



INŠTITUT RS ZA SOCIALNO VARSTVO
SOCIAL PROTECTION INSTITUTE OF THE REPUBLIC OF SLOVENIA

**Pregled izvajanja socialne oskrbe na domu po
evropskih državah s poudarkom na ocenjevanju
potreb uporabnikov**

Končno poročilo

Ljubljana, september 2014

Naročnik: **Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, Direktorat za socialne zadeve**
Kotnikova 28
1000 Ljubljana

Skrbnik naloge pri naročniku: Aleš Kenda

Št. pogodbe: 41023-1/2014

Izvajalec: **Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo**
Rimska 8
1000 Ljubljana

Skrbnica naloge pri izvajalcu: mag. Mateja Nagode

Naslov poročila: **Pregled izvajanja socialne oskrbe na domu po evropskih državah s poudarkom na ocenjevanju potreb uporabnikov**

Avtorji poročila: mag. Mateja Nagode
Lea Lebar, mag. družb. inf.
Nadja Kovač, uni. dipl. soc.

Št. delovnega poročila: IRSSV 16/2014
Datum izdaje poročila: 30. september 2014
Izdaja: 01

Kopije: Skrbnik naloge na MDDSZ (1x tiskana verzija, 1x CD)
Skrbnica pogodbe na MDDSZ (1x tiskana verzija)
Arhiv IRSSV (1x)
Prosti izvodi z dovoljenjem naročnika.

Odgovorna oseba: mag. Barbara Kobal Tomc, v. d. direktorice IRSSV

POGOSTO UPORABLJENE KRATICE

ADL	Temeljna dnevna opravila
CSD	Center za socialno delo
IADL	Podporna dnevna opravila
IRSSV	Inštitut RS za socialno varstvo
MDDSZ	Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti
NIVEL	Netherlands Institute for Health Services Research
PND	Pomoč na domu
Sekcija	Sekcija socialnih oskrbovalk pri Socialni zbornici Slovenije
ZDVDTPO	Zakon o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb, Uradni list SRS, št. 41/83, Uradni list RS, št. 114/06 - ZUTPG, 122/07 - odl. US, 61/10 - ZSVarPre in 40/11 - ZSVarPre-A
ZSV	Zakon o socialnem varstvu, Uradni list RS, št. 3/07 - uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 23/07 – popr. in 41/07 – popr., 122/07 Odl. US: U-I-11/07-45, 61/10-ZSVarPre, 62/10-ZUPJS, 57/12

Nekateri uporabljeni izrazi, zapisani v moški slovnični obliki, so uporabljeni kot nevtralni za ženske in moške.

Uporabljen izraz socialna oskrba na domu v mednarodnem pregledu zajema vse socialnovarstvene storitve, ki se izvajajo na domu, v slovenskem delu pa le socialnovarstveno storitev pomoč na domu v okviru mreže javne službe.

Besedilo ni lektorirano.

ZAHVALA SODELUJOČIM

Za sodelovanje pri nastajanju pričujočega poročila se zahvaljujemo izvajalcem socialne oskrbe, ki so nam posredovali svoje obrazce za načrte oskrbe, katere uporabljajo pri delu:

- Center za socialno delo Ajdovščina
- Center za pomoč na domu Maribor
- Center za socialno delo Gornja Radgona
- Center za socialno delo Krško
- Center za socialno delo Lendava
- Center za socialno delo Ljubljana Vič-Rudnik
- Center za socialno delo Ljutomer
- Center za socialno delo Nova Gorica - Center za pomoč na domu Klas
- Center za socialno delo Novo mesto
- Center za socialno delo Ptuj
- Center za socialno delo Ribnica
- Center za socialno delo Sevnica
- Center za socialno delo Slovenska Bistrica
- Center za socialno delo Tolmin
- Center za socialno delo Zagorje
- Comett - Zavod za pomoč in nego na domu
- Comett domovi d.o.o, Pegazov dom
- Dom dr. Janka Benedika Radovljica
- Dom Nine Pokorn Grmovje
- Dom ob Savinji Celje - Center za pomoč na domu
- Dom starejših občanov Trebnje
- Dom Tisje
- Dom upokojencev Idrija, oskrba in varstvo starostnikov d. o. o.
- Dom upokojencev Sežana
- DOMANIA, Zavod za dnevno varstvo starejših in pomoč na domu
- Jutro, zavod za pomoč in nego na domu
- Koroški dom starostnikov - PE Slovenj Gradec
- Lambrechtov dom Slovenske Konjice
- Senior, center za pomoč starejšim, Lidija Umek s. p.
- Zavod sv. Martina
- Zavod sv. Rafaela Vransko
- Zavod sv. Terezije
- Zavod za oskrbo na domu Ljubljana (ZOD)
- ŽAREK UPANJA, osebne storitve, Andreja Orel s. p.

KAZALO VSEBINE

UVOD	7
1 MEDNARODNA RAVEN SOCIALNE OSKRBE NA DOMU	8
1.1 RAZVOJ SOCIALNE OSKRBE NA DOMU	8
1.2 UPRAVLJANJE OZ. ORGANIZIRANJE SOCIALNE OSKRBE NA DOMU	8
1.3 FINANCIRANJE SOCIALNE OSKRBE NA DOMU	10
1.4 SOCIALNA OSKRBA NA DOMU Z UPORABNIŠKEGA VIDIKA	13
1.5 OCENJEVANJE POTREB UPORABNIKA	17
1.5.1 Orodja za oceno funkcionalnih zmožnosti	17
1.5.2 Kompleksnejša orodja za bolj celovito oceno potreb	24
2 OCENJEVANJE POTREB UPORABNIKA SOCIALNE OSKRBE NA DOMU V SLOVENIJI - KRITIČNA ANALIZA .	34
2.1 PREGLED PREJETIH INSTRUMENTOV	35
2.2 VSEBINSKA ANALIZA INSTRUMENTOV S PRIPOROČILI	36
2.2.1 Kontaktni in osebni podatki uporabnika	36
2.2.2 Socio - demografski podatki uporabnika	37
2.2.3 Socialne vloge, statusi in spretnosti	38
2.2.4 Družinska skupnost ali gospodinjstvo, v katerem živi uporabnik	38
2.2.5 Dohodki uporabnika in plačilo storitve	39
2.2.6 Bivalni pogoji in stanovanjske razmere, v katerih živi uporabnik	41
2.2.7 Zdravstvena situacija uporabnika	42
2.2.8 Status uporabnika glede na upravičenost do izvajanja socialne oskrbe na domu	45
2.2.9 Ocena samostojnosti in potrebe po pomoči (ocena potreb) uporabnika	46
2.2.10 Formalne in neformalne oblike pomoči (socialna mreža) uporabnika	48
2.2.11 Organiziranje ključnih članov omrežja uporabnika	49
2.2.12 Vrste dogovorjenih storitev in opravil v okviru socialne oskrbe na domu	50
2.2.13 Obseg in časovni termin izvajanja socialne oskrbe na domu	53
3 RAZPRAVA	56
4 LITERATURA	61
5 PRILOGA	65
PRILOGA A: PRIMERI ORODIJ ZA OCENJEVANJE POTREB	65
PRILOGA B: KATALOG OPRAVIL V OKVIRU ZAGOTAVLJANJA STORITVE POMOČ DRUŽINI NA DOMU V OBLIKI SOCIALNE OSKRBE NA DOMU	74
PRILOGA C: OSEBNI NAČRT Z IZJAVO	77

KAZALO PREGLEDNIC, SLIK IN PRILOG

<i>Preglednica 1.1: Tipi upravljanja z oskrbo na domu</i>	9
<i>Preglednica 1.2: Populacija v starosti 65 let in več, ki prejema dolgotrajno oskrbo (2011)</i>	13
<i>Preglednica 1.3: Barthel indeks dnevni opravil (SWOT analiza)</i>	19
<i>Preglednica 1.4: Katz indeks samostojnosti (prednosti in pomanjkljivosti)</i>	21
<i>Preglednica 1.5: Lawton lestvica za oceno podpornih dnevni opravil (prednosti in pomanjkljivosti)</i>	21
<i>Preglednica 1.6: CDS oz. LOSS lestvica (prednosti in slabosti)</i>	26
<i>Preglednica 1.7: RAI (SWOT analiza)</i>	27
<i>Preglednica 1.8: ASCOT (SWOT analiza)</i>	29

<i>Preglednica 1.9: Pregled temeljnih značilnosti posameznih orodij z oceno primernosti rabe pri socialni oskrbi na domu</i>	31
<i>Preglednica 2.1: Kontaktni in osebni podatki vlagatelja/uporabnika</i>	37
<i>Preglednica 2.2: Socio-demografski podatki</i>	37
<i>Preglednica 2.3: S kom uporabniki živijo</i>	39
<i>Preglednica 2.4: Dohodki in plačilo storitve</i>	39
<i>Preglednica 2.5: Bivalni pogoji in stanovanjske razmere</i>	41
<i>Preglednica 2.6: Ključi bivalnih enot</i>	42
<i>Preglednica 2.7: Domače živali uporabnikov</i>	42
<i>Preglednica 2.8: Zdravstvena situacija uporabnika</i>	43
<i>Preglednica 2.9: Status uporabnika glede na upravičenost</i>	45
<i>Preglednica 2.10: Ocena samostojnosti in potrebe po pomoči</i>	46
<i>Preglednica 2.11: Formalne in neformalne oblike pomoči (socialna mreža)</i>	48
<i>Preglednica 2.12: Organiziranje ključnih članov</i>	49
<i>Preglednica 2.13: Pomoč pri temeljnih dnevni opravilih</i>	50
<i>Preglednica 2.14: Gospodinska pomoč</i>	51
<i>Preglednica 2.15: Pomoč pri ohranjanju socialnih stikov</i>	52
<i>Preglednica 2.16: Obseg in časovni termini izvajanja oskrbe</i>	53
<i>Slika 1.1: Populacija v starosti 65 let in več, ki prejema storitve dolgotrajne oskrbe (2011)</i>	14
<i>Slika 2.1: Vsebinski sklopi prejetih dokumentov</i>	36

UVOD

V pričujočem besedilu¹ predstavljamo sintetičen pregled izvajanja socialne oskrbe na domu po evropskih državah s poudarkom na ocenjevanju potreb uporabnikov na individualni ravni (angl. needs assessment). Naročnik naloge je Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti.

V prvem delu poročila na sistematičen in analitičen način predstavimo razvoj in organiziranost socialne oskrbe na domu po evropskih državah in ga primerjamo s slovenskim. Pri tem večinoma sledimo primerjalni analizi oskrbe na domu (Genet idr. 2012a) Nizozemskega inštituta za zdravstvene in socialne študije NIVEL², ki v svoji študiji predstavlja tako socialno kot tudi zdravstveno oskrbo na domu. Gre za prvo sistematično analizo izvajanja oskrbe na domu v Evropi, saj po študiji o organizaciji in financiranju oskrbe na domu iz leta 1996 (Hutten in Kerkstra 1996) ni bila objavljena nobena tovrstna publikacija več. Analiza je izšla v letu 2012, nastajala pa je med letoma 2008 in 2010, zato morda nekateri podatki niso več reprezentativni in verodostojni. Gre namreč za področje, ki je v mnogih državah v zadnjem obdobju v tranziciji, področje, kjer se odvijajo in načrtujejo mnoge spremembe in reforme. Kjer je bilo možno, smo v pričujočem besedilu poskušali upoštevati najnovejše trende, pri tem pa smo se oprli predvsem na ugotovitve Evropske komisije in na zadnje izčrpno poročilo s področja dolgotrajne oskrbe *Adequate social protection against long-term care needs in an ageing society (2014)*. Preučili smo tudi nekatera druga relevantna besedila (Leichsenring idr. 2013a; Mor idr. 2014; Rodrigues idr. 2014). V poročilu se torej osredotočamo na socialno oskrbo na domu (ali pomoč na domu), poseben poudarek pri mednarodnem pregledu pa namenimo identificiranju obstoječih modelov ocenjevanja potreb (oz. samooskrbe) uporabnikov socialne oskrbe na domu.

V drugem delu poročila se osredinimo na situacijo v Sloveniji z vidika ocenjevanja potreb uporabnikov socialne oskrbe na domu. Namen tega dela naloge je pregledati, katere instrumente za ocenjevanje potreb in načrtovanje storitve pri svojem delu uporabljajo izvajalci socialne oskrbe na domu ter jih ovrednotiti. Izvedli smo sekundarno analizo, kjer smo z upoštevanjem pristopa od spodaj navzgor (angl. bottom-up) analizirali orodja izvajalcev. Izhajajoč iz obstoječih praks, predlagamo uporabo enotnega oz. standardiziranega instrumenta za vse izvajalce socialne oskrbe na domu, zato lahko naš predlog služi kot osnova za oblikovanje novega in poenotenega instrumenta za ocenjevanje potreb uporabnika na individualni ravni.

¹ Besedilo je del naloge Pomoč na domu in oskrba v oskrbovanih stanovanjih.

² Netherlands Institute for Health Services Research.

1 MEDNARODNA RAVEN SOCIALNE OSKRBE NA DOMU

1.1 Razvoj socialne oskrbe na domu

V začetku 90. let prejšnjega stoletja, ko smo v Sloveniji vpeljali in organizirali socialno oskrbo na domu, je bila ta storitev v drugih evropskih državah (EU-15) v različnih fazah razvoja. V državah kot so Nizozemska, Belgija, Danska, Irska, Švedska, Združeno Kraljestvo je bila tedaj že dobro razvita, v državah kot so Avstrija, Grčija, Španija in Italija, pa je bila v tistem času še v povojih (Hutten in Kerkstra 1996, 30). V obdobju, ko je bila socialna oskrba na domu po Evropi že dokaj razširjena, se je razvoj pri nas šele dobro začel³. Danes je storitev vpeljana in dostopna v večini slovenskih lokalnih skupnosti, ob tem pa se soočamo z izzivom, kako storitev razvijati naprej na način, da bo zagotovila ustrezne odgovore na potrebe potencialnih in tudi obstoječih uporabnikov. Pri tem je pomembno preveriti, kako oskrbo v skupnosti zagotavljajo in spodbujajo v drugih evropskih državah in s katerimi izzivi se ob tem soočajo. V nadaljevanju torej strnjeno prikažemo mednarodne trende pri izvajanju socialne oskrbe na domu, kjer se še posebej osredotočimo na pregled organiziranosti in financiranja socialne oskrbe na domu, uporabniško perspektivo ter na ocenjevanje potreb uporabnikov socialne oskrbe na domu.

1.2 Upravljanje oz. organiziranje socialne oskrbe na domu

Genet idr. (2012b, 35–38) identificirajo tri različne tipe upravljanja z oskrbo na domu. Prvi, okvirni, je najpogostejši, druga dva, centraliziran in prost, pa sta manj uravnotežena in prevladujeta v manjšem številu držav. Razumemo jih lahko kot 'idealne tipe', s katerimi lahko poenostavimo razumevanje razlik med državami. Točnih meja med njimi ne moremo identificirati; prav tako kot situacija glede zagotavljanja oskrbe na domu v posameznih državah ni statična, pač se nenehno spreminja, prilagaja, razvija.

Za okvirni tip upravljanja oskrbe na domu sta značilna visoka raven decentraliziranega odločanja ter eksplicitna, natančna nacionalna vizija oskrbe na domu. Državna okvirna usmeritev je izkazana v splošnih merilih. Na primer, 'ljudje z nezadostnimi sredstvi' ali 'odvisni ljudje' so upravičeni do oskrbe na domu. Nadalje so lahko omejitve postavljene tudi na način, da postavijo najvišjo ceno za socialno oskrbo na domu (npr. Madžarska) ali da določijo skupine, ki so upravičene do brezplačne oskrbe na domu. V okvirni tip lahko npr. uvrstimo Slovenijo in Nizozemsko. Slovenija npr. zakonsko določa minimalno stopnjo sofinanciranja socialne oskrbe na domu iz občinskih sredstev (tj. 50 % ekonomske cene). Predpisane so torej splošne smernice kot npr. izpostavljena je 'pomembnost kakovosti' brez opredelitve koncepta 'kakovosti'. Občine in nevladne organizacije lahko določijo bolj specifične kriterije znotraj teh splošnih okvirjev in so tudi odgovorne za organizacijo sistema. Na Nizozemskem država postavlja okvirno regulacijo, znotraj katere občine in neodvisne agencije razvijajo svoja lastna pravila. Neodvisne agencije upravljajo zdravstveno in osebno nego na domu, občine pa gospodinjstvo pomoč. Nizozemski Zakon o socialni podpori (angl. Social Support Act) zagotavlja splošen opis občinskih odgovornosti in zahteva, da občine vsake štiri leta zapišejo vizijo o socialni podpori,

³ Več o razvoju socialne oskrbe na domu na Slovenskem v Nagode (2012), kjer so predstavljene različne faze razvoja, od njenega začetka oz. pobud za organizacijo tovrstne storitve do same profesionalizacije storitve.

vkjučno z gospodinjsko pomočjo. Občine odločajo o upravičenosti, cenah storitve ter o storitvah, ki bodo javno financirane. Nizozemsko pristojno ministrstvo (imajo eno ministrstvo) določa najvišje cene za osebno in zdravstveno nego; center za oceno oskrbe (angl. Care Assessment Centre) določa kriterije upravičenosti znotraj okvirov, zapisanih v državnih smernicah. Pri okvirnem tipu lahko najdemo velike razlike med državami pri zagotavljanju oskrbe na domu.

