

DOLGOTRAJNA OSKRBA – IZZIV IN PRILOŽNOST ZA BOLJŠI JUTRI

*Evalvacija pilotnih projektov
s področja dolgotrajne oskrbe*

Ljubljana, november 2021



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE



EVROPSKA UNIJA
EVROPSKI SKLAD
SOCIALNI SKLAD



do
Evalvacija pilotnih projektov
s področja dolgotrajne oskrbe

PREDGOVOR MINISTRA ZA ZDRAVJE

Dolgotrajna oskrba obsega niz ukrepov, storitev in aktivnosti, namenjenih osebam, ki so zaradi posledic bolezni, starostne oslabelosti, poškodb, invalidnosti, pomanjkanja ali izgube intelektualnih sposobnosti v daljšem časovnem obdobju ali trajno odvisne od pomoči drugih oseb pri opravljanju osnovnih in podpornih dnevnih opravil.

Vse sodobne in odgovorne družbe se spopadajo z izzivi urejanja sistemov dolgotrajne oskrbe. Sistemov, ki bi prožno odgovarjali na potrebe uporabnikov in bili hkrati dolgoročno stabilni, finančno vzdržni ter krepili razvoj skupnostnih oblik oskrbe.

Slovenija je ena najhitreje starajočih se družb. S staranjem prebivalstva se povečuje potreba po storitvah s področja dolgotrajne oskrbe. Razvoj novih tehnologij, novih metod zdravljenja, boljše bivalno okolje in ozaveščenost prebivalcev o skrbi za lastno zdravje nam omogočajo, da živimo bolj kakovostno in živimo dlje. Staranje prebivalstva je torej odraz razvoja družbe, iskanje odgovorov glede ustrezne pomoči v obdobjih, ko zaradi bolezni, poškodb, starosti ali invalidnosti ne moremo več v celoti poskrbeti sami zase pa odraz družbene odgovornosti do vsakega državljana.

Ministrstvo za zdravje je v letu 2017 prevzelo nalogo priprave predloga Zakona o dolgotrajni oskrbi in izvedbe pilotnih projektov na področju dolgotrajne oskrbe. Priložnost, ki smo jo v Sloveniji prejeli z možnostjo izvedbe pilotnega projekta na področju dolgotrajne oskrbe, ki je bil sofinanciran iz Evropskega socialnega sklada, smo polno izkoristili. Na eni strani smo lahko preizkusili mehanizme in postopke, predlagane za prihodnjo enotno sistemsko ureditev področja dolgotrajne oskrbe, in jih nadgradili, da so v okviru rešitev, ki jih prinaša predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi, uporabniku čim bolj prijazni in administrativno neobremenjujoči. Na drugi strani pa smo v okviru aktivnosti »Izvedba pilotnih projektov, ki bodo podpirali prehod v izvajanje systemskega zakona o dolgotrajni oskrbi« upravičencem lahko zagotovili storitve, do katerih v okviru veljavnih ureditev danes na njihovem domu ne morejo dostopati, ter preverili, ali le-te dejansko zadovoljujejo njihove potrebe in jim omogočajo ohranjanje čim višje stopnje samostojnosti. Aktivnosti pri izvedbi pilotnih projektov pa upravičencem omogočijo

njihovo dejavno vlogo v celotnem procesu, vse od načrtovanja do samega izvajanja storitev. Hkrati so projektne aktivnosti potrdile pomen vlaganja v znanje in krepitev kompetenc zaposlenih na področju dolgotrajne oskrbe, ne le zaradi višje kakovosti in varnosti storitev, ki se zagotavljajo uporabnikom, ampak tudi zaradi znanj in spretnosti za zaščito zdravja zaposlenih. In navsezadnje so projektne aktivnosti potrdile tudi izjemno vlogo izvajalcev neformalne oskrbe na področju dolgotrajne oskrbe, saj le-ti predstavljajo pomembno dopolnitev storitvam, ki naj se v okviru prihodnje enotne sistemske ureditve dolgotrajne oskrbe zagotavljajo v okviru formalnih storitev tako, da bodo upravičenci s primerljivimi potrebami pod enakimi pogoji, deležni primerljivih storitev ne glede na okolje, kjer bivajo.

Pilotni projekt na področju dolgotrajne oskrbe, ki ga je koordiniralo Ministrstvo za zdravje, je končan. Rezultati evalvacije pilotnega projekta na področju dolgotrajne oskrbe kažejo, da v Sloveniji potrebujemo nove rešitve in odgovore na potrebe državljanov v obdobjih življenja, ko ne zmorejo več samostojno poskrbeti zase. Pred vsemi nami je izziv sprejetja sistemskega zakona na področju dolgotrajne oskrbe.

Enotna sistemska ureditev področja dolgotrajne oskrbe v Republiki Sloveniji je nujna.

Rešitve, predlagane v predlogu Zakona o dolgotrajni oskrbi so bile preverjene v okviru projektnih aktivnosti, ki jih je koordiniralo Ministrstvo za zdravje, in prinašajo možnost izbire upravičencev, kje in kakšne storitve želijo, omogočajo aktivno vlogo upravičencev, krepijo podporo izvajalcem neformalne oskrbe, krepijo pogoje za povezavo sistemov zdravstva, socialnega varstva in dolgotrajne oskrbe s ciljem neprekinjene in celostne obravnave, prinašajo nove storitve, tudi storitve za krepitev in ohranjanje samostojnosti, omogočajo, da državljani s primerljivimi potrebami dostopajo do primerljivih pravic ter odgovarjajo želji večine, da kljub različnim oviranostim tudi v obdobju življenja, ko ne zmorejo več v celoti samostojno poskrbeti zase, ob raznolikih, kakovostnih in varnih storitvah dolgotrajne oskrbe, ki se zagotavljajo v okviru javne mreže, ostanejo na svojem domu in v krogu svoje socialne mreže, stkane skozi mnogo leta.

PREDGOVOR DIREKTORICE INŠTITUTA RS ZA SOCIALNO VARSTVO

V razvitih zahodnih družbah se prebivalstvo stara, zaradi česar narašča tudi delež starih v celotni populaciji. Slovenija ni v tem pogledu nobena izjema. V teh družbah se je oblikoval tudi koncept države blaginje, po katerem ima država pomembno vlogo pri ekonomski in socialni zaščiti državljanov. Zaradi staranja prebivalstva se vse bolj zaostčuje prav problem skrbi za stare. V ta okvir spada tudi dolgotrajna oskrba za tisti del starih, ki iz različnih razlogov (bolezni, invalidnost, težave v duševnem zdravju ipd.) potrebujejo pomoč in podporo v vsakdanjem življenju. Dolgotrajno oskrbo bi bilo seveda napačno omejiti le na medicinski vidik (koliko dni življenja bomo ljudem dodali), ampak je izjemnega pomena tudi socialni vidik (kako kakovostni bodo ti dnevi).

Težav pri vzpostavljanju dolgotrajne oskrbe je veliko, od sistemske neurejenosti področja danes do zagotovitve vzdržnosti finančnega sistema jutri. Zato je raziskovanje na tem področju nujno. Pomembno je, da se odločevalci tega zavedajo, saj bodo le tako imeli na voljo znanja za vzpostavitev pravičnega in vzdržnega sistema dolgotrajne oskrbe. Cilj, ki smo se mu zavezali, je uresničitev 18. načela evropskega stebra socialnih pravic, ki pravi: »Vsakdo ima pravico do cenovno dostopnih in kakovostnih storitev dolgotrajne oskrbe, zlasti oskrbe na domu in oskrbe v skupnosti.«

Besedilo, ki je pred vami, je rezultat spremljanja izvajanja pilotnih projektov, ki so jih različni izvajalci izvajali v obdobju od leta 2018 do 2020 v Celju, Dravogradu in Krškem. Šlo je za zahtevno in obsežno inovacijo, v okviru katere so v pilotnih okoljih preizkušali orodje in postopke za oceno upravičenosti do dolgotrajne oskrbe, celoten postopek in nove storitve dolgotrajne oskrbe za ljudi, ki živijo doma, v svojem domačem okolju. Enako zahtevna je bila tudi evalvacija, v kateri smo sodelovali raziskovalke in raziskovalci iz Inštituta Republike Slovenije za socialno varstvo, Fakultete za družbene vede Univerze v Ljubljani ter Inštituta za ekonomska raziskovanja.

Spremljanje in vrednotenje izvajanja teh projektov je dalo številne rezultate, ki jih lahko uporabimo kot orodje pri krmiljenju rešitev sistemske ureditve dolgotrajne oskrbe. S pomočjo pilotnega projekta smo v Sloveniji pridobili verodostojno in ustrezno ocenjevalno orodje, ki smo ga, po nemškem vzoru, v okviru projekta »Priprava podlag za izvedbo pilotnih projektov, ki bodo podpirali prehod v izvajanje sistemskega zakona o dolgotrajni oskrbi« v letih 2016–2017 razvijali na Inštitutu Republike Slovenije za socialno varstvo. Orodje je bilo v okviru pilotnih projektov namreč preizkušeno na skoraj 2.000 osebah. V pilotnih okoljih je bil interes za e-oskrbo zelo velik. Menimo, da jo je treba sistemsko razvijati, na kar je pravzaprav opozorila tudi epidemija covid-19. Kljub temu da se učinki družbenih konceptov, kot je kakovost življenja, sicer običajno izkažejo na daljši rok, ugotavljamo, da so pilotne aktivnosti imele pozitiven učinek na uporabnike, predvsem glede izboljšane zdravstvenega stanja in počutja. Prav tako se je s pomočjo novih storitev znižala obremenjenost neformalnih oskrbovalcev.

Sodelovanje in povezovanje je pomembno tako pri izvajanju storitev in raziskovanju na področju dolgotrajne oskrbe, kot tudi pri oblikovanju zakonskih rešitev. Trenutno je v procesu nastajanja zakonodaja, ki sistemsko ureja dolgotrajno oskrbo, menim pa, da bomo za finančno oceno dolgotrajne oskrbe v Slovenji morali pripraviti še vsaj eno študijo. Ko bomo imeli na voljo tudi te podatke, bo prišla na vrsto še politika, da stopi skupaj in sprejme celostno, strokovno utemeljeno in finančno vzdržno zakonodajo na področju dolgotrajne oskrbe in zavarovanja za dolgotrajno oskrbo.

Mag. Barbara Kobal Tomc,
Direktorica Inštituta Republike Slovenije za socialno varstvo

EVALVACIJA PILOTNIH PROJEKTOV IN METODOLOGIJA

Predmet Evalvacije pilotnih projektov s področja dolgotrajne oskrbe (2019–2020) je projekt *Izvedba pilotnih projektov, ki bodo podpirali prehod v izvajanje sistemskega zakona za dolgotrajno oskrbo* (2018–2020), v okviru katerega so potekale aktivnosti v treh pilotnih okoljih, izbranih na javnem razpisu¹. Naročnik evalvacije je Ministrstvo za zdravje.

V povzetku strnjeno predstavljamo nekatere ključne ugotovitve in sporočila, ki jih poglobljeno in obširneje sicer utemeljujemo v posameznih poglavjih zaključnega poročila *Evalvacija pilotnih projektov s področja dolgotrajne oskrbe*.

Zunanjo evalvacijo pilotnih projektov smo izvajali Inštitut RS za socialno varstvo, Fakulteta za družbene vede Univerze v Ljubljani in Inštitut za ekonomska raziskovanja. Glede na vsebino je pričujoča evalvacija procesna in učinkovna^{2,3}. Sočasno s formativno procesno evalvacijo smo izvajali tudi *programsko spremljanje oziroma monitoring*. Vrednotili smo, ali načrtovane pilotne aktivnosti potekajo kot načrtovano, pri tem pa smo sledili kazalnikom⁴ iz javnega naročila za izvedbo evalvacije⁵. V celotnem procesu spremljanja in vrednotenja smo pripravili začetno, štiri procesna, vmesno in zaključno (sintezno) poročilo.

V okviru evalvacije smo vrednotili več ciljev na štirih raziskovalnih ravneh: učinkovitost novih metod, učinkovitost postopkov v pilotnih projektih, učinki pilotnih projektov na ljudi ter priprava vsebinskih in finančnih projekcij za sistem dolgotrajne oskrbe.

Pilotni projekti, ki smo jih spremljali in vrednotili, so bili kompleksni, eksperimentalni

raziskovalni načrt ni bil mogoč. Evalvacijo smo temeljili na primerjavi stanj in rezultatov pred pilotnimi aktivnostmi in po njih ter s tem ugotavljali spremembo, ki se je zgodila v času izvedbe projektov. Na primer, kako se je spremenila kakovost življenja uporabnikov, neformalnih oskrbovalcev in zaposlenih. Nekatere učinke projektov smo zaradi racionalizacije zbiranja podatkov in v izoginitev obremenjevanju anketirancev ter anketiranih merili samo ob koncu projekta (na primer, kakšna je bila izkušnja uporabnikov, zaposlenih in neformalnih oskrbovalcev s pilotnimi projekti, kakšna je bila zaznana koristnost storitev ipd.). Čistih učinkov intervencije zato nismo mogli natančno izmeriti, saj ni bilo mogoče ugotavljati kavzalnosti. Pri pripisovanju učinkov pilotnih projektov smo bili zato previdni. Z uporabljenim raziskovalnim načrtom pa smo vendarle zagotovili ustrezno podlago za sprotno, procesno usmerjanje pilotnih projektov kot tudi za dajanje usmeritev naročniku pri iskanju sistemskih rešitev.

Uporabili smo mešane metode raziskovanja, da ugotovitve podkrepimo in zagotovimo veljavne rezultate. Glavni vir podatkov so bili kvantitativni, med njimi predvsem podatki iz informacijskega sistema, ki so ga zaposleni v pilotnih projektih uporabljali pri svojem delu in kamor so beležili aktivnosti, ki so jih izvajali. Uporabili in razvili smo tudi številne vprašalnike za različne ciljne skupine (uporabniki, neformalni oskrbovalci, zaposleni v pilotnem okolju, pomembni deležniki v lokalnem okolju). V okviru kvalitativnega pristopa smo razvili in uporabili različne metode in tehnike

1 Ministrstvo za zdravje, Republike Slovenije. 2018. Javni razpis za izbiro operacij »Izvedba pilotnih projektov, ki bodo podpirali prehod v izvajanje sistemskega zakona o dolgotrajni oskrbi«. Uradni list RS, št. 24/2018 z dne 13. 4. 2018.

2 CDC. 2011. Developing and Effective Evaluation Plan. Atlanta, Georgia: Centres for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; Division of Nutrition, Physical Activity, and Obesity.

3 Kustec Lipicer, S. 2009. Vrednotenje javnih politik. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

4 Priloga I razpisne dokumentacije.

5 Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. 2018. Javno naročilo za Evalvacijo pilotnih projektov s področja dolgotrajne oskrbe. Dostopno na: https://www.enarocanje.si/Obrazci/?id_obrazec=280003.

oziroma kvalitativne instrumente, kot so intervjuji, fokusne skupine, poročila zaposlenih in osebni načrti uporabnikov. Izvedli smo tudi demokratični forum z ocenjevalci, metodo, ki v slovenskem raziskovalnem prostoru še ni zelo poznana in razširjena. Z uporabo mešanih metod raziskovanja smo dodali rezultatom prevladujoče metode globino ali širino.

Metodologijo smo zaradi objektivnih okoliščin, povezanih s postopkom javnega naročanja, začeli vzpostavljati v času, ko so pilotni projekti že intenzivno potekali, kar štejemo za eno šibkih točk evalvacije, saj smo s tem zamudili začetno točko oziroma izhodiščno stanje v pilotnih projektih, ki je z vidika spremljanja sprememb ključna točka opazovanja. Idealno bi bilo, da bi metodologijo vzpostavili že pred začetkom vključevanja uporabnikov v projekt, v ta proces pa intenzivno vključevali zaposlene v pilotnih projektih. Zaposleni so namreč pomemben akter evalvacije. Vključenost zaposlenih in njihovo sodelovanje pri veliki večini evalvacijskih aktivnosti je bila za evalvacijo izrednega pomena, saj so zagotavljali razmere za izvedbo različnih evalvacijskih aktivnosti (npr. prostor za srečanja), anketirali uporabnike, sami izpolnjevali ankete in pisali poročila, posredovali podatke, sodelovali v intervjujih ipd. Poleg zaposlenih so bili pomemben akter v evalvaciji seveda tudi uporabniki in njihovi neformalni oskrbovalci, s katerimi smo evalvatorji in zaposleni v projektih izvedli več vprašalnikov in intervjujev. Poleg njih pa še Ministrstvo za zdravje v vlogi naročnika evalvacije in Evropski center za socialno politiko in raziskave, ki je svetoval pri pripravi raziskovalne metodologije.

Cilji evalvacije

UČINKOVITOST NOVIH METOD

- Oceniti primernost in uporabnost izbranega ocenjevalnega orodja za oceno upravičenosti do dolgotraje oskrbe (DO).
- Pripraviti predloge dopolnitev za osebno načrtovanje in koordinacijo storitev v DO.
- Pripraviti predloge dopolnitev za timsko delo v DO.

UČINKOVITOST POSTOPKOV V PILOTNIH PROJEKTIH

- Pripraviti predloge dopolnitev za postopke za oceno upravičenosti do DO, vključno z oceno možnosti za zmanjšanje birokratskih obremenitev.
- Pripraviti predloge dopolnitev za celoten postopek DO, od vstopa do zagotavljanja storitev.

UČINKI PILOTNEGA PROJEKTA NA LJUDI

- Pripraviti usmeritve za zagotavljanje storitev, ki bodo omogočale kakovostno življenje izvajalcev neformalne oskrbe.
- Pripraviti usmeritve za večjo podporo izvajalcem neformalne oskrbe.
- Pripraviti usmeritve za kakovostno delovno življenje izvajalcev formalne oskrbe.

PRIPRAVA VSEBINSKIH IN FINANČNIH PROJEKCIJ ZA SISTEM DO

- Pripraviti predloge dopolnitev novih storitev v domačem okolju (integrirani timi, storitve za ohranjanje samostojnega življenja itd.).
- Pripraviti usmeritve za vpeljavo podpornih tehnologij v domače okolje.
- Pripraviti usmeritve za vzpostavljanje in umeščanje vstopne točke DO.
- Pripraviti predloge dopolnitev v zvezi z elektronskim vodenjem postopkov in storitev na področju DO.
- Pripraviti morebitno projekcijo finančnih in kadrovskih virov v sistemu DO (ob zagotovitvi ustreznih vhodnih podatkov).
- Pripraviti usmeritve za razvoj organizacijskih oblik sodelovanja in povezovanja na polju DO ter z ostalimi področji, ki bodo podpirale prehod k skupnostnim oblikam oskrbe.

