kvalitetne, preverljive informacije, ki so ključne za učinkovitost in uspešnost izvajalcev DO.

Oblikovati je potrebno enotno terminologijo in zagotoviti varnost podatkov. IS mora biti oblikovan tako, da omogoča razvoj in nadgradnjo ob razvoju posameznih strokovnih disciplin in IKT.

## LITERATURA IN VIRI

1. AHRQ. (2009). Implementation of Health IT in Long-Term Care Settings: Findings from Health IT Portforlio. Najdeno 5. marca 2013 na spletnem naslovu [http://healthit.ahrq.gov/portal/server.pt/document/907434/08-0087-ef\\_pdf](http://healthit.ahrq.gov/portal/server.pt/document/907434/08-0087-ef_pdf)
2. *Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu.* (2011). Najdeno 25. julija 2013 na spletnem naslovu <http://zbornica-zveza.si/sl/publikacije/e-knjiznica/aktivnosti-zdravstvene-nege-v-patronaznem-varstvu>
3. Audax. (2013). Patronažna služba. Najdeno 25. julija 2013 na spletnem naslovu <http://mi.audax.si/orodje/patronazna-sluzba.html?skupina=1>
4. BearingPoint. (2007). Essential but Not Sufficient: Information Technology in Long-Term Care as an Enabler of Consumer Independence and Quality Improvement. Najdeno 5. marca 2013 na spletnem naslovu [http://www.newschool.edu/ltcc/pdf/BearingPoint\\_Report\\_for\\_NCQLTC.pdf](http://www.newschool.edu/ltcc/pdf/BearingPoint_Report_for_NCQLTC.pdf)
5. Bergmo, T., Ersdal, G., Rødseth, E., & Berntsen G. (2013). Electronic Messanging to Improve Information Exchange in Primary Care. Najdeno 16. avgusta 2013 na spletnem naslovu [http://www.thinkmind.org/download.php?articleid=etelemed\\_2013\\_10\\_20\\_40040](http://www.thinkmind.org/download.php?articleid=etelemed_2013_10_20_40040)
6. Buzeti, T., & Gobec, M. (2012). Neenakost v zdravju v Sloveniji. *Zdravstveno Varstvo*, 51, 75-79.
7. Cerovšek M. (2012). Vzvodi informatike za rast in razvoj organizacije. *Organizacija*. Najdeno 6. julija 2013 na spletnem naslovu <http://organizacija.fov.uni-mb.si/index.php/organizacija/article/view/434/850>
8. CIPRA. (2013). Integrirana oskrba starostnikov – Ludesch. Najdeno 2. avgusta 2013 na spletnem naslovu <http://www.cipra.org/sl/alpmedia/primeri-dobre-prakse/444>
9. Coxon, K., Billings, J., & Alaszewski, A. (2004). Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons in the United Kingdom. V Leichsenring K. & Alaszewski, A. M. (ur.), *Providing integrated Helath and social Care for Older persons* (str. 455-497). Dunaj: Ashgate.
10. Čepin, T., Ogris, P., Baggia, A., Peternej, A., & Milavec Kapun, M. (2006). Informacijski sistem za podporo prehodni in dolgotrajni integrirani oskrbi. *Kongres Od podatkov do informacij v zdravstvu* (str. 12). Ljubljana: Slovensko društvo za medicinsko informatiko.
11. *Deming Cycle.* (b.l.). V *Wikipediji*. Najdeno 16. avgusta na spletnem naslovu <http://en.wikipedia.org/wiki/PDCA>
12. Doktor24, d.o.o. (2013). Nekdo vedno skrbi za vas. Najdeno 5. junija 2013 na spletnem naslovu <http://www.doktor24.si/>