Pri centraliziranemu tipu močno prevladuje vloga države, ki tudi postavlja natančna merila upravičenosti. Regije (oz. občine) le izvršujejo politiko države. Ta model je prisoten v več manjših državah (npr. Ciper, Malta), pa tudi v večjih, kot sta Francija in Portugalska.

Nasprotno velja za prosti tip, za katerega je značilna šibka vloga države. Običajno v teh državah ne obstaja nacionalna vizija o oskrbi na domu, upravičenost je redko predpisana, zasebniki in nevladne organizacije imajo pomembno vlogo pri odločanju o tem, kdo je upravičen do oskrbe na domu. Država predvsem skrbi za revne državljane in vzpostavlja mrežo socialne varnosti. Primer prostega tipa je npr. Bolgarija, kjer sta pomanjkanje posredovanja/vmešavanja države in revna družba, ki ni zmožna plačevati storitev, privedla do splošnega pomanjkanja oskrbe na domu. V več državah ta tip prevladuje za del, ki ni javno financiran (npr. Finska in Irska). Na Irskem se kaže, da je zasebni sektor (tudi del, ki je plačan iz javnih sredstev) premalo reguliran in da se področja zagotavljanja kakovosti sploh še niso lotili. To omogoča večjo fleksibilnost pri kvalifikacijah, usposabljanju in spremljanju kakovosti dela. Posledično imajo oskrbovalci v zasebnem sektorju manj socialnih pravic kot njihovi kolegi v javnem in neprofitnem sektorju.

Preglednica 1.1: Tipi upravljanja z oskrbo na domu

Centraliziran tip	Okvirni tip	Prosti tip
Lastnosti		
<ul style="list-style-type: none"> - dominantna vloga države; - podrobno določene pravice, ki jih postavi država; - nacionalna vizija 	<ul style="list-style-type: none"> - ne-državni akterji s široko odločevalsko vlogo; - nacionalna vizija 	<ul style="list-style-type: none"> - šibka vloga države; - brez državne vizije; - redkeje opredeljena upravičenost
Akterji		
<ul style="list-style-type: none"> - država določa podrobno regulativo; - regije in občine imajo glavno vlogo pri operativnih dejavnostih; - zasebni izvajalci so lahko strogo regulirani 	<ul style="list-style-type: none"> - država postavlja splošno regulativo; - regije in občine imajo veliko diskrecijsko pravico; - nevladne organizacije imajo lahko pomembno vlogo 	<ul style="list-style-type: none"> - nevladne organizacije postavljajo svoja pravila ali imajo sporadične pogodbe z državo; - zasebni izvajalci postavljajo svoja pravila in pomagajo tistim, ki si to lahko privoščijo; - država za najhujše primere
Glavna politična vprašanja		
<ul style="list-style-type: none"> - učinkovitost; - ohranjanje enakosti 	<ul style="list-style-type: none"> - enakost 	<ul style="list-style-type: none"> - enakost ; - kakovost na splošno
Primeri držav		
Ciper, Francija, Malta, Portugalska	Danska, Anglija, Finska, Nemčija, Nizozemska, Norveška, Švedska, Švica	Bolgarija, Romunija

Vir: Genet idr. (2012b)

1.3 Financiranje socialne oskrbe na domu

Financiranje oskrbe na domu je praviloma sestavljeno iz različnih virov. Izjema je Danska, kjer je oskrba na domu financirana le iz enega vira, in sicer davkov. Najbolj pogosti viri financiranja, ki jih v študiji opredelijo Genet idr. (2012, 41–52b), so sledeči:

- plačila iz žepa: uporabniki doplačajo storitev, ki je financirana z davki ali socialnim zavarovanjem. Ponekod javno financirana storitev ni na voljo ali pa je na voljo samo posebnim skupinam prebivalstva (npr. z nizkimi dohodki). V takšnih primerih morajo tisti, ki potrebujejo oskrbo na domu in niso upravičeni do javno financirane storitve, doplačati iz lastnega žepa,
- davki: ki so lahko zbrani na državni, regionalni ali občinski ravni. Ena osnovnih značilnosti obdavčitve je, da zbran denar ni namenski,
- zavarovanje: je lahko različnih oblik. Oskrba na domu je lahko financirana kot pravica iz zdravstvenega zavarovanja, kar večinoma velja za zdravstveno nego na domu. Lahko je financirana npr. tudi iz zavarovanja za dolgotrajno oskrbo. Zavarovanje je lahko obvezno ali prostovoljno. Premije obveznega zavarovanja so večinoma zbrane preko delodajalcev ali delojemalcev,
- donacije ali drugi prispevki: oskrba na domu se lahko zagotavlja tudi s pomočjo »dobrodelno« zbranih sredstev ali nevladnih organizacij, ki se financirajo z donacijami ali članarinami; nekatere države prejemajo EU financiranje.

Avtorji ugotavljajo, da so davki eden izmed virov financiranja oskrbe na domu praktično v vseh državah z izjemo Nemčije, kjer se storitve dolgotrajne oskrbe, kamor sodi tudi socialna oskrba na domu, financirajo iz socialnega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo. V ostalih državah je financiranje oskrbe preko davkov prisotno vsaj do določene mere. Za Evropo v splošnem velja, da so načeloma občine tiste, ki zagotavljajo (dodatno) financiranje oskrbe na domu preko davkov. V nekaterih državah kot so Belgija, Hrvaška, Švedska in Švica pa tudi regije. Socialno (zdravstveno) zavarovanje je tisto, ki je običajno poleg davkov drugi vir financiranja. V takšnih primerih velja, da je zdravstvena oskrba financirana iz zavarovanja, socialna pa iz davkov (npr. Nizozemska, Poljska, Slovenija, Slovaška, Švica, deloma v Belgiji). Ravno obratno pa npr. velja na Portugalskem in Švedskem, kjer je zdravstvena oskrba financirana preko davkov in socialna preko zavarovanja. V 23 državah je po podatkih Genet idr. (2012b, 41–45) (obvezno) zavarovanje eden izmed virov financiranja oskrbe na domu - zdravstveno ali socialno zavarovanje. V Belgiji, Nemčiji, Luksemburgu in na Nizozemskem pa imajo posebno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo, ki obsega tudi oskrbo na domu (več npr. v *Adequate social protection against long-term care needs in an ageing society, 2014; MISSOC*). Poleg omenjenih dveh virov, ki sta v vseh državah glavna vira za financiranje oskrbe na domu, nekatere države poročajo še o dveh virih, in sicer EU financiranje ter donacije. EU financiranje izpostavijo v Bolgariji in Grčiji; v Grčiji npr. ta sredstva predstavljajo približno 75 % izdatkov za oskrbo na domu. Donacije pa so prisotne v Bolgariji, na Cipru, v Grčiji, Litvi, na Portugalski, v Romuniji in Sloveniji. V Sloveniji se ta sredstva nanašajo predvsem na sredstva nevladnih organizacij, ki zagotavljajo eno izmed oblik (socialne) oskrbe na domu (kot npr. osebna asistenca).

V analizi so Genet idr. (2012b, 41–52) predstavili tudi zasebne izdatke, kjer še posebej poudarijo, da so podatki v mnogih državah manj natančni ali pa z njimi celo ne razpolagajo. Opozorijo tudi na veliko

polarizacijo, saj beležijo države, kjer je oskrba na domu iz zasebnih izdatkov financirana med 5 % in 15 %, v večini držav pa v deležu manjšem od 5 % celotnih izdatkov za oskrbo na domu. Opozorijo tudi, da se podatki (Eurostat, OECD) večine držav nanašajo na zdravstvene izdatke - v večini primerov to pomeni patronažno varstvo in ADL oskrbo (pomoč pri temeljnih dnevni opravilih). Vendar pa obstajajo velike razlike med patronažno varstvo in socialno oskrbo na domu (npr. na Češkem, Finskem in v Sloveniji), kjer so zasebni izdatki za socialno oskrbo na domu znatno višji od izdatkov za zdravstveno oskrbo na domu. V Sloveniji je namreč patronažno varstvo krito iz zdravstvenega zavarovanja, medtem ko socialno oskrbo v 50 % financirajo občinski proračuni, ostalo pa skoraj v celoti, z izjemo državnih sredstev, ki običajno niso visoka, uporabniki iz lastnih sredstev.

Glede določanja cene in prispevka uporabnikov avtorji komparativne analize navajajo, da je le to v mnogih državah odvisno od oskrbe (tip oskrbe, kader, ki zagotavlja oskrbo ipd.) ter prejemnika oskrbe (stopnja samostojnosti, socioekonomski status, kraj bivanja ipd.). Cene običajno niso določene na nacionalni ravni. V nekaterih državah so sicer določene za zdravstveno oskrbo na domu (npr. Estonija, Madžarska, Slovenija) in na primer na Islandiji za socialno oskrbo na domu. Podatki o tem, kako se cene določajo za večino držav v okviru raziskave (Genet idr. 2012b, 41–52) niso bile dostopni, kljub temu pa navedejo nekaj primerov. V Franciji cene določajo tako na podlagi tehnične evalvacije (standardni čas in tarifa kadra), kot tudi pogajanja med izvajalci oskrbe in financerjem na nacionalni ravni. Podobno velja za Luksemburg, kjer ima vlogo pogajalca krovna organizacija izvajalcev oskrbe. Na Nizozemskem pristojno ministrstvo določi najvišjo ceno, v Nemčiji cene določijo na podlagi pogajanj med predstavniki izvajalcev in institucijami dolgotrajne oskrbe. Po drugi strani v analizi ugotavljajo, da imajo v nekaterih državah pri določanju cene visoko stopnjo avtonomnosti občine, ki se na primer za ceno socialne oskrbe na domu pogajajo neposredno z izvajalci storitve. To npr. velja za skandinavske države (Danska, Finska, Švedska), Slovaško in Švico. V ta sklop držav sodi tudi Slovenija, vendar pa je svoboda pri določanju cene omejena z nacionalno usmeritvijo, da mora občina kriti vsaj 50 % ekonomske cene.

Genet idr. (2012b, 41–52) ugotavljajo, da morajo uporabniki javne storitve oskrbe na domu v večini držav tudi sami prispevati oz. doplačati storitev iz svojega žepa. Večinoma iz dveh razlogov. Morda niso upravičeni do brezplačne oskrbe npr. zaradi dohodkovnih omejitev ali pa zato, ker se od uporabnikov pričakuje doplačilo storitve, ki lahko sloni tudi na preverjanju premoženja oz. finančnih sredstev (angl. means tested). Storitve oskrbe na domu za uporabnika brez doplačila izvajajo npr. nevladne organizacije v Bolgariji, storitve socialne oskrbe na domu pa na Poljskem, vendar samo za tiste z nizkimi dohodki. Tudi na Danskem in Švedskem je večina storitev za uporabnika brezplačna; dolgotrajna oskrba je namreč univerzalna pravica, ki ni pogojena s finančnim stanjem uporabnika. Načeloma velja, da je prej zdravstvena oskrba na domu tista, ki je za uporabnika brezplačna (npr. na Irskem, Norveškem, Poljskem, v Španiji in Sloveniji) kot pa socialna oskrba na domu. Ravno nasprotno pa npr. velja za Luksemburg, kjer sta gospodinjska pomoč in osebna oskrba brezplačni, zdravstveno oskrbo pa načeloma doplačajo.

Če povzamemo, Genet idr. (2012b, 41–52) ugotavljajo, da v Evropi obstajata dva glavna modela financiranja oskrbe na domu, ki slonita na kombinaciji:

- financiranja iz davkov za socialno oskrbo na domu in financiranja iz zdravstvenega zavarovanja za zdravstveno oskrbo na domu;

- financiranja iz davkov za zdravstveno oskrbo na domu in financiranja iz socialnega zavarovanja za socialno oskrbo na domu.

Znotraj teh dveh modelov obstajajo velike razlike v tem, kako so mehanizmi financiranja odražajo v praksi. Nekaj držav pa ima urejeno posebno zavarovanje; običajno je to zavarovanje za dolgotrajno oskrbo (npr. Nemčija, Nizozemska). Nadalje, avtorji razlikujejo med tremi modeli prispevkov uporabnika, in sicer:

- brezplačen model (angl. free-of-charge), kjer so storitve v celoti financirane iz javnih virov in se od uporabnika ne pričakuje nikakršnega doplačila (npr. Danska);
- model doplačila na podlagi finančnega stanja uporabnika (angl. means tested co-payments), ki se nadalje ločuje na tiste prakse, kjer se preverjanje dohodka vrši z namenom, da tisti z višjimi prihodki prispevajo več ali da se zagotovi brezplačna oskrba za tiste z nizkimi dohodki;
- model fiksnega doplačila (angl. fixed co-payment), ki od uporabnikov zahteva točno določen znesek ali odstotek za doplačilo.

Predstavljeni modeli se običajno razlikujejo med zdravstveno in socialno oskrbo na domu.

Genet idr. (2012b, 41–52) so v študiji opozorili na manko nacionalnih smernic na področju oskrbe na domu ter na nezadostne usmeritve. Pomanjkanje nacionalnih politik je v nekaterih državah privedlo do težav z enakostjo (npr. Finska, Latvija, Romunija). Sem lahko uvrstimo tudi Slovenijo, kjer se na področju socialne oskrbe na domu soočamo z neenakim dostopom do storitve (krajevnim, časovnim, finančnim). Nadalje avtorji opozarjajo tudi na pomanjkanje izvajanja nadzora kakovosti izvajanja oskrbe v določenih državah, tudi v Sloveniji. Skrb glede pomanjkljivih usmeritev (regulacij) vključuje tako prekrivajoče se usmeritve (npr. Belgija), preveč natančno usmeritev (Portugalska), preveč administrativnega dela (Danska, Finska, Nizozemska), kot tudi nepravilne usmeritve (npr. različna pravila financiranja za različne tipe izvajalcev npr. v Belgiji, Latviji in na Slovaškem). Problem predstavljajo tudi ločene politike in finančni mehanizmi za zdravstveno in socialno oskrbo na domu, kar (lahko) nadalje vpliva na dostopnost, kakovost in učinkovitost zagotavljanja celostne oskrbe. Storitve zdravstvene in socialne oskrbe na domu pogoste niso integrirane in koordinirane (npr. Belgija, Italija, Litva, Poljska, Španija, Švedska). Podobno velja za Slovenijo, kjer je eden izmed ciljev že deset let nastajajočega zakona o dolgotrajni oskrbi, prav zagotovitev integrirane oskrbe. Slaba koordinacija je lahko rezultat nejasne razdelitve odgovornosti, kot npr. velja za Madžarsko, in/ali ločenih sistemov financiranja, ki jih najdemo npr. v Latviji in na Poljskem. Enako velja za Slovenijo.

Povzeli smo nekaj ključnih izzivov na področju oskrbe na domu in njenega nadaljnjega razvoja, kot jih nanizajo v omenjeni študiji. Ob tem velja izpostaviti dejstvo, da je v splošnem oskrba na domu, in širše gledano tudi dolgotrajna oskrba, praktično po vsej Evropi v nekem obdobju tranzicije, kar še posebej velja za področje financiranja in zagotavljanja vzdržnosti sistemov. Najbolj aktualne podatke o stanju v dolgotrajni oskrbi in načrtovane spremembe (reforme) po posameznih državah so podrobneje predstavljene v zadnjem poročilu (2014) Evropske komisije z naslovom *Adequate social protection against long-term care needs in an ageing society*⁴.

⁴ http://ec.europa.eu/health/ageing/docs/ev_20140618_co04_en.pdf.

1.4 Socialna oskrba na domu z uporabniškega vidika

Oskrbo na domu bomo v tem poglavju opredelili skozi uporabniški vidik, predvsem v smislu, kdo so uporabniki oskrbe na domu in kakšen dostop do te storitve imajo. Tudi v tem poglavju se bomo, kot v prejšnjih poglavjih, predvsem naslonili na ugotovitve primerjalne analize oskrbe na domu (Genet idr. 2012a).