KLJUČNA SPOROČILA

- ▶ Pomembno je, da pri evalvaciji sodeluje več različnih akterjev, vsak s svojo točno določeno vlogo: naročnik evalvacije in projekta, posvetovalni organ (npr. strokovni, raziskovalni), izvajalci projektov oziroma zaposleni, drugi pomembni deležniki iz lokalnega okolja ali nacionalne ravni, udeleženci oziroma uporabniki v projektih in njihovi svojci ipd. Skupno delovanje in soustvarjanje lahko zagotavlja boljše pogoje in okoliščine in s tem boljše rezultate projektov.
- ▶ Evalvacija pilotnih projektov je temeljila na mešanih metodah raziskovanja (povezovanje kvalitativnih in kvantitativnih metod), kar sicer terja več raziskovalnega navora, a obenem daje rezultatom večjo veljavnost. Zagotavlja tudi bogat nabor različnih vrst podatkov, ki jih bo mogoče na različne načine obdelovati in prikazovati tudi še po koncu projekta.
- ▶ Evalvacija je omogočila uporabo relativno nove raziskovalne metode v slovenskem prostoru, demokratični forum, ki se je izkazala kot zelo uporabno orodje prav v tovrstnih projektih in jo priporočamo v rabo in preizkušanje tudi v prihodnje.
- ▶ Za evalvacijo je pomembno, da jo začnemo načrtovati v pravem trenutku: ob postavljanju modela, ki je predmet evalvacije, vsekakor pa pred začetkom intervencije.

PILOTNA OKOLJA IN VZPOSTAVITEV PROJEKTOV

Javni razpis Izvedba pilotnih projektov, ki bodo podpirali prehod v izvajanje sistemskega zakona za dolgotrajno oskrbo (2018–2020) je opredelil pet ključnih ciljev:

- ▷ testiranje orodja in postopkov za oceno upravičenosti do dolgotrajne oskrbe (vloga, ocenjevalna lestvica, osebni in izvedbeni načrti, informiranje ciljne javnosti);
- ▷ testiranje novih storitev in integrirane obravnave uporabnika v domačem okolju;
- ▷ testiranje novih storitev in mehanizmov podpore izvajalcem neformalne oskrbe in formalne oskrbe za izvedbo kakovostne in varne obravnave;
- ▷ testiranje koordinacijskih mehanizmov in vzpostavitev učinkovite koordinacije med izvajalci socialnega in zdravstvenega varstva ter na novo vzpostavljenimi vstopnimi točkami s ciljem zagotavljanja integrirane storitve za uporabnika;
- ▷ testiranje elektronskega dokumentiranja postopkov od ocene upravičenosti do beleženja izvajanja storitev.

Tem ciljem so sledili na javnem razpisu izbrani trije pilotni projekti, ki so bili tudi predmet evalvacije:

1. **Vzpostavitev sistemskega izvajanja dolgotrajne oskrbe v celjski regiji**, ki ga je vodil Zdravstveni dom Celje in je potekal v urbanem okolju,
2. **Koroško središče integriranih skupnostnih storitev dolgotrajne oskrbe** z vodilnim partnerjem Koroški dom starostnikov na semiruralnem območju in
3. **Integrirana oskrba v občini Krško MOST**, ki ga je vodil Center za socialno delo Posavje, enota Krško, in je predstavljal ruralno okolje v projektu.

Pilotni projekti dolgotrajne oskrbe in vodilni partnerji projekta

CELJE

urbano okolje

Vzpostavitev sistemskega izvajanja dolgotrajne oskrbe v celjski regiji

—

ZD Celje

DRAVOGRAD

semiruralno okolje

Koroško središče integriranih skupnostnih storitev dolgotrajne oskrbe

—

KDS Dravograd

KRŠKO

ruralno okolje

Integrirana oskrba v občini Krško MOST

—

CSD Posavje, enota Krško

Družbeni kontekst okolij pilotnih projektov

Pilotni projekti so potekali v okoljih z različnim družbenim kontekstom z vidika geografskih značilnosti, strukture prebivalstva in gostote poseljenosti, izobraževalne infrastrukture in izobrazbe prebivalstva, državne in lokalne ekonomije, dostopnosti stanovanj in tudi z vidika dostopnosti do storitev⁶. Nekatera pilotna okolja so tako, predvsem zaradi naravnogeografskih, pa tudi družbenogeografskih značilnosti, redkeje poseljena kot druga, kar je pomemben podatek za organizacijo služb in storitev dolgotrajne oskrbe (npr. še posebej z vidika organiziranja in zagotavljanja pomoči in domu). V povprečju v pilotnih okoljih zaposleni prejemajo plače, ki so nižje od povprečne slovenske, na delo pa se večinoma vozijo zunaj kraja bivanja. V vseh treh statističnih regijah, v katerih so potekali pilotni projekti, je nekoliko višja stopnja brezposelnosti kot v državnem povprečju, več ljudi umre zaradi bolezni srca in ožilja, več pa je tudi samomorov. Slednje nakazuje na nekatere zdravstvene pa tudi socialne potrebe prebivalstva pilotnih okolij. Prav tako sta pomembna prikaz obstoječih storitev dolgotrajne oskrbe v pilotnih okoljih in ocena njihovega izhodiščnega položaja pri razvijanju teh storitev. Ob boljšem izhodiščnem položaju, bolj utečenih procesih in večji koordinaciji izvajalcev je namreč projekt enostavnejše organizirati. Podatki kažejo, da sta imela predvsem Celje in Krško dobre temelje za nadaljnje delo in razvoj oziroma sta v pilotni projekt zajadrala z zelo dobrimi predispozicijami in v primerjavi z veliko večino drugih slovenskih občin bolje razvijata skupnostne storitve. Občini izstopata z visokim deležem vključenih tako odraslih kot starejših ljudi v pomoč na domu, Celje pa tudi z nižjo povprečno ceno storitve ter višjim povprečnim deležem sofinanciranja občine. Tudi v Dravogradu sicer niso zaostajali preveč; podatki kažejo, da so pomoč na domu v zadnjih letih intenzivno začeli razvijati

in od leta 2009 zvišali število uporabnikov kar za 77 %, cena storitve je v primerjavi z nacionalnim povprečjem nizka. Če te kazalnike povežemo še z razvitostjo institucionalne oskrbe, ugotovimo, da je občina Krško prednostno usmerjena v skupnostne oblike (manj pa v institucionalno varstvo), Celje intenzivno razvija oba tipa oskrbe, koroško pilotno okolje pa pri obeh oblikah dosega povprečen rezultat, vendar pri razvoju obeh hitro napreduje.

Vzpostavitev in organizacija pilotnih projektov

Pilotni projekti so potekali v različno velikih območjih, diferencirali pa so se tudi glede na stopnjo urbaniziranosti okolja, kar je bila tudi predpostavka javnega razpisa. Pilotna okolja so organizirala in vzpostavila različne organizacijske in operativne strukture in se med seboj tako razlikovala glede na število projektnih partnerjev, tip vodilnega partnerja (zdravstveni dom, dom za starejše občane ali center za socialno delo) ter glede na velikost pilotnega okolja z vidika števila vključenih občin (od ene občine do štirih). Tako je v urbanem pilotnem okolju Celje pilotni projekt vodil zdravstveni dom, v semiruralnem pilotnem okolju Dravograd dom za starejše in v ruralnem pilotnem okolju Krško center za socialno delo. Pričakovano je bilo število občin, v katerih so potekali pilotni projekti, največje v urbanem okolju (štiri občine) ter najmanjše v ruralnem (ena občina). Vodilne organizacije pilotnih projektov so bile tiste, ki v obstoječem sistemu dolgotrajne oskrbe delujejo v okviru zdravstvenega ali socialnega resorja ter opravljajo različne storitve – patronažno varstvo, institucionalno varstvo in pomoč na domu. Obratno sorazmerno z velikostjo in urbaniziranostjo okolij so bili v pilotnih okoljih veliki »jedrni timi« oziroma motor pilotnih projektov, saj je bilo največ konzorcijskih partnerjev v ruralnem pilotnem okolju (pet), najmanj pa v urbanem (tri). Poleg

⁶ Več v: Nagode, M., Črnak Meglič A., Dremelj, P., Istenič, A., Lebar, L., Rafaelič, A., Kobal Tomc, B. 2019. Evalvacija pilotnih projektov s področja dolgotrajne oskrbe. Začetno poročilo. Ljubljana: IRSSV.

tega je bila sestava timov heterogena. Vsa pilotna okolja so imela v jedrnem timu zdravstveni dom, dom za starejše ljudi in center za socialno delo, kar je z vidika zagotavljanja integrirane obravnave ključno, saj vključuje organizacije iz zdravstvenega in socialnega sektorja. Poleg tega sta imeli ruralno in semiruralno okolje v timu tudi splošno bolnišnico in izvajalca pomoči na domu v okviru mreže javne službe. Odsotnost izvajalca pomoči na domu v urbanem okolju je bila pri opravljanju pilotnih aktivnosti ovirajoča, predvsem z vidika organizacije dela in integriranega zagotavljanja storitev zdravstvenega in socialnega varstva. Sicer pa je bil v urbanem okolju specifično v konzorcij vključen zavod, ki je zagotavljal socialno pomoč različnim skupinam prebivalstva, v semiruralnem medgeneracijski center, v ruralnem pa varstveno- delovni center in občina. Pri preizkušanju različnih orodij, metod, storitev, dokumentiranja, integrirane obravnave ipd. je bila takšna heterogenost pri izvajalcih in storitvah po različnih okoljih pomembna, saj lahko te razlike implicirajo različne rezultate in s tem različne rešitve za prihodnji sistem dolgotrajne oskrbe.

V izhodišču je bilo pomembno, da so v projektnih okoljih na novo vzpostavili enotno vstopno točko ter zaposlili ustrezen kader. Pri tem so se vsa okolja spopadala z določenimi izzivi. Tako se je na primer zgodilo, da jim v Krškem zaradi objektivnih razlogov ni uspelo vzpostaviti enotne vstopne točke do predvidenega datuma (1. 2. 2019), saj so jo umestili v nove prostore in je bil ta proces dolgotrajnejši kot v drugih dveh okoljih. Poleg tega so v Krškem v timu za osnovna in podporna dnevna opravila sprva zaposlili štiri strokovne delavce namesto predvidenih sedmih (niso zaposlili bolničarja negovalca in socialnega oskrbovalca), saj imajo pri njih oskrbo na domu že dobro razvito⁷ in dodatnih socialnih oskrbovalcev niso potrebovali. Z največjimi kadrovskimi izzivi so se spopadali v Celju, kjer precejšen del celotnega trajanja projekta, čeprav so bile potrebe po kadru zelo velike, niso zaposlovali ustreznega števila strokovnih delavcev

(tako na enotni vstopni točki kot v integriranem timu za oskrbo). Težave pri zaposlovanju so imeli tudi v Dravogradu, kjer so sicer zaposlili zadostno število strokovnih delavcev, ni pa jim med profili uspelo zaposliti bolničarja. Prav tako jim na enotni vstopni točki, četudi so si želeli, ni uspelo zaposliti vseh različnih profilov ocenjevalcev, manjkala sta diplomirani delovni terapevt in diplomirani fizioterapevt. Do predvidenega datuma so v vseh okoljih zaposlili koordinatorja dolgotrajne oskrbe.

Poleg težav z zaposlovanjem ustreznega kadra pa so se predvsem v Celju spoprijemali tudi s številnimi prekinitvami delovnega razmerja ali dolgotrajnimi odsotnostmi zaradi bolezni ali porodniškega dopusta. V času trajanja projekta je delovno razmerje prekinilo 25 zaposlenih, šest pa je bilo v času projekta dolgotrajno odsotnih. V Dravogradu so na projektu prenehali delati štirje zaposleni, trije pa so bili v času projekta dolgotrajno odsotni. V Krškem je na projektu prenehal delati samo koordinator dolgotrajne oskrbe. Upoštevati je sicer treba, da je bilo v Celju predvideno večje število zaposlenih (24) kot v preostalih dveh okoljih (17), tako da je nekoliko večja fluktuacija do neke mere pričakovana, vseeno pa je tam delež zaposlenih, ki so prenehali delati, bistveno višji kot v preostalih dveh okoljih.

Vpliv različnih okoliščin na potek pilotnih projektov

Na projektne aktivnosti v pilotnih okoljih so od sredine marca 2020 naprej močno vplivale tudi razmere, povezane z epidemijo covid-19. Storitve na domu so začasno nudili samo uporabnikom, ki so jih nujno potrebovali in jih njihovi svojci niso mogli zagotoviti. Teh oseb ni bilo veliko, saj je veliko svojcev ostalo doma, bodisi ker so bili na čakanju ali pa so delo opravljali od doma in so tako lahko zagotavljali pomoč. Tudi večina zaposlenih v projektih je začasno delala od doma, na teren pa so

⁷ Nagode, M., Črnak Meglič A., Dremelj, P., Istenič, A., Lebar, L., Rafaelič, A., Kobal Tomc, B. 2019. Evalvacija pilotnih projektov s področja dolgotrajne oskrbe. Začetno poročilo. Ljubljana: IRSSV.

odhajali predvsem zaposleni iz enote za osnovna in podporna dnevna opravila. Ocenjevalci so opravljali le nujne ocene upravičenosti na terenu, vsa okolja pa so nudila podporo uporabnikom po telefonu. Sestankov med zaposlenimi v projektu v tem času ni bilo, komunicirali so po telefonu in e-pošti. Supervizije in izobraževanja tako za zaposlene kot neformalne oskrbovalce so bila odpovedana. Velika težava v okoljih je bilo pomanjkanje zaščitne opreme in nejasna navodila in protokoli za delovanje. Razmere so se začele umirjati v maju 2020, ko so okolja znova začela vzpostavljati sistem delovanja, kot je bil pred epidemijo, seveda ob upoštevanju nekaterih omejitev in ukrepov za preprečevanje širjenja okužbe. Drugi val epidemije je nato sledil jeseni, epidemija je bila ponovno razglašena 18. oktobra 2020 in je trajala do konca izvajanja projektov v Krškem in Celju. Projekti bi se sicer po prvotnem načrtu morali končati 30. junija 2020, vendar pa so ga (v soglasju z naročnikom) v Dravogradu podaljšali do 30. septembra 2020 ter v Celju in Krškem do 31. decembra 2020.

Z javnim razpisom je naročnik projektov določil »model« (vsebino in aktivnosti) pilotnih projektov, ker pa vnaprej ni mogel predvideti vseh okoliščin, v katerih so potekali pilotni projekti, so pilotna okolja nekatere aktivnosti prilagodila obstoječim razmeram, jih nadgradila

ali pa jih izvajala v drugačnih časovnih okvirih. Značilnost pilotnih projektov nasploh je, da omogočajo sprotno prilagajanje okoliščinam, v katerih potekajo, saj je preizkušanje nečesa novega neizogibno povezano tudi z nepredvidljivimi situacijami. Pravzaprav so pilotni projekti namenjeni prav raziskovanju in ustvarjanju novih poti, rešitev, odgovorov. In prav ta prilagodljivost je izziv tudi za evalvacijo, ki mora vedno znova izumljati načine in pristope, prilagojene novonastalim okoliščinam. V primeru evalvacije pilotnih projektov je ravno epidemija covid-19 najbolj posegla v spremembo in prilagoditev merskih instrumentov in načinov izvajanja le-teh.

V projektih, kjer pilotne aktivnosti neposredno vplivajo na življenja ljudi, poleg tega, da odkrivajo nove rešitve, je pomembno tudi, da ne poslabšajo položaja ljudi, ki v njih sodelujejo. Pri izzivih, povezanih s prilagajanjem pilotnih aktivnosti in spoprijemanjem z nepredvidenimi situacijami (npr. epidemija covid-19), bi lahko imela pomembno vlogo širša strokovna skupina (npr. usmerjevalna ali posvetovalna skupina projekta oziroma nacionalni projektne svet za dolgotrajno oskrbo⁸), ki bi spremljala potek pilotnih projektov in nudila strokovne podlage in predloge rešitev na izzive, do katerih pri takšnih projektih nenehno prihaja.

8 V pripravah na pilotne projekte s področja dolgotrajne oskrbe je bila predvidena ustanovitev nacionalnega projektne sveta za dolgotrajno oskrbo, ki bi ga sestavljali MZ, MDDSZ, ZZSZ, ZPIZ, SOS, ZDUS, predstavnik lokalnega projektne sveta, projektne vodje iz pilotnih okolij.

KLJUČNA SPOROČILA

- ▶ Pilotni projekti so namenjeni preverjanju zastavljenih rešitev in ustvarjanju novih odgovorov, poti in dobrih praks. Ker so tovrstne intervencije zahtevne, inovativne in kompleksne, priporočamo, da pri strokovnem krmiljenju sodeluje čim več različnih akterjev, pomembnih za področje, ki se preizkuša. V tem primeru poleg MZ in predstavnikov pilotnih projektov še vsaj ZZS, ZPIZ, MDDSZ, občine ipd.
- ▶ Pilotni projekti so se izvajali v različnih tipih okolij (urbano, semiruralno in ruralno okolje), z različnim družbenim kontekstom in organizacijo dela: vodilni partnerji projektov so bili glede na tip organizacije različni (zdravstveni dom, center za socialno delo in dom za starejše občane), tudi konzorciji so bili različno sestavljeni. Pilotni projekti so torej omogočili vpogled v različne strukture in načine delovanja ter organizacijo dolgotrajne oskrbe v različnih okoljih in okoliščinah.
- ▶ Vzpostavljane pilotnih projektov ter vseh predvidenih struktur in timov je opozorilo na sicer že znano problematiko pomanjkanja kadra na področju dolgotrajne oskrbe ter dalo uvid, s kakšnimi izzivi se bomo v Sloveniji spopadali v prihodnje. Vsa okolja, ena bolj druga manj, so namreč imela težave pri zaposlovanju, saj so nekatere profile težje zaposlili ali pa jih sploh niso (npr. bolničar negovalec, magister kineziologije). Treba bo poskrbeti za privlačnost skrbstvenih poklicev.
- ▶ Poseben izziv pilotnih projektov je bila fluktuacija kadra, za kar je bil vzrok tudi omejen čas izvajanja projekta in s tem nezmožnost ohranjanja trajnosti zaposlitve.
- ▶ Na potek evalvacije sta vplivala tako epidemija covid-19 kot dejstvo, da se pilotni projekti niso končali hkrati. Vse to je vplivalo na večjo fleksibilnost pri zbiranju in obdelavi podatkov. Na podlagi naše tokratne izkušnje evalviranja pilotnih projektov ugotavljamo, da bi bilo zaključni fazi evalvacije treba nameniti bistveno več časa, predvsem končnemu usklajevanju podatkov ter analizi podatkov in pripravi poročila.

UČINKOVITOST METOD IN ORODIJ DOLGOTRAJNE OSKRBE

Ključni element pilotnih projektov so bile metode in orodja dolgotrajne oskrbe, ki so jih preizkušali zaposleni v pilotnih projektih in jih je v dveh ciljnih opredelil tudi javni razpis za pilotna okolja: prvi, »testiranje orodja in postopkov za oceno upravičenosti do dolgotrajne oskrbe (vloga, ocenjevalna lestvica, osebni in izvedbeni načrti, informiranje ciljne javnosti)« ter četrti, »testiranje koordinacijskih mehanizmov in vzpostavitev učinkovite koordinacije med izvajalci socialnega in zdravstvenega varstva ter na novo vzpostavljenimi vstopnimi točkami s ciljem zagotavljanja integrirane storitve za uporabnika«. Posebno pozornost smo v okviru evalvacije namenili tehniki ocenjevanja upravičenosti ter metodama osebno načrtovanje in koordiniranje storitev ter timsko delo.

Ocenjevanje upravičenosti

V vseh pilotnih projektih so skupaj evidentirali 2031 vlog. Pričakovano največ v urbanem okolju Celje (899), nato v semiruralnem okolju Dravograd (631), najmanj vlog pa so prejeli v najmanjšem, ruralnem okolju Krško (501). Manj kot polovico (41,1 %) vlog so oddale osebe, ki živijo v institucionalnem varstvu, pri čemer je bil delež najmanjši v Krškem (22,8 %), bistveno višji pa v Celju (50,3 %) in Dravogradu (42,5 %).