13. Dominkuš, D. (2010). Zakon o dolgotrajni oskrbi. *Kakovostna starost: časopis za socialno gerontologijo in gerontagogiko*, 13(1), 4-10.
14. *Državni program paliativne oskrbe*. (2010). Najdeno 8. avgusta 2013 na spletnem naslovu [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz\\_dokumenti/zakonodaja/Paliativa/Dr%C5%BEavni\\_program\\_paliativne\\_oskrbe\\_190410.doc](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/zakonodaja/Paliativa/Dr%C5%BEavni_program_paliativne_oskrbe_190410.doc)
15. *eOskrba*. (2013). Najdeno 5. avgusta 2013 na spletnem naslovu <https://eoskrba.si/>
16. Evropska komisija. (2008). Dolgotrajna oskrba v Evropski uniji. Najdeno 5. junija 2013 na spletnem naslovu <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=2781&langId=sl>
17. Evropska komisija. (2012) Vaše pravice iz socialne varnosti v Sloveniji. Najdeno 5. junija 2013 na spletnem naslovu [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Slovenia\\_sl.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Slovenia_sl.pdf)
18. Evropska komisija. (2013a). Dolgoročno zdravstveno varstvo. Najdeno 15. julija 2013 na spletnem naslovu [http://ec.europa.eu/health-eu/care\\_for\\_me/long\\_term\\_care/index\\_sl.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/long_term_care/index_sl.htm)
19. Evropska komisija. (2013b). Javno zdravje: Leta zdravega življenja. Najdeno 18. junija 2013 na spletnem naslovu [http://ec.europa.eu/health/indicators/healthy\\_life\\_years/index\\_sl.htm](http://ec.europa.eu/health/indicators/healthy_life_years/index_sl.htm)
20. Fisher, T. (2008). Measuring Health Outcomes. Najdeno 29. junija 2013 na spletnem naslovu <http://dalspace.library.dal.ca/bitstream/handle/10222/14829/Fisher-Appendix3.pdf?sequence=4>
21. Flaker, V., Nagode, M., Rafaelič A., & Udovič N.. (2010). *Individualiziranje financiranja storitev socialnega varstva*: Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo in Fakulteta za socialno delo.
22. Generali. (2013). Zdravstveno zavarovanje Doktor 24. Najdeno 5. junija 2013 na spletnem naslovu <http://www.generalis.si/zdravje/posebna-ponudba.html>
23. Gradišar M. (2003). *Uvod v informatiko*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
24. Globovnik, N., Kokot, M., Križan, J., Vovk Korže, A., & Pavšek, M. (2011). Staranje prebivalstva in izzivi dolgotrajne oskrbe: Nove priložnosti izobraževanja in dodatnega zaposlovanja. *Geografski vestnik*, 58(3), 26-31.
25. Gori, C. (2012). Home care in Italy: a system on the move, in the opposite direction to what we expect. *Health and Social Care in the Community*, 20(3), 255–264.
26. Hajdinjak, G., & Meglič, R. (2012). *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.



27. Hanson, E., & Magnusson, L. (2011). The role of ICT support services to promote ageing in place: The ACTION service. *Eurohealth*. Najdeno 25. julija 2013 na spletnem naslovu [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/150246/Eurohealth-Vol17-No-2-3-Web.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/150246/Eurohealth-Vol17-No-2-3-Web.pdf)
28. Hočevar, B. (2013). Za dolgotrajno oskrbo starejših nujen dodaten vir financiranja. *Delo*. Najdeno 5. junija 2013 na spletnem naslovu <http://www.delo.si/novice/slovenija/za-dolgotrajno-oskrbo-starejsih-nujen-dodaten-vir-financiranja.html>
29. Hvalič Touzery S. (2007a). Dolgotrajna oskrba – dolgotrajna nega: gerontološko izrazje. *Kakovostna starost: časopis za socialno gerontologijo in gerontagogiko*. 10(3), 72.
30. Hvalič Touzery S. (2007b). *Družinska oskrba starih družinskih članov* (doktorska disertacija). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo.
31. Inštitut za varovanje zdravja. (2012). Gibanje obiskov in zaposlenih v patronažnem varstvu Slovenije od leta 2007 do leta 2011. Najdeno 12. junija 2013 na spletnem naslovu [http://ivz.si/podatkovne\\_zbirke?pi=5&\\_5\\_Filename=attName.png&\\_5\\_MediaId=6436&\\_5\\_AutoResize=false&pl=46-5.3](http://ivz.si/podatkovne_zbirke?pi=5&_5_Filename=attName.png&_5_MediaId=6436&_5_AutoResize=false&pl=46-5.3).
32. Inštitut za varovanje zdravja. (2013). Zaposleni v patronažnem varstvu Slovenije, januar 2012. Najdeno 12. junija 2013 na spletnem naslovu [http://www.ivz.si/podatkovne\\_zbirke?pi=5&\\_5\\_Filename=attName.png&\\_5\\_MediaId=6478&\\_5\\_AutoResize=false&pl=46-5.3](http://www.ivz.si/podatkovne_zbirke?pi=5&_5_Filename=attName.png&_5_MediaId=6478&_5_AutoResize=false&pl=46-5.3).
33. Integracija. (b.1.). V *Slovarju slovenskega knjižnega jezika*. Najdeno 22. junija 2013 na spletnem naslovu [http://bos.zrc-sazu.si/cgi/a03.exe?name=sskj\\_testa&expression=integracija&hs=1](http://bos.zrc-sazu.si/cgi/a03.exe?name=sskj_testa&expression=integracija&hs=1)
34. Kadivec, S., Skela Savič, B., Kramar, Z., Zavrl Džananović, D., & Bregar, B. (2011). Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020. Najdeno 7. julija 2013 na spletnem naslovu: [http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc\\_attachments/strategija\\_razvoja\\_zn\\_2011-2020\\_okt\\_2011.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/strategija_razvoja_zn_2011-2020_okt_2011.pdf).
35. Kerbler, B. (2012). Stanovanjsko varstvo starejšega prebivalstva v Sloveniji: domovi za starejše in lastniško zasedena stanovanja. *Revija za geografijo - Journal for Geography*, 7(1), 101-114.
36. Kersnik, J., & Švab, I. (1996). Hišni obisk. Najdeno 27. julija 2013 na spletnem naslovu [http://www.medrazgl.si/e107\\_files/public/datoteke/mr96\\_3\\_07.pdf](http://www.medrazgl.si/e107_files/public/datoteke/mr96_3_07.pdf)