Primerjava uporabnikov oskrbe na domu po evropskih državah ni mogoča vsaj iz treh razlogov, menijo Garms-Homolova idr. (2012, 54–68). Prvič, ker se definicije oskrbe na domu med državami razlikujejo. Drugič, ker se podatki o uporabnikih med državami razlikujejo - nekateri se nanašajo na točno določen dan, nekateri na teden, nekateri podatki pa so npr. letni. Tretjič, v mnogih državah podatki o uporabnikih oskrbe na domu niso (bili) dostopni. Avtorji opozorijo na velike razlike med državami glede na delež uporabnikov, ki prejemajo oskrbo na domu. Od časa, ko je nastala omenjena primerjalna analiza, je preteklo že več let, zato na tem mestu povzemamo najnovejše podatke, ki so predstavljeni v poročilu *Adequate social protection against long-term care needs in an ageing society* (2014) in predstavljajo delež populacije v starosti 65 let in več, ki je vključena bodisi v institucionalno oskrbo bodisi v oskrbo na domu. Vidimo lahko, da obstajajo med državami precejšnje razlike in da je največji delež omenjene populacije v oskrbo na domu vključen na Nizozemskem, Danskem, Švedskem in Češkem, najnižji delež pa državah kot so Italija, Estonija, Španija.

Preglednica 1.2: Populacija v starosti 65 let in več, ki prejema dolgotrajno oskrbo (2011)

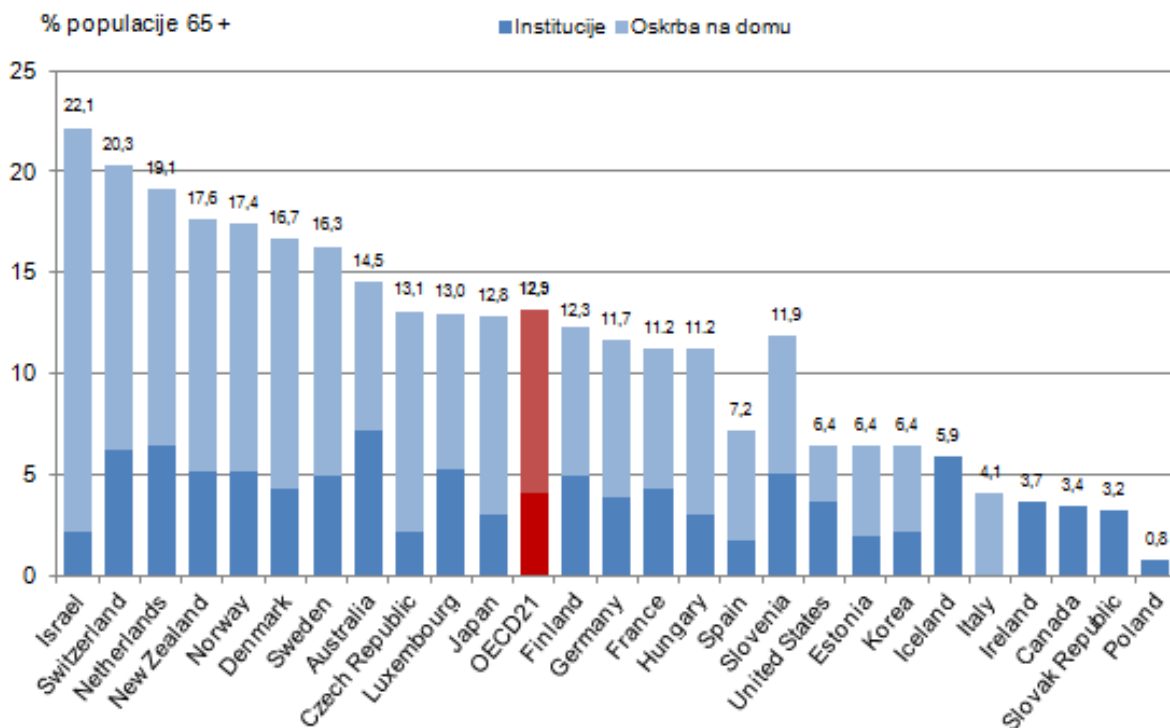
Država	Institucionalna oskrba	Oskrba na domu	Skupaj
Nizozemska	6,4	12,7	19,1
Danska	4,3	12,4**	16,7
Švedska	4,9	11,4	16,3
Republika Češka	2,2*	10,9*	13,1
Luksemburg	5,3	7,7	13,0
Finska	4,9	7,4	12,3
Nemčija	3,9	7,8	11,7
Francija	4,3**	6,9**	11,2
Madžarska	3,0	8,2	11,2
Španija	1,7	5,5	7,2
Slovenija	5,0	1,7	6,7
Estonija	2,0	4,4	6,4
Italija	:	4,1	4,1
Irska	3,7	:	3,7
Slovaška	3,2	:	3,2
Poljska	0,8	:	0,8

Vir: Adequate social protection against long-term care needs in an ageing society (2014)

V Sloveniji smo v zadnjih dveh letih prenovili metodologijo preštevanja uporabnikov dolgotrajne oskrbe ter jo uskladili z mednarodnimi smernicami ter definicijami. Po zadnjih podatkih torej (Nagode idr. 2014) za Slovenijo velja, da je v institucionalno oskrbo vključenih 5 % oseb v starosti 65 let in več, v oskrbo na domu pa 6,9 %. Ti podatki v prejšnji tabeli še niso upoštevani, zato jih posebej prikazujemo na naslednji sliki, kjer je predstavljena primerjava med OECD državami. Pri tem naj navedemo, da OECD k prejemnikom oskrbe na domu prišteva tako prejemnike oskrbe na domu

(zdravstvene in socialne) kot tudi prejemnike denarnih prejemkov ter tiste, ki so vključeni v dnevne oblike dolgotrajne oskrbe. Tu torej velja širša opredelitev prejemnikov oskrbe na domu, kot jo obravnavamo v pričujočem besedilu, kjer se osredotočamo na uporabnike zdravstvene in socialne oskrbe na domu.

Slika 1.1: Populacija v starosti 65 let in več, ki prejema storitve dolgotrajne oskrbe (2011)



Vir: OECD Health at a Glance 2013

Opomba: Prilagojeni podatki za Slovenijo in povprečje OECD21 (Nagode idr. 2014).

Garms-Homolova idr. (2012, 54–68) ugotavljajo, da se upravičenost do oskrbe na domu med državami bistveno razlikuje. Na primer, na Švedskem so do oskrbe na domu upravičene osebe z nizkim obsegom potreb, medtem ko so v drugih državah načeloma do teh storitev upravičene osebe z večjim obsegom potreb, neformalni oskrbovalci pa pomagajo tistim z nizkim obsegom potreb. V študiji navajajo tudi podatke raziskave Special Eurobarometra, iz katere izhaja, da je četrtna evropskih anketirancev zaskrbljena glede dostopnosti oskrbe na domu in njene kakovosti. Ena četrtna anketirancev je mnenja, da je zdravstvena oskrba na domu nezadostna; dve petini menita, da je ta oskrba dobra; ena tretjina pa se do kakovosti oskrbe ni mogla opredeliti. Skoraj v vseh državah anketiranci oskrbo na domu postavljajo pred institucionalno oskrbo, razen v Sloveniji, kjer skoraj tretjina Slovencev (32 %) najboljšo možnost glede oskrbe svojih odvisnih staršev vidi v institucionalni oskrbi, ki je v drugih evropskih državah (EU-27) praviloma najmanj zaželena oblika oskrbe. V Turčiji npr. tri četrtnine anketirancev (74 %) verjame, da je najboljša možnost, da starš živi z otrokom, na Švedskem, Nizozemskem, Danskem in Finskem pa več kot polovica anketirancev splošne populacije meni, da je najboljša izbira najem javnih in zasebnih izvajalcev za oskrbo staršev na njihovem domu. Razlike med državami so rezultat kulturnih razlik v tradicionalnih odnosih v sorodstvu. Izbira institucije pri Slovencih je najverjetneje plod dolgoletne tradicije domov za starejše oz. tradicije institucionalnega varstva (Mali 2009, 95), saj so starejši že pred drugo svetovno vojno,

med vojno in po njej živeli v ustanovah, podobnih domovom za starejše, oskrba na domu in v skupnosti pa se je začela razvijati relativno pozno, v 90. letih. Razlog verjetno izhaja tudi iz pomanjkanja drugih možnosti, oblik.

Garms-Homolova idr. (2012, 54–68) izpostavijo, da z omenjeno študijo ne morejo odgovoriti na vprašanje, do katere mere lahko uporabniki vplivajo na izvajanje oskrbe na domu in na njeno kakovost. Menijo, da v državah, kjer so na voljo denarni prejemki (npr. Finska, Nizozemska, Anglija, Danska, Belgija ipd.), uporabniki lahko izbirajo med različnimi izvajalci oskrbe na domu in celo med vrstami storitev, razen v primerih, ko izvajalcev oz. storitev primanjkuje ali pa jih sploh ni. V teh primerih lahko uporabniki najamejo neprofesionalne izvajalce. V nekaterih državah vavčer za oskrbo prelega vso odgovornost na uporabnika oz. njegovo sorodstvo. Na primer, v Avstriji in na Češkem so uporabniki sami odgovorni, da poiščejo in plačajo storitve. V Nemčiji je sistem drugačen, saj so denarni prejemki namenjeni le za plačevanje oskrbe, ki jo izvajajo sorodniki. V Sloveniji npr. velja, da se denarni prejemek (dodatek za pomoč in postrežbo) lahko porabi po želji, saj se njegova raba ne preverja. Načeloma velja, da gre za plačilo neformalne oskrbe. Sicer pa v Sloveniji uporabnik socialne oskrbe na domu ne more izbirati med različnimi izvajalci znotraj mreže javne službe, saj občine načeloma koncesijo za izvajanje te oskrbe podelijo enemu izvajalcu (z izjemo dveh občin). Kar se tiče kakovosti oskrbe na domu Garms-Homolova idr. (2012, 54–68) navajajo, da imajo uporabniki nekaj možnosti vpliva, saj morajo v mnogih državah izvajalci oskrbe na domu uporabnikom zagotoviti možnost pritožbe. Isto velja za Slovenijo. Vendar pa moramo opozoriti, da je kakovost oskrbe kompleksnejša in presega zgolj možnost pritožbe uporabnika. Kako je s kakovostjo socialne oskrbe na domu v Sloveniji, je podrobneje predstavljeno v Nagode (2014) ter Hlebec idr. (v nastajanju).

Eden izmed elementov kakovosti je tudi dostopnost storitve, ki jo v nadaljevanju najprej pogledamo skozi prizmo upravičenosti do storitve. Garms-Homolova idr. (2012, 54–68) ugotavljajo, da upravičenost do oskrbe v večini držav ni celovita, najpogosteje zaradi delitve na socialno in zdravstveno oskrbo na domu. Običajno je vsaka oblika oskrbe, kot smo videli v prejšnjem poglavju, financirana iz različnih virov, kar posledično vpliva na različne pogoje upravičenosti, alokacije in administracije. V nekaterih državah so pogoji upravičenosti podobni (npr. Nizozemska), v drugih niso popolnoma skladni oz. kongruentni, in v tretjih natančno izdelani kriteriji upravičenosti veljajo samo za eno obliko storitve oz. oskrbe (npr. Avstrija in Italija). Prebivalci Švedske in Danske, kjer je oskrba na domu univerzalna pravica, se soočajo z manj težavami pri upravičenosti v primerjavi z ostalimi evropskimi državami. Ponekod so ta pravila določena zelo arbitrarno (npr. Grčija in Bolgarija).

Težave glede dostopnosti se pojavljajo predvsem v državah, kjer ljudje s funkcionalnimi nezmožnostmi, ali z duševnimi in vedenjskimi težavami niso obravnavani enako. Ponekod je določena potreba zapostavljena. Na Poljskem so tako do oskrbe na domu upravičene le osebe z resnimi potrebami po ADL; v Nemčiji in Estoniji je fizična oviranost mnogo bolj upoštevana pri upravičenosti kot pa depresija ali kognitivne težave. Belgija je na primer ustanovila poseben sklad oz. proračun za dementne, podobne težnje se kažejo tudi v nekaterih drugih državah.

V večini evropskih držav so ljudje upravičeni do storitev oskrbe na domu v naravi, ponekod, kot npr. v Avstriji in na Češkem, imajo na voljo le denarne prejemke (t. i. neposredno financiranje oz. osebni paket), v nekaterih državah pa lahko izbirajo med eno in drugo možnostjo (Nemčija, Francija, Nizozemska). Vsak način ima svoje prednosti in slabosti. Teoretično gledano, neposredno financiranje posamezniku omogoča več izbire in prilagoditev oskrbe individualnim potrebam. Vendar pa Garms-

Homolova idr. (2012, 54–68) opozarjajo, da se v praksi dogaja to, da osebe, ki potrebujejo oskrbo ali ne prepoznajo svojih potreb pravilno oz. zadostno ali pa ne najdejo ustrezne rešitve oz. ustrezne storitve. Izbira je praviloma povezana s primerno informiranostjo; v večini držav pa velja, da v tem kontekstu beležijo določene vrzeli. Obstajajo tudi dobre prakse v zvezi s primerno informiranostjo. Na Nizozemskem so na primer izvedli različne pobude in iniciative za povečanje uporabnikove seznanjenosti s storitvami oskrbe na domu, ki jih ima na voljo - vzpostavili so posebne centre v občinah in nacionalno spletno stran, s katerimi seznanjajo uporabnike o tem, kje in kako lahko pridobijo ustrezne storitve. Ne glede na vse, pa so ljudje z nižjo izobrazbo in nižjim socialnim statusom še vedno prikrajšani za zadosten in ustrezen dostop do informacij.

Eden izmed pomembnih vidikov dostopnosti je tudi cenovna dostopnost. Garms-Homolova idr. (2012, 54–68) ugotavljajo, da je le v nekaj evropskih državah večji del individualnih potreb posameznika zadovoljenih v okviru javno financirane profesionalne oskrbe. Večinoma je denar namenjen zadovoljevanju osnovnih potreb (npr. Madžarska, Nemčija), kar presega te potrebe (določen obseg storitve v urah) pa krije uporabnik sam. Potrebna so torej doplačila - v nekaterih državah za vse storitve, drugje samo za določene. Zahteva po plačilu določenim skupinam prebivalstva predstavlja oviro za koriščenje storitve v mnogih državah. Nadaljnja ovira je tudi naraščajoča cena storitve, saj medtem ko uporabnikovi izdatki stalno naraščajo, denarni prejemki ostajajo enako visoki. Tako njihova kupna moč pada (Francija, Nemčija), narašča pa potreba po višjem doplačilu storitve (Italija). Tudi za Slovenijo velja, kot smo ugotavljali v redni letni analizi spremljanja socialne oskrbe na domu (Nagode in Lebar, 2014), da se nekateri potencialni uporabniki socialne oskrbe na domu za vključitev v storitev ne odločijo predvsem iz finančnih razlogov, saj jim je storitev predraga (poleg drugih razlogov kot so slaba osveščenost o storitvi, kompenzacija z neformalno oskrbo, konkurenčne cene storitev izven mreže javne službe ipd.). Po drugi strani pa tudi med uporabniki socialne oskrbe na domu beležimo takšne, ki bi potrebovali večji obseg oskrbe, pa si le te ne morejo privoščiti (ibid.). Do podobnih ugotovitev je prišla tudi Nagode (2014). V najnovejši raziskavi med uporabniki socialne oskrbe na domu (Hlebec idr., v nastajanju) ugotavljajo, da imajo uporabniki nizke dohodka, kar jim predstavlja pomembno oviro za prejemanje večjega obsega oskrbe - med anketiranci, ki niso prejeli dovolj pomoči, jih je večina izjavila, da so razlog predrage storitve in da velika večina ne bi zmogla plačati večjega obsega oskrbe.

Garms-Homolova idr. (2012, 54–68) izpostavijo tudi geografske dejavnike, ki vplivajo na dostopnost na različne načine. V prvi vrsti obstajajo v tem oziru velike razlike med državami, saj v nekaterih državah obstaja gosta mreža oskrbe na domu (severne in zahodne države), drugje šibka (južne in vzhodne države). V slednjih je oskrba pogosto v domeni neformalnih oskrbovalcev. Po drugi strani pa obstajajo velike razlike znotraj držav - glede na geografski položaj (oddaljeni kraji, gorski svet, primorski svet in pa predvsem razlike med urbanimi in ruralnimi območji) ter glede na regijsko in lokalno raven administracije. Z vsemi temi razlikami se srečujemo tudi v Sloveniji.

Študija EURHOMAP (v Garms-Homolova idr. 2012, 54–68) je identificirala naslednje teme, ki morajo dobiti posluh pri snovalcih politike:

- v Evropi obstajajo velike razlike glede enakosti dostopa do oskrbe na domu. Snovalci politike in odločevalci si morajo prizadevati, da te neenakosti odpravijo;
- izkazala se je potreba po upravljanju odnosov z uporabniki (npr. zagotoviti dostopne informacije, komunikacija med plačniki, storitvami in uporabniki, svetovanje ipd.) ter po

opolnomočenju uporabnikov in njihovih sorodnikov. Dostop, kakovost oskrbe in opolnomočenje bodo tako postala tudi pomembna tema raziskovanja;

- integracija socialne in zdravstvene oskrbe na domu na vseh ravneh (politika, upravičenost, izvajanje, kakovost), še posebej socialne oskrbe na domu in patronažnega varstva, je nepogrešljiv pogoj za zagotovitev optimalne storitve;
- v večini držav bo potrebno kontinuirano prilagajati storitve dejanskim potrebam.