Ocenjevalci so izdelali oceno upravičenosti pri veliki večini vseh vlagateljev (1972 oziroma 97,1 %): v Celju 885, v Dravogradu 612 in v Krškem 475. Pilotna okolja so tako zadostila in konkretno presegla merilo javnega razpisa, da z novim

orodjem za ocenjevanje upravičenosti ocenijo vsaj 600 (Celje) ali 300 oseb (Dravograd, Krško).

Med vsemi ocenjenimi je bilo do storitev pilotnih projektov upravičenih 81,1 % oziroma 1599 oseb. Delež upravičenih med ocenjenimi je bil najnižji v Dravogradu (76,1 %), medtem ko je v Krškem znašal 82,1 % in v Celju 84 %. Od vseh upravičencev, ki so živeli doma, se jih je v storitve pilotnih projektov vključilo 61,2 %. Delež prejemnikov storitev med upravičenimi med okolji izrazito variira. Najnižji je v Celju (47,1 %), sledi mu Dravograd s 65,7 %, najvišji delež upravičenih storitev pa je v oskrbo vključilo pilotno okolje Krško (76,1 %). Opazimo lahko torej precejšen osip med številom upravičencev in prejemnikov storitev, kar je posledica različnih dejavnikov, ki jih konkretnije kontekstualiziramo v nadaljevanju povzetka pri različnih poglavjih.

Če se osredotočimo na ocenjevanje upravičenosti, glede na končne rezultate ocenjevanja ugotovimo, da bi bilo po načinu točkovanja, ki je prevzet iz nemškega modela ocenjevanja (NBA-originalno)⁹, ki v točkovanje ne vključuje modulov »potek vsakdanjega življenja in socialnih stikov« in »sposobnost opravljanja gospodinskih opravil v okolju, kjer oseba prebiva« do storitev dolgotrajne oskrbe upravičenih dobrih 76 % ocenjenih oseb. Po obeh predlaganih različicah točkovanja za Slovenijo pa bi bilo do storitev dolgotrajne oskrbe upravičenih približno 80 %. Ocenjujemo, da so prilagoditve modulov, kot so prikazane v naslednji preglednici, ustrezne in predlagamo njihovo rabo še naprej.

Analiza ugotovljenih kategorij upravičenosti do oskrbe z novim ocenjevalnim orodjem za stanovalce domov za starejše in pripisanih

⁹ Več o orodju za ocenjevanje upravičenosti v: Lebar, L., Dremelj, P., Flaker, V., Rode, N., Mali, J., Peternelj, A., Smolej Jež, S., Kobal Tomc, B. 2017. Priprava podlag za izvedbo pilotnih projektov, ki bodo podpirali prehod v izvajanje sistemskega zakona o dolgotrajni oskrbi, Aktivnost I: Priprava orodij za ugotavljanje potreb uporabnikov, metodika postopka ter ugotavljanje upravičenosti do storitev dolgotrajne oskrbe. Ljubljana: IRSSV.

Vlagatelji, ocenjeni, upravičeni in uporabniki storitev pilotnih projektov

	Skupaj	Celje	Krško	Dravograd
Vlagatelji (N)	2031	899	501	631
Vlagatelji v institucionalnem varstvu (N)	834	452	114	268
Vlagatelji, ki živijo doma (N)	1197	447	387	363
Ocenjeni (N)	1972	885	475	612
Ocenjeni, ki živijo doma (N)	1147	434	361	352
Upravičenci med ocenjenimi (N)	1599	743	390	466
Upravičenci med ocenjenimi, ki živijo doma (N)	897	378	289	230
Prejemniki storitev (N)	549	178	220	151
Vlagatelji iz institucionalnega varstva (%)	41,1	50,3	22,8	42,5
Vlagatelji iz domačega okolja (%)	58,9	49,7	77,2	57,5
Ocenjeni (v %)	97,1	98,4	94,8	97,0
Ocenjeni iz domačega okolja (%)	95,8	97,1	93,3	97,0
Upravičenci med ocenjenimi (v %)	81,1	84,0	82,1	76,1
Upravičenci med ocenjenimi v domačem okolju (%)	78,2	87,1	80,1	65,3
Neupravičeni med ocenjenimi (v %)	18,9	16,0	17,9	23,9
Prejemniki storitev med upravičenimi, ki živijo doma (v %)	61,2	47,1	76,1	65,7

kategorij oskrbe glede na prevedbeno preglednico iz 157. člena (3. točka) predloga zakona o dolgotrajni oskrbi iz leta 2020 je odkrila velike razlike in s tem pokazala na nujnost razmisleka glede izvedbe ocene upravičenosti tudi za tiste, ki živijo v institucionalnem varstvu. Pri tem se seveda prav tako poraja vprašanje ustreznosti sedanje ureditve kategorizacije oskrbe, ki pa ni bila predmet te evalvacije.

Ocenjevalno orodje po mnenju ocenjevalcev zajema vsa področja, relevantna za oceno upravičenosti, poudarjajo pa tudi, da je treba ohraniti sedmi in osmi modul ocenjevalnega obrazca.

Da je ocenjevalno orodje nasploh primerno za ocenjevanje upravičenosti, smo pokazali tudi s pojasnjevalnim modelom dejavnikov vpliva na kategorizacijo upravičenosti. Tako nismo ugotovili statistično značilnih razlik v verjetnosti uvrstitve v višjo kategorijo glede na spol in pričakovano značilne razlike glede na starost, izobrazbo, prejemanje dodatka za pomoč in postrežbo, bivanje v institucionalnem okolju oziroma prejemanje določene oblike dolgotrajne oskrbe, razloge, ki odražajo bolj konkretne težave (v primerjavi s starostno oslabelostjo). Rezultati analize so pokazali, da pri osebah, ki živijo v semiruralnem ali ruralnem okolju, verjetnost uvrstitve v višjo kategorijo oskrbe v povprečju ni statistično značilno različna od verjetnosti uvrstitve v urbanem okolju.

Za potrebe zagotavljanja ustrezne kakovosti ocenjevanja in tudi zagotavljanja ustreznih profilov pri zaposlovanju novih kadrov, ki bodo izvajali ocenjevanje v upravičenosti v novem sistemu dolgotrajne oskrbe, je bilo nujno ugotoviti, ali so različni profili ocenjevalcev v okviru pilotnih projektov različno ocenjevali posamezne vlagatelje in so bile torej ocene tudi posledica profila ocenjevalca. Dobljeni rezultati statistično značilnih razlik niso potrdili. Na demokratičnem forumu so se ocenjevalci tudi strinjali, da je izobrazbeni profil ocenjevalca lahko tako s področja zdravstva kot tudi socialnega varstva, zaželeno pa je, da ima eden ali drug profil predizobrazbo ali dodatno izobrazbo drugega profila. Prav tako so

si bili enotni v tem, da je pomembno, da je tim ocenjevalcev na enotnih vstopnih točkah glede na izobrazbo ocenjevalcev čim bolj heterogen.

Koncept ocenjevanja upravičenosti, ki so ga uporabili v pilotnih projektih, temelji na spremenjeni paradigmi, kjer je v ospredju uporabnikova samostojnost nasproti njegovi odvisnosti; iščemo torej močne točke uporabnika ter načine, kako ga, ko potrebuje pomoč, ustrezno podpreti. Ocenjevalci so se na demokratičnem forumu ob koncu izvajanja pilotnih projektov strinjali, da je vrednotenje samostojnosti oseb ustrezen način ocenjevanja upravičenosti vlagateljev. Pri tem ocenjevalec vlagatelja ocenjuje glede na njegovo trenutno stanje in ne upošteva širšega konteksta prejemanja pomoči (npr. pomoči neformalnih oskrbovalcev). Ocenjevalec mora izhajati iz tega, da vlagatelj živi sam in na tej podlagi oceniti, koliko pomoči potrebuje za izvedbo posameznih aktivnosti. Izhodišče pri ocenjevanju so potrebe vlagatelja. Ocenjevanje upravičenosti vlagatelja mora potekati na enak način, ne glede na to, kje vlagatelj živi. Ob večji spremembi življenjskih okoliščin uporabnika, za katero presodimo, da lahko vpliva na količino pomoči, ki jo uporabnik potrebuje, pa predlagamo izvedbo ponovne ocene upravičenosti.

Ocenjevalci menijo, da so relativno dobro usposobljeni za ocenjevanje upravičenosti do storitev dolgotrajne oskrbe, kljub temu pa so poudarili potrebo po dodatnih, predvsem vsebinskih izobraževanjih. Kot nujna usposabljanja, ki bi jih morali biti deležni ocenjevalci, so: dodatna izobraževanja s področja zdravstva in socialnega varstva, delavnice (npr. zapis življenjskih okoliščin), izobraževanja s področja komunikacije, usposabljanja s področja demence, motenj v duševnem razvoju, odvisnosti, uporabe medicinsko-tehničnih pripomočkov. Nujno je, da v začetnem obdobju ocene upravičenosti izvajajo skupaj z ekspertnimi ocenjevalci (najmanj deset skupnih ocen), da so jim omogočena redna evalvacijska in supervizijska srečanja ter da imajo možnosti medsebojnega in dodatnega strokovnega posvetovanja.

Čeprav so ocenjevalci ocenjevali sami (ocenjevanje v paru so izvajali le na začetku izvajanja pilotnih projektov in pri ocenjevanju vlagateljev skupaj z ekspertnimi ocenjevalci), večinoma menijo, da bi bilo v prihodnje bolj smotrno ocenjevanje izvajati v paru. Prednost dveh ocenjevalcev pri ocenjevanju vlagateljev se kaže tako v tehničnem smislu izvedbe ocenjevanja kot v večji strokovnosti in objektivnosti ocenjevanja in tudi v občutku varnosti samih ocenjevalcev.

Različice točkovanja ocenjevanja upravičenosti (delež skupne ocene)

	NBA - originalno	zmanjšan M4	zmanjšan M5
M1			
Zmožnost gibanja v okolju, kjer oseba prebiva	10 %	10 %	10 %
M2+M3			
Kognitivne in komunikacijske sposobnosti + Vedenje in duševno zdravje	15 %	15 %	15 %
M4			
Sposobnost samooskrbe v okolju, kjer oseba prebiva	40 %	35 %	40 %
M5			
Sposobnost spoprijemanja z boleznijo in z zdravljenjem povezanimi zahtevami in obremenitvami	20 %	20 %	15 %
M6+M7			
Potek vsakdanjega življenja in socialnih stikov + Sposobnost aktivnosti zunaj domačega okolja	15 % (samo M6)	10 %	10 %
M8			
Sposobnost opravljanja gospodinjskih opravil v okolju, kjer oseba prebiva	0 %	10 %	10 %

KLJUČNA SPOROČILA

- ▶ Ocenjevanje upravičenosti je novost v slovenskem prostoru in v okviru pilotnih projektov preizkušeno prvič. Izkušnje in rezultati pilotnih projektov z ocenjevanjem upravičenosti so zato izjemno pomembni.
- ▶ Statistične analize so pokazale, da je orodje za oceno upravičenosti ustrezno, prav tako je bila potrjena statistična ustreznost predlaganih prilagoditev točkovanja modulov.
- ▶ Pomembni sta tudi ugotovitvi, da je bila struktura vlagateljev glede na kategorijo oskrbe zelo podobna ne glede na tip okolja in da različni profili ocenjevalcev niso vplivali na uvrstitev vlagatelja v določeno kategorijo.
- ▶ Da je orodje za oceno upravičenosti ustrezno, so potrdili tudi ocenjevalci, ki prepoznajo koncept vrednotenja samostojnosti oseb kot ustrezen način ocenjevanja upravičenosti vlagateljev.
- ▶ Ocenjevanje upravičenosti mora potekati enako ne glede na to, kje se ocenjevanje izvaja. Ocenjevalec mora izhajati iz tega, da oseba živi sama, in na tej podlagi oceniti, koliko pomoči potrebuje za izvedbo posameznih aktivnosti. Ob večji spremembi življenjskih okoliščin, za katero predpostavimo, da lahko vpliva na količino pomoči, ki jo oseba potrebuje, pa predlagamo ponovno oceno upravičenosti.
- ▶ Izobrazbeni profil ocenjevalca je lahko s področja zdravstva ali socialnega varstva, zaželeno pa je, da ima eden ali drug profil predizobrazbo ali dodatno izobrazbo drugega profila. Priporočljivo je, da so timi na enotnih vstopnih točkah glede na izobrazbo ocenjevalca čim bolj heterogeni.
- ▶ Pri uvajanju novih profilov, kot je ocenjevalec, so pomembna stalna usposabljanja, tako teoretična kot praktična.
- ▶ Ocenjevalci, ki so bili zaposleni v pilotnih projektih, lahko tvorijo pomembno učno bazo pri nadaljnjih usposabljanjih za ocenjevanje upravičenosti.

Osebno načrtovanje in koordiniranje storitev

Osebno načrtovanje so v tujini začeli razvijati v osemdesetih letih 20. stoletja, ko se je bilo treba nujno organizirati in koordinirati izvajanje oskrbe v skupnosti¹⁰. V Sloveniji se je metoda začela uveljavljati na začetku devetdesetih let prejšnjega stoletja, ko jo je pri nas predstavil David Brandon (1994)¹¹. Danes osebno in individualno načrtovanje v Sloveniji predpisujejo tudi različni zakoni (npr. Zakon o duševnem zdravju, Zakon o osebnih asistenci). Mednarodne smernice na področju dolgotrajne oskrbe poudarjajo, da je namen osebnega načrta zagotoviti skladnost med tem, kaj človek potrebuje, kako želi živeti in kakšno podporo želi pri tem prejemati¹².

Osebno načrtovanje v dolgotrajni oskrbi so tako preizkušali tudi pilotni projekti. Javni razpis za izvajanje pilotnih projektov je namreč kot eno izmed aktivnosti opredelil *»oceno upravičenosti do dolgotrajne oskrbe z enotnim ocenjevalnim orodjem in izdelavo osebnega ter izvedbenega načrta«*. V nadaljevanju pa kot enega od ciljev postopka ocenjevanja še *»izdelavo osebnega načrta z aktivnim sodelovanjem uporabnika in njegovih svojcev, upoštevanje socialno mrežo uporabnika in možnosti vključevanja prostovoljcev in drugih storitev v skupnosti«*. Osebno načrtovanje je izvajal koordinator dolgotrajne oskrbe, ki je izvajal tudi *»koordinacijo tima in koordinacijo med socialnim in zdravstvenim varstvom ter na novo vzpostavljeno vstopno točko ter neformalnimi oskrbovalci, vključno z organiziranimi prostovoljci«*. Nadalje je javni razpis še podrobneje opredelil koordinacijo: *»koordinacija med timom integrirane oskrbe in vstopno točko za dolgotrajno oskrbo (sodelovanje s strokovnim delavci enotne vstopne točke ob vstopu uporabnika v sistem dolgotrajne oskrbe, sodelovanje na mesečnih sestankih koordinatorjev dolgotrajne*

oskrbe, zaposlenih pri izvajalcu formalne oskrbe, in strokovnimi delavci vstopne točke, obveščanje vstopne točke o spremembi izvedbenega načrta uporabnika),

▷ koordinacija tima dolgotrajne oskrbe za izvajanje integrirane oskrbe (načrtovanje obiskov pri uporabnikih v formalni in neformalni oskrbi in koordinacija izvajanja storitev tako pri uporabnikih v formalni kot neformalni oskrbi),
▷ koordinacija med vsemi partnerji v pilotnem okolju (vzpostavitev in izvajanje protokolov sodelovanja za zagotavljanje integrirane oskrbe z izvajalci zdravstvenega in socialnega varstva) ter koordinacija vključevanja neformalnih oskrbovalcev, vključno z organiziranimi prostovoljci v oskrbo (beleženje oblike in pogostosti sodelovanja/kontaktov pri posameznem uporabniku, število vključenih prostovoljcev in beleženje števila opravljenih prostovoljskih ur)«.

Koordinator dolgotrajne oskrbe v pilotnih projektih je bil torej tisti poklicni profil, ki je skrbel za ohranjanje središčne vloge uporabnika tako pri načrtovanju kot tudi izvajanju osebnega načrta. Temelj za njegovo delo je bil osebni načrt z izvedbenim načrtom. Kot je že iz opredelitev nalog v javnem razpisu razvidno, je opravljal veliko količino različnih nalog.

Mesto koordinatorja dolgotrajne oskrbe sta v pilotnih projektih glede na javni razpis lahko zasedla ali diplomirani socialni delavec ali diplomirana medicinska sestra, v praksi pa je med koordinatorji dolgotrajne oskrbe prevladoval socialno-delavski profil. Izkušnja pilotnega projekta je pokazala, da so koordinatorji dolgotrajne oskrbe lahko tako socialni delavci kot medicinske sestre, profila pa bi bilo dobro, da se med seboj dopolnjujeta in združujeta načela delovanja obeh strok. Koordinator dolgotrajne oskrbe potrebuje namreč znanja tako iz zdravstvenega kot socialnovarstvenega sistema,

¹⁰ Flaker, V., Mali, J., Rafaelič, A., in Ratajč, S. 2013. Osebno načrtovanje in izvajanje storitev. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

¹¹ Brandon, D. in Brandon, A. 1994. Jin in jang načrtovanja psihosocialne skrbi. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

¹² European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care. 2012. Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care (Guidance on implementing and supporting a sustained transition from institutional care to family-based and community-based alternatives for children, persons with disabilities, persons with mental health problems and older persons in Europe). Brussels. Dostopno prek: <https://deinstitutionalisationdotcomfiles.wordpress.com/2017/07/guidelines-final-english.pdf>. (4. 10. 2019).

oba mora dobro poznati, saj le tako lahko opravlja svojo vlogo celostno in povezujoče.

V okviru evalvacije smo posebno pozornost namenili analizi osebnih načrtov in aneksov, ki jih je skupaj z uporabniki pripravilo sedem različnih koordinatorjev dolgotrajne oskrbe. Prejeli smo skupno 576 osebnih načrtov (181 Celje, 159 in 236 Krško) in 71 aneksov k osebnim načrtom (35 Celje, 9 Dravograd in 27 Krško). Vsa tri pilotna okolja so uporabljala isto predlogo osebnega načrta (pripravil jo je naročnik), ki je obsegala naslednje informacije: osebne in kontaktne podatke o upravičencu in njegovem zakonitem zastopniku, življenjske razmere upravičenca, dolgoročne in kratkoročne cilje, morebitne predloge dodatnih strokovnih ciljev in ukrepov ter povezavo oziroma vključitev drugih služb/izvajalcev oziroma vključitev organiziranih prostovoljcev. V nadaljevanju je sledil izvedbeni načrt, kjer je bila po posameznem cilju zapisana njegova izvedba z opisom storitve in termini izvajanja ter datum začetka in konca izvajanja storitve. V osebni načrt je bila možnost vpisati še, kako so se vključevale druge službe s področja zdravstvenega in socialnega varstva, prostovoljci ali izvajalci neformalne oskrbe, kolikšen je bil obseg neformalne oskrbe v urah ter vsebina prejetih storitev neformalne oskrbe in dodatne morebitne pripombe za obravnavo v dolgotrajni oskrbi. Osebni načrt sta podpisala upravičenec in koordinator dolgotrajne oskrbe, s čimer sta potrdila njegovo veljavnost. Tako je ta postal podlaga za začetek izvajanja storitev dolgotrajne oskrbe v okviru pilotnih projektov.