37. Kešeljević, A. (2013). Dolgotrajna oskrba kot resnični izziv. *Dnevnik*. Najdeno 7. marca 2013 na spletnem naslovu <http://www.dnevnik.si/mnenja/kolumne/dolgotrajna-oskrba-kot-resnicni-izziv>
38. Koch, S. (2013). Achieving Holistic by Informatics. Najdeno 5. junija 2013 na spletnem naslovu <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3633169/>
39. Kovačič, A., Jaklič, J., Indihar Štemberger, M., & Groznik, A. (2004). *Prenova in informatizacija poslovanja*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.
40. Komisija evropskih skupnosti. (2005). Zelena knjiga »Odziv na demografske spremembe: nova solidarnost med generacijami«. Najdeno 5. marca 2013 na spletnem naslovu [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/sl/com/2005/com2005\\_0094sl01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/sl/com/2005/com2005_0094sl01.pdf)
41. Kravos, A. (2005). Zdravljenje na domu. Najdeno 27. julija 2013 na spletnem naslovu [http://www.szd.si/user\\_files/vsebina/Zdravniski\\_Vestnik/vestnik/st5-12/st5-12-781-823-10.htm](http://www.szd.si/user_files/vsebina/Zdravniski_Vestnik/vestnik/st5-12/st5-12-781-823-10.htm)
42. Leemann, J. E. (2009). Safety & health worst practices. Najdeno 27. julija 2013 na spletnem naslovu <http://ackoffcenter.blogs.com/files/leemann-ishn-s-and-h-worst-practices.pdf>
43. Leichsenring, K. (2004). Providing integrated Health and Social Care: A European Overview. V Leichsenring, K., & Alaszewski, A. M. (ur.), *Providing integrated Health and social Care for Older persons* (str.9-53). Dunaj: Ashgate.
44. Levy, S., & Heyes, B. (2012). Information system that support effective clinical decision making. *Nursing Management*, 19(7), 20-22.
45. Ling, T., Brereton, L., Conklin, A., Newbould, J., & Roland, M. (2012). Barriers and facilitators to integrating care: experiences from the English Integrated Care Pilots. Najdeno 12. julija 2013 na spletnem naslovu: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/URN%3ANBN%3ANL%3AUI%3A10-1-113730/1769>
46. Lipszyc, B., Sail, E., & Xavier, A. (2012). Long-term care: need, use and expenditure in the EU-27. Najdeno 12. maja 2013 na spletnem naslovu [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/economic\\_paper/2012/pdf/ecp469\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2012/pdf/ecp469_en.pdf)
47. List d.o.o. (2013). Patronaža in nega na domu. Najdeno 12. avgusta na spletnem naslovu [http://www.list.si/list\\_spe06.html](http://www.list.si/list_spe06.html)
48. Malačič, J. (2008). Socialnoekonomske posledice staranja prebivalstva. Najdeno 15. julija 2013 na spletnem naslovu [http://www.szd.si/user\\_files/vsebina/Zdravniski\\_Vestnik/vestnik/st08-12/793-798.pdf](http://www.szd.si/user_files/vsebina/Zdravniski_Vestnik/vestnik/st08-12/793-798.pdf)
49. Mandič, S. (2011) Stanovanje in blaginja starejših: primerjava Slovenije z izbranimi evropskimi državami. V Mandič S. & Filipovič M. (ur.), *Blaginja pod pritiski*