1.5 Ocenjevanje potreb uporabnika

V tem poglavju predstavljamo kratek pregled izbranih orodij, ki se uporabljajo za oceno potreb uporabnika. Pri izboru instrumentov, vključenih v pregled, smo se oprli na NIVEL, kjer je med drugim predstavljeno ocenjevanje potreb v različnih evropskih državah. Orodja, ki smo jih na podlagi študije (Genet idr. 2012a) identificirali kot pomembnejša za evropski prostor, ločujemo v dve skupini:

- orodja, namenjena le oceni funkcionalnih zmožnosti oseb (orodja za oceno temeljnih dnevnih opravil (ADL) in podpornih dnevnih opravil (IADL)) in
- kompleksnejša orodja, ki omogočajo celovito oceno potreb, torej vključujejo oceno funkcionalnih zmožnosti, kognitivno-psihološki vidik in tudi socialni vidik. S tovrstnimi orodji zajamemo več vidikov oskrbe in so temu primerno obsežnejša.

V nadaljevanju na podlagi sekundarnih virov in literature prikazujemo prednosti in slabosti posameznih orodij, kjer je možno pa tudi priložnosti in tveganja.

1.5.1 Orodja za oceno funkcionalnih zmožnosti

Pri oceni funkcionalnih zmožnosti osebe, ki potrebuje pomoč, običajno opazujemo dva tipa dnevnih opravil. Temeljna dnevna opravila (ADL) predstavljajo tista opravila, ki so nujna za samooskrbo in se jih naučimo že v zgodnjem otroštvu, npr. premikanje, oblačenje, skrb za osebno higieno, hranjenje. Podporna dnevna opravila (IADL) pa so pomembna za neodvisno življenje in ohranitev samostojnega gospodinjstva in običajno vključujejo opravila, za katera potrebujemo fizične in kognitivne spretnosti, npr. nakupovanje, pripravljanje obrokov, raba telefona, priprava in jemanje zdravil, mobilnost z javnimi prevoznimi sredstvi oz. vožnja avtomobila. Raba instrumentov za ocenjevanje ADL in IADL je v evropskih državah pogosta. Za oceno temeljnih dnevnih opravil najpogosteje uporabljajo Barthel indeks dnevnih opravil, npr. v Belgiji (predvsem za patronažno varstvo, ponekod tudi za socialno oskrbo na domu), Španiji, Luksemburgu, prilagojeno lestvico pa tudi na Poljskem. V Belgiji za merjenje temeljnih dnevnih opravil uporabljajo Katz indeks. Za merjenje podpornih dnevnih opravil pa se najpogosteje uporablja orodje Lawton Instrumental Activities of Daily Living (npr. v Španiji) (Genet idr. 2012a). V tem poglavju predstavljamo tudi nemško orodje, imenovano Zeittabel, ki združuje kazalnike ADL in IADL.

Barthel indeks dnevnih opravil

Kratek opis

Barthel indeks dnevnih opravil je široko uporabljano standardizirano orodje za oceno funkcionalnih zmožnosti. Orodje so razvili za namene ocenjevanja oviranosti pri osebah z nevromuskularnimi in mišično-kostnimi boleznimi (Mahoney in Barthel 1965). Vključuje deset glavnih kazalnikov temeljnih

dnevni opravil, in sicer hranjenje, osebno nego, umivanje, oblačenje, nadzor nad uriniranjem in odvajanjem blata, rabo stranišča, gibanje, položaj telesa in uporabo stopnic (glej Prilogo A). Posamezni kazalniki so vrednoteni po shemi, ki so jo razvili avtorji.

Prilagoditve orodja

Instrument je bil od nastanka večkrat spremenjen oz. prilagojen. V prvotni obliki vsak kazalnik vrednotimo z 0 (ne zmore sam), 5 (zmore, ob pomoči) in 10 ali 15 (zmore sam, je samostojen), končna vrednost indeksa pa znaša med 0 in 100 točkami. Barthel indeks, kot so ga prilagodili Shah idr. (1989), uvaja nekaj sprememb pri poimenovanju kazalnikov, prav tako kazalniki niso enakovredno vrednoteni (npr. uporabnik lahko prejme 0, 1, 3, 4 ali 5 točk pri osebni negi in 0, 2, 5, 8 ali 10 točk pri oblačenju). Lestvico so prilagodili, da bi povečali občutljivost prvotne lestvice. Končna vrednost indeksa se v primerjavi s prvotno lestvico ni spremenila.

Prilagojen način ocenjevanja, ki sta ga razvila Collin in Wade (1988), uvaja ocene 0, 1 in 2 oz. 3, z maksimalnim seštevkom do 20 točk. Rezultate te lestvice lahko pretvorimo v prvotno tako, da seštevke množimo s 5. Uporabljamo lahko tudi dve obliki prilagojenega instrumenta, ki namesto 10 vsebujeta 15 kazalnikov (Granger, Albrecht in Hamilton 1979 oz. Fortinsky, Granger in Selzer 1981). Indeks, ki so ga pripravili Fortinsky idr. (1981), za razliko od preostalih uporablja 4-stopenjsko lestvico.

Točkovanje

Na podlagi prejetega seštevka lahko sklepamo o stopnji (ne)odvisnosti posamezne osebe; po Shah idr. (1989) npr.:

- 0 do 20 točk: popolna odvisnost;
- 21 do 60 točk: velika odvisnost;
- 61 do 90 točk: srednja odvisnost;
- 91 do 99 točk: šibka odvisnost;
- 100 točk: neodvisnost oz. samostojnost.

Način izvedbe

Instrument v praksi lahko uporabljamo na različne načine. Ocenjevalci lahko funkcionalne zmožnosti vrednotijo na podlagi intervjuja, prek opazovanja osebe v domačem okolju ali pa s pomočjo izvedbe praktičnih nalog. Instrument pogosto uporabljajo pri zdravstveni negi in v medicini, Sainsbury idr. (2005) pa opozarjajo na negotovosti z vidika zanesljivosti, kadar orodje uporabljamo za delo s starejšimi, v povezavi s tem pa svetujejo dodatne raziskave.

Orodje mora uporabljati usposobljen ocenjevalec, kljub temu da je raba zelo enostavna (Wingenfeld idr. 2007). Sama izvedba ocene potreb namreč traja 10 do 15 minut, izvajalci pa morajo pri izvedbi upoštevati nekaj splošnih usmeritev rabe instrumenta⁵:

- pri izvedbi ocene moramo upoštevati, katera opravila uporabnik dejansko izvaja in ne, katere bi lahko izvajal;

⁵ Vir: Barthel Index Scoring Point (Dostopno prek: http://www2.massgeneral.org/stopstroke/pdfs/barthel_index.pdf (29. september 2014))

- glavni cilj je ugotoviti stopnjo samostojnosti; pri katerih opravilih uporabnik potrebuje pomoč (bodisi fizično ali verbalno, ne glede na razlog);
- če uporabnik potrebuje nadzor pri izvedbi opravil, ga ne obravnavamo kot samostojnega;
- ocena potreb naj temelji na najustreznejših dokazih; pridobiti moramo mnenja uporabnika, prijateljev, medicinskih sester in drugih, pri tem pa ne smemo pozabiti na neposredno opazovanje in zdrav razum. Neposredno testiranje sicer ni nujno;
- običajno je pomembno izvajanje opravil uporabnika v zadnjih 24–48 urah, včasih so relevantna tudi daljša obdobja;
- srednjo oceno uporabljamo, kadar uporabnik zmore sam opraviti vsaj 50 % opravil;
- tudi, če uporabnik za izvedbo opravil uporablja pripomočke, je še vedno lahko opredeljen kot samostojen.

Preglednica 1.3: Barthel indeks dnevnih opravil (SWOT analiza)

Prednosti	Pomanjkljivosti
<ul style="list-style-type: none"> - instrument je enostaven za uporabo, razumljiv in široko uporabljan za ocenjevanje (ne)odvisnosti pri temeljnih dnevnih opravilih (Wingefeld idr. 2007); - za rabo instrumenta ne potrebujemo kompleksnejših virov, oceno pa lahko izvedejo tudi medicinske sestre (Hartigan 2007); - številne raziskave ugotavljajo visoko veljavnost in zanesljivost instrumenta (glej Katz 2003); - orodje je uporabno, kadar je potrebna hitra ocena funkcionalnih zmožnosti (npr. v primerih akutne bolnišnične obravnave) (Hartigan 2007). 	<ul style="list-style-type: none"> - pojavljajo se opozorila o neustrezni operacionalizaciji opravil. Le-te bi bilo treba posodobiti, saj nekateri ne odražajo več aktualnega stanja v zdravstveni negi, medicini in pomoči pri oskrbi (Wingefeld idr. 2007); - rezultat lestvice so opravila, ki jih posameznik izvede, ne pa tiste, ki bi jih lahko izvedel (Wingefeld idr. 2007); na pomembnost razlikovanja med obema konceptoma opozarjajo npr. Nettle idr. (2011); - kognitivno-psihološki vidik ni zajet (Wingefeld idr. 2007); instrument je lahko manj zanesljiv pri uporabnikih s kognitivnimi težavami (Sainsbury idr. 2005); - število kazalnikov je premajhno za celovito oceno (Wingefeld idr. 2007); - z merskim instrumentom ne zaznamo sprememb pri zdravju, komunikaciji in psihosocialnem statusu uporabnika (Hartigan 2007); instrument ni primeren za osebe z nizkim obsegom potreb, zato lahko posameznike prepoznamo kot samostojne, ko vseeno potrebujejo pomoč (Katz 2003).
Priložnosti	Tveganja
<ul style="list-style-type: none"> - uporabimo ga lahko kot enega izmed modulov pri oceni potreb (Wingefeld idr. 2007). 	<ul style="list-style-type: none"> - Sainsbury idr. (2005) opozarjajo na negotovosti z vidika zanesljivosti, kadar orodje uporabljamo za delo s starejšimi; Katz (2003, 15) navaja, da je orodje primerno za osebe z nevro-muskularnimi in mišično-kostnimi boleznimi, uporablja se tudi v onkologiji; - raziskave, ki so merile veljavnost in zanesljivost instrumenta, med seboj lahko niso primerljive zaradi številnih prilagoditev instrumenta (Sainsbury idr. 2005).

Katz indeks samostojnosti (Katz index of independence in activities of daily living)

Kratek opis

Katz indeks samostojnosti je razvil Dr. Sidney Katz v poznih petdesetih letih kot standardiziran kvantitativni merski instrument, katerega prvotni namen je bil ugotoviti uspešnost zdravljenja in prognozo starejših in oseb s kronično boleznijo.

Prilagoditve

Merski instrument, kot ga je prvotno oblikoval Katz, je vseboval sedem kazalnikov odvisnosti. Ker je bilo pridobljene rezultate težko interpretirati, so orodje kasneje še nekoliko prilagodili (Katz in Akpom 1976). Novo orodje sestavljajo naslednji kazalniki: umivanje, oblačenje, uporaba stranišča, položaj telesa, kontinenca in hranjenje. Pri vsaki od navedenih opravil uporabnika vrednotimo z ocenama 1 (opravilo lahko opravlja, brez nadzora, usmeritve ali podpore) ali 0 (opravila ne more opravljati brez nadzora, usmeritve ali podpore oz. potrebuje popolno oskrbo) (glej Prilogo A). Višja skupna ocena torej pomeni večjo stopnjo neodvisnosti oz. samostojnosti uporabnika.

Točkovanje

Lestvica instrumenta je podobna Guttmanovi lestvici, kar pomeni, da so kazalniki oz. posamezna opravila razvrščeni glede na kompleksnost izvedbe. Na navedeni lestvici je prikazana hierarhija vrednosti, ki naj bi bila prilagojena naravnemu procesu staranja (Hartigan 2007).

Rezultate interpretiramo na lestvici od A do G, pri čemer:

- A pomeni samostojnost pri izvajanju vseh opravil;
- B pomeni potrebo po pomoči pri enem od navedenih opravil;
- C pomeni potrebo po pomoči pri umivanju in enem dodatnem navedenem opravilu;
- D pomeni potrebo po pomoči pri umivanju, oblačenju in enem dodatnem navedenem opravilu;
- E pomeni potrebo po pomoči pri umivanju, oblačenju, rabi stranišča in enem dodatnem navedenem opravilu;
- F pomeni potrebo po pomoči pri umivanju, oblačenju, rabi stranišča, vstajanju s stola/postelje (izbiri ustreznega položaja telesa) in enem dodatnem navedenem opravilu;
- G pomeni potrebo po pomoči pri vseh šestih opravilih;
- DRUGO: pomeni odvisen pri vsaj dveh opravilih, vendar ga ne moremo umestiti v kategorije C, D, E ali F (Katz idr. 1963).

Katz in Akpom (v Katz 2003) sta kasneje predlagala enostavnejši sistem vrednotenja oz. točkovanja. Po tem sistemu posameznika vrednotimo na lestvici od 0 do 6, seštevek pa odraža število dnevnih opravil, pri katerih oseba potrebuje pomoč.

Način izvedbe

Da ocenjevalec ustrezno izpolni obrazec, mora uporabiti metodo opazovanja, pred tem pa mora biti za to ustrezno usposobljen.

Preglednica 1.4: Katz indeks samostojnosti (prednosti in pomanjkljivosti)

Prednosti	Pomanjkljivosti
<ul style="list-style-type: none">- orodje je široko uporabljano (Fisher 2008);- primeren za populacijo starejših v različnih okoljih oskrbe (Shelkey in Wallace 2008);- podatke pridobimo na podlagi opazovanja in ne poročanja uporabnika samega, kar omogoča natančnejšo oceno potreb (Fisher 2008).	<ul style="list-style-type: none">- pomanjkanje podatkov o formalni zanesljivosti in veljavnosti instrumenta (Hartigan 2007; Fisher 2008);- ne zajame podpornih dnevnih opravil (Shelkey in Wallace 2008);- z merskim instrumentom ne zaznamo sprememb pri zdravju, komunikaciji in psihosocialnem statusu uporabnika (Hartigan 2007); instrument ni primeren za osebe z nizkim obsegom potreb, zato lahko posameznike prepoznamo kot samostojne, ko vseeno potrebujejo pomoč (Katz 2003; Fisher 2008).

Lawton lestvica za oceno podpornih dnevnih opravil (Lawton Instrumental Activities of Daily Living scale (IADL))

Kratek opis

Lestvico za oceno podpornih dnevnih opravil sta leta 1969 oblikovala Lawton in Brody. Gre za najpogosteje uporabljano orodje za oceno podpornih dnevnih opravil starejših (Vergara idr. 2012), ki obsega 8 kazalnikov, in sicer zmožnost rabe telefona, nakupovanja, priprave hrane, skrbi za gospodinjstvo, pranja perila, rabe prevoznih sredstev, jemanja zdravil in skrbi za lastne finance (glej Prilogo A). Zmožnosti posameznika lahko spremljamo periodično.

Točkovanje

Vsak kazalnik vrednotimo z ocenama 1 (zmore, je samostojen) ali 0 (ne zmore, je vsaj deloma odvisen), odgovore pa med seboj seštejemo. Skupna ocena znaša med 0 (nizke funkcionalne zmožnosti, odvisen) do 8 (visoke funkcionalne zmožnosti, samostojen).

Način izvedbe

Izvedba meritev traja okvirno 10 do 15 minut, podatke pa lahko pridobimo preko pisnega vprašalnika ali intervjuja. Informacije lahko poda upravičenec ali družinski član oz. oskrbovalec.