Z evalvacijo smo ugotovili, da so življenjske razmere v osebnem načrtu koordinatorji dolgotrajne oskrbe zapisali le kot skrajšano različico zapisa življenjskih razmer iz ocene upravičenosti, ki so jo zapisali ocenjevalci. Ta dva dela postopka bi bilo treba natančneje ločiti, iz analize je namreč razvidno, da je v pilotnem projektu umanjala natančna opredelitev, kaj so življenjske okoliščine oziroma razmere in kaj je življenjska zgodba. Razmejitev bi lahko bila takšna, da bi ocenjevalec v oceno upravičenosti zapisal življenjske okoliščine in razmere na primer

po vzoru zapisa za ugotavljanje upravičenosti do osebne asistencije, koordinator dolgotrajne oskrbe pa širše, v obliki življenjske zgodbe. Izkazalo se namreč je, da je bila prav življenjska zgodba šibkejši vidik osebnega načrtovanja – iz pregledanih osebnih načrtov se namreč niso jasno zrcalile želje in cilji uporabnika. V izvedbenih načrtih so bile v večini primerov vpisane storitve, ki so jih uporabniki prejeli v okviru pilotnih projektov, ne pa tudi storitve drugih izvajalcev (na primer pomoč na domu, nevladne organizacije, neformalna pomoč). Cilje so koordinatorji dolgotrajne oskrbe pisali precej strukturirano: zelo kratki, zapisani na podoben način pri različnih uporabnikih, vezani na pomoč z vidika zdravstvenega stanja uporabnika. Večina zapisanih ciljev je bila kratkoročna; včasih so koordinatorji dolgotrajne oskrbe namreč težko ločili med kratkoročnimi in dolgoročnimi. Z vpeljavo časovnice izvedbe cilja bi lahko premostili delitev na kratkoročne in dolgoročne ter tako pisali samo o ciljih.

V praksi se lahko zgodi, da vsi cilji, ki so zajeti v življenjski zgodbi, niso nujno vezani na izvajanje storitev, klasificiranih kot storitve dolgotrajne oskrbe, vendar jih je treba kljub temu zapisati in opredeliti, kdo jih bo realiziral oziroma katere druge službe oziroma organizacije bodo še vključene, da bodo cilji udejanjeni. Če tega ne storimo, ostaja oskrba razdrobljena in ne moremo govoriti o integraciji storitev ali integrirani oskrbi.

Da bi zadostili tendencam moderne dolgotrajne oziroma integrirane oskrbe, ki poudarja celosten pogled na življenje in potrebe uporabnika, bi bila za zapisovanje osebnega načrta, ki bo v uporabi v sistemu dolgotrajne oskrbe, oblika po metodi, za katero so bili usposobljeni koordinatorji dolgotrajne oskrbe v okviru pilotnih projektov, ustrezna: osebni načrt z opisom uporabnikove življenjske zgodbe, iz katere izhajajo njegovi cilji, iz njih pa v izvedbenem načrtu storitve, ki se izvajajo znotraj in onkraj dolgotrajne oskrbe. Tak osebni načrt je dovolj široko zastavljen, da zaobjame vse vidike uporabnikovega življenja, in iz katerega lahko informacije za začetek dela

z uporabnikom črpajo vsi vpleteni v izvajanje oskrbe. Tako se ognemo tudi temu, da bi uporabnik ponavljal isto različnim strokovnjakom, ki sodelujejo z njim. Poudarjamo, da je nujno, da je osebni načrt izdelan ob prisotnosti in sodelovanju uporabnika, ki mora imeti vpogled in nadzor nad vsemi koraki načrtovanja. Če se uporabnik ne počuti dovolj kompetentnega za oblikovanje svojega osebnega načrta, ga mora pri tem spodbujati in opogumljati zapisovalec osebnega načrta ter v izdelavo osebnega načrta vključiti tudi njegove svojce in neformalne oskrbovalce.

Osebno načrtovanje tako pomeni velik izziv in odmik od ustaljenih vzorcev delovanja, kar se je pokazalo tudi v pilotnih projektih. Koordinatorji dolgotrajne oskrbe so namreč opozarjali in poudarjali, da bi potrebovali več izobraževanj in stalne podpore pri svojem delu. Ugotavljamo, da so za izvajanje metode, kot je osebno načrtovanje, nujna kakovostna usposabljanja, ki bi ponudila orodja in znanja koordinatorjem dolgotrajne oskrbe za izdelavo poglobljenih in dobro zastavljenih osebnih načrtov. Naučiti se morajo spretnosti za sodelovanje z uporabnikom, kjer je v središču uporabnik in kjer se pozicija moči prenese s strokovnjaka na uporabnika.

Kot je to imenoval eden izmed koordinatorjev dolgotrajne oskrbe, je bilo delo koordinatorjev dolgotrajne oskrbe »multifunkcijsko«. Poleg osebnega načrtovanja so v projektu opravljali še koordinacijo med različnimi akterji in aktivnostmi, njihovo delo pa je bilo izrazito timsko. Obsežen nabor različnih nalog pa je bil glavni vzrok, da so se koordinatorji dolgotrajne oskrbe v pilotnih projektih čutili preobremenjene in podhranjene v obsegu neposrednega dela z uporabniki.

Pomemben učinek pilotnih projektov, na katerega so opozarjali tudi koordinatorji dolgotrajne oskrbe in ga je bilo mogoče opaziti v vseh treh pilotnih okoljih, se je pokazal v okrepljenem odnosu in sodelovanju med službami in profili zdravstvenega in socialnega varstva na polju skupnostne oskrbe. Kljub temu pomembnemu premiku pa smo v okviru evalvacije zaznali, da je prostora za izboljšave še kar nekaj.

»Ocenjujem, da je preprosto preveč dela za enega samega koordinatorja pri tako velikem številu ljudi.«

»Jaz sem mogoče imela popačeno predstavo. Blazno sem si želela opravljati več socialnega dela.«

Koordinatorica dolgotrajne oskrbe

KLJUČNA SPOROČILA

- ▶ Za uporabo metode osebnega načrtovanja bi bilo potrebnih več usposabljanj ter stalno spremljanje izdelave osebnih načrtov, da bi s tem zagotavljali podporo koordinatorjem dolgotrajne oskrbe pri še bolj v uporabnika usmerjenih in široko zastavljenih osebnih načrtih.
- ▶ V osebnih načrtih naj bo zapisana življenjska zgodba uporabnika, ki nudi večjo širino spoznavanju njegovega konteksta ter jasneje zrcali njegove želje in cilje kot življenjske okoliščine iz ocene upravičenosti, ki so jo koordinatorji dolgotrajne oskrbe uporabljali pri osebnem načrtovanju.
- ▶ Da bi se izognili razdrobljenosti oskrbe posameznika, predlagamo, da naj bodo vsi cilji iz življenjske zgodbe zapisani v osebni načrt z načrtom, kdo jih bo realiziral oziroma katere druge službe/ organizacije bodo še vključene v njihovo udejanjanje.
- ▶ Za prihodnjo uporabo metode osebnega načrtovanja v dolgotrajni oskrbi bi bilo treba opredeliti, kakšna oblika osebnega načrta in zapisovanja življenjske zgodbe naj bo v uporabi – široko zastavljen osebni načrt ali osebni načrt, osredotočen na storitve dolgotrajne oskrbe. Glede na odločitev bo treba prilagoditi obrazce in navodila ter usposobiti zaposlene.
- ▶ Izkazalo se je, da je vloga koordinatorja dolgotrajne oskrbe smiselna in za nadaljnje delo z uporabniki ključna. Predlagamo, da se normativ števila uporabnikov, s katerimi naj bi sodeloval posamezni koordinator dolgotrajne oskrbe, postavi dovolj nizko, da bo lahko pri svojem delu sledil metodi osebnega načrtovanja in koordiniranja storitev, za katero je bil usposobljen.
- ▶ Pilotni projekti so potrdili, da je koordinator dolgotrajne oskrbe središčni profil dolgotrajne oskrbe, njegovo delo pa izrazito timsko.
- ▶ Glede na opozorila koordinatorjev dolgotrajne oskrbe iz pilotnih okolij v prihodnje predlagamo uvedbo možnosti zagotovitve »prehodnega paketa storitev« ali »začetnega paketa storitev«, ki bi ga uporabnik prejemal po opravljeni oceni upravičenosti, v času nastajanja in prilagajanja osebnega in z njim izvedbenega načrta njegovim potrebam.
- ▶ Predlagamo sistematično seznanjanje koordinatorjev dolgotrajne oskrbe s socialnim modelom sodelovanja z uporabnikom, kot ga predvideva metoda osebnega načrtovanja.

Timsko delo

V pilotnih projektih je delovalo več timov: tim ocenjevalcev na enotni vstopni točki ter tim za integrirano oskrbo, ki sta ga sestavljala tim za ohranjanje samostojnosti in tim za oskrbo. Timi po pilotnih okoljih so bili približno enako številčni, povezoval in koordiniral jih je koordinator dolgotrajne oskrbe.

Analizo timskega dela zaposlenih smo analizirali skozi dinamiko njihovega delovanja ter povezovanja oziroma medsebojnega sodelovanja. Pri analizi smo se večinoma oprli na vprašalnik omrežij socialnih opor. Ugotavljamo, da so informacije, povezane z delom in delovnim procesom, ter nasvete pri razreševanju delovnih izzivov večinoma dajali vodstveni kadri, predvsem koordinatorji oskrbe in vodje projekta. Za pogovor ob težavah na delovnem mestu so se zaposleni v pilotnih okoljih Celje in Krško bolj obračali na druge sodelavce kot na vodstvene kadre, in sicer je imel v pilotnem okolju Celje središčno vlogo zaposleni na enotni vstopni točki, v Krškem pa zaposleni na enoti za ohranjanje samostojnosti. V pilotnem okolju Dravograd je imel središčno vlogo koordinator dolgotrajne oskrbe. Pregled dinamike delovanja timov kaže, da se je ta med pilotnim projektom spreminjala in ob koncu projekta zavzela značaj timskega dela, tj. sodelovanja tako med zaposlenimi znotraj posameznih timov kot tudi med zaposlenimi iz različnih timov. Spremembe v načinih delovanja so še posebej opazne v pilotnih okoljih Dravograd in Krško. Razloge za

to lahko iščemo tudi v dinamiki sestankov med zaposlenimi v posameznih pilotnih okoljih. V pilotnem okolju Celje je bilo teh relativno malo (26), saj so večinoma potekali enkrat mesečno, v nekaterih obdobjih pa celo enkrat na dva meseca. Sestankov znotraj posameznih timov skoraj ni bilo. V Krškem so organizirali številne sestanke (83), ki so bili večinoma ločeni na sestanke tima za integrirano oskrbo in sestanke ocenjevalcev enotne vstopne točke. Tudi v pilotnem okolju Dravograd so imeli med projektom veliko sestankov (63), največ med ocenjevalci enotne vstopne točke in koordinatorjem dolgotrajne oskrbe, kar je bila tudi posledica tega, da so bili ocenjevalci in koordinator dolgotrajne oskrbe na različnih lokacijah. V okolju so v času projekta organizirali tudi več sestankov integriranega tima za oskrbo in ocenjevalci.

Rezultati zagotovo kažejo na središčno vlogo koordinatorja oskrbe v vseh treh pilotnih okoljih, tako pri izmenjavi informacij, povezanih z delom in delovnim procesom, kot tudi pri dajanju strokovnih nasvetov pri razreševanju delovnih izzivov. Poleg koordinatorja dolgotrajne oskrbe je pomemben vir tovrstne opore tudi vodja projekta. Pri težavah na delovnem mestu so se zaposleni pogovarjali z različnimi sodelavci, v tem primeru je bila vloga vodstvenih kadrov nekoliko manjša. Ker gre za pogovor, se zaposleni najverjetneje obračajo na osebe, ki so jim blizu ne toliko po strokovni kot po človeški plati. Opaziti je torej, da je imel koordinator dolgotrajne oskrbe med zaposlenimi izrazito povezovalno vlogo in da so se zaposleni povezovali med seboj tako znotraj timov kot tudi med timi.

KLJUČNA SPOROČILA

- ▶ Dinamika delovanja timov je bila v pilotnih okoljih različna. Medtem ko v pilotnih okoljih Dravograd in Krško ob koncu projekta opažamo medsebojno sodelovanje med zaposlenimi znotraj posameznih timov kot tudi med zaposlenimi iz različnih timov, pa se v pilotnem okolju Celje tovrstno sodelovanje ni vzpostavilo. Razloge za to lahko iščemo tudi v manjšem številu formalnih sestankov med zaposlenimi v Celju v primerjavi z drugima dvema pilotnima okoljema.
- ▶ Koordinator dolgotrajne oskrbe je imel v vseh treh pilotnih okoljih središčno in povezovalno vlogo tako pri izmenjavi informacij, povezanih z delom in delovnim procesom, kot tudi pri dajanju strokovnih nasvetov pri razreševanju delovnih izzivov.

UČINKOVITOST POSTOPKOV DOLGOTRAJNE OSKRBE

Evalvatorji smo spremljali postopek zagotavljanja dolgotrajne oskrbe v okviru pilotnih projektov, ki so ga testirala pilotna okolja in je vseboval naslednje korake: oddaja vloge za uveljavljanje pravice do dolgotrajne oskrbe, ugotavljanje upravičenosti, vključitev koordinatorja za dolgotrajno oskrbo v delo z upravičencem in izdelava osebnega načrta, izvajanje storitev, izvajanje ponovnih ocenjevanj upravičenosti in redefiniranje obsega storitev. Pozorni smo bili na strukturo in vsebino postopkov, ki sta bili v vseh treh pilotnih okoljih v veliki meri enaki. Različne prakse v okviru posameznega okolja so se pojavljale le pri nekaterih točkah procesa.

Pilotna okolja so v okviru postopkov dolgotrajne oskrbe, opisanih v nadaljevanju, uporabljala različne obrazce in dopise:

- Vloga za uveljavljanje pravice do dolgotrajne oskrbe v okviru projekta »Izvedba pilotnih projektov, ki bodo podpirali prehod v izvajanje sistemskega zakona o dolgotrajni oskrbi«,
- Obrazec Privolitjev za zbiranje in obdelovanje osebnih podatkov,
- Mnenje osebnega zdravnika ali lečečega specialista o relevantnem zdravstvenem stanju zavarovane osebe,
- Ocenjevalna lestvica,
- Ocena upravičenosti do dolgotrajne oskrbe v okviru projekta »Izvedba pilotnih projektov, ki bodo podpirali prehod v izvajanje sistemskega zakona o dolgotrajni oskrbi«,
- Ocena upravičenosti do dolgotrajne oskrbe v okviru projekta »Izvedba pilotnih projektov, ki bodo podpirali prehod v izvajanje sistemskega zakona o dolgotrajni oskrbi« za osebe v instituciji,
- Osebni načrt za izvajanje dolgotrajne oskrbe v okviru pilotnih aktivnosti »Izvedba pilotnih

projektov, ki bodo podpirali prehod v izvajanje sistemskega zakona o dolgotrajni oskrbi«,

- Aneks k osebnemu načrtu za izvajanje dolgotrajne oskrbe v okviru pilotnih aktivnosti »Izvedba pilotnih projektov, ki bodo podpirali prehod v izvajanje sistemskega zakona o dolgotrajni oskrbi«,
- Dopise o upravičenosti oziroma neupravičenosti do dolgotrajne oskrbe so v pilotnih okoljih pošiljali poleg obrazca ocene upravičenosti,
- Obrazci, dopisi, vloge in pogodbe za storitve e-oskrbe, e-zdravja in telemedicinske podpore,
- V pilotnih okoljih so zaposleni v enoti za ohranjanje samostojnosti ustvarili obrazce za, kot so jih poimenovali, individualno kineziološko, fizioterapevtsko ali delovnoterapevtsko obravnavo.

Nekatere obrazce je sestavil in s pilotnimi okolji uskladił naročnik pilotnih projektov. Nekaj obrazcev (vloga za dolgotrajno oskrbo, obrazec za osebni načrt) so naročnik in pilotna okolja zaradi potreb evalvacije ali izkušnje v praksi spreminjali tudi še po začetku izvajanja pilotnih aktivnosti (predvsem v januarju in februarju 2019). Nekatere obrazce in dopise so okolja ustvarila sama ter jih po uskladitvi in odobritvi naročnika uporabljala pri izvajanju pilotnih projektov.

Na naslednji sliki shematično prikazujemo in v nadaljevanju na kratko povzamemo sosledje posameznih korakov celotnega postopka za uveljavljanje pravic do dolgotrajne oskrbe v pilotnih projektih, ki se je začel z oddajo vloge za uveljavljanje pravic do dolgotrajne oskrbe na enotno vstopno točko. Četudi so pilotni projekti zagotavljali le storitve na domu, so vlogo lahko oddali tudi stanovančci institucionalnega varstva, saj je bil eden izmed namenov projektov testirati orodje za ocenjevanje upravičenosti v različnih oblikah oskrbe, tudi na področju

institucionalnega varstva. Če je bila vloga popolna, je vlagatelja obiskal ocenjevalec in z njim opravil oceno upravičenosti do storitev dolgotrajne oskrbe. Če je bil ocenjen kot upravičen, ga je obiskal koordinator dolgotrajne oskrbe s katerim sta izdelala osebni načrt. Vzporedno je tudi že stekla komunikacija med zaposlenimi in priprave na izvajanje oskrbe. S potrditvijo osebnega načrta je uporabnik lahko začel prejemati storitve. Po pol leta se je del postopka ponovil, in sicer je ocenjevalec znova preveril upravičenost uporabnika do storitev dolgotrajne oskrbe v okviru pilotnega projekta. Če je bil uporabnik tudi ob ponovnem ocenjevanju ocenjen kot upravičen, ga je znova obiskal koordinator dolgotrajne oskrbe, da sta pripravila revizijo osebnega načrta. Kakšni so bili v posameznih korakih postopka še drugi možni izidi, ponazarja shema postopka na naslednji strani.

Med postopki v okviru izvajanja pilotnih projektov dolgotrajne oskrbe je treba nujno poudariti inovacijo – ocenjevanje upravičenosti na domu, s čimer so se strokovnjaki pomembno približali uporabniku in njegovemu življenjskemu prostoru, česar doslej v tako veliki in temeljiti meri v slovenskem prostoru socialnega varstva nismo poznali. Ocenjevanje upravičenosti na domu je praksa, ki jo je treba ohraniti in spodbujati.