*demografskih sprememb* (85-106). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

50. Marais, K., Saleh, J. H., & Leveson, N. G. (2006). Arhetypes for organizational safety. *Safety Science* 44(7), 565-582.
51. Marn, U. (2010). Čedalje dražja starost. *Mladina*. Najdeno 15. maja 2013 na spletnem naslovu [http://www.mladina.si/tehdnik/201003/cedalje\\_drazja\\_starost](http://www.mladina.si/tehdnik/201003/cedalje_drazja_starost)
52. MATIJA. (2013). Najdeno 15. maja 2013 na spletnem naslovu <http://www.cd-matija.si/>
53. Maze, H. (2013). Organizacija dela v zdravstveni negi. Najdeno 15. maja 2013 na spletnem naslovu [http://studentski.net/gradiva/jzs/vzc/zn1/organizacija-dela-v-zdravstveni-negi.html?r=jzs\\_vzc\\_zn1\\_odz\\_sno\\_organizacija\\_dela\\_v\\_zdravstveni\\_negi\\_\\_skripta\\_01.pdf](http://studentski.net/gradiva/jzs/vzc/zn1/organizacija-dela-v-zdravstveni-negi.html?r=jzs_vzc_zn1_odz_sno_organizacija_dela_v_zdravstveni_negi__skripta_01.pdf)
54. Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. (2005). Strategija varstva starejših do leta 2010 – solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva. Najdeno 15. maja 2013 na spletnem naslovu [http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti\\_\\_pdf/strategija\\_varstva\\_starejsih\\_splet\\_041006.pdf](http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/strategija_varstva_starejsih_splet_041006.pdf)
55. Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. (2010a). Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju. Najdeno 5. marca 2013 na spletnem naslovu [http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti\\_\\_pdf/ZDOZDO\\_uvod\\_cleni\\_in\\_obrazlozitev\\_-\\_12.03.2010.pdf](http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/ZDOZDO_uvod_cleni_in_obrazlozitev_-_12.03.2010.pdf)
56. Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. (2010b). Strategija ekonomskih migracij za obdobje od 2010 do 2020. Najdeno 5. marca 2013 na spletnem naslovu [http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti\\_\\_pdf/Strategija\\_ekonomskih\\_migracij-2010-2020.pdf](http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/Strategija_ekonomskih_migracij-2010-2020.pdf)
57. Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. (2012). Osnutek Nacionalnega programa socialnega varstva za obdobje 2013-2020. Najdeno 7. marca 2013 na spletnem naslovu [http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti\\_\\_pdf/sociala/NPSV\\_2013-2020\\_121012.pdf](http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/sociala/NPSV_2013-2020_121012.pdf)
58. Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. (2013). Ena ključnih skrbi ministrstva je prav skrb za starejše. Najdeno 27. julija 2013 na spletnem naslovu [http://www.mddsz.gov.si/nc/si/medijsko\\_sredisce/novica/article/1939/7197/](http://www.mddsz.gov.si/nc/si/medijsko_sredisce/novica/article/1939/7197/)
59. Ministrstvo za zdravje. (2009). Študija izvedljivosti projekta eZdravje – predinvesticijska zasnova in investicijski program s študijo izvedbe. Najdeno 17. julija 2013 na spletnem naslovu [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/eZdravje/predstavitev/studija/definicija\\_projektov.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/eZdravje/predstavitev/studija/definicija_projektov.pdf)