Preglednica 1.5: Lawton lestvica za oceno podpornih dnevnih opravil (prednosti in pomanjkljivosti)

Prednosti	Pomanjkljivosti
<ul style="list-style-type: none">- instrument je enostaven za uporabo (Graf 2013);- kratek čas izvajanja ocene (med 10 in 15 minut) (Graf 2013);- specifični primanjkljaji, ki jih zaznamo z orodjem so lahko v pomoč medicinskim sestram in drugim profilon, ko načrtujejo odpust iz bolnišnice (Graf 2013);- z orodjem lahko identificiramo težave, s katerimi se sooča uporabnik, na podlagi teh rezultatov pa lahko pripravimo natančnejši	<ul style="list-style-type: none">- problematična je samoocena udeležencev; smiselno bi bilo pridobiti rezultate s pomočjo opazovanja, ne zgolj preko intervjuja. Posameznik lahko pri svojih zmožnostih pretirava ali pa jih podcenjuje (Fisher 2008; Graf 2013);- z merskim instrumentom ne zaznamo sprememb pri zdravju, komunikaciji in psihosocialnem statusu uporabnika (Hartigan 2007); instrument ni primeren za osebe z nizkim obsegom potreb, zato lahko posameznike

Prednosti	Pomanjkljivosti
načrt oskrbe oz. načrt oskrbe, ki je bolj usmerjen v uporabnika (Fisher 2008).	prepoznamo kot samostojne, ko vseeno potrebujejo pomoč (Katz 2003; Fisher 2008); <ul style="list-style-type: none"> - orodje ne vključuje nekaterih modernejših podpornih tehnologij (npr. varovanja na daljavo preko telefona in s tem povezanih pripomočkov) (Pearson 2004, 26); - lestvica ni uporabna za institucionalno oskrbo (Graf 2013); - Fisher (2008) svetuje dodatne raziskave o veljavnosti in zanesljivosti instrumenta, saj trenutna testiranja temeljijo na majhnih vzorcih in ne vključujejo različnih kulturnih vzorcev.

Zeittabel (Urnik)

Kratek opis

Zeittabel je standardizirano orodje, ki ga za oceno potreb po temeljnih in podpornih dnevni opravi uporabljajo v Nemčiji. Gre za nacionalno prilagojen instrument, pri katerem so jasno navedene časovne omejitve, ki so potrebne za izvedbo posameznih temeljnih ali podpornih dnevni opravi in s katerim določajo, do katerih storitev dolgotrajne oskrbe je uporabnik upravičen.

Orodje je sestavljeno iz štirih glavnih sklopov: osebna nega (merimo jo z devetimi kazalniki), raba stranišča (merimo jo s petimi kazalniki), hranjenje (merimo ga s tremi kazalniki) in položaj telesa (merimo ga z osmimi kazalniki).

Točkovanje

Posamezniki, ki so vključeni v zavarovanje za dolgotrajno oskrbo (v Nemčiji je namreč oskrba na domu organizirana pod okriljem zavarovanja za dolgotrajno oskrbo), so do le-te upravičeni v primeru, da vsaj šest mesecev ne morejo izvajati temeljnih dnevni opravi in do neke mere tudi podpornih dnevni opravi. Zavarovanci torej lahko prejemajo oskrbo na domu v primeru, da potrebujejo pomoč pri opravljanju vsaj dveh temeljnih dnevni opravi ter enem podpornem dnevni opravi. Obstajajo tri kategorije odvisnosti oz. potreb po oskrbi (Schulz 2010; Adequate social protection against long-term care needs in an ageing society, 2014):

- v prvi kategoriji so osebe, ki potrebujejo vsaj 90 minut oskrbe na dan;
- v kategoriji 2 vsaj 180 minut; in
- v kategoriji 3 vsaj 300 minut oskrbe na dan.

Oceno potreb izvede medicinska sestra ali zdravnik, ki ga napoti zdravstvena služba pri zdravstveni zavarovalnici (angl. Medical Service of the Health Insurance Institutions).

Pomanjkljivosti orodja

Opisani način določanja kriterijev upravičenosti je stroka v Nemčiji kritizirala že od same uveljavitve zakona. Opozarjajo na to, da se pri orodju prevelike poudarke daje zgolj funkcionalnim omejitvam pri posamezniku, spregledane pa so kognitivne motnje, motnje v duševnem zdravju, dementnost, težave pri govoru ter druge težave, ki se pojavljajo pri kroničnih boleznih. Kriteriji so problematični tudi z

vidika prevelikega poudarka času kot kriteriju za določanje upravičenosti, kjer lahko pride do velikih metodoloških težav. Potreben čas za izvajanje je namreč odvisen od številnih dejavnikov vpliva, med drugim npr. od motivacije in zmožnosti osebe, ki izvaja oskrbo, kakovosti odnosa med negovalko in upravičencem, osebnih preferenc upravičenca, rabe medicinsko-tehničnih pripomočkov, okolja, v katerem se izvaja oskrba, profesionalnih standardov itd. To potrjujejo tudi raziskave, namreč pokazale so se obsežne regionalne razlike pri določanju kriterijev upravičenosti, ki jih stroka ni mogla pojasniti z nobenim epidemiološkim ali demografskim dejavnikom (Bücher idr. 2011).

Vse to je v Nemčiji vodilo k reformi obstoječega sistema (Bücher idr. 2011). Za pripravo reforme je bila pripravljena študija, v kateri so pripravili novo definicijo *odvisnosti od oskrbe* ter analizirali 38 orodij za oceno potreb, s poudarkom na vsebini, formalni strukturi, metodološki kakovosti in izvedljivosti.

Orodja, ki so jih v raziskavi analizirali, lahko razdelimo v tri skupine: instrumenti za določanje celovite potrebe po dolgotrajni oskrbi, specifični instrumenti za določanje potreb (npr. zgolj za funkcionalne zmožnosti, vedenje, demenco ipd.) in instrumenti za oceno potreb pri otrocih.

Pri primerjavi različnih instrumentov so za nemški sistem kot najustreznejša izpostavili štiri kompleksna orodja, in sicer EASY care, FACE, RAI in RAI Home Care. Vendar pa opozarjajo na omejitve, s katerimi bi se soočili pri prevzemu katerega od že obstoječih orodij. Orodja po njihovi oceni niso ustrezno prilagojena formalnim zahtevam in strukturi nemškega sistema socialnega varstva in sistema dolgotrajne oskrbe, hkrati pa so pri orodjih zaznali šibkosti v povezavi s kompleksnostjo rabe in z metodologijo oz. pomanjkanjem merljivih rezultatov (Bundesministerium für Gesundheit 2009). Posledično so avtorji študije kot pred njimi že v Avstraliji, na Japonskem in v Veliki Britaniji predlagali razvoj novega orodja za ocenjevanje potreb, ki vključuje nekatere elemente že obstoječih orodij in je oblikovano modularno (Bundesministerium für Gesundheit 2009; Bücher idr. 2011).

Razvijanje novega orodja, imenovanega Neues Begutachtungsassessment zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (v nadaljevanju: NBA), je potekalo v skladu s priporočili svetovalnega organa (angl. Advisory Board) pri Ministrstvu za zdravje, in je bilo prvič objavljeno leta 2008. Pri pripravi so se med drugim osredotočili na naslednje naloge:

- nov postopek mora omogočati objektivni, celovit in ponovljiv opis situacije osebe, ki potrebuje dolgotrajno oskrbo;
- rezultat ocene mora biti transparenten in celovit;
- osnova ocene mora omogočati pripravo načrta dolgotrajne oskrbe;
- ocena potreb mora biti pripravljena v ekonomsko sprejemljivem času. Časovni okvir prve in vseh nadaljnjih ocen ne sme preseči 45 do 60 minut;
- pri pripravi orodja je treba upoštevati vse okoliščine, da lažje prepoznamo težje primere;
- postopek ocene mora identificirati invalidnosti in vire, jih utežiti, in omogočiti jasno razdelitev sredstev. Vzpostavljeni morajo biti ustrezni postopki, ki bi preprečili nekontrolirano širjenje števila upravičencev do dolgotrajne oskrbe;
- participacija v družbi, z vidika čim bolj samostojnega življenja, se mora upoštevati v neodvisnem modulu instrumenta;

- zagotovljen mora biti formalen nadzor kakovosti vsebine instrumenta.

Orodje NBA vsebuje osem modulov: gibanje, kognitivne in komunikacijske zmožnosti, vedenje in duševno zdravje, samooskrba, zmožnost soočanja z boleznijo in s tem povezane zahteve in breme, skrb za vsakdanje življenje in socialne stike, aktivnosti zunaj gospodinjstva in skrb za gospodinjstvo. Za vsakega od modulov so oblikovali kazalnike merjenja (glej Prilogo A) in merske lestvice. Za izračun skupnega števila točk so moduli uteženi. Modula 1 (položaj telesa) in 4 (skrb zase) sta ključna za določanje stopnje pomoči, ki jo potrebuje uporabnik in skupaj h končnemu seštevku točk ne smeta prispevati manj kot polovico vseh točk. Položaj telesa tako prispeva 10 %, skrb zase pa 40 %. Moduli 2, 3 in 6, ki so vsi vezani na kognitivne in vedenjske vidike, h končnemu seštevku skupaj prispevajo 30 %. Modul 5, ki obravnava zmožnost soočanja z boleznijo, k celotnemu seštevku prispeva 20 %⁶. Na podlagi seštevka lahko upravičenec doseže med 0 in 100 točkami, razvrščen pa je v pet različnih kategorij odvisnosti oz. potrebe po oskrbi:

- 1. stopnja odvisnosti: 15–29 točk;
- 2. stopnja odvisnosti: 30–49 točk;
- 3. stopnja odvisnosti: 50–69 točk;
- 4. stopnja odvisnosti: 70–89 točk;
- 5. stopnja odvisnosti: 90 točk ali več (Bücher idr. 2011).

Svetovalno telo, ki ga sestavljajo vsi pomembni deležniki iz področja dolgotrajne oskrbe v Nemčiji, je zaključilo, da NBA predstavlja ustrezno alternativno trenutnemu načinu ocenjevanja potreb, saj:

- gre za kompleksno orodje, ki celovito zajema vse vidike oskrbe;
- omogoča večjo enakopravnost (upoštevata tako težave v duševnem zdravju, npr. demenco, kot tudi telesne težave);
- odpravlja problematično določanje upravičenosti na podlagi časa, potrebnega za oskrbo;
- ponuja nove načine razumevanja storitve dolgotrajne oskrbe; upravičenost do oskrbe je v primerjavi z obstoječo definirana širše, upoštevajo pa se tudi potrebe ljudi, ki so pogosto spregledane (npr. potrebe oseb, ki se soočajo s kognitivnimi in vedenjskimi motnjami);
- omogoča pridobivanje veljavnih in zanesljivih podatkov, ki so uporabni v različnih okoljih načrtovanja oskrbe (Bundesministerium für Gesundheit 2009).

1.5.2 Kompleksnejša orodja za bolj celovito oceno potreb

Kompleksnejša orodja za celovito oceno potreb običajno vključujejo več vidikov oskrbe, npr. poleg funkcionalnih zmožnosti oseb še kognitivno-psihološki vidik in socialni vidik. Orodja so posledično obsežnejša. Sledeč raziskavi Genet idr. (2012a) ugotavljamo, da so tovrstna orodja v evropskih državah pogosto rabljena, predvsem orodje RAI (na Finskem, v nekaterih predelih Avstrije, pa tudi v Islandiji v domovih za starejše in negovalnih bolnišnicah). V poročilu izpostavljamo še orodje Care Dependency Scale (CDS), dostopno v 12 različnih jezikih (Dijkstra idr. 2006), in orodje ASCOT. CDS je bila prevedena in prilagojena tudi za slovenski prostor, kjer jo poimenujemo Lestvica ocene sposobnosti samooskrbe (LOSS).

⁶ Potreba po oskrbi naj bi bila izračunana zgolj na podlagi modulov 1 do 6; modula 7 in 8 v končni izračun nista vključena (Bundesministerium für Gesundheit 2009).

Care Dependency Scale oz. Lestvica ocene sposobnosti samooskrbe (v nadaljevanju: lestvica LOSS)

Kratek opis

Lestvico CDS so leta 1994 razvili na Nizozemskem kot instrument za oceno potreb in načrtovanje oskrbe za uporabnike domov za starejše in se uporablja po vsem svetu v različnih (zdravstvenih) okoljih (oskrba v skupnosti, oskrba na domu, institucionalna oskrba). Lestvica je bila že prevedena v slovenski jezik, Kavšek (2006) jo je tudi testirala v treh domovih za starejše. Pod okriljem Skupnosti socialnih zavodov Slovenije je bilo v letu 2012 opravljeno testiranje orodja v vseh domovih za starejše, v letu 2014 pa še testiranje na območju Celja, in sicer v domovih za starejše, v oskrbovanih stanovanjih, v dnevni centrih, v okviru pomoči na domu in patronažnega varstva. Lestvico uporabljajo tudi redki izvajalci socialne oskrbe na domu (npr. Dom Danice Vogrinec Maribor za občini Duplek in Miklavž na Dravskem polju). Nekateri zdravstveni domovi (npr. Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor) v okviru patronažnega varstva uporabljajo lestvico življenjskih opravil po Virginii Henderson, ki je v bistvu predhodnica lestvice CDS. S pomočjo lestvice lahko ocenimo potrebe oskrbovancev in vrsto oz. stopnjo pomoči, ki jo potrebujejo, na podlagi rezultatov pa lahko pripravimo okvirni načrt oskrbe, o katerem se lahko posvetujemo tudi v multidisciplinarnem timu. Ponovno ocenjevanje z istim instrumentom nudi tudi vpogled v spremembo statusa oskrbovanca, potencialno pa tudi v uspešnost intervencij (Dijkstra idr. 2006).

Pri pripravi orodja in izbranih kazalnikov so pripravljavci izhajali iz komponent zdravstvene nege, ki jih je razvila Hendersonova (v Dijkstra idr. 2006); identificirala je 14 osnovnih človekovih potreb, ki jih je treba upoštevati, ko želimo, da posameznik ob prejeti pomoči lahko živi samostojno (Dijkstra idr. 2006). Za pripravo kazalnikov ocene potreb so lestvico Hendersonove nekoliko prilagodili; potrebo »normalno dihanje« so opustili, potreba »gibanje in ustrezna lega« pa je bila razdeljena na dva dela: »gibanje« in »položaj telesa«. Potreba »komunikacija, izražanje čustev, potreb, strahov in mnenj« je bila razdeljena na dva kazalnika, in sicer »komunikacija« in »navezovanje stikov« (Dijkstra idr. 2012).

Točkovanje

CDS lestvico sestavlja 15 kazalnikov. Pri ocenjevanju kazalnike vrednotimo na lestvici od 1 (povsem odvisen) do 5 (skoraj samostojen). Pri oceni potreb uporabnik lahko torej prejme med 15 (popolnoma odvisen od oskrbe) do 75 (skoraj samostojen) točk. V uporabi so različna točkovanja, npr. po Lohrmann (v Wingenfeld idr. 2007):

- 15–44 točk: visoka stopnja odvisnosti;
- 45–59: srednja stopnja odvisnosti;
- 60–75: nizka stopnja odvisnosti.

in po Mertens idr. (v Wingenfeld idr. 2007):

- manj kot 25 točk: popolnoma odvisen;
- 25–44 točk: večinoma odvisen;
- 45–69 točk: večinoma samostojen;
- več kot 69 točk: popolnoma samostojen.

Točkovanje v slovenski različici CSD (LOSS lestvici) pa je naslednje:

- 15 točk: oseba je pri izvajanju temeljnih življenjskih opravil in dnevnih opravil popolnoma odvisna od pomoči druge osebe;
- 16–30 točk: oseba je pri izvajanju temeljnih življenjskih opravil in dnevnih opravil večji del odvisna od pomoči druge osebe;
- 31–45 točk: oseba je pri izvajanju temeljnih življenjskih opravil in dnevnih opravil ves čas delno odvisna od pomoči druge osebe;
- 46–60 točk: oseba je pri izvajanju temeljnih življenjskih opravil in dnevnih opravil občasno odvisna od pomoči druge osebe;
- 61–75 točk: oseba je v večini samostojna pri izvajanju vseh temeljnih življenjskih opravil in dnevnih opravil in ne potrebuje pomoči druge osebe.

Način izvedbe

Izpolnjevanje vprašalnika temelji na opazovanju uporabnika, natančnost ocene pa je odvisna od stopnje poznavanja njegovih potreb in funkcionalnih zmožnosti. Zato Dijkstra idr. (2006) svetujejo, da oceno izvajajo medicinske sestre in zdravstveni delavci, predvsem v situacijah, ko ima oskrbovanec omejene komunikacijske zmožnosti. Osebe, ki izvajajo oskrbo, potrebujejo kratko usposabljanje za rabo instrumenta, ki je sicer enostaven in razumljiv. Izvajanje ocenjevanja traja med 5 do 8 minut (Lohrmann v Wingenfeld idr. 2007).

Preglednica 1.6: CDS oz. LOSS lestvica (prednosti in slabosti)

Prednosti	Pomanjkljivosti
<ul style="list-style-type: none">- številne raziskave, ki potrjujejo dobri veljavnost in zanesljivost lestvice (Wingenfeld idr. 2007);- instrument je enostaven za uporabo in razumljiv, izvajanje ocenjevanja pa traja med 5 do 8 minutami (Lohrmann v Wingenfeld idr. 2007);- možnost priprave osebnega načrta uporabnika (Dijkstra 2006);- standardizirano orodje;- lestvica je že prilagojena za slovenski prostor in testirana v domovih za starejše.	<ul style="list-style-type: none">- z vidika vsebine instrument zaostaja za ostalimi podobnimi instrumenti (Wingenfeld idr. 2007);- razlike pri trditvah pri posameznih področjih včasih niso dovolj jasne (Wingenfeld idr. 2007);- instrument vsebuje manj IADL kazalnikov (premalo je zastopan socialni vidik).