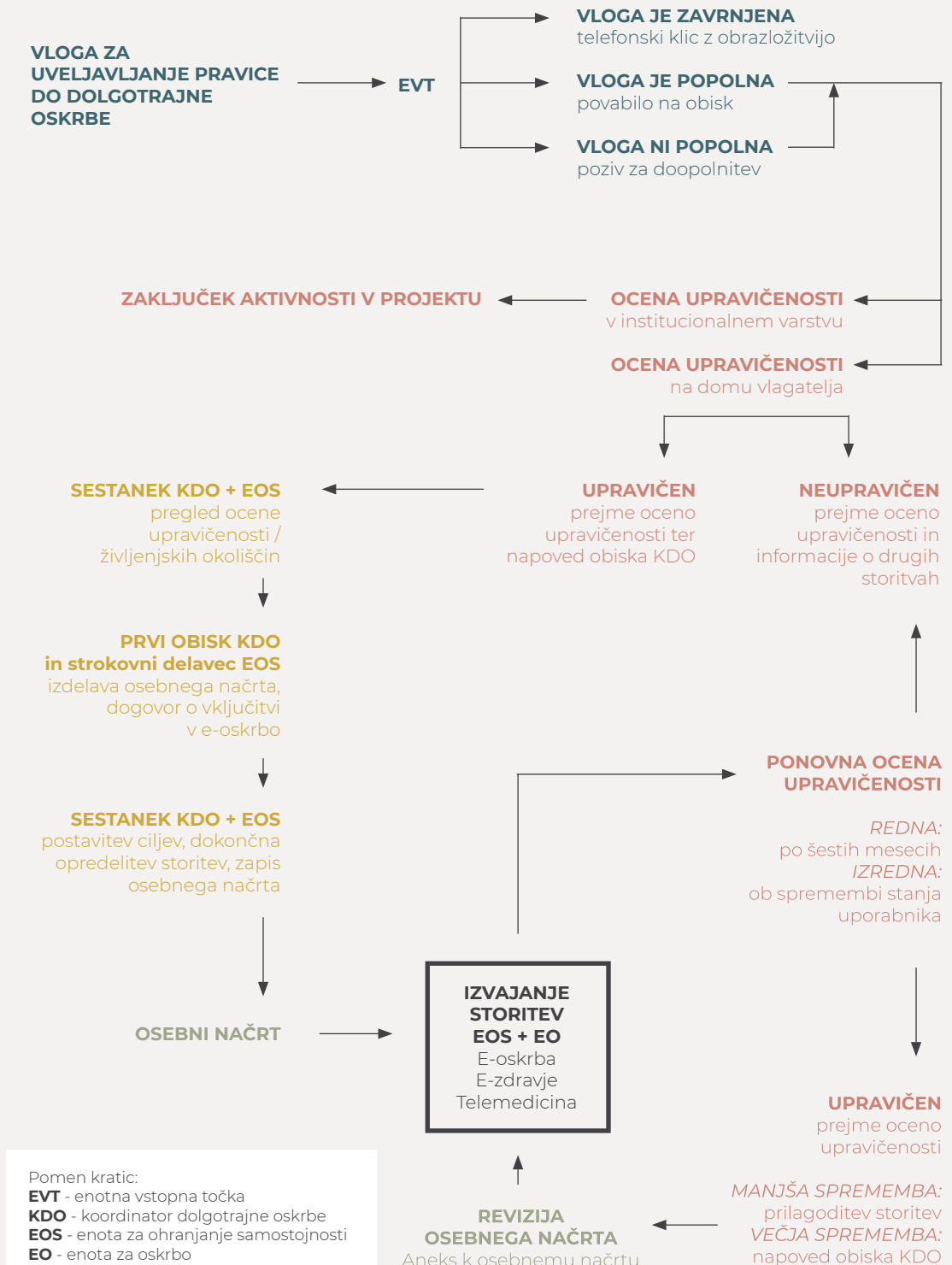
Posebnost postopka, ki smo ga evidentirali v okviru pilotnih projektov s področja dolgotrajne oskrbe, je čakalni seznam. Ta je v Celju nastal kmalu po začetku izvajanja storitev (februarja 2019) in se obdržal vse do konca pilotnega projekta. Potreb po storitvah je bilo torej več, kot je bilo v okviru pilotnega projekta zagotovljenega kadra, mesto za sprejem novega uporabnika se je tako sprostilo šele z odhodom oziroma prenehanjem izvajanja oskrbe drugega uporabnika. V Dravogradu s čakalnim seznamom

niso imeli težav, v Krškem pa so se mu izognili z zaposlitvama še dveh tehnikov zdravstvene nege, ko se je povečalo število uporabnikov. Nastanek čakalnih seznamov, ki so splošna značilnost storitev socialnega in zdravstvenega varstva v Sloveniji in ne osamljena izkušnja pilotnih projektov, je treba preprečevati in predvideti možne pasti nastajanja le-teh.

V pilotnih projektih so pritožbene poti sicer opredelili, vendar je izkušnja pilotnih projektov, kjer pritožb s strani uporabnikov niso prejeli, pokazala, da je pritožbeno pot treba določiti bolj podrobno in transparentno ter postopek pritožbe uporabnika podrobno predstaviti tudi uporabniku. Seznaniti ga je treba z vsemi notranjimi in zunanji pritožbenimi potmi, ga opremiti s pritožbenimi obrazci ter mu pri vlaganju pritožbe zagotavljati podporo. Bistveno je, da vlagatelj/upravičenec/uporabnik prejme dokumente in pripadajoče obrazce, saj je vključenost in seznanjenost uporabnika z vsemi koraki postopka ključna – postopke in storitve izvajamo z njim in ne namesto njega.

V splošnem na podlagi zbranih podatkov ocenjujemo, da je bil postopek, po katerem so potekale aktivnosti pilotnih projektov, ustrezen ter da so aktivnosti večinoma tekle nemoteno. Pilotni projekti so imeli svoje posebnosti v tem, da so se aktivnosti vzpostavljale na novo, da je bilo potrebno ogromno inovativnosti ter iznajdljivosti pri njihovi uvedbi, kar je vodilo v različne izzive, pa tudi v številne nove rešitve. Postopki bi seveda lahko bili krajši; na dolžino postopkov in večjo obremenjenost zaposlenih je npr. vplival tudi precejšen obseg evalvacijskih aktivnosti, ki so jih morali izvesti. Iz tega lahko sklepamo, da bi bili postopki v prihodnjem sistemu dolgotrajne oskrbe, če bi bili izvedeni tako kot v pilotnem projektu, z upoštevanjem zapisanih predlogov lahko dovolj hitri in učinkoviti.

Postopek za uveljavljanje pravic do dolgotrajne oskrbe v pilotnih projektih



KLJUČNA SPOROČILA

- ▶ Menimo, da so bili postopki v okviru izvajanja pilotnega projekta ustrezni in da so aktivnosti večinoma tekle nemoteno.
- ▶ Osebni načrt naj bo središčni dokument, v katerem so podatki o uporabniku zajeti dovolj široko, da se izognemo praksi, ko uporabnik v okviru postopkov na ista vprašanja odgovarja več različnim strokovnjakom.
- ▶ Obrazci, uporabljeni v postopkih dolgotrajne oskrbe, naj bodo kar najbolj prilagojeni razumevanju in zmožnostim izpolnjevanja vseh skupin uporabnikov storitev dolgotrajne oskrbe (Braillova pisava, oblika lahkega branja, zvočni zapis).
- ▶ Ocenjevanje upravičenosti na domu je praksa, ki jo je treba ohraniti in spodbujati.
- ▶ V aneksih ('spremembah' oz. 'revizijah') osebnega načrta naj bodo razvidne spremembe pri obsegu storitev, kot si kronološko sledijo.
- ▶ V bodočem sistemu dolgotrajne oskrbe je treba zagotoviti čim manjše ustvarjanje čakalnih seznamov.
- ▶ Uporabnike je treba seznaniti s postopki pritožbe in jim zagotoviti možnost podpore v primeru, da želijo podati pritožbo.

UČINKOVITOST STORITEV DOLGOTRAJNE OSKRBE

Javni razpis za pilotna okolja kot drugi ključni cilj pilotnih projektov poudarja »testiranje novih storitev in integrirane obravnave uporabnika v domačem okolju«. Uporabnikom na domu so bile v okviru projektov na voljo storitve, ki sta jih izvajala dva tima: tim za oskrbo in tim za ohranjanje samostojnosti. V prvem timu so storitve temeljnih dnevnih dejavnosti, podpornih dnevnih dejavnosti ter zdravstvene nege zagotavljali socialni oskrbovalec, bolničar negovalec ter tehnik zdravstvene nege, vsak v skladu s svojimi kompetencami. Drugi tim, tj. tim za ohranjanje samostojnosti, je za uporabnike testno izvajal nove storitve. Člani tima so bili fizioterapevt, delovni terapevt, magister kineziologije in/ali socialni delavec. Storitve, ki so jih izvajali, imenujemo »nove storitve za ohranjanje samostojnosti« (tudi: nove storitve) in so namenjene preprečevanju padcev, ozaveščenosti o boljšem zdravju, skrbi za zdravje uporabnikov, svetovanju za večjo samostojnost v bivalnih prostorih, svetovanju neformalnemu oskrbovalcu glede pravih pristopov za delo z uporabnikom, preprečevanju izgorevanja neformalnih oskrbovalcev in preprečevanju in obvladovanju duševnih stisk. Poseben sklop storitev, ki smo jih v okviru projekta spremljali, so bile tudi podporne tehnologije, ki obsegajo storitve e-oskrbe in e-zdravja.

Storitve temeljnih in podpornih dnevnih opravil ter nove storitve za ohranjanje samostojnosti

V vsaj eno storitev, ki jih delimo na štiri sklope (temeljna dnevna opravila, podporna dnevna opravila, storitve za ohranjanje samostojnosti in storitve zdravstvene nege), je bilo

v okviru projekta vključenih 549 uporabnikov (178 v Celju, 220 v Krškem in 151 v Dravogradu). Ti so skupaj prejeli kar 100.028 storitev na skupaj 37.182 obiskih. Uporabnik je tako povprečno prejel 182,2 storitve v okviru projekta.

Na podlagi dostopnih podatkov ugotavljamo, da so izvajalci uporabnike v pilotnem okolju Celje v povprečju obiskali 11-krat na mesec oziroma malo več kot 2,5-krat na teden, v Dravogradu povprečno 9,3-krat na mesec oziroma 2,2-krat na teden ter v Krškem 16,6-krat na mesec oziroma nekaj manj kot 4-krat na teden. Ugotavljamo, da je bilo v okviru projekta izvedenih največ storitev zdravstvene nege (36.016 oziroma 36,0 %), sledijo podporna dnevna opravila (24.722 oziroma 24,7 %) in osnovna dnevna opravila (21.731 oziroma 21,7 %), najmanj je bilo storitev za ohranjanje samostojnosti (17,6 %). Omenjena razporeditev med tipi storitev med okolji variira in je predvsem slika razmer v okolju; pilotna okolja so se prilagodila lokalnim zmožnostim in potrebam in krepila tiste storitve, ki jih je v okolju najbolj primanjkovalo (npr. zdravstveno nego v Krškem ter pomoč na domu v Celju).

V analizi smo zabeležili velike razlike med aktivnostmi, ki so bile predvidene v izvedbenih načrtih, in dejansko izvedenimi aktivnostmi. Na podlagi dostopnih podatkov lahko sklenemo, da izvajalci osebnemu načrtu večinoma niso natančno sledili oziroma so ga v sami fazi izvedbe spreminjali. Predlagamo bolj strogo formulacijo izvedbenega načrta (zapisan celoten nabor storitev, ki jih posamezni uporabnik glede na kategorijo oskrbe in ugotovljene omejitve potrebuje, posebej označen nabor storitev, ki jih uporabnik že prejema v obliki neformalne in/ali formalne oskrbe, vključno z informacijo o pogostnosti in obsegu izvedbe ter izvajalcu), ki bi zagotavljala tudi bolj kakovostne podatke in možnosti

podrobnejših projekcij in analiz. Namreč, čeprav smo lahko pripravili osnovne analize po storitvah, pa pridobljeni podatki obsežnejših projekcij niso omogočali. Ocen na podlagi nabora storitev v pilotnih okoljih nismo mogli postaviti, saj nam pridobljeni podatki odkrivajo pomembno dejstvo, in sicer da nabor storitev v pilotnem projektu ni bil odvisen samo od kategorije oskrbe posameznega uporabnika, ampak tudi od okolja, v katerem živi, in od morebitnega prejetja neformalnih ali formalnih oblik oskrbe.

Merjenje trajanja izvedbe posamezne storitve, ki je bilo izvedeno v pilotnem okolju Krško, je, ob dejstvu, da v merjenje niso bile zajete vse storitve, ki naj bi jih posamezni uporabnik prejemal v novem sistemu dolgotrajne oskrbe, omogočilo izvedbo primerjave povprečnih časov glede na spol in kategorijo oskrbe s predlaganimi časi izvedbe posamezne storitve v predlogu zakona o dolgotrajni oskrbi iz 2020 (Priloga 4). Dobljeni rezultati so precej višji od predloga trajanja posamezne storitve, zapisanega v predlogu zakona, zato bo treba v prihodnje posvetiti več pozornosti tako merjenju časov izvedbe kot tudi postavitvi ustreznih povprečnih časov v sam predlog zakona o dolgotrajni oskrbi¹³.

Podrobneje smo analizirali nove storitve. Večina uporabnikov, ki je v okviru pilotnih projektov prejela storitve, je bila vključena tudi v vsaj eno od novih storitev v projektu. Povzetki mnenj strokovnih delavcev in odgovorov uporabnikov kažejo, da je vpeljava takšnih storitev (predvsem storitev, ki jih izvajata fizioterapevt in delovni terapevt) nujna, zaželena, da jih na terenu potrebujejo in da zaposleni pozivajo k njihovi širitvi in krepitvi ter da je vsaj deloma premostila trenutne systemske razlike med dostopno formalno oskrbo uporabnikov doma in v domu za starejše.

Ugotavljamo, da uporabniki izražajo zelo visoko zadovoljstvo in prepoznano koristnost z vsemi storitvami ter prepoznajo pozitivne

učinke predvsem pri delnem dvigu samostojnosti in kakovosti življenja. Najbolj so zadovoljni s storitvami za ohranjanje in izboljševanje gibalne samostojnosti ter storitvami motiviranja pri učenju samostojnega življenja. Velika večina uporabnikov (90,3 %) se je večinoma oziroma v celoti strinjala, da so v okviru pilotnega projekta prejeli tiste storitve, ki so jih želeli. Kljub splošnemu zadovoljstvu s prejemom novih storitev pa je le dobra tretjina uporabnikov (35,1 %) menila, da je prejela dovolj pomoči. Največji delež (39,6 %) bi si jih želelo malo več pomoči, 22,1 % pa je takšnih, ki bi si želeli veliko več pomoči, kot pa so jo dejansko v sklopu novih storitev dobili.

Pilotni projekti so pokazali tudi na izziv nujnega ugotavljanja ustreznosti predlaganega nabora storitev – torej, ali zajame vse potrebne storitve, in če ne, katere storitve bi morali še dodati. Ugotavljamo namreč, da so bile storitve preventiva, svetovanje in krepitev uporabnika za samostojno življenje in programi za krepitev zdravja in zdravega načina življenja, svetovanje uporabniku in neformalnemu izvajalcu, svetovanje in učenje izvajalcev neformalne oskrbe ter svetovanje za obvladovanje kroničnih nenalezljivih bolezni po navedbah članov tima nekoliko nejasno opredeljene, saj se po opisu prekrivajo. Prav tako smo ugotovili, da (predvsem socialni delavci) izvajajo aktivnosti, ki pa jih v okviru nabora storitev v okviru pilotnega projekta niso mogli zabeležiti, kar je neupravičeno zniževalo njihov efektivni čas. Zato so v Krškem definirali in v informacijski sistem vnesli dodatne storitve, ki jih v šifrantu ni bilo (npr. krajši in daljši telefonski razgovori, informiranje formalnih izvajalcev, podpora uporabnikom in neformalnim oskrbovalcem pri prehodu v institucionalno varstvo ali ob namestitvi v bolnišnico, podpora uporabnikom ob odpustu iz bolnišnice, delo s prostovoljci).

13 Ministrstvo za zdravje, Republike Slovenije. 2020. Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi.

*STORITVE TEMELJNIH IN PODPORNIH
DNEVNIH OPRAVIL TER NOVE STORITVE ZA
OHRANJANJE SAMOSTOJNOSTI*

KLJUČNA SPOROČILA

- ▶ Uporabniki so v treh pilotnih okoljih prejeli skupaj več kot 100.000 storitev na več kot 37.000 obiskih. Z vpeljavo novih storitev v domače okolje uporabnikom je pilotni projekt prispeval k izenačitvi pravic oseb v institucionalnem varstvu in na domu.
- ▶ Uporabniki so izrazili zelo visoko zadovoljstvo in prepoznano koristnost novih storitev, ki so jih prejeli v okviru pilotnih projektov, ter poročali o pozitivnih učinkih na njihovo samostojnost in kakovost življenja. Vpeljava novih storitev iz pilotnega projekta je torej tudi na sistemski ravni nujna in zaželena.
- ▶ Analizo storitev in potreb v lokalnem okolju so ovirali metodološki izzivi pri zbiranju in beleženju podatkov. Podatki o storitvah, ki jih uporabniki že prejemajo v lokalnem okolju, so nesistematično zbrani, kar je sistemski problem, ki ga pilotni projekti niso uspeli premostiti.
- ▶ Podatki izkazujejo velike razlike med storitvami, ki so predvidene v izvedbenih načrtih, in dejansko izvedenimi storitvami. Na podlagi dostopnih podatkov lahko tudi na tem mestu sklenemo, da izvajalci izvedbenemu načrtu večinoma niso natančno sledili oziroma so ga v sami fazi izvedbe spreminjali.

Podporne tehnologije

Podporne tehnologije so skupni izraz za sisteme, ki temeljijo na informacijsko-komunikacijski tehnologiji ter podpirajo starejše osebe in njihove neformalne oskrbovalce. Obsegajo storitve e-oskrbe in e-zdravja.¹⁴ V projektu je skupaj 152 uporabnikov testiralo tudi podporne tehnologije, med njimi 131 samo storitve e-oskrbe, 9 storitve e-oskrbe in e-zdravja ter 12 izključno storitve telemedicinske podpore. Vključenih v testiranje podpornih storitev je bilo skupaj 16,9 % upravičenih vlagateljev v skupnosti. Ocenjujemo, da je bil delež vključenih visok, na visok delež pa je nedvomno vplivala tudi možnost brezplačnega testiranja storitve.

Na podlagi kombinacij različnih merskih instrumentov ugotavljamo visoko zadovoljstvo ter prepoznano koristnost storitev e-oskrbe tako med uporabniki kot neformalnimi oskrbovalci, iz fokusnih skupin s izvajalci (ocenjevalci in koordinatorji dolgotrajne oskrbe) pa prepoznamo dvig poznavanja tovrstnih tehnologij in uvid v njihove prednosti. Rezultati ankete kažejo, da 74,4 % uporabnikov ocenjuje, da je splošna kakovost storitev e-oskrbe visoka oziroma zelo visoka, z njeno rabo pa je zadovoljnih ali zelo zadovoljnih 75,6 % uporabnika. Primerljivo oziroma še bolj izrazito so s storitvami e-oskrbe zadovoljni neformalni oskrbovalci. Uporabniki in neformalni oskrbovalci zelo visoko ocenjujejo tudi koristnost rabe storitev e-oskrbe, in sicer visoko koristnost prepoznavajo za obe ciljni skupini, navezujejo pa se predvsem na koristnost za osebe, ki živijo same ter imajo pretekle izkušnje s padci. Večina uporabnikov (74,4 %), sploh pa neformalnih oskrbovalcev (86,1 %), je tudi izrazila namero za nadaljnjo uporabo, ki pa jo pogosto pogojujejo s subvencioniranjem stroškov uporabe.