60. Ministrstvo za zdravje. (2010a). Projekt eZdravje. Najdeno 17. julija 2013 na spletnem naslovu [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/eZdravje/predstavitev/N\\_Kratka\\_predstavitev\\_projekta\\_za\\_splet\\_feb10.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/eZdravje/predstavitev/N_Kratka_predstavitev_projekta_za_splet_feb10.pdf)
61. Ministrstvo za zdravje. (2010b). Državni program paliativne oskrbe. Najdeno 17. julija 2013 na spletnem naslovu [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz\\_dokumenti/zakonodaja/Paliativa/Dr%C5%beavni\\_program\\_paliativne\\_oskrbe\\_190410.doc](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/zakonodaja/Paliativa/Dr%C5%beavni_program_paliativne_oskrbe_190410.doc)
62. Ministrstvo za zdravje. (2013). Predlog zakona o zdravstveni dejavnosti. Najdeno 27. julija 2013 na spletnem naslovu [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna\\_razprava\\_2013/ZZDej\\_21\\_6\\_13.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna_razprava_2013/ZZDej_21_6_13.pdf)
63. Mookencherry, S. Eight reasons payer interoperability and data sharing are essential in ACO. (2012). *Health Management Technology*, 33(1), 16-19.
64. Nagode, M., Marn, S., Jacović, A., & Zver E. (2012). Uporaba mednarodne definicije dolgotrajne oskrbe na nacionalnem nivoju. Najdeno 17. julija 2013 na spletnem naslovu [http://www.stat.si/StatisticniDnevi/Docs/Radenci%202012/prispevki/Nagode\\_dolgotrajna%20oskrba.pdf](http://www.stat.si/StatisticniDnevi/Docs/Radenci%202012/prispevki/Nagode_dolgotrajna%20oskrba.pdf)
65. Nagode, M. (2009). Organizirana pomoč za stare ljudi, ki živijo na domu: pomoč na domu in varovanje na daljavo. V Hlebec, V. (ur.) *Starejši ljudje v družbi sprememb*, str. 125- 138. Maribor: Aristej.
66. Nagode, M. (2012) Izvajanje pomoči na domu: Analiza stanja v letu 2011 – končno poročilo. Najdeno 17. julija 2013 na spletnem naslovu [http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti\\_\\_pdf/sociala/Porocilo\\_PND\\_2012\\_koncno\\_porocilo\\_final.pdf](http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/sociala/Porocilo_PND_2012_koncno_porocilo_final.pdf)
67. Nova vizija. (2013). ProMedica - Zdravstveni informacijski sistem za izvajalce storitev zdravstvenega varstva. Najdeno 17. julija 2013 na spletnem naslovu <http://www.vizija.si/medicinska-informatika/>
68. *Nursing matters*. (2013). Najdeno 14. Septembra 2013 na spletnem naslovu [http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact\\_sheets/18b\\_FS-Telenursing.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/18b_FS-Telenursing.pdf)
69. Ocepek, J., & Zupan A. (2008). Dom IRIS: Rešitve in svetovanje za invalidne in starejše osebe. *Obzornik zdravstvene nege* 42(4), 305-307.
70. OECD, Eurostat, & WHO (2011). A System of Health Accounts. Najdeno 7. junija 2013 na spletnem naslovu <http://dx.doi.org/10.1787/9789264116016-en>
71. Olve, N. G., & Vimarlund V. (2005). Locating ITCs benefints in elderly care. *Medical informatics* 30(4), 297-308.