RAI

Kratek opis in prilagoditve

RAI je orodje za ocenjevanje potreb, ki so ga razvili v Združenih državah Amerike, kmalu pa ga je mednarodna mreža zdravnikov in raziskovalcev vpeljala tudi v številne države izven ZDA. Orodje so želeli zastaviti čim širše, tako da bi lahko zajeli več vidikov dolgotrajne oskrbe. Leta 1996 so razvili RAI - Home Care, orodje, namenjeno tistim, ki potrebujejo postakutno nego ali storitve oskrbe na domu, temu pa so sledili še RAI-Mental Health (za psihiatrične bolnišnice), RAI-Acute Care (za akutno nego), RAI-Post Acute Care (za postakutno nego) in RAI-Paliative Care (za paliativno oskrbo). Leta 2000 so celotno orodje posodobili in pripravili paket integrirane skupine instrumentov, ki omogoča

kompatibilen pristop k oceni potreb za domove za starejše, oskrbo na domu, akutno nego, post akutno nego, paliativno oskrbo, podprto življenje, oskrbovana stanovanja, storitve za osebe z intelektualnimi ovirami, skupnostno obravnavo na področju duševnega zdravja, urgentno psihiatrijo in bolnišnično psihiatrijo. Pripravili so 70 kazalnikov, ki so bili, z nekaj izjemami, prisotni v vseh instrumentih, med drugim so merili kognitivne zmožnosti za odločanje, dnevna opravila (npr. osebno higieno, rabo stranišč, prehranjevanje), počutje (npr. konstantna jeza, jok,..), težave z obnašanjem, padce in zdravstvenimi simptomi (npr. pogostost in intenziteto bolečine). Prav tako so identificirali več kot 100 opcijskih kazalnikov, ki so se pojavili v večini, vendar ne vseh instrumentih, in so med drugim obravnavali spomin, situacijski spomin, sluh, odnos neformalnega omrežja do problematike, podporna dnevna opravila (npr. pripravo obrokov, upravljanje s financami, rabo telefona, ...), vzdržljivost, druga zdravstvena stanja (npr. prislruhe), preventivne intervencije in presejalne programe (npr. cepljenje proti gripi, mamografijo). Rezultat rabe orodja je celostni dokument Minimum Data Set (MDS), ki vsebuje relevantne informacije za vsakega uporabnika, in sicer funkcionalne zmožnosti, kognitivne zmožnosti, počutje in vedenje, kontinenca, stanje kože, zobje, hranjenje, čutila (vid, sluh), komunikacija, zdravila, diagnoze, simptomi, psihosocialno stanje, duševna agilnost in stopnjo aktivnosti, poškodbe (Haataja idr. 2003).

Gre torej za celostno orodje, ki pokriva oceno potreb starejših v najširšem možnem smislu, in je namenjeno načrtovanju individualne oskrbe z integracijo različnih tipov storitev (zdravstvene, socialne, rehabilitacijske), poleg tega pa omogoča tudi nadzor kakovosti in merjenje učinkovitosti oskrbe. Orodje prav tako pomaga umeriti dobre točke in slabosti vsake oskrbovalne enote (angl. care unit) in oceniti delovne obremenitve članov tima. RAI omogoča primerjavo cen in kakovosti med oskrbovalnimi enotami, spletna baza zbranih podatkov pa nudi tudi primerjalno presojanje (angl. benchmarking) (Leichsenring idr. 2013b).

Oceno potreb je treba opraviti v interdisciplinarnem timu, ki ga usklajuje kvalificirana medicinska sestra. Člani tima se lahko udeležijo večdnevni usposabljanj s teoretičnimi in praktičnimi poudarki. Izpolnjevanje instrumenta je kompleksno in tehnično zahtevno, priprava MDS pa traja med 90 in 120 minutami (Wingenfeld idr. 2007).

Preglednica 1.7: RAI (SWOT analiza)

Prednosti	Pomanjkljivosti
<ul style="list-style-type: none"> - standardizacija, s katero se izboljša učinkovitost izvajanja oskrbe v smislu racionalnejše porabe virov (Rodrigues idr. 2014); - dobra podpora za oblikovanje osebnega/individualnega načrta (Hammar idr. 2011); - integracija različnih tipov storitev (zdravstvenih, socialnih, rehabilitacijskih) (Wingenfeld idr. 2007); - gre za enega mednarodno najbolj sprejetih instrumentov za oceno potreb pri dolgotrajni oskrbi (Leichsenring idr. 2013b); - visoka zanesljivost orodja, ki temelji na dolgotrajnem sodelovanju relevantnih deležnikov, številne raziskave pa so pokazale visoko zanesljivost in veljavnost orodja (Rodrigues idr. 2014); 	<ul style="list-style-type: none"> - standardizacija oskrbe namesto osredotočenosti na uporabnika (Rodrigues idr. 2014); - premalo vključevanja uporabnika samega in njegove družine (Rodrigues idr. 2014); - težave pri pojasnjevanju razlik med organizacijami (Rodrigues idr. 2014); - razvoj storitev z uporabo RAI zahteva veliko delovnega časa in virov (Hammar idr. 2011); - bolj se posveča zdravstvenemu in patronažnemu varstvu in manj socialnim storitvam (vprašanja socialnih storitev so še v razvoju in se jih šele dodaja k RAI instrumentu, prav tako vprašanja o avtonomiji uporabnika) (Hammar idr. 2011).

Prednosti	Pomanjkljivosti
<ul style="list-style-type: none"> - sistematično zbiranje podatkov omogoča primerjave v času in med različnimi organizacijami/državami (Rodrigues idr. 2014); - identifikacija dobrih in slabih strani delovanja v posamezni oskrbovalni enoti in na organizacijskem nivoju (Hammar idr. 2011); - možnost učenja iz dobrih praks (Hammar idr. 2011); - na voljo so usposabljanja, priročniki in orodja, ki so v podporo pri interpretaciji podatkov; z uporabo kazalnikov lahko izboljšamo procese (Rodrigues idr. 2014). 	
Priložnosti	Tveganja
<ul style="list-style-type: none"> - RAI bi lahko postal orodje, ki bi ga uporabljale različne skupine strokovnjakov (Hammar idr. 2011); - RAI lahko uporabljamo tudi kot orodje za merjenje kakovosti storitve (Hammar idr. 2011); - v nadaljnjem razvoju se lahko vključi kazalnike kakovosti življenja, ne le kliničnih kazalnikov (Rodrigues idr. 2014). 	<ul style="list-style-type: none"> - brez dobrega usposabljanja, podpore in zadostnih finančnih virov, RAI predstavlja veliko obremenitev za osebje (Hammar idr. 2011; Rodrigues idr. 2014); - Rezultati, ki jih dobimo s pomočjo orodja, se včasih nejasno prekrivajo z vprašanji kakovosti oskrbe (Rodrigues idr. 2014).

ASCOT - Adult Social Care Outcomes Toolkit

Kratek opis

Orodje ASCOT je v prvi vrsti namenjeno ugotavljanju stopnje socialne oskrbe v povezavi s kakovostjo življenja (angl. social care related quality of life (v nadaljevanju: SCRQoL)). Koncept SCRQoL obravnava osem konceptualno različnih področij: osebno higieno in udobje, varnost, nadzor nad lastnim življenjem, čistost in udobnost namestitve, prehranjevanje, dejavnost (bodisi poklicna, neplačano delo, skrb za druge, prostočasne dejavnosti, ...), družbeno participacijo in vključenost ter dostojanstvo (Rodrigues idr. 2014).

Orodje je bilo oblikovano kot odgovor na kritike instrumentov, ki se osredotočajo zgolj na funkcionalne (ne)zmožnosti uporabnikov in opozarja na pomembno ločnico med tem, kaj uporabnik *zmore narediti sam* in kaj *počne sam*. Opozarjajo na to, da so zmožnosti tiste, ki so za uporabnika ključnega pomena, hkrati pa pri oblikovanju orodja ne smemo zanemariti dejanskega izvajanja opravil (Netten idr. 2011).

Orodje je rezultat najnovejših usmeritev oz. premikov politik iz ocenjevanja strukturne in procesne kakovosti v merjenje rezultatov, in iz ocenjevanja funkcionalne zmožnosti v smeri merjenja samostojnosti, izbire in nadzora ljudje s potrebami po dolgotrajni oskrbi (Rodrigues idr. 2014, 70).

Z orodjem lahko pridobimo podatke o:

- trenutnem SCRQoL indeksu, ki odraža trenutno počutje / zadovoljstvo uporabnika in ga pridobimo preko intervjuja, vprašalnika ali opazovanja;
- pričakovanem SCRQoL indeksu, ki odraža stanje, ki bi ga pričakovali, če uporabnik oskrbe ne bi prejemal, in ga pridobimo s pomočjo intervjuja ali opazovanja;

- učinku SCRQoL; v kolikor zaznamo, da je trenutni SCRQoL indeks drugačen od pričakovanega, lahko merimo učinek storitve (razliko med obema indeksoma).

Trenutno so na voljo štiri različice instrumenta⁷:

- SCT4: Instrument, ki ga izpolnijo uporabniki, ki živijo v skupnostnih oblikah. Instrument je sestavljen iz devetih vprašanj, ki jih uporabniki vrednotijo na 4-stopenjski lestvici, in omogoča izračun trenutnega SCRQoL indeksa uporabnika;
- INT4: Strukturiran intervju, ki je namenjen uporabnikom, ki živijo v skupnostnih oblikah. Instrument je sestavljen iz 23 vprašanj, ki jih uporabniki vrednotijo na 4-stopenjski lestvici. S pomočjo instrumenta izračunamo trenutni in pričakovani SCRQoL indeks ter učinek. Uporabnik za vsako od osmih merjenih področij najprej navede svoje trenutno stanje (izračun trenutnega SCRQoL), v nadaljevanju pa preverimo, ali za zadovoljitev trenutnega stanja prejema pomoč (storitve oskrbe na domu oz. zasebna oskrbovalka, ne vključujemo pa pomoči zdravnikov, medicinskih sester ali neformalne pomoči) in, do katere mere bi bile njihove potrebe zadovoljene, v kolikor te pomoči ne bi prejeli (izračun pričakovanega SCRQoL);
- SCT3: Instrument, ki ga izpolnijo uporabniki, ki živijo v skupnostnih oblikah. Instrument je sestavljen iz 18 vprašanj, ki jih uporabniki vrednotijo na 3-stopenjski lestvici. S pomočjo instrumenta izračunamo trenutni SCRQoL indeks uporabnika. Kazalniki so pripravljene tako, da omogočajo tudi izračun predvidenega dviga SCRQoL indeksa po prejeti pomoči, vendar so bili testirani zgolj v dnevni obliki, zato je raba v drugih okoljih oskrbe tvegana;
- CH3: Instrument, namenjen uporabnikom v institucionalnem varstvu. Orodje izpolnjuje usposobljen ocenjevalec, ki posamezne trditve vrednoti na 3-stopenjski lestvici. Uporabljeni metodi sta opazovanje in intervjuji z drugimi stanovalci doma, sorodniki in zaposlenimi. Orodje omogoča izračun trenutnega in pričakovanega SCRQoL indeksa.

Kot je razvidno so merjena področja pri zgoraj naštetih instrumentih vrednotena na 3-stopenjski in 4-stopenjski lestvici. 4-stopenjska lestvica, kot navajajo Netten idr. (2011) omogoča večjo stopnjo občutljivosti za osebe z nizkim obsegom potreb. Tovrstno ocenjevanje je bolj priporočljivo za uporabnike, ki živijo v skupnostnih oblikah.

Ko določamo celotni indeks SCRQoL, upoštevamo, da področja za uporabnika niso enako pomembna, zato so temu primerno utežena (glej Netten idr. 2011).

Preglednica 1.8: ASCOT (SWOT analiza)

Prednosti	Pomanjkljivosti
<ul style="list-style-type: none"> - orodje so testirali v Angliji in pokazali na njegovo veljavnost (Rodrigues idr. 2014); - z orodjem merimo zmožnosti in kakovost življenja uporabnika (Rodrigues idr. 2014); - orodje je uporabno za izračun učinka posamezne storitve dolgotrajne oskrbe in ga lahko uporabljamo tudi kot primerjavo 	<ul style="list-style-type: none"> - orodje še ni prilagojeno za druga kulturna okolja in kontekste (testirano je zgolj v Angliji), predvsem z vidika veljavnosti, zanesljivosti, občutljivosti in uteževanja (Rodrigues idr. 2014); - orodje kot tako ni sistem upravljanja s kakovostjo, vendar pa ga lahko uporabimo v povezavi s tovrstnimi sistemi (glej Prednosti)

⁷ Vse različice instrumenta so dostopne na spletni strani <http://www.pssru.ac.uk/ascot/>. Na spletni strani so dostopni tudi priročniki za uporabo instrumentov in pa excelovi vnosniki, kamor vnašamo rezultate pridobljenih vprašalnikov, omogočajo pa tudi avtomatski izračun trenutnega SCRQoL indeksa, pričakovanega SCRQoL indeksa in učinek (spremembo med indeksoma).

Prednosti	Pomanjkljivosti
<ul style="list-style-type: none"> - posameznih storitev (Rodrigues idr. 2014); - orodje lahko uporabimo v različnih sistemih upravljanja s kakovostjo (Rodrigues idr. 2014); - izvedba ocene potreb je relativno enostavna (Rodrigues idr. 2014). 	<ul style="list-style-type: none"> (Rodrigues idr. 2014); - ASCOT lahko uporabljamo brezplačno, vendar pa informacije o tem, koliko sredstev bi bilo potrebnih za implementacijo in nadzor izvajanja ocenjevanja potreb, niso dostopne (Rodrigues idr. 2014).
Priložnosti	Tveganja
<ul style="list-style-type: none"> - ASCOT je relativno novo orodje, ki ga trenutno prevajajo v druge jezike in prilagajajo drugim državam (Rodrigues idr. 2014); - lahko ga uporabljamo v povezavi z orodjem European Quality of Life - 5 Dimension (Rodrigues idr. 2014); - dodatni razvoj je potreben za uporabnike s kognitivnimi ovirami (demenca) in težavami pri komunikaciji (Rodrigues idr. 2014); - uporabljamo ga lahko v različnih okoljih oskrbe (Rodrigues idr. 2014). 	<ul style="list-style-type: none"> - Do sedaj še niso znana (Rodrigues idr. 2014).

Predstavili smo nekaj orodij, ki jih za ocenjevanje potreb uporabnika na individualni ravni uporabljajo v drugih evropskih državah. Iz obstoječe literature smo poskušali ta orodja tudi ovrednotiti - predvsem na način kaj so prednosti in kaj pomanjkljivosti posameznega orodja. Temeljne značilnosti posameznih orodij tako strnjeno prikazujemo v naslednji preglednici, kjer izpostavimo tiste lastnosti orodij, ki jih identificiramo kot pomembne pri morebitnem prenosu orodja v naše okolje. Izpostavljam le tiste lastnosti, ki so opredeljene v obstoječi literaturi; če opredelitev ni bila na voljo, smo to označili z »ni podatka«.