Ugotavljamo, da so tako uporabniki dolgotrajne oskrbe kot tudi njihovi neformalni oskrbovalci poročali o pozitivnih učinkih uporabe storitev e-oskrbe ter o večji zaznani kakovosti življenja. Uporabniki kot največjo pozitivno spremembo opažajo na področju svoje samostojnosti (AS = +0,8¹⁵), občutku nadzora nad življenjem (AS = +0,8) in splošni kakovosti življenja (AS = +0,7). Analiza kvalitativnih podatkov kaže predvsem psihosocialne učinke, in sicer pozitivne (večji občutek varnosti, pomirjenosti, gotovosti, sproščenosti in splošno boljše počutje) ali (redkeje) negativne učinke (višja stopnja anksioznosti in strahu, predvsem pri uporabnikih, da bodo tehnologijo nekako pokvarili ali uničili) ter občutek višje samostojnosti uporabnika. Med negativnimi vidiki tudi poudarijo, da je raba opreme potencialno moteča (nepraktična) ali za samega uporabnika neustrezna, prihajalo je tudi do tehničnih težav (npr. samodejna sprožitev lažnega alarma bodisi po napaki senzorja bodisi po napaki uporabnika), ki so bile lahko za uporabnika stresne.

Ugotovili smo, da so bili uporabniki podpornih tehnologij pogosteje celo nekoliko bolj ranljivi v primerjavi s celotnim vzorcem uporabnikov dolgotrajne oskrbe, ki živijo doma. Čeprav so imeli še manj potreb po temeljnih in podpornih dnevni opraviilih in so bili vključeni v nižje kategorije oskrbe, pa so bili starejši od povprečja bolj pogosto ovdoveli, pogosteje so živeli sami, v povprečju so bili manj izobraženi in prejemniki nižjega neto dohodka gospodinjstva. Tudi dostop do teh storitev ima nekaj omejitev, za večino namreč velja, da so dostopne le v primeru, da imajo osebe neformalnega oskrbovalca, ki ga asistenčni center (ali tehnologija sama) kontaktira v primeru, da uporabnik potrebuje pomoč. To paradoksalno pomeni, da storitve tistim, ki jih morda med vsemi najbolj potrebujejo, niso na

14 E-oskrba in e-zdravje omogočata izvajanje storitev zdravstvene in socialne oskrbe na daljavo, na domovih uporabnikov. Sodobni podporni sistemi e-oskrbe se nanašajo na vrsto pametnih tehnologij, ki so povezane s 24 ur dostopnimi storitvami. Te vključujejo osebne alarme (majhna naprava, ki se sproži ob nezaželenem dogodku – potrebi po pomoči), okoljske senzorje (npr. puščanje plina, dim), naprave, povezane z mobilnostjo (npr. detektor padca), in GPS- sistem za določanje položaja oziroma za sledenje. E-zdravje se nanaša na izmenjavo fizioloških podatkov med bolnikom doma in medicinskim osebjem na daljavo z namenom lažje diagnostike in spremljanja bolezni.

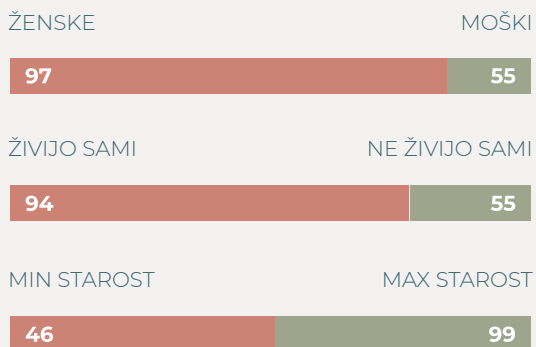
15 AS pomeni aritmetično sredino. Uporabljen je merski instrument PIADS-10, s katerim ugotavljamo, ali je uporaba podpornih tehnologij zelo zmanjšala (-3), precej zmanjšala (-2), nekoliko zmanjšala (-1), niti zmanjšala niti povečala (0), nekoliko povečala (1), precej povečala (2) ali zelo povečala (3) posamezen vidik vsakdanjega življenja pri uporabniku.

voljo. Ob tem velja poudariti zelo dobro prakso pilotnega okolja Krško, kjer odsotnost neformalnih oskrbovalcev nadomeščali z dežurstvom kadra iz pilotnega projekta. Zaradi vseh pozitivnih učinkov, o katerih poročajo v povezavi s podpornimi tehnologijami, apeliramo na odločevalce, da tudi bolj ranljivim skupinam omogočijo cenovno dostopne storitve, npr. možnost sofinanciranja ali oprostitev plačila, in jim s tem omogočijo daljše bivanje na domu ter znižanje še ene potencialne oblike neenakosti med starejšo populacijo.

Čeprav je bilo vključenih uporabnikov e-zdravja in telemedicine v projektu malo, jih v samih sistemskih določilih ne smemo spregledati. Spremljanje zdravstvenega stanja na daljavo je smiselno predvsem za osebe s kronično boleznijo, v projektu so bile to najpogostejše osebe s srčnim popuščanjem in sladkorno boleznijo tipa 2. Uporabniki e-zdravja/telemedicine so bili v projektu zelo aktivni; skupno 12 uporabnikov je tako opravilo prek 6000 meritev vitalnih funkcij v času osmih mesecev spremljanja. Storitve e-zdravja, telemedicine, navsezadnje pa tudi e-oskrbe poudarjamo tudi v luči epidemije covid-19. Stike s formalnimi oskrbovalci so v projektu uporabniki nadomeščali tudi s tehnologijo, v okviru projekta predvsem s telefonskimi pogovori. V pilotnem okolju Celje so tako beležili statistiko socialnih stikov, ki kaže na to, da so v času od 23. marca 2020 do 30. 4. 2020 po telefonu izvedli več kot 1000 pogovorov z uporabniki in svojci. Pri premagovanju osamljenosti je predvsem v institucionalnem varstvu v ospredje stopil videoklic, podatki iz okolij pa kažejo, da ga uporabniki niso uporabljali. Telemedicinska obravnava že vključenih oseb je tudi v času epidemije potekala nemoteno in se je pokazala kot ena ključnih storitev in kot uspešna metoda podpore, ki je potekala kljub slabše dostopnim zdravstvenim institucijam.

Uporabniki podpornih tehnologij

152 AKTIVNIH UPORABNIKOV

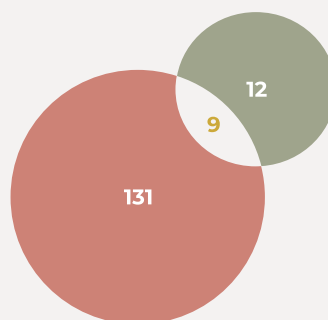


E-ZDRAVJE

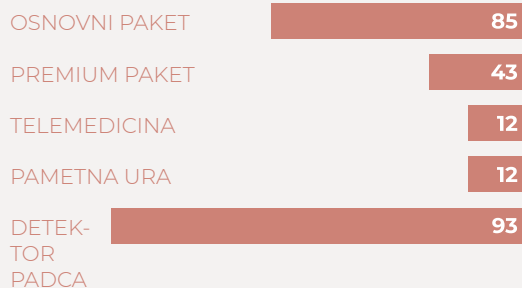
SPREMLJANJE VITALNIH FUNKCIJ

TELEMEDICINA

7



E-OSKRBA



KLJUČNA SPOROČILA

- ▶ Ocenjujemo, da je delež uporabnikov, ki živijo doma in so se vključili v e-oskrbo, zelo velik (16,9 %), kar kaže na to, da interes za tako obliko oskrbe obstaja. Na podlagi kombinacij različnih merskih instrumentov ugotavljamo visoko zadovoljstvo ter prepoznano koristnost storitev e-oskrbe tako med uporabniki kot neformalnimi oskrbovalci. Prav tako ugotavljamo željo med uporabniki za nadaljnjo rabo storitev ob predpostavki, da bodo te sofinancirane.
- ▶ Čeprav Slovenija trenutno na tem področju zaostaja, podatki kažejo, da je področji e-oskrbe in e-zdravja treba sistemsko razvijati. Pomen IKT-podprtih tehnologij se je z epidemijo covid-19 še povečal.
- ▶ Zaradi vseh pozitivnih učinkov, o katerih poročajo v povezavi s podpornimi tehnologijami, apeliramo na odločevalce, da vsem, predvsem pa ranljivim omogočijo cenovno dostopne storitve, npr. možnost sofinanciranja ali oprostitev plačila, in jim s tem omogočijo daljše bivanje v domačem okolju ter znižanje še ene potencialne oblike neenakosti med starejšo populacijo.

KAKOVOST ŽIVLJENJA LJUDI

Učinki pilotnih projektov dolgotrajne oskrbe na ključne ciljne skupine – uporabnike, neformalne oskrbovalce in zaposlene v projektih – so pravzaprav ključni rezultati projekta. V okviru evalvacije smo učinke na ljudi opazovali prek spremembe v dveh časovnih točkah (ob začetku in ob koncu projekta), pri čemer moramo poudariti, da je na kakovost življenja, počutje in zadovoljstvo s posameznimi vidiki (delovnega) življenja ob koncu projekta vplivala tudi epidemija covid-19, ki je izvajanje številnih storitev ustavila oziroma jih omejila le na najnujnejše. V pilotnih okoljih so morali prilagoditi delo zaposlenih, potrebe uporabnikov po storitvah oziroma njihove okoliščine pa so se tudi spremenile (na primer, nekateri svojci so lahko oskrbovali več kot pred epidemijo in tako prevzeli del oskrbe, nekateri pa manj in v teh primerih so uporabniki lahko potrebovali več formalne pomoči kot pred epidemijo). Tudi številni procesi v projektu, kot so na primer izobraževanja in usposabljanja za zaposlene in neformalne oskrbovalce, supervizija za zaposlene, sestanki lokalnih projektnih svetov itd., so bili v tem času ustavljeni ali so se izvajali manj intenzivno.

Kakovost življenja uporabnikov

Učinke pilotnih projektov na življenje uporabnikov smo merili z dvema standardiziranimi vprašalnikoma za merjenje kakovosti življenja¹⁶: CASP-12 in EQ-5D. Slednji je sicer bolj usmerjen na samooceno zdravstvenega stanja. Rezultati merjenja z EQ-5D so pokazali, da so se uporabniki spopadali s številnimi

zdravstvenimi težavami: več kot 90 % jih je ob prvem ocenjevanju navajalo vsaj zmerne težave pri hoji, največji delež teh uporabnikov je bil v pilotnem okolju Dravograd (95,5 %); 83,8 % je imelo vsaj zmerne težave z umivanjem in oblačenjem, največji delež teh uporabnikov je bil v Krškem (92,5 %), najmanjši v Dravogradu (68,2 %); 93,1 % uporabnikov je poročalo o vsaj zmernih težavah pri izvajanju običajnih vsakdanjih aktivnosti, in sicer največ v Krškem (93 %), v Celju in Dravogradu pa 88,2 % oziroma 86,4 %; dobrih 83,3 % uporabnikov se je spopadalo z vsaj zmernimi bolečinami in neugodjem, tesnobo ali potrto pa je občutila dobra polovica uporabnikov (54,0 %).

Ob ocenjevanju po enem letu vključenosti v pilotne aktivnosti so se deleži uporabnikov z vsaj zmernimi težavami pri hoji, izvajanju vsakodnevnih aktivnosti ter z vsaj zmernimi občutki bolečin in nelagodja v vseh pilotnih okoljih skupaj zmanjšali. Največja pozitivna razlika med prvim in zadnjim ocenjevanjem se kaže pri občutenju bolečin in nelagodja, največja negativna sprememba pa pri tesnobi ali potrto. Pri spremembi tesnobe in potrto uporabnikov se kaže, da se je ta povečala le v Celju (iz 56,3 % na 69,1 %), medtem ko se je v Krškem (iz 60 % na 51,3 %) in v Dravogradu (iz 36,4 % na 28,6 %) med vključenostjo v projekt pri uporabnikih zmanjšala. Rezultat lahko deloma pripišemo tudi vplivu epidemije covid-19; skoraj polovica vseh uporabnikov je namreč poročala, da so se zaradi epidemije počutili tesnobo in nelagodno¹⁷, verjetno so bila urbana okolja tem vplivom tudi bolj izpostavljena kot ruralna ali semiruralna. Na primer študija v Franciji¹⁸ je pokazala, da so

¹⁶ Pri pripravi in izboru merskih instrumentov smo sledili smernicam in priporočilom Evropskega centra za socialno politiko in raziskave, ki je imel v projektu pomembno zunanjo posvetovalno vlogo.

¹⁷ Tesnoba in nelagodje smo merili s kontrolnim vprašanjem.

¹⁸ Peres, K., Ouvrard, C., Koleck, M., Rasclé, N., Dartigues, J-F., Bergua, V., Amieva, H. 2021. Living in Rural Area: A Protective Factor for a Negative Experience of the Lockdown and the COVID-19 Crisis in the Oldest Old Population? Dostopno na Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3803358> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3803358>.

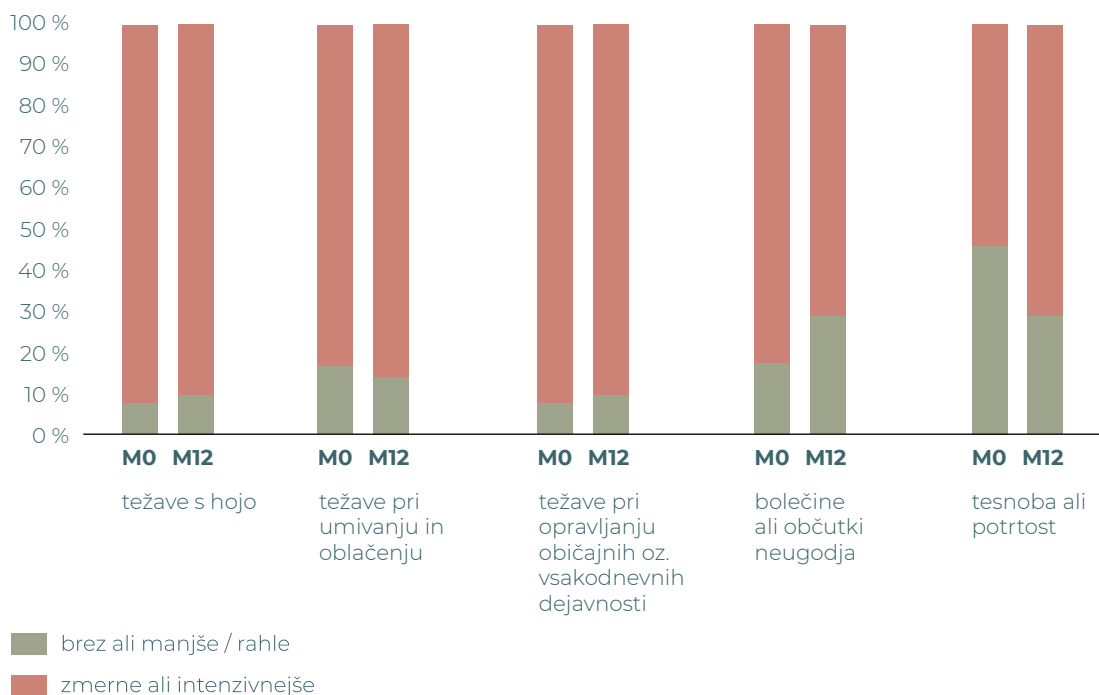
starejši ljudje iz ruralnih okolij doživeli prvo zaprtje med epidemijo bolje kot tisti iz urbanih okolij, imeli so namreč boljšo socialno oporo, več družinskih članov v bližini, manjše pogoste občutke ujetosti oziroma zaprtosti, vrt, manj simptomov depresije in nižjo stopnjo tesnobe.

Indeks zdravstvenega stanja uporabnikov je ob prvem ocenjevanju v povprečju znašal 0,201¹⁹, kar pomeni slabo zdravstveno stanje, ob drugem ocenjevanju pa se je v primerjavi s prvim nekoliko zvišal (0,241), vendar razlika ni statistično značilna. Tudi po posameznih pilotnih okoljih ugotavljamo, da se je indeks zdravstvenega stanja uporabnikov ob zadnjem ocenjevanju v primerjavi s prvim nekoliko zvišal. Na to kaže podatek, da je imelo ob vključitvi v pilotni projekt 83,5 % uporabnikov slabše zdravstveno stanje od srednjega, po enem

letu vključenosti v projekt pa se je delež takšnih uporabnikov znižal (76 %). Pilotni projekti so torej ta vpliv na izboljšanje zdravstvenega stanja uporabnikov imeli.

Pri razlagi rezultatov o kakovosti življenja uporabnikov, merjenega s CAPS-12, moramo biti bolj previdni, saj zaradi nerazumevanja in občutljivosti vprašanj nekateri uporabniki morda niso dajali veljavnih odgovorov. O zahtevnosti vprašalnika so med projektom večkrat poročali ocenjevalci, ki so uporabnike tudi anketirali. Rezultati so sicer pokazali, da so imeli uporabniki ob prvem ocenjevanju srednje visoko kakovost življenja (30,1)²⁰ in da se po enem letu vključenosti v projekt le-ta skoraj ni spremenila (30,3), ostala je torej na približno enaki ravni kot ob prvem ocenjevanju.

Delež uporabnikov glede na raven težav pri hoji (pokretnost), skrbi zase (umivanje in oblačenje), običajnih dejavnostih (gospodinjska opravila, družina, prosti čas) ter ravno bolečin/neugodja ter tesnobe/potrnosti (N=130)



¹⁹ Pri čemer vrednost 0 pomeni zdravstveno stanje enako smrti, 1 pa popolno zdravstveno stanje.

²⁰ Minimum znaša 12, maksimum 48.

KLJUČNA SPOROČILA

- ▶ Samoocena zdravstvenega stanja uporabnikov, ki smo ga merili z vprašalnikom EQ-5D, se je ob koncu izvajanja pilotnih projektov v povprečju nekoliko zvišala. Pomemben je podatek, da se je med projektom znižal delež uporabnikov, ki je poročal o zmernih ali večjih težavah pri hoji, izvajanju vsakodnevnih aktivnosti ter o zmernih ali večjih občutjih bolečin in nelagodja. Ocenjujemo, da so k temu prispevali tudi pilotni projekti.
- ▶ Povprečna kakovost življenja uporabnikov se v času intervencije ni bistveno spremenila. Gre za subjektivno oceno kakovosti življenja uporabnikov, ki smo jo pridobili na podlagi vprašalnika za merjenje kakovosti življenja starejših oseb (CASP-12). Kljub prilagojenosti vprašalnika za starejše osebe ugotavljamo, da so bila vprašanja za nekatere uporabnike nerazumljiva in občutljiva, zato moramo biti pri razlagi rezultatov previdni.
- ▶ Kljub navedenim omejitvam se nakazuje, da so imele pilotne aktivnosti v določeni meri pozitiven učinek na uporabnike, prevsem z vidika njihovega zdravstvenega stanja oziroma počutja. Velike spremembe v samooceni zdravstvenega stanja kot tudi v kakovosti življenja uporabnikov je v relativno kratkem časovnem obdobju pilotnih aktivnosti tudi težko pričakovati, saj se učinki tovrstnih družbenih konceptov običajno izkažejo šele po daljših časovnih obdobjih intervencije. Pilotne aktivnosti bi bilo zato smiselno opazovati dalj časa.
- ▶ Z metodološkega vidika ocenjujemo, da uporaba vprašalnika CASP-12 za populacijo, ki je vključena v dolgotrajno oskrbo, ni najbolj primerna, medtem ko vprašalnik EQ-5D priporočamo.