72. Orel, A., & Bernik, I. (2012). Priporočilni standardi SUVI in dopolnitve za področje varnosti v zdravstveni informatiki. Najdeno 17. avgusta 2013 na spletnem naslovu [http://www.fvv.uni-mb.si/konferencaIV/zbornik/Orel\\_Bernik.pdf](http://www.fvv.uni-mb.si/konferencaIV/zbornik/Orel_Bernik.pdf)
73. Payne, J. (2013). eHealth in Scotland. Najdeno 16. avgusta na spletnem naslovu [http://www.scottish.parliament.uk/ResearchBriefingsAndFactsheets/S4/SB\\_13-10.pdf](http://www.scottish.parliament.uk/ResearchBriefingsAndFactsheets/S4/SB_13-10.pdf)
74. Petek Šter, M., & Švab, I. (2008). Kako raziskovati multimorbidnost v družinski medicini. *Zdravstveno varstvo*, 48(2), 51-61.
75. Petek Šter, M., & Kersnik, J. (2004). Obravnava starostnika v družinski medicini. *Zdravniški vestnik*, 73(10), 767-771.
76. Peternelj, A., Ceglar, J., Dominkuš, D., Horvat, M., Milavec Kapun, M., Stepanovič, et.al. (2006). *Strokovne in organizacijske podlage za vpeljavo in izvajanje integrirane prehodne in dolgotrajne oskrbe v Republiki Sloveniji*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
77. Pihlar, T. (2011). Nega in oskrba starih ljudi v Švici. *Kakovostna starost : časopis za socialno gerontologijo in gerontagogiko*, 14(4), 56-59.
78. Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. *Uradni list RS*. 19/1998, 47/1998, 26/2000, 67/2001, 33/2002, 37/2003, 117/2004, 31/2005, 83/2007, 22/2009.
79. Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev. *Uradni list RS*. 45/2010, z dopolnitvami 28/2011, 104/2011.
80. Prijatelj, V., Dornik, E., Rajkovič, U., & Žvanut, B. (2011). *Razvoj informatike v zdravstveni negi v Sloveniji*. Ljubljana: Slovensko društvo za medicinsko informatiko, Sekcija za informatiko v zdravstveni negi.
81. Prijatelj, V. (2012). *Organizacijsko informacijski model preprečevanja napak v procesu zdravstvene nege* (doktorska disertacija). Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.
82. Razpotnik, B. (2011). Projekcije prebivalstva za Slovenijo, 2010-2060 - končni podatki. Najdeno 16. marca 2013 na spletnem naslovu [http://www.stat.si/novica\\_prikazi.aspx?id=3989](http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=3989)
83. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva. *Uradni list RS*, št. 77/2008.
84. Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013 do 2020. *Uradni list RS*, št. 39/2013.
85. Rossi Mori, A., & Dandi, R. (2012). The Influence of Technology on Long-Term Care Systems. Najdeno 6. marca 2013 na spletnem naslovu <http://www.ceps.eu/book/influence-technology-long-term-care-systems>

86. Rossi Mori, A., Mazzeo, M., Mercurio, G., & Verbicaro, R. (2013). Holistic health: predicting our data future (from inter-operability among systems to co-operability among people). Najdeno 6. marca 2013 na spletnem naslovu <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3633169/>
87. Rozman, R., & Kovač, J. (2012). *Management*. Ljubljana: GV Založba.
88. Rudel, D. (2008). Zdravje na domu na daljavo za stare osebe. *Informatica Medica Slovenica*. 13(2), 19-29.
89. Rudel, D., Ličer, N., & Obrežan, D. (2009). Od tehnične rešitve do storitve oskrbe na daljavo namenjene dolgotrajni oskrbi na domu – primer »rdeči gumb«. Najdeno 11. marca 2013 na spletnem naslovu <http://temena.famnit.upr.si/files/files/Rudel.pdf>
90. Sardiwal S. (2007). Conceptualization and formulation of a UK health and social care system using System Dynamics. Najdeno 6. avgusta 2013 na spletnem naslovu <http://www.systemdynamics.org/conferences/2007/proceed/papers/SARDI547.pdf>
91. Selič, P. (2010). Dejavno odkrivanje in pogostost nasilja v družini: podatki in osnova za sodelovanje med strokami. V A. Dvoršek & L. Selinšek (ur.), *Nasilje v družini: kazensko pravni, kriminalistični in kriminološki problemi* (str. 31-44). Ljubljana: Fakulteta za varnostne vede: Pravna fakulteta.
92. SRC Infonet. (2013). ISOZ21. Najdeno 12. avgusta 2013 na spletnem naslovu <http://www.infonet.si/products/isoz21>
93. *Splošno o domovih in posebnih zavodih*. (2012). Najdeno 12. februarja 2013 na spletnem naslovu <http://www.ssz-slo.si/splosno-o-domovih-in-posebnih-zavodih>
94. Starc, M. (2010). Dolgotrajna oskrba v Evropski uniji. *Kakovostna starost: časopis za socialno gerontologijo in gerontagogiko*, 13(1), 54-57.
95. Sterman, J. D. (2000). *Business Dynamic: System thinking and Modeling for a Complex World*. Boston: MIT.
96. *Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje 2011 do 2020*. (2011). Najdeno 7. junija 2013 na spletnem naslovu [http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/strateski/Strategija\\_razvoja\\_ZN\\_2011-2020\\_okt\\_2011.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/strateski/Strategija_razvoja_ZN_2011-2020_okt_2011.pdf)
97. Statistični urad Republike Slovenije. (2008). Eurostatove projekcije prebivalstva za Slovenijo, 2008–2060, EUROPOP2008, konvergenčni scenarij. Najdeno 7. marca 2013 na spletnem naslovu [http://www.stat.si/novica\\_prikazi.aspx?id=1683](http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=1683)
98. Statistični urad Republike Slovenije. (2012). Evropsko leto aktivnega staranja in solidarnosti med generacijami 2012. Najdeno 7. marca 2013 na spletnem naslovu [http://www.stat.si/novica\\_prikazi.aspx?id=5023](http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=5023)