Preglednica 1.9: Pregled temeljnih značilnosti posameznih orodij z oceno primernosti rabe pri socialni oskrbi na domu

	Tip orodja	Kompleksnost izvedbe ocene (visoka, srednja, nizka)	Metoda izvajanja	Ciljna populacija	Veljavnost, zanesljivost	Primernost za oceno potreb pri socialni oskrbi na domu
Barthel indeks dnevnih opravil	ocena funkcionalnih zmožnosti - ADL	nizka	intervju, opazovanje (v domačem okolju, preko praktičnih nalog)	osebe z nevro-muskularnimi in mišično-kostnimi boleznimi, raba v onkologiji	raziskave kažejo na visoko veljavnost in zanesljivost, vendar so primerjave med raziskavami včasih onemogočene, veljavnost in zanesljivost pa sta vprašljivi pri delu s starejšimi	NE (npr. ne zajema vseh vidikov oskrbe, ni primeren za osebe z nizkim obsegom potreb)
Katz indeks samostojnosti	ocena funkcionalnih zmožnosti - ADL	nizka	opazovanje	starejši v vseh okoljih oskrbe	nizka veljavnost in zanesljivost	NE (npr. ne zajema vseh vidikov oskrbe, ni primeren za osebe z nizkim obsegom potreb)
Lawton lestvica za oceno podpornih dnevnih opravil	ocena funkcionalnih zmožnosti - IADL	nizka	vprašalnik, intervju	starejši; ni primeren za institucionalno varstvo	rezultati kažejo dobro veljavnost in zanesljivost, vendar so zaradi vprašljive metodologije dodatne raziskave smiselne	DELNO (npr. ne zajema vseh vidikov oskrbe, ni primeren za osebe z nizkim obsegom potreb, omogoča pripravo osebnega načrta, ki je usmerjen v uporabnika, zajema kazalnike IADL)
Zeittabel	ocena funkcionalnih zmožnosti (ADL in IADL)	ni podatka	ni podatka	upravičenci do dolgotrajne oskrbe v Nemčiji	ni podatka	NE (npr. prilagojen za nemški sistem, identificiranih več pomanjkljivosti)
NBA (orodje je še v	kompleksno orodje	ni podatka	ni podatka	upravičenci do	ni podatka	DELNO (npr. orodje

	Tip orodja	Kompleksnost izvedbe ocene (visoka, srednja, nizka)	Metoda izvajanja	Ciljna populacija	Veljavnost, zanesljivost	Primernost za oceno potreb pri socialni oskrbi na domu
pripravi)				dolgotrajne oskrbe v Nemčiji		še ni implementirano, zato še ni podatkov o morebitnih pomanjkljivostih, identificiran je širok spekter modulov, ki so pripravljene na podlagi obsežne analize obstoječih orodij)
LOSS lestvica	kompleksno orodje	srednja	opazovanje	starejši (orodje testirano predvsem za starejše v institucionalnem varstvu)	visoka	DELNO (npr. orodje je testirano na področju institucionalnega varstva v Sloveniji, podhranjen je socialni vidik)
RAI	kompleksno orodje	visoka	opazovanje, intervju, pregled kliničnih zapisov	integrirano orodje za več ciljnih skupin	visoka	DELNO (npr. zelo razširjena raba orodja, natančno definirani indikatorji, nekoliko bolj ustrezno za patronažno varstvo, socialne storitve se šele dodajajo k instrumentu, izvedba testiranja je kompleksna, potrebni so veliki finančni vložki)

	Tip orodja	Kompleksnost izvedbe ocene (visoka, srednja, nizka)	Metoda izvajanja	Ciljna populacija	Veljavnost, zanesljivost	Primernost za oceno potreb pri socialni oskrbi na domu
ASCOT	kompleksno orodje	srednja	intervju, vprašalnik, opazovanje	uporaba v različnih okoljih oskrbe	raziskave v Angliji kažejo na visoko zanesljivost in uporabnost, vendar je orodje treba testirati še v drugih kulturnih okoljih in kontekstih)	DELNO (npr. orodje je razmeroma novo, vsebuje indikatorje kakovosti življenja, potreben razvoj indikatorjev za kognitivno oviranost in težave pri komunikaciji)

2 OCENJEVANJE POTREB UPORABNIKA SOCIALNE OSKRBE NA DOMU V SLOVENIJI - KRITIČNA ANALIZA

V Sloveniji ne obstajajo enotna navodila oz. smernice za ocenjevanje potreb uporabnikov socialne oskrbe na domu, prav tako ne obstaja enotni obrazec načrta izvajanja skrbi. Izvajalci oskrbe so k temu pristopili na različne načine oz. so razvili lastno metodologijo in instrumente. Podobno so razvili različne instrumente (vprašalnike) za merjenje zadovoljstva uporabnikov socialne oskrbe na domu in socialnih oskrbovalk. Kot ugotavlja Nagode (2014) je pri tem med izvajalci zaznati težnjo po uporabi poenotenih vprašalnikov, saj nekateri izvajalci uporabljajo identične vprašalnike. Iz tega razloga je z vsebinskega in metodološkega vidika ovrednotila omenjene vprašalnike več izvajalcev in podala ključne metodološke in vsebinske ugotovitve in navodila pri spremljanju kakovosti socialne oskrbe na domu. V nadaljevanju so bili v okviru projekta *Oskrba starejših v skupnosti*⁸ razviti vprašalniki za uporabnike, svojce in socialne oskrbovalke ter v letu 2013 tudi preizkušeni v okviru reprezentativne raziskave na način zunanjega vrednotenja kakovosti socialne oskrbe na domu. Na tej osnovi je nastal priročnik *Kakovost socialne oskrbe na domu: vrednotenje, podatki in priporočila* (Hlebec idr. v nastajanju) z vrsto metodoloških in vsebinskih priporočil, ki bodo izvajalcem socialne oskrbe na domu omogočile dobro izvajanje notranjega vrednotenja kakovosti socialne oskrbe na domu, saj na enem mestu ponuja metode in merske instrumente za izvajanje notranjega vrednotenja kakovosti.

Ker je ocenjevanje potreb ena izmed pomembnih dimenzij kakovosti, smo se na Inštitutu RS za socialno varstvo, po naročilu Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, odločili pregledati prakse izvajalcev socialne oskrbe na domu pri ocenjevanju potreb uporabnika in načrtovanju izvajanja storitve. Tudi v tem primeru smo se poslužili pristopa od spodaj navzgor, saj predvidevamo, da imajo izvajalci že razvita dobra in uporabna orodja, ki so lahko v pomoč pri snovanju priporočil poenotenega modela. Tako smo v okviru rednega zbiranja podatkov o izvajanju socialne oskrbe na domu izvajalce v začetku leta 2014 vprašali⁹, na kakšen način ocenjujejo potrebe svojih uporabnikov, njihove zmožnosti samooskrbe in kako pripravijo načrt izvajanja socialne oskrbe na domu. Opravili smo pregled instrumentov z uporabo sistematičnega pregleda vsebin ter sintezo raziskav (po Cooper 2010). Najprej smo pregledali strukturo instrumentov in pripravili nabor vseh elementov oz. vprašanj. Vsakemu vprašanju smo pripisali možne odgovore kot so navedeni v orodjih (npr. lastno stanovanje, najeto stanovanje, odprt odgovor ipd.), kodo (npr. stanovanje, spol, ipd.) in izvajalca storitve. V nadaljevanju smo vprašanja in odgovore še dodatno strukturirali (npr. spol v socio-demografijo, stanovanje v bivalni pogoji in stanovanjske razmere ipd.). Ta del analize smo opravili po kvalitativni metodi (Mesec 1998). Analizirali smo torej vsebino orodij; v tem smislu gre tudi za prvo tovrstno analizo in poskus (meta)vrednotenja pristopov ocenjevanja potreb uporabnika

⁸ Gre za temeljni raziskovalni projekt (2011–2014), ki ga vodi dr. Valentina Hlebec s Fakultete za družbene vede. Pri projektu sodelujejo še Fakulteta za socialno delo, Filozofska fakulteta ter Znanstvenoraziskovalni center Slovenske akademije znanosti in umetnosti.

⁹ Glede na to, da orodje/instrument/pristop za ocenjevanje potreb uporabnika oz. njegovih individualnih potreb, specifik, zmožnosti samooskrbe (kot je npr. individualni načrt) ni predpisan, nas zanima na kakšen način ocenjujete potrebe posameznega uporabnika in pripravite načrt oskrbe? Gre za oceno potreb na individualni ravni (vprašanje za izvajalca).

(na individualni ravni) socialne oskrbe na domu. Analiza tako služi kot podlaga pri oblikovanju enotnega merskega instrumenta za ocenjevanje potreb uporabnikov socialne oskrbe na domu. Opozoriti velja, da analiza ni reprezentativna v kvantitativnem smislu, saj smo prejeli orodja le od določenega deleža izvajalcev socialne oskrbe, je pa pomembna v kvalitativnem smislu, saj ponuja vsebinski pregled in predloge.

2.1 Pregled prejetih instrumentov

Iz odgovorov izvajalcev je razvidno, da izvajalci potrebe uporabnikov sicer ocenjujejo na različne načine, kljub temu pa jih večina navede, da se ocena potreb prične s pogovorom z uporabnikom in ključnimi člani njegovega socialnega omrežja, običajno so to bližnji sorodniki. Skupaj z njimi sklenejo dogovor o izvajanju storitve, nekateri kot podlago k dogovoru pripravijo tudi osebni načrt izvajanja storitve (uporabljajo različna poimenovanja in tudi različne vsebine). Prosili smo jih tudi, da nam posredujejo orodja, instrumente oz. pristope za ocenjevanje potreb posameznika, ki jih pri svojem delu uporabljajo.

Orodja oz. instrumente, ki jih uporabljajo pri svojem delu, nam je posredovalo 34 izvajalcev¹⁰ socialne oskrbe na domu (od skupaj 82 izvajalcev), ki storitev izvajajo v 99 občinah. Skupno smo prejeli 45 instrumentov¹¹, ki jih po vsebini lahko razdelimo v tri večje sklope, in sicer:

- prošnja/vloga/zahteva za izvajanje storitve pomoči družini na domu (6 instrumentov/izvajalcev): instrumenti so si med seboj različni in vsebujejo različen nabor podatkov; v vseh instrumentih je identično vprašanje o tem, katero obliko storitve vlagatelj želi oz. potrebuje;
- ugotavljanje potreb in upravičenosti za storitev pomoči družini na domu ter ocena samostojnosti (9 instrumentov/8 izvajalcev): instrumenti izvajalcev so si med seboj različni, nekateri ta del združujejo z osebnim načrtom storitve, spet drugi so za ugotavljanje potreb in upravičenosti razvili samostojen instrument;
- osebni/individualni načrt izvajanja socialne oskrbe na domu (31 instrumentov/izvajalcev): instrumenti izvajalcev so med seboj različni, vsebujejo različen obseg in nabor podatkov, kljub temu pa med instrumenti beležimo tudi popolnoma ali delno identične instrumente različnih izvajalcev, kar pomeni, da so jih izvajalci med seboj poenotili.

Večina izvajalcev je posredovala po en instrument, načeloma osebni načrt pomoči, nekateri pa po dva ali tri (npr. vloga, ugotavljanje upravičenosti in osebni načrt pomoči). Nekateri zbrani podatki se v tem primeru lahko podvajajo v različnih instrumentih. Pri pregledu prejetih instrumentov smo v analizo zajeli vse (ne glede na to ali gre za prošnjo, ugotavljanje upravičenosti ali osebni načrt izvajanja storitve), saj se mnogi sklopi vprašanj oz. podatkov podvajajo.

¹⁰ Število izvajalcev po sklopih presega število vseh izvajalcev, ki so nam poslali instrumente. Nekateri izvajalci so namreč poslali več različnih instrumentov.

¹¹ Seštevek instrumentov po vsebinskih sklopih ni enak številu vseh prejetih instrumentov, ker so nekateri instrumenti šteti dvakrat, tj. npr. Ugotavljanje upravičenosti in osebni načrt, ki po vsebin sodi tako v sklop ugotavljanje potreb in upravičenosti za storitev pomoči družini na domu ter ocena samostojnosti kot tudi v sklop osebni/individualni načrt izvajanja socialne oskrbe na domu.

Slika 2.1: Vsebinski sklopi prejetih dokumentov



Poleg navedenih instrumentov so nekateri izvajalci priložili tudi pomagala oz. usmeritve za oskrbovalke in vodje pomoči na domu, kot sta Navodila za izdelavo individualnega načrta (CSD Krško) in Katalog opravil v okviru zagotavljanja storitve pomoč družini na domu v obliki socialne oskrbe na domu (CSD Gornja Radgona). Oba instrumenta je obravnavala Sekcija socialnih oskrbovalk pri Socialni zbornici Slovenije (v nadaljevanju: sekcija) in ju tudi potrdila. Prav tako je sekcija sprejela osebni načrt kot pripomoček za oceno potreb uporabnika in načrtovanje storitve z njim. Predvidevamo, da slednji instrument, ki temelji na Brandonovem modelu osebnega načrtovanja, uporablja večje število izvajalcev.

V nadaljevanju prikazujemo pregled in analizo različnih instrumentov po posameznih vsebinskih sklopih. Poseben poudarek namenjamo ocenjevanju potreb po oskrbi ter zmožnosti samooskrbe. Ocena potreb oz. samostojnosti uporabnika je namreč ključna pri načrtovanju oskrbe.

2.2 Vsebinska analiza instrumentov s priporočili

Izvajalci v postopku ugotavljanja upravičenosti, ocene potreb in načrtovanja oskrbe zbirajo različne podatke o vlagatelju oz. uporabniku - nekatere podatke zberejo že v okviru vloge za storitev in ugotavljanja upravičenosti do storitve, večino podatkov (predvsem kontekstualnih) pa potem v osebem načrtu izvajanju socialne oskrbe na domu. Izvajalci imajo pri tem različne prakse. V nadaljevanju po posameznih sklopih prikazujemo nabor podatkov, ki jih zbirajo izvajalci oskrbe na domu.

2.2.1 Kontaktni in osebni podatki uporabnika

Izvajalci zbirajo različen nabor kontaktnih in nekaterih osebnih podatkov, ki ga prikazujemo v naslednji preglednici.

Preglednica 2.1: Kontaktni in osebni podatki vlagatelja/uporabnika

Naziv podatka	Število izvajalcev
priimek in ime	33 ¹²
EMŠO	19
rojstni datum	13
kraj rojstva	1
telefon	26
mobilni telefon/GSM	17
naslov stalnega bivališča	31
občina stalnega bivališča	14
naslov začasnega bivališča	13
občina začasnega bivališča	10
elektronski naslov/e-mail	9
davčna številka	2
državljanstvo	1

2.2.2 Socio - demografski podatki uporabnika

V okviru socio-demografskih podatkov izvajalci zbirajo različne podatke o uporabnikih, npr. spol, izobrazbo, poklic, zakonski stan, ali imajo otroke in koliko. Podatek o starosti uporabnika je npr. voden na različne načine bodisi v okviru rojstnega datuma oz. leta rojstva bodisi v okviru EMŠO (osebni podatek uporabnika). Starost je namreč eden izmed pomembnejših podatkov pri ugotavljanju upravičenosti do storitve, obenem pa je to eden izmed podatkov, ki ga morajo izvajalci pogosto poročati drugim institucijam, saj je osnova za mnoge analize izvajanja socialne oskrbe na domu (na mednarodni, na nacionalni, regionalni, lokalni ravni). Pomembno je, da je starost opredeljena numerično (npr. vpis letnice rojstva), ker ta način omogoča več nadaljnjih izračunov in omogoča naknadno oblikovanje starostnih razredov, ki se lahko oblikujejo glede na zaznane potrebe oz. zahteve (npr. poročanje po petletnih starostnih skupinah). Izvajalci v okviru posredovanih podatkov pogosto popišejo tudi spol ter podatek o tem, ali imajo uporabniki otroke ali ne, kar je lahko predvsem pomembna informacija pri organizaciji ključnih članov okolja (več v nadaljevanju).

Preglednica 2.2: Socio-demografski podatki

Naziv podatka	Zaloga vrednosti oz. možni odgovori	Število izvajalcev
starost	odprt odgovor	1
rojstni datum	odprt odgovor	13
spol	moški; ženska	9
izobrazba	osnovna šola; poklicna šola; srednja šola; višja šola; visoka šola	1
izobrazba	odprt odgovor	1
poklic	odprt odgovor	1
maritalni status	samski; poročen; ovdovel; razvezan	2
maritalni status	samski; poročen; ovdovel	1
ima otroke	ne; da; da-koliko/število	13
ima otroke	kje živijo	1

¹² Eden izmed poslanih instrumentov je nepopoln oz. smo prejeli le določen del instrumenta, zato manjka del o kontaktnih podatkih.

Izvajalci nekatere identične koncepte opredelijo na različne načine, zato predlagamo poenoteno rabo le teh. Iz vidika metodologije je pomembno, da v vprašanje vključimo čim širši spekter možnih odgovorov, da preprečimo gostitev odgovorov v kategoriji »drugo«, kar nam omogoča večjo standardizacijo odgovorov in enostavnejše analize. V okviru raziskave (Hlebec idr., v nastajanju), ki ponuja merski instrument za merjenje zadovoljstva uporabnikov, so že nastala priporočila za merjenje določenih spremenljivk, zato tam, kjer je možno, predlagamo poenoteno uporabo le teh:

- izobrazba: 1 - brez šolske izobrazbe; 2 - nepopolna osnovnošolska izobrazba; 3 - osnovnošolska izobrazba; 4 - nižja ali srednja poklicna izobrazba; 5 - srednja strokovna izobrazba; 6 - srednja splošna izobrazba; 7 - višja strokovna izobrazba, višješolska izobrazba; 8 - visokošolska strokovna izobrazba; 9 - visokošolska univerzitetna izobrazba; 10 - specializacija; 11 - magisterij; 12 - doktorat¹³ (Hlebec idr., v nastajanju);
- zakonski stan: 1 - poročen; 2 - zunajzakonska skupnost; 3 - samski; 4 - ovdovel; 5 - ločen; 6 - drugo (Hlebec idr., v nastajanju);
- otroci: 1 - da, 2 - ne; če DA, koliko (vpiši).