Kakovost življenja neformalnih oskrbovalcev

Neformalni oskrbovalci so pomemben člen v dolgotrajni oskrbi, saj, kot vemo iz znanstvene in strokovne literature, velik del oskrbe opravijo prav oni. Da je neformalna oskrba zelo razširjena, ponazarja podatek, da ima tri četrtine v pilotnem projektu ocenjenih oseb vsaj eno osebo, ki zanje izvaja neformalno oskrbo in pomoč. Visoka pojavnost oziroma incidenca neformalne oskrbe v pilotnih projektih je torej visoka, kar je obenem splošna značilnost dolgotrajne oskrbe tudi v drugih evropskih državah.

V pilotnih projektih so bili torej neformalni oskrbovalci poleg uporabnikov in zaposlenih ena izmed ciljnih skupin. Četudi v projektu niso bili tako v ospredju kot uporabniki, so jim bile v okviru pilotnih projektov vendarle namenjene določene aktivnosti. Posebno pozornost so pilotni projekti namenili izobraževanju neformalnih oskrbovalcev, jih podprli pri iskanju informacij za oskrbo in z nasveti za pravilno izvajanje oskrbe.

Skoraj dve tretjini neformalnih oskrbovalcev v pilotnih okoljih sta bili ženskega spola. Njihova povprečna starost je 63 let, tri desetine jih je starejših od 70 let. Večinoma so neformalni oskrbovalci poročeni oziroma so v partnerski zvezi (79,8 %), približno polovica jih je upokojenih, tretjina pa je zaposlena za polovični delovni čas. Dobri dve tretjini jih nudi pomoč osebi, ki živi v istem gospodinjstvu. Večina jih pomaga svojemu staršu (47,7 %), nekoliko manj svojemu partnerju (33,2 %). V glavnem opravljajo podporne dnevne aktivnosti (npr. pomivanje posode, kuhinje, pomoč pri pripravi obrokov ali dostavi hrane, postiljanje, čiščenje bivalnih prostorov, pomoč pri nakupu in jemanju zdravil), redkeje pa tudi temeljna dnevna opravila (npr. oblačenje, slačenje, leganje v posteljo in vstajanje, uporaba stranišča in kopalnice, vzdrževanje in nega pripomočkov za oskrbo). V povprečju opravijo devet različnih opravil dnevno.

Na vzorcu neformalnih oskrbovalcev ugotavljamo, da se je število opravil, ki jih dnevno

opravijo, med vključenostjo v pilotni projekt v povprečju znižalo za eno opravilo²¹, najbolj izrazito pa v Dravogradu (za 2 opravili).

Tudi objektivna obremenjenost (merjena s številom ur oskrbovanja tedensko) neformalnih oskrbovalcev se je med pilotnim projektom znižala, s čimer lahko potrdimo pozitiven vpliv pilotnih projektov na življenje neformalnih oskrbovalcev. Znižanje objektivne obremenitve tudi nakazuje, da v sedanjem sistemu dolgotrajne oskrbe formalno organizirana oskrba premalo intenzivno razbremenjuje neformalno oskrbo oziroma je sodelovanje med obema tipoma oskrbe premajhno in da se z intenzivnim sodelovanjem kažejo pozitivni učinki v objektivni obremenjenosti neformalnih oskrbovalcev. Pilotne aktivnosti so torej ta vpliv imele.

Organizirana formalna oskrba na domu uporabnikov se torej kaže kot priložnost za razbremenjevanje neformalnih oskrbovalcev tako v smislu čiste razbremenitve (formalni izvajalec opravi določena opravila, ki jih je prej opravljal neformalni oskrbovalec) kot tudi v smislu zagotavljanja podpore neformalnim oskrbovalcem tako, da ga strokovnjak pouči, kako pravilno izvajati določena opravila (predaja znanja za ravnanje).

Če na kakovost življenja neformalnih oskrbovalcev pogledamo z vidika subjektivnega bremena, v splošnem ne moremo trditi, da se je le-ta za neformalne oskrbovalce v letu izvajanja pilotnih aktivnosti izboljšala. Lahko pa razberemo mnoge tako obremenilne kot razbremenilne dejavnike (glej sliko 8), o katerih poročajo in smo jih z različnimi merskimi instrumenti v okviru evalvacije tudi zaznali.

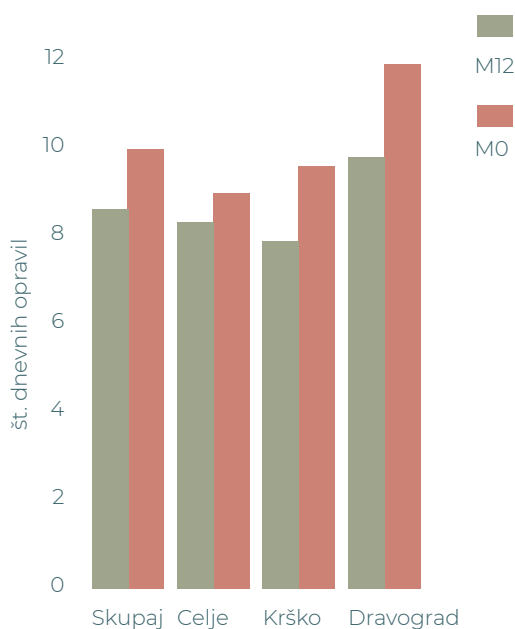
Tako torej poleg čisto konkretnega zagotavljanja formalne pomoči na domu (dodatne ure formalne oskrbe) z evalvacijo ugotavljamo, da se za neformalne oskrbovalce kot pomemben dejavnik razbremenjevanja kaže možnost uporabe dopusta (npr. vsaj 14 dni), medtem ko je za osebo, za katero skrbijo, zagotovljena nadomestna oskrba v ustanovi ali na domu. S podatkom o tem, koliko neformalnih oskrbovalcev je nadomestno oskrbo ali dnevno

²¹ Razlika je na meji statistične značilnosti ($t = 1,953$; $p = 0,056$).

varstvo v okviru pilotnega projekta dejansko uporabilo, ne razpolagamo, glede na razpoložljiva gradiva pa ugotavljamo, da je bilo takšnih zelo malo.

Za neformalne oskrbovalce je izjemnega pomena tudi občasna, nekajurna nadomestna oskrba, da lahko v tem času mirno opravijo določene opravke ali pa se na primer udeležijo izobraževanj, usposabljanj ali skupin za samopomoč, ki jih potrebujejo in cenijo, vendar jih pogosto obenem doživljajo kot breme. V tem delu neformalni oskrbovalci potrebujejo predvsem podporo pri prevozih, prilagajanju terminov, zagotovitvi nadomestne oskrbe in pa organizacijo teh dogodkov v njihovi bližini. Neformalni oskrbovalci so pogosto starejši ljudje, ki skrbijo za svoje partnerje, in bi za udeležbo na usposabljanjih nujno potrebovali prevoz oziroma bi se dogodkov lažje udeleževali, če bi bili organizirani v njihovi ožji lokalni skupnosti. Po drugi strani pa je za tiste neformalne oskrbovalce, ki so zaposleni, pomembno tudi fleksibilno časovno prilagajanje dogodkov.

Število opravil, ki so jih opravili anketirani neformalni oskrbovalci dnevno (M0 = ob vključitvi v projekt, M12 = po letu vključenosti v projekt) (N = 58)



Razbremenilni in obremenilni dejavniki oskrbovanja

SKRB ZASE KOT MOTIVACIJA

- altruistična naravnost
- občutek dolžnosti pomagati
- lastna razbremenitev (način sproščanja, pomoč formalne oskrbe, pomoč družinskih članov)

SKRB ZA OSKRBOVANCA KOT MOTIVACIJA

- zadovoljstvo oskrbovanca z oskrbo in hvaležnost zanjo
- povezanost z oskrbovancem
- preživljanje časa skupaj ter ljubeč in čustven odnos
- telesno in duševno zdravje oskrbovanca
- zagotavljanje oskrbe na domu, preprečevanje insitucionalizacije

SKRB ZASE KOT BREME

- tveganja, povezana z lastnim zdravjem
- pomanjkanje (prostega) časa in prilagajanje svojega časa oskrbovancu
- usklajevanje zasebnega (družinskega) in ali poklicnega življenja
- izvajanje temeljnih in podpornih dnevnih opravil
- oddaljenost
- finančno stanje
- zmanjšanje socialnih stikov, socialna izključenost

SKRB ZA OSKRBOVANCA KOT BREME

- zdravstvene težave oskrbovanca moteče vedenje ali lastnosti ali spremembe v razpoloženju oskrbovanca
- občutek nemoči (učinek pomoči ni viden ali pa nimajo kompetenc za oskrbo)
- nepoznavanje oblik pomoči
- težave pri sodelovanju s formalno mrežo pomoči

KLJUČNA SPOROČILA

- ▶ Neformalna oskrba je hrbtenica dolgotrajne oskrbe, njeno visoko pogostost smo potrdili tudi s pilotnimi projekti.
- ▶ Neformalna oskrba je v domeni žensk, kar jih postavlja v neenakovreden položaj z moškimi.
- ▶ Subjektivna obremenjenost neformalnih oskrbovalcev se v času vključenosti v pilotne projekte ni izboljšala, lahko pa razberemo mnoge razbremenilne dejavnike (možnost nadomestne oskrbe, uporabe dopusta, prevozi, časovna fleksibilnost ipd.).
- ▶ Pilotni projekti so pozitivno vplivali na življenje neformalnih oskrbovalcev v smislu objektivne razbremenitve, kar še podkrepi apel po organizaciji boljše podpore neformalnim oskrbovalcem. Ukrepi na tem področju so torej nujni, saj formalno organizirana oskrba trenutno premalo intenzivno razbremeni neformalno oskrbo oziroma je sodelovanje med obema tipoma oskrbe prešibko.
- ▶ Organizirana oskrba na domu in v skupnosti je priložnost za razbremenjevanje neformalnih oskrbovalcev bodisi kot razbremenitev določenih opravil bodisi v smislu podpore in učenja, kako zagotavljati oskrbo (predaja znanja za ravnanje).

Kakovost delovnega življenja zaposlenih

Za uspešno izvajanje pilotnih projektov so predvsem pomembni tisti, ki pilotne aktivnosti izvajajo, torej zaposleni, in okoliščine, v okviru katerih delujejo. V skladu s tem smo spremljali, kako se zaposleni pri svojem delu počutijo, kje vidijo prednosti in pomanjkljivosti dela, ki ga opravljajo, kakšne so delovne razmere in pogoji dela. Pri tem smo uporabili spletni vprašalnik za zaposlene, ki smo ga izvedli v dveh časovnih točkah, zato da smo lahko ocenili spremembo v kakovosti delovnega življenja zaposlenih med potekom pilotnih aktivnosti.

Merjenje organizacijske klime v pilotnih okoljih, ki kaže, kako zaposleni zaznavajo svoje delovno okolje, je ob koncu projekta pokazalo, da zaposleni v najboljši luči vidijo pripadnost organizaciji, torej pilotnemu projektu, v katerem so opravljali svoje delo, notranje odnose, odnos do kakovosti (prispevanje h kakovosti dela, odgovornost za kakovost svojega dela) ter inovativnost in iniciativnost (zavedanje nujnosti sprememb, možnost dajanja predlogov za izboljšave, pripravljenost za prevzem tveganja pri uveljavljanju pobud ipd.). V primerjavi s prvim anketiranjem sta se ob koncu projekta povišala poznavanje ciljev pilotnih projektov, ki je bilo ob prvem anketiranju ocenjeno podpovprečno, in jasnost organizacije dela in vloge zaposlenih.

Rezultati ocen posameznih kategorij organizacijske klime so za pilotna okolja predvsem vodilo, da na področjih, kjer so ocene nižje, svoje delo skušajo ustrezno izboljšati (izzivi za pilotna okolja). V pilotnem okolju Celju so bile ob koncu projekta ocene posameznih kategorij organizacijske klime nižje kot ob začetku, razen pri organiziranosti dela (jasnost določenih vlog in dela). Nižje ocene ob koncu projekta bi lahko povezali z veliko fluktuacijo kadra v pilotnem okolju. Številni zaposleni so v projekt vstopili med njegovim izvajanjem (tudi v poznejših fazah), zato morda niso bili deležni zadostnega prenosa informacij in ciljev pilotnega projekta oziroma

niso sodelovali v začetnih fazah projekta, ko se praviloma oblikujejo usmeritve in cilji projekta. Zaradi fluktuacije kadra je dojemanje delovnega okolja ob koncu projekta drugačno, kot bi bilo, če bi ga ocenjevali isti zaposleni kot na začetku. V pilotnem okolju Krško se dojemanje delovnega okolja ob začetku in koncu projekta ni bistveno spremenilo, kljub temu pa so opazne pozitivne spremembe pri pripadnosti, notranjih odnosih, organiziranosti in poznavanju ciljev. V pilotnem okolju Dravograd, kjer so zaposleni ob začetku izvajanja projekta v primerjavi z drugima dvema pilotnima okoljema najnižje ocenili posamezne kategorije organizacijske klime, se je ob koncu ocena delovnega okolja v vseh opazovanih kategorijah zvišala.

Glede zadovoljstva s posameznimi vidiki delovnega življenja zaposlenih ugotavljamo, da so bili zaposleni manj zadovoljni z delovnimi razmerami in neposredno nadrejenimi, bolj pa z delom, ki ga opravljajo, delovnim časom in svojim delovnim mestom v projektu. Pomemben vidik zadovoljstva z delovnimi razmerami je tudi zadovoljstvo s plačilom za opravljeno delo. V vseh pilotnih projektih skupaj je bila na začetku projekta s plačilom za opravljeno delo zadovoljna slaba polovica zaposlenih, ob koncu projekta pa nekaj več kot polovica. Gledano po posameznih pilotnih okoljih, se je delež zaposlenih, ki so zadovoljni s plačilom za opravljeno delo, zvišal v Celju in Dravogradu, medtem ko se je ta delež v Krškem nekoliko znižal, vendar še vedno ostal visok in precej višji v primerjavi z drugima pilotnima okoljema.

Če pogledamo zadovoljstvo s plačilom za opravljeno delo med posameznimi vrstami zaposlitev v pilotnih okoljih in v obeh točkah anketiranja skupaj, ugotovimo, da so bili s plačilom za svoje delo v povprečju najmanj zadovoljni zaposleni v enoti za oskrbo (socialne oskrbovalke), najbolj zadovoljni pa zaposleni v enoti za ohranjanje samostojnosti.

Zaposleni so v svojih poročilih o aktivnostih v okviru pilotnih projektov s področja dolgotrajne oskrbe kot glavni vzrok za nezadovoljstvo s

plačilom za opravljeno delo navedli predvsem razlike v plačnih razredih med pilotnimi okolji. Pilotna okolja so zaposlene različno uvrščala v plačilne razrede, praviloma glede na to, ali so bili zaposleni v okviru zdravstva ali socialnega varstva. Slednje je na eni strani slabo vplivalo na motivacijo za delo, na drugi pa na medsebojno sodelovanje in povezovanje med sodelavci različnih strok.

Kot pomemben element delovnega življenja se je izkazala možnost supervizije za zaposlene v pilotnih projektih. Zagotovila so jo vsa tri okolja, v času ostrejših ukrepov zaradi epidemije covid-19 pa so njeno izvajanje tudi začasno prekinila. Pilotna okolja so jo sicer organizirala na različne načine in za različne time, ne glede na to pa se je izkazala za pomembno pridobitev v projektu. Zaposleni so s tem dobili podporo za razreševanje dilem pri delu.

Ugotavljamo, da je bilo za zaposlene delo v pilotnih projektih predvsem na začetku precej obremenilno, saj jih je skoraj polovica poročala,

da zaradi preutrujenosti doma niso mogli opraviti nekaterih gospodinjskih opravil. Približno petina zaposlenih pa je na delovnem mestu prebila preveč časa, zaradi česar so težko izpolnjevali svoje družinske obveznosti. Obremenjenost se je nekoliko znižala ob koncu izvajanja projekta, pri čemer pa iz podatkov ne moremo ugotoviti, ali je vzrok za to znižanje na primer posledica večje utečenosti dela na projektu, manjšega števila oddanih vlog kot ob začetku projekta oziroma ali bi bilo znižanje lahko večje, če ne bi v obdobju anketiranja in zaključevanja projekta prišlo do epidemije covid-19.

Primerjava samoocene zdravstvenega stanja zaposlenih ob začetku in koncu izvajanja pilotnih projektov sicer kaže na minimalno poslabšanje ocene ob koncu projekta v pilotnih okoljih Celje in Krško, vendar kljub temu v vseh treh pilotnih okoljih zaposleni svoje zdravstveno stanje tako ob začetku kot koncu projekta ocenjujejo kot dobro.

KLJUČNA SPOROČILA

- ▶ Zaposleni v pilotnih okoljih so bili zadovoljni s posameznimi vidiki delovnega življenja, nekoliko manj z delovnimi razmerami in neposredno nadrejenimi, bolj pa z delom, ki ga opravljajo, delovnim časom in svojim delovnim mestom v projektu.
- ▶ Nezadovoljni so bili predvsem s plačilom za opravljeno delo. Pilotna okolja so zaposlene različno uvrščala v plačilne razrede, praviloma glede na to, ali so bili zaposleni v okviru zdravstva ali socialnega varstva. Slednje je na eni strani slabo vplivalo na motivacijo za delo, na drugi pa na medsebojno sodelovanje in povezovanje med sodelavci različnih strok. Rezultat kaže, da razpršenost dolgotrajne oskrbe med različne podisteme (predvsem zdravstvenega in socialnega), slabo vpliva na sodelovanje in povezovanje in da je integracija storitev tudi s tega vidika nujna, saj se bo tako lahko povečala skupna kompetenca različnih sektorjev.
- ▶ Socialne oskrbovalke so med vsemi zaposlenimi v pilotnih okoljih izrazile najvišje nezadovoljstvo s plačilom za opravljeno delo, namreč v skladu z enotnim plačnim sistemom javnega sektorja so uvrščene v 16. (socialna oskrbovalka III), 19. (socialna oskrbovalka II) oziroma 22. (socialna oskrbovalka I) izhodiščni plačni razred. Z rezultati pilotnega projekta lahko sprožimo apel k izboljšanju pogojev njihovega dela na sistemski ravni, saj so pilotni projekti še eden od dokazov, da je treba poklic socialne oskrbovalke narediti privlačnejši in ga (vsaj) izenačiti s primerljivi poklici (npr. osebni asistent).
- ▶ Supervizija se je izkazala za pomemben element delovnega življenja in pomembno pridobitev za zaposlene v pilotnih projektih.

PREHOD K SKUPNOSTNIM OBLIKAM OSKRBE

Za učinkovito izvajanje in organizacijo dolgotrajne oskrbe je pomembno medsebojno povezovanje in sodelovanje različnih deležnikov s tega področja tako na lokalni kot nacionalni ravni. Integrirana oskrba prispeva k lažji dostopnosti do storitev, njihovi večji kakovosti in učinkovitosti ter posledično k večjemu zadovoljstvu uporabnikov. Izkušnje v Sloveniji kažejo, da koordinacija med službami, ki zagotavljajo storitve dolgotrajne oskrbe, ni dobra²². Ob predpostavki, da je koordinirano delovanje za razvoj skupnostne oskrbe nujno, smo spremljali, kako so se pilotna okolja širše povezovala z lokalnim okoljem in ključnimi deležniki ter kako so jih vključevala v projekt.