99. Statistični urad Republike Slovenije. (2013). Umrli, Slovenija, 2012 – končni podatki. Najdeno 12. julija 2013 na spletnem naslovu [http://www.stat.si/novica\\_prikazi.aspx?id=5570](http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=5570)
100. Šelb-Šemerl, J. Mihevc Ponikvar, B., Primic Žakelj, M., Rok Simon, M., Tomšič, S., & Zadnik, V. (2010). *Zdravje starejših*. V D. Hočevar Grom, (ur.) Najdeno 7. junija 2013 na spletnem naslovu <http://img-stari.ivz.si/1151-1945.pdf>
101. Štern, A. (2010). Storitve in tehnologije m-zdravja. Najdeno 7. marca 2013 na spletnem naslovu [http://www.ltfe.org/wp-content/uploads/2011/03/sternstoritve\\_in.pdf](http://www.ltfe.org/wp-content/uploads/2011/03/sternstoritve_in.pdf)
102. Šušteršič, O., Rajkovič, V., Leskovar, R., & Bitenc, I. (1997). Zasnova informacijskega sistema v patronažni zdravstveni negi. Najdeno 10. marca 2013 na spletnem naslovu <http://lopes1.fov.uni-mb.si/CRII/clanek1.html>
103. Šušteršič, O. (1999). *Večparameterski hierarhični model evalvacije organizacijsko-informacijskega sistema patronažne zdravstvene nege* (doktorska disertacija). Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.
104. Šušteršič, O. (2006). Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega – nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. *Obzornik zdravstvene nege*, 40(4), 247-252.
105. Toth, M. (2009). Dolgotrajna oskrba – nova veja socialne varnosti. *Delo in varnost*, 54(9), 9-21.
106. *Types of Integration*. (2013). Najdeno 7. julija 2013 na spletnem naslovu <http://tc.nphhi.org/Share/Research/Integrated-Health-Care/Types-of-Integration.aspx>
107. Urad Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj. (2012). Izdatki za dolgotrajno oskrbo. Poročilo o razvoju 2012: Kazalniki razvoja Slovenije. Najdeno 5. marca 2013 na spletnem naslovu [http://www.umar.gov.si/fileadmin/user\\_upload/publikacije/pr/2012/04/09\\_izdatkizado\\_lgotrajnooskrbo.pdf](http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/pr/2012/04/09_izdatkizado_lgotrajnooskrbo.pdf)
108. Urad Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj. (2013). Koeficient starostne odvisnosti. Poročilo o razvoju 2013: Kazalniki razvoja Slovenije. Najdeno 15. julija 2013 na spletnem naslovu [http://www.umar.gov.si/fileadmin/user\\_upload/publikacije/pr/2013/IV/4\\_9.pdf](http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/pr/2013/IV/4_9.pdf)
109. Vertot, N. (2008). *Prebivalstvo Slovenije se stara - potrebno je medgeneracijsko sožitje*. Ljubljana. Statistični urad Republike Slovenije.
110. Vogt, J., Luyten, K., van den Bergh, J., Coninx, K., & Meier, A. Putting dementia into context. (2012). Najdeno 15. julija 2013 na spletnem naslovu [http://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-3-642-34347-6\\_11#page-1](http://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-3-642-34347-6_11#page-1)
111. Voljč, B. (2008). Dolgoživost, dolgotrajna oskrba in etika medgeneracijskih razmerij *Kakovostna starost: časopis za socialno gerontologijo in gerontagogiko*, 11(3), 29-33.

112. Voljč, B. (2010). Dolgotrajna oskrba v razvitih evropskih državah. *Kakovostna starost: časopis za socialno gerontologijo in gerontagogiko*, 13(1), 50-82.
113. Vončina Slavec, S. (2010). Poročilo o statusu in napredku projekta eZdravje za projektni svet PNP\_007. Najdeno 12. marca 2013 na spletnem naslovu [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/eZdravje/predstavitev/Poro%C4%8Dilo\\_eZdravje\\_maj.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/eZdravje/predstavitev/Poro%C4%8Dilo_eZdravje_maj.pdf)
114. Waterson, P., Eason, K., Tutt, D., & Dent, M. (2012). Using HIT to deliver integrated care for the frail elderly in the UK: current barriers and future challenges. Najdeno 3. avgusta 2013 na spletnem naslovu <http://iospress.metapress.com/content/d809215p17718657/?supp=1&genre=article&spage=4490&issn=1051-9815&volume=41>
115. WeDO. (2012). Evropski okvir kakovosti storitev dolgotrajne oskrbe: Načela in smernice za dobro počutje in dostojanstvo starejših, potrebnih oskrbe in podpore. Najdeno 5. marca 2013 na spletnem naslovu [http://www.ssz-slo.si/Media/Default/documents/publikacije/zunanje/WeDO\\_brosura.pdf](http://www.ssz-slo.si/Media/Default/documents/publikacije/zunanje/WeDO_brosura.pdf)
116. Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju. *Uradni list RS* št. 96/2012.
117. Zakon o prostovoljstvu. *Uradni list RS* št. 10/2011, 16/2011.
118. Zakon o socialnem varstvu. *Uradni list RS*, št. 3/2007–UPB2, 23/2007 popr., 41/2007 122/2007, 61/2010-ZSVarPre, 62/2010-ZUPJS, 57/2012 popr.
119. Zavrl Džananović, D. (2010). Patronažno varstvo Slovenije včeraj, danes, jutri: Analiza poročil o delu patronažnega varstva od leta 2000 do 2008. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(2), 117-152.
120. Zrimec, T., Beštek, M., Šuškovič, S., Kurent, B., Cukljati, I., & Brodnik, A. (2012). eOskrba – aktivno vključevanje pacientov v proces zdravljenja. *Zbornik kongresa MI'2012 – Povezani za več inovacij* (str. 91-96). Zreče: Slovensko društvo za medicinsko informatiko.
121. Žohar, T., Dinevski, D., Stojmenova, E., & Hristovski D. (2012). Vpeljava rešitev telemedicine in teleskrbe v prakso. *Zbornik kongresa MI'2012 – Povezani za več inovacij* (str. 82-90). Zreče: Slovensko društvo za medicinsko informatiko.
122. Žurga G. (2005). Vloga benchmarkinga in dobrih praks za organizacijsko učenje in stalno izboljševanje. *Zbornik konference Dobra praksa v slovenski javni upravi 2005* (str. 5-22). Ljubljana: Ministrstvo za javno upravo.





## **PRILOGE**

## **Priloga 1: Uporabljene kratice**

- ADL – activities of daily living  
CIZ – center za informatiko v zdravstvu  
CLD – causal loop diagram  
CSD – center za socialno delo  
DO – dolgotrajna oskrba  
DSO – dom starejših občanov  
EU – Evropska unija  
EZZ – elektronski zdravstveni zapis  
IADL - instrumental activities of daily living  
ICF - International Classification of Functioning, Disability and Health  
IKT – informacijsko komunikacijska tehnologija  
IS – informacijski sistem  
IVZ – Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije  
MDDSZ – Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti  
MZ – Ministrstvo za zdravje  
OECD - The Organisation for Economic Co-operation and Development  
PŽA – podporne življenjske aktivnosti  
ReNPSV13–20 - Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020  
SHA - A System of Health Accounts  
SSZS – Skupnost socialnih zavodov Slovenije  
SURS – Statistični urad Republike Slovenije  
TŽA – temeljne življenjske aktivnosti  
UMAR – Urad za makroekonomske analize in razvoj  
WHO – World Health Organization