Povezovanje in sodelovanje deležnikov v pilotnih okoljih smo spremljali s pomočjo različnih kazalnikov. Predvsem nas je zanimalo, koliko so se zaposleni v pilotnih projektih srečevali s partnerji v lokalnem okolju in kako so jih informirali. Podatki kažejo, da so v vseh okoljih v prvih mesecih projektov izvedli dogodek, na katerem so projekt predstavili lokalnim deležnikom na področju dolgotrajne oskrbe. Prav tako so v vseh pilotnih okoljih vzpostavili lokalne projektne svete, v katere so bili vključeni partnerji v projektu, v Krškem pa so vanj vključili tudi deležnike (12), ki niso bili partnerji v projektu. Srečanj lokalnih projektnih svetov sicer ni bilo veliko (Dravograd 4, Krško 3 in Celje 2), razlog za to pa je tudi v epidemiji covid-19, saj fizična srečanja v letu 2020 večino časa niso bila mogoča, za virtualna pa se niso odločili. V okoljih so sicer načrtovali, da bodo srečanja lokalnega projektne sveta potekala dvakrat letno, za virtualna pa se, razen v Krškem, niso odločili. Redna komunikacija in sodelovanje je v pilotnih okoljih Celje in Dravograd potekala predvsem z obveznimi partnerji, medtem ko so

v Krškem v sodelovanje pri različnih aktivnostih vključili široko paleto deležnikov iz različnih področij, čeprav je bilo v sam projekt vključenih manj deležnikov kot v drugih dveh okoljih. V pilotnem okolju Celje so opozorili, da je bilo časovno težko uskladiti sestanke z več deležniki, pri čemer bo treba v prihodnosti razmišljati tudi o uporabi tehnologije in organizaciji sestankov po spletu, kar se je tudi v času epidemije covid-19 izkazalo kot učinkovit mehanizem za sodelovanje.

V projektu smo s pomočjo vprašalnika, ki smo ga naslovili na deležnike v pilotnih projektih po 18 mesecih izvajanja pilotnih aktivnosti, pridobili tudi njihovo mnenje o različnih segmentih dolgotrajne oskrbe v njihovem lokalnem okolju. Zaradi majhnega števila enot analize (Celje; 9, Krško; 12 in Dravograd; 14), ker je bil odziv deležnikov relativno slab, moramo rezultate razlagati z metodološko previdnostjo, predvsem pa jih ne smemo posplošiti. Deležnike, ki smo jih vključili v raziskavo, so na podlagi njihove vloge na področju dolgotrajne oskrbe v lokalnem okolju identificirali vodilni partnerji v projektih in so večinoma vključevali partnerje v projektu.

Rezultati kažejo, da deležniki večinoma precej dobro prepoznajo različne izzive dolgotrajne oskrbe in so glede nje občutljivi. Prepoznajo npr. prednosti skupnostne oskrbe pred institucionalno, poudarjajo pomen formalne oskrbe, krepitev in opolnomočenje neformalnih oskrbovalcev ter menijo, da izvajalci kakovostno opravljajo delo v lokalnem okolju. Hkrati prepoznajo, da so uporabniki o tovrstnih storitvah premalo informirani, da se izvajalci na terenu premalo povezujejo in koordinirajo. Ob koncu projekta je le dobra četrtina vprašanih menila, da so uporabniki, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, zadostno

²² Nagode, M., Žver, E., Marn, S., Jacovič, A., Dominkuš, D. 2014. Dolgotrajna oskrba – uporaba mednarodne definicije v Sloveniji. Delovni zvezek št. 2/2014, let. XXIII.

informirani o možnih oblikah pomoči, čeprav je bilo v projektu precej aktivnosti namenjenih ravno informiranju potencialnih uporabnikov o možnih oblikah pomoči. Ko so deležniki v vprašalniku ocenjevali »splošne in ne na konkretnih situacijah osnovane« teme, je bilo njihovo povprečno strinjanje visoko, pri konkretnih temah (na posameznih primerih) pa je njihovo strinjanje upadlo. Na primer, deležniki so se strinjali, da če obstoječa oblika pomoči za uporabnika ne zadošča več, naj ta nemoteno preide v primernejšo obliko oskrbe. Ko pa so konkretno ocenjevali odpust iz bolnišnice, se je percepcija spremenila in večina je ocenila, da prehod iz bolnišnice v oskrbo na domu v okolju ni urejen. Opazimo torej lahko, da na deklarativni ravni anketiranci dojemajo in ocenjujejo stanje na področju dolgotrajne oskrbe drugače kot na dejanski, konkretni.

Če primerjamo vsa tri pilotna okolja, nekoliko izstopa pilotno okolje Krško, za katero se nakazuje, da je glede izzivov dolgotrajne oskrbe nekoliko bolj občutljivo (npr. bolj prepoznavajo pomen skupnostne oskrbe tudi pri večjem obsegu potreb, nekoliko bolj podpirajo formalno oskrbo), vendar so razlike večinoma precej neizrazite in jih ne moremo nujno posplošiti. Ena od razlik izhaja že iz začetnega stanja projekta, saj je

vodilni partner v projektu izvajalec pomoči na domu in diskurz verjetneje bolj usmerja v pomen krepitve storitev na domu. Sicer pa smo tudi v začetnem poročilu ugotavljali, da je občina Krško prednostno usmerjena v skupnostne oblike (manj pa v institucionalno varstvo), da Celje intenzivno razvija oba tipa oskrbe, koroško pilotno okolje pa pri obeh oblikah dosega povprečen rezultat, vendar pri razvoju obeh hitro napreduje. Hkrati pa tudi iz intervjujev z občinami izhaja, da je bila Občina Krško zelo zainteresirana za prijavo projekta in aktivno vključena že v proces prijave na razpis, s pilotnim okoljem pa je tudi ob koncu pilotnega projekta sprejela dogovor o nadaljnjem sodelovanju, ki ga bo tudi sofinancirala. Razvoj skupnostne oskrbe temelji predvsem na zavzetosti in občutljivosti občine za ureditev tega področja, zato sta njena vloga in sodelovanje ključnega pomena. Le z aktivno vlogo občine je pilotno okolje Krško lahko zagotovilo, sicer le delno, trajnost projekta.

Za konec naj zapišemo, da anketirani deležniki v odprtih odgovorih vse upe usmerjajo v prihodnji zakon o dolgotrajni oskrbi, za katerega menijo, da mora nujno temeljiti na izkušnjah, pridobljenih v pilotnem projektu.

KLJUČNA SPOROČILA

- ▶ Integrirana oskrba prispeva k lažji dostopnosti do storitev, njihovi večji kakovosti in učinkovitosti ter posledično večjemu zadovoljstvu uporabnikov, zato je nujno medsebojno povezovanje in sodelovanje različnih deležnikov na tem področju.
- ▶ Sodelovanje med deležniki mora odražati skupni interes pri odkrivanju in zadovoljevanju potreb lokalnega prebivalstva, ki se kaže z aktivnim in učinkovitim sodelovanjem pri zagotavljanju dolgotrajne oskrbe.
- ▶ V pilotnih okoljih so v projekt vključili široko paleto različnih deležnikov, vendar pa so redni sestanki potekali predvsem s konzorcijskimi partnerji, medtem ko je sodelovanje z drugimi deležniki potekalo le občasno oziroma redko.
- ▶ Velika večina deležnikov v okoljih meni, da morajo dolgotrajno oskrbo tvoriti združene in usklajene storitve socialnega in zdravstvenega varstva.
- ▶ Le slaba polovica deležnikov se strinja, da se različne organizacije, vključene v izvajanje dolgotrajne oskrbe, med seboj dobro povezujejo in le slaba tretjina, da je prenos informacij med različnimi izvajalci dolgotrajne oskrbe učinkovit. To pomeni, da je treba sodelovanje med deležniki v okoljih izboljšati.
- ▶ Deležniki prepoznavajo pomen pilotnih projektov in menijo, da naj sistemske rešitve dolgotrajne oskrbe temeljijo na pridobljenih izkušnjah iz pilotnih projektov.

UČINKOVITOST BELEŽENJA PODATKOV

V okviru evalvacije smo preverjali tudi učinkovitost beleženja podatkov z vidika elektronske podpore postopkom in storitvam na področju dolgotrajne oskrbe, ustreznosti v okviru pilotnih projektov razvitega informacijskega sistema kot ene od podlag za razvoj sistema za nov sistem dolgotrajne oskrbe po vsej Sloveniji in možnosti uporabe zbranih podatkov za poskus ocene finančnih in kadrovskih virov novega sistema dolgotrajne oskrbe.

Za izvedbo je bil v vseh treh okoljih izbran le en izvajalec, kar je odpravilo težavo usklajenosti posameznih rešitev razvoja informacijskega sistema v primeru izbire različnih izvajalcev v posameznih pilotnih okoljih. Takšen pristop ne bi bil smiseln pri izvedbi javnega naročila za razvoj celotnega informacijskega sistema za potrebe izvajanja novega sistema dolgotrajne oskrbe. Izbira vsaj dveh ali več izvajalcev bi ohranila konkurenčno obnašanje posameznih izvajalcev in s tem ohranjanje učinkovitega in kakovostnega razvoja ter vzdrževanja informacijskega sistema tudi v prihodnje.

Večina zahtevanih funkcionalnosti informacijskega sistema je bila v vseh treh okoljih vzpostavljena do konca avgusta 2019. Pri tem je pomembno dejstvo, da je bil izvajalec izbran šele po začetku izvajanja pilotnih projektov, kar je še prispevalo k zamudi pri razvoju ustreznega programskega orodja. Pomemben je tudi podatek, da so bile vse dodane funkcionalnosti hkrati dostopne vsem trem okoljem. Prva aplikacija je bila pripravljena v januarju 2019 (aplikacija Oskrba online). Funkcionalnosti sistema so se nato redno dopolnjevale, kar je v praksi povzročalo zamike pri vnosu podatkov v posamezne module.

Takšen način dela je bil nujno posledica dejstva, da v javnem razpisu niso bile natančno opredeljene vse funkcionalnosti, ki naj bi jih

informacijski sistem zagotavljal. Javni razpis je namreč predvidel, da se morajo spremljati vsi postopki, glede na pilotno naravo projektov pa vseh postopkov vnaprej ni bilo mogoče natančno opredeliti. Potrebe po dopolnitvah informacijskega sistema so se tako pojavljale sproti, zaposleni v pilotnih okoljih in razvijalec sistema pa so jih reševali med potekom projekta. Kar nekaj podatkov je bilo zato vnesenih z zamudo oziroma naknadno oziroma ko je bila zagotovljena možnost za vnos v informacijski sistem. Podatke so v vmesnem obdobju zaposleni v pilotnih okoljih zbirali ročno in jih vnašali včasne Excelove datoteke.

Postopen razvoj informacijskega sistema je onemogočil vrednotenje časovnega zamika od pridobitve do vnosa pridobljenih podatkov v elektronsko bazo podatkov. Glede deleža vseh aktivnosti v okviru pilotnih aktivnosti, ki so bile ustrezno evidentirane in vpisane v informacijski sistem, pri čemer je kot standard uspeha določen 100-odstotni zajem vseh izvedenih aktivnosti – pa lahko ugotovimo, da so bile ustrezno evidentirane in vpisane. Pri tem pa je treba še dodati, da nekaj podatkov ob koncu projekta vendarle ni bilo zajetih, kar je lahko tudi posledica časovnega zamika pri pridobljenih podatkih in možnostjo zapisa le-teh v informacijski sistem. Razloge pa gre iskati tudi v pomanjkljivi kontroli polnega zajetja zahtevanih podatkov pri posameznem obrazcu kot tudi kontroli vnosa pridobljenih podatkov v informacijski sistem s strani izvajalcev pilotnih projektov.

Menimo, da je sistem zapisovanja in dokumentiranja, razvit v okviru pilotnih projektov, primeren za uporabo pri prehodu na sistemsko rabo. Vsekakor je to pomemben del evidenc, ki se bodo zbirale v okviru novega sistema dolgotrajne oskrbe. Sistem, ki je bil razvit v okviru pilotnih projektov, dejansko pokriva zbirke podatkov, ki naj bi jih zbirali in upravljali izvajalci dolgotrajne

oskrbe. Gre za spletno aplikacijo, ki je dostopna povsod in je povsem prilagojena delu v dolgotrajni oziroma integrirani oskrbi. Vse funkcionalnosti so bile razvite posebej za uporabo v dolgotrajni oskrbi in sam sistem je bil v praksi preverjen in utečen. Vseeno pa je treba omeniti, da so pilotna okolja zbirala le podatke o oskrbi, ki je bila zagotovljena v okviru pilotnih projektov, ne pa podatkov o celotni oskrbi, ki jo posamezen uporabnik prejema oziroma bi jo moral prejemati glede na ugotovljene potrebe. To je omogočalo izračun cen posameznih izvedenih storitev, za katere smo v projektu merili trajanje izvedbe, niso pa nam podatki omogočili priprave ocen celotnih izdatkov po posameznih kategorijah, prav tako tudi ne analize števila in strukture storitev glede na kategorijo oskrbe. Potrebne podatke za izvedbo omenjenih analiz bo še vedno treba zbrati v okviru dodatnega projekta oziroma posebnega projekta in se pri tem osredotočiti na finančno oceno izdatkov.

Naročnik, Ministrstvo za zdravje, bi moral že od vsega začetka razvoja, uporabe in dograjevanja informacijskega sistema, ki je lahko eden od pomembnih delov novega informacijskega sistema integrirane dolgotrajne oskrbe, aktivno sodelovati pri kontroli delovanja in uporabi sistema. Vendar pa ni bilo načrtovano, da bi naročnik dostopal do samih baz podatkov in ni načrtovano, kakšna bo usoda razvitega informacijskega sistema v okviru pilotnih projektov po koncu projektov. Mogoče je namreč, da zaradi pomanjkanja načrta izvajalec po koncu pilotnih projektov preneha vzdrževati sistem.

Pilotni projekti s področja dolgotrajne oskrbe so bili kompleksna in zahtevna inovacija, prav tako je bila zahtevna in kompleksna njena evalvacija, ki pa je dala pomembne in mnogotere rezultate. Rezultate pilotnih projektov in njihovo vrednotenje zato lahko beremo kot pomembno orodje tako za politične odločevalce kot za strokovnjake s področja socialnega in zdravstvenega varstva pri iskanju boljših rešitev, ki bodo premostile razkorake in izzive sedanje ureditve sistema dolgotrajne oskrbe.

KLJUČNA SPOROČILA

- ▶ Podatki o storitvah, ki so jih pilotna okolja zabeležila v informacijski sistem, so omogočali oceno stroškov le za storitve, izvedene v okviru pilotnih projektov, ki pa jih ni bilo mogoče uporabiti za oceno na agregatni ravni novega sistema dolgotrajne oskrbe. Za oceno ustreznosti obsega storitev v posamezni kategoriji oskrbe v predlogu Zakona o dolgotrajni oskrbi (2020), oceno ustreznosti stroškov izvajanja storitev v posamezni kategoriji oskrbe, oceno kadrovskega potreb posameznih profilov zaposlenih in ne nazadnje oceno agregatnih stroškov novega sistema dolgotrajne oskrbe bi potrebovali podatke o celotnem naboru potrebnih storitev kot tudi časih za njihovo izvedbo.
- ▶ Te podatke bi lahko zbrali v okviru novega oziroma dodatnega projekta, ki bo osredotočen na finančno oceno izdatkov celotnega sistema.
- ▶ Ugotavljamo, da je bila večina aktivnosti v okviru pilotnih projektov ustrezno evidentirana in vpisana v elektronsko bazo podatkov. Razlog, da nekateri podatki ob koncu projekta niso bili zajeti, je časovni zamik med pridobitvijo podatkov in možnostjo zapisa le-teh v elektronsko bazo podatkov ter pomanjkljiva kontrola polnega zajetja zahtevanih podatkov pri posameznem obrazcu kot tudi kontrola vnosa pridobljenih podatkov v elektronsko bazo podatkov s strani izvajalcev pilotnih projektov.
- ▶ Sistem zapisovanja in dokumentiranja, razvit v okviru pilotnih projektov, je primeren za uporabo pri prehodu na sistemsko rabo.
- ▶ Izkušnje iz pilotnih projektov so pokazale, da sta pravočasna izdelava in testiranje delovanja informacijskega sistema že pred začetkom delovanja novega sistema dolgotrajne oskrbe izjemno pomembna.
- ▶ Predlagamo, da naročnik, preden objavi javni razpis za izbiro najboljšega ponudnika za razvoj in vzdrževanje celotnega informacijskega sistema, na podlagi zapisanih zahtev zbiranja podatkov za potrebe izvajanja dolgotrajne oskrbe in že pridobljenih izkušenj pripravi natančno analizo potrebnih zbirk podatkov, njihove vsebine, povezljivosti, načina dostopa in minimalnih zahtev izpisa za potrebe sprotne spremljanja delovanja sistema dolgotrajne oskrbe, nadzora in analize kakovosti izvajanja storitev kot tudi izvajanja znanstvenih raziskav s področja dolgotrajne oskrbe. Nujna je tudi vzpostavitev ustreznega in stalnega sistema nadzora nad vnašanjem zahtevanih podatkov v sistem.

Avtorji (po abecednem vrstnem redu, razen vodje projekta):

mag. Mateja Nagode (Inštitut RS za socialno varstvo), dr. Andreja Črnak Meglič (Inštitut RS za socialno varstvo), dr. Polona Dremelj (Inštitut RS za socialno varstvo), dr. Vesna Dolničar (Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede), dr. Simona Hvalič Touzery (Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede), Aleš Istenič, mag. soc. (Inštitut RS za socialno varstvo), mag. Barbara Kobal Tomc (Inštitut RS za socialno varstvo), Lea Lebar, mag. družb. inf. (Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede), dr. Boris Majcen (Inštitut za ekonomska raziskovanja), Izidor Natek, mag. družb. inf. (Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede), dr. Valentina Prevolnik Rupel (Inštitut za ekonomska raziskovanja), Jasmina Rosič mag. soc. del. (Inštitut RS za socialno varstvo), Magdalena Žakelj, univ. dipl. soc. del. (Inštitut RS za socialno varstvo), Maja Škafar, univ. dipl. kom. (Inštitut RS za socialno varstvo).

Predgovor: Janez Poklukar, minister

Predgovor: mag. Barbara Kobal Tomc, Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo

Jezikovni pregled: Sektor za prevajanje, Generalni sekretariat Vlade Republike Slovenije

Oblikovanje in tisk: Kolektiv DVA Urška Bavčar s.p.

Izdajatelj: Ministrstvo za zdravje, Štefanova 5, 1000 Ljubljana

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2021

Naklada: 200

Povzetek je nastal v okviru Evalvacije pilotnih projektov s področja dolgotrajne oskrbe.

Naložbo sofinancirata Ministrstvo za zdravje, Republika Slovenija in Evropska unija z Evropskega socialnega sklada.



INŠTITUT RS ZA SOCIALNO VARSTVO

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za družbene vede



Vse pravice pridržane. Reprodukcijska po delih ali v celoti na kakršni koli način in v katerem koli mediju ni dovoljena brez pisnega dovoljenja Ministrstva za zdravje.