2.2.3 Socialne vloge, statusi in spretnosti

Večje število izvajalcev (11) v osebem načrtu za izvajanje storitve za uporabnika zabeleži njegove socialne vloge, statuse in spretnosti. Gre za odprt odgovor, pri katerem v pogovoru z uporabnikom upoštevajo naslednje kriterije (kriteriji se lahko med izvajalci nekoliko razlikujejo, vendar ne bistveno):

- vloga v sorodstveni skupnosti, v lokalni skupnosti, v interesni skupnosti;
- izobrazba;
- interesi (kakšne hobije ima, kaj ga zanima, na kaj je ponosen, kaj mu je v zadovoljstvo);
- znanja, veščine in spretnosti, ki jih ima oz. si jih želi pridobiti;
- občutek lastne vrednosti (samopodoba, samospoštovanje, samoocenjevanje);
- značilni dosedanji vzorci ravnanja s problemom in rešitvijo.

Izvajalci z uporabnikom na ta način spregovorijo in popišejo trenutno situacijo uporabnika kot jo vidi sam (oz. skupaj s svojci) pri čemer izhajajo iz uporabnikove lastne perspektive in širšega zornega kota - opis je torej kontekstualen, upošteva širši kontekst uporabnikovega življenja.

2.2.4 Družinska skupnost ali gospodinjstvo, v katerem živi uporabnik

Izvajalci pogosto popišejo podatek o tem, s kom uporabniki živijo, kar najpogosteje imenujejo vrsta družinske skupnosti ali gospodinjstva. Pri tem imajo definiran različni nabor odgovorov. Devet izvajalcev uporablja identičen nabor možnih odgovorov; tudi sicer imajo uporabljajo zelo poenoten instrument osebnega načrta za izvajanje storitve. En izvajalec navede odprt odgovor.

¹³ Rezultati omenjene raziskave so sicer pokazali, da lahko izobrazbo nadalje razdelimo na tri ravni, in sicer (osnovnošolska izobrazba ali manj), (2) srednja splošna izobrazba ali manj in (3) višja strokovna izobrazba ali manj.

Preglednica 2.3: S kom uporabniki živijo

Naziv podatka	Zaloga vrednosti oz. možni odgovori	Število izvajalcev
vrsta družinske skupnosti in posebnosti	živi sam; z zakoncem/partnerjem; v skupnem gospodinjstvu z otroki; v skupnem gospodinjstvu s sorodniki; v tuji družini; drugo; posebnosti	1
vrsta življenjske skupnosti ali gospodinjstva	živi sam; z zakoncem; skupnem gospodinjstvu sorodnikov; v tuji družini; drugo	9
vrsta življenjske skupnosti	živi sam; z zakoncem; s sorodniki; skupno gospodinjstvo s sorodniki; drugo	1
vrsta življenjske skupnosti ali gospodinjstva	živi sam; živi z zakoncem; živi v družinski skupnosti z otrokom/ki; drugo	2
vrsta življenjske skupnosti ali gospodinjstva	živi sam; živi z zakoncem; živi v družinski skupnosti; drugo	1
oblika življenjske skupnosti	živi sam; živi s partnerjem; živi z otroki; živi z drugimi sorodniki; živi s tujimi ljudmi	1
družinska skupnost	živi sam; živi z zakoncem oz. s partnerjem; živi z otrokom oz. družino; drugo	1
družinska skupnost	živi sam; živi z zakoncem oz. s partnerjem; živi z družino; drugo	1
vrsta življenjske skupnosti	živim sama(a); živim pri starših; živim skupaj z možem/ženo; živim pri drugih ljudeh; živim z zunajzakonskim partnerjem; živim pri sorodnikih; živim pri otrocih	1
podatki o družinski skupnosti	živim sama(a); živim z možem/ženo; živim z zunajzakonskim partnerjem; živim pri drugih sorodnikih; živim pri drugih ljudeh; drugo	1
oskrbovanec živi	sam; sozakonec/partner; otroci; ostalo:	1
družinska skupnost	živi sam; živi z zakoncem oz. partnerjem; živi z družino; drugo	1
uporabnik živi:	sam; v skupnosti s:	1

Predlagamo uporabo strukturiranega nabora odgovorov, ki naj zajame čim širši spekter možnih kombinacij, in sicer: 1 - sam; 2 - s partnerjem/zunajzakonskim partnerjem; 3 - s partnerjem in z otrokom; 4 - s starši; 5 - z (drugimi) sorodniki; 6 - z drugimi ljudmi; 7 - drugo (navedi).

2.2.5 Dohodki uporabnika in plačilo storitve

V posredovanih instrumentih izvajalci spremljajo, ali imajo uporabniki lastne (redne) dohodke ter katere vrste. Ta podatek pridobivajo na različne načine; pri 11 izvajalcih beležimo poenoten nabor možnih dohodkov. Poleg podatkov o vrstah dohodkov v instrumentih zbirajo tudi podatke o plačilu storitve, in sicer v smislu, kdo bo poravnal stroške storitve - sam ali nekdo drug (pooblaščen oseba) ter ali bo uporabnik uveljavljal oprostitev za plačilo oz. doplačilo. Gre za pomembne podatke, ki prikazujejo ekonomski oz. gmotni položaj uporabnika in imajo (lahko) precejšen vpliv na organiziranje in izvajanje socialne oskrbe na domu.

Preglednica 2.4: Dohodki in plačilo storitve

Naziv podatka	Zaloga vrednosti oz. možni odgovori	Število izvajalcev
redni mesečni dohodki	nimam rednih mesečnih dohodkov; imam redne dohodke; dodatek za pomoč in postrežbo	1
vrsta	pokojnina; denarna pomoč; varstveni dodatek; dodatek za pomoč in	11

Naziv podatka	Zaloga vrednosti oz. možni odgovori	Število izvajalcev
prejemkov/dohodki	postrežbo; drugo	
vir dohodka	ima lastne dohodke - pokojnina; je brez dohodka; prejema varstveni dodatek; prejema dodatek za pomoč in postrežbo; prejema denarno socialno pomoč; prejema invalidnino; drugo	1
Uporabnik	prejema pokojnino; prejemek partnerja; je vzdrževan; je kmet; drugo	1
podatki o plačilu storitve	ima lastne dohodke; je brez dohodka; prejema varstveni dodatek; prejema dodatek za tujo pomoč in nego; storitev bo v celoti plačeval sam; potrebno bo (do)plačilo storitve s strani druge osebe; uveljavljal bo oprostitev pri plačilu storitve	1
podatki o plačilu storitve	ima lastne dohodke; je brez dohodka; prejema varstveni dodatek; prejema dodatek za tujo pomoč in nego; storitev bo v celoti plačeval sam; uveljavljal bo oprostitev pri plačilu storitve; drugo	3
podatki o plačilu storitve	sam; za plačilo pooblašcam; druga oseba	1
podatki o plačilu storitve	storitev bom plačal sam v celoti; uveljavljal bom oprostitev pri plačilu storitve; kot invalid po ZDVDTPO oz. prejemnik stalne denarne pomoči sem opravičen plačila (100. čl. ZSV)	1
podatki o plačilu storitve	storitev bom plačal sam v celoti; storitev bo plačeval: (ime in priimek, leto rojstva, naslov, telefon, razmerje do upravičenca); zaprosil bom za oprostitev plačila oz. za (do)plačilo	1
znesek bom:	plačal sam v celoti; zaprosil bom za doplačilo plačila storitve pomoči na domu na pristojnem centru za socialno delo	1
način plačila storitev	upravičenec v celoti sam preko položnice da/ne; drugi; uveljavljal bo oprostitev pri plačilu storitve preko CSD da/ne; drugo	1
način plačila storitev	storitev bo plačeval sam; uveljavljal bo oprostitev pri plačilu storitve; drugo	1
način plačila storitev	sam; drugi; uveljavljal bo oprostitev pri plačilu storitve; drugo:	1
upravičenec je oproščen plačila po zakonu:	je prejemnik denarne socialne pomoči kot edinega vira preživetja; je prejemnik nadomestila za invalidnost	3
vloga za oprostitev plačila na CSD	odprt odgovor	1

V nekaterih primerih izvajalci v okviru istega vprašanja izmerijo dve ali več dimenzij, npr. obstoj dohodka, vrsto dohodka, plačilo in način plačila storitve ipd. Predlagamo smiselno razbitje glede na posamezne dimenzije:

- mesečni osebni prihodek (1 - pokojnina; 2 - dodatek za pomoč in postrežbo/tujo nego in pomoč (po različnih predpisih); 3 - nadomestilo za invalidnost; 4 - invalidnina; 5 - varstveni dodatek; 6 - denarna socialna pomoč; 7 - nadomestilo za brezposelnost; 8 - drugo; 9 - brez prihodka);
- plačevanje storitve (1 - v celoti plačuje sam; 2 - delno plačuje sam; 3 - uveljavlja oprostitev plačila storitve v celoti; 4 - uveljavlja delno oprostitev plačila storitve; 5 - plačilo oz. doplačilo druge osebe (kontaktni podatki).

2.2.6 Bivalni pogoji in stanovanjske razmere, v katerih živi uporabnik

V okviru bivalnih pogojev in stanovanjskih razmer izvajalci zbirajo različne informacije na različne načine; predvsem jih zanima v kakšnih tipih stanovanj uporabniki živijo (hiša, stanovanje) ter v katerem nadstropju, kako imajo urejeno lastništvo (lastniki, najemniki), kakšna je ustreznost stanovanja ipd. Zanimajo jih tudi posebnosti stanovanjskih razmer, kot so kurjava, voda, kopalnica in podobno. Zelo pogosto na odprt način opišejo bivalne pogoje uporabnikov; pogosto skupaj z osnovnimi materialnimi viri. V ta namen imajo izvajalci (9 izvajalcev) izdelan skupen kriterij (po Brandonu) za opis teh pogojev, ki se nanaša na:

- stanovanjske razmere, pogoje za vključitev (voda, ogrevanje, dostop do postelje, prostornost za oskrbo, možnost priprave obrokov hrane ipd.);
- dohodek - denar, s katerim uporabnik razpolaga in viri tega dohodka: pokojnina, invalidnina, denarna socialna pomoč, dodatek za pomoč in postrežbo, lastništvo in najemništvo.

Preglednica 2.5: Bivalni pogoji in stanovanjske razmere

Naziv podatka	Zaloga vrednosti oz. možni odgovori	Število izvajalcev
pojasnitev pogojev bivanja (ustrezni, manj ustrezni) in posebnosti/pojasnitev pogojev - odprt odgovor	odprt odgovor	17
bivalni pogoji	hiša; stanovanje; oskrbovano stanovanje; drugo; ustrezni bivalni pogoji; manj ustrezni bivalni pogoji	9
bivalni pogoji	lastna hiša; lastno stanovanje; oskrbovano stanovanje; drugo	1
bivalni pogoji	živi v družinski hiši; živi v večstanovanjski hiši/ bloku v stanovanju; živi v oskrbovanem stanovanju	1
bivalni pogoji	lastna hiša; lastno stanovanje; drugo; ki so zadovoljivi; manj zadovoljivi	1
bivalni pogoji/prostor stanovanje	(zasebna) hiša; stanovanje - nadstropje: _____; drugo lastna hiša; stanovanje v hiši; stanovanje v bloku; ostalo: _____	5
bivalni in drugi pogoji za izvajanje storitve	hiša - nadstropje; stanovanje - nadstropje; oskrbovano stanovanje - nadstropje; drugo	1
bivalni in drugi pogoji za izvajanje storitve	lastna hiša; lastno stanovanje; najemno stanovanje; varovano stanovanje; drugo; vpiši še stanovanje/nadstropje	2
bivanjske razmere	tekoča voda da/ne; kopalnica da/ne; urejena kuhinja da/ne; vrsta štedilnika: _____; centralna kurjava da/ne; vrsta kurjave: _____; ostalo: _____	1
pogoji za izvajanje storitev	Ima zagotovljene bivalne in druge pogoje za življenje v svojem bivalnem okolju ¹⁴ (da/ne)	6
posebnosti pri dostopu	odprt odgovor	2

¹⁴ Poleg bivalnih pogojev izvajalci merijo še naslednje pogoje za izvajanje storitve: zaradi starosti ali hude invalidnosti se ne more oskrbovati in negovati sam, njegovi svojci pa take oskrbe in nege ne zmorejo ali zanj nimajo možnosti (da/ne); preostale psihofizične sposobnosti mu omogočajo, da z občasno organizirano pomočjo ohranja zadovoljivo duševno in telesno počutje in lahko funkcionira v znanem bivalnem okolju tako, da mu vsaj za določen čas ni potrebno institucionalno varstvo (da/ne); oseba je/ni upravičena do socialne oskrbe (da/ne).

Predlagamo, da se bivalne pogoje in stanovanjske razmere opredeli večdimenzionalno, in sicer:

- stanovanjski položaj: 1 - lastnik, solastnik, 2 - lastnik oskrbovanega stanovanja, 3 - najemnik oskrbovanega stanovanja, 4 - najemnik profitnega stanovanja, 5 - najemnik neprofitnega stanovanja, 6 - najemnik namenskega najemniškega stanovanja za upokojence in starejše, 7 - živi pri otrocih, vnukih, 8 - drugo;
- vrsta stavbe: 1 - samostojna ali vrstna hiša, 2 - večstanovanjska hiša, 3 - blok z do 4 nadstropji, 4 - blok s 5 ali več nadstropji, 5 - drugo;
- dvigalo v stavbi: 1 - da, 2 - ne.

Ustreznost bivalnih pogojev in tudi drugih pogojev za življenje je zelo pomembna z vidika zagotavljanja socialne oskrbe na domu, ki preprečuje oz. odlaga odhod v institucionalno varstvo.

Za potrebe izvajanja socialne oskrbe na domu nekateri izvajalci v okviru posredovanih instrumentov popišejo tudi nekaj informacij glede ključev bivalnih enot, v katerih bivajo uporabniki, predvsem v smislu ali bodo ključne posredovali izvajalkam ali ne ter katere (vrata stanovanja ipd.). Popišejo tudi, kdo je prevzemnik ključev ob prenehanju izvajanja storitev.

Preglednica 2.6: Ključi bivalnih enot

Naziv podatka	Zaloga vrednosti oz. možni odgovori	Število izvajalcev
vstop v stanovanje	zagotovljen s ključem/ključi, ki jih bom dal v uporabo; stanovanje bom odklepal sam	1
prevzem ključa / ključ za vhodna vrata	da; ne	6
prevzem ključev (s strani osebja)	vhodna vrata; stanovanje	7
prevzem ključev (s strani osebja)	stanovanja; hiše	1
prevzem ključev (s strani osebja)	stanovanja; hiše; vhodnih vrat	2
prevzemnik ključev ob prenehanju izvajanja storitev / ob prenehanju ključne vrtni/kontaktne oseba	ime in priimek; naslov; telefon/GSM ali odprt odgovor	11

Kar nekaj izvajalcev socialne oskrbe na domu v okviru posredovanih podatkov beleži tudi podatek o tem, ali imajo uporabniki domače živali in katere.

Preglednica 2.7: Domače živali uporabnikov

Naziv podatka	Zaloga vrednosti oz. možni odgovori	Število izvajalcev
domače živali	pes; mačka; drugo	3
domače živali	odprt odgovor	6
domače živali	da; ne	1

2.2.7 Zdravstvena situacija uporabnika

V veliki večini instrumentov se nahajajo zelo različni podatki (eden ali več) o zdravstveni situaciji uporabnika, od popisa zdravstvenega doma, izbranega zdravnika in patronažne službe/sestre do opisa zdravstvenega stanja uporabnika. Slednji je povzet na različne načine, od povsem odprtega zapisa (uporabnikov osebni opis ali zapis strokovnega delavca) do natančnega pregleda po

posameznih segmentih, vezanih na zdravstveno stanje uporabnika (npr. pomičnost/pokretnost uporabnika, pripomočki, ki jih uporabnik uporablja, raba zdravil ipd.).

Preglednica 2.8: Zdravstvena situacija uporabnika

Naziv podatka	Zaloga vrednosti oz. možni odgovori	Število izvajalcev
uporabnikov osebni opis trenutnega zdravstvenega stanja	odprt odgovor	1
zdravstveno stanje (bolezni, diete ipd.), pokretnost, uporaba medicinsko-tehničnih pripomočkov	odprt odgovor	1
zdravstveno stanje in posebnosti; zdravstvene posebnosti (alergije, sladkorna bolezen, epilepsija, krvne bolezni, prenosljive bolezni...):	odprt odgovor	4
zdravstveno stanje uporabnika (bolezni, diete, uporaba pripomočkov):	odprt odgovor	2
zdravstveno stanje uporabnika/pokretnost	pomičen; delno pomičen (bergle, hodulja, voziček); nepomičen; potrebuje varstvo in nadzor; gluhi, naglušni; motnje v duševnem razvoju; težave v duševnem zdravju; slep; drugo	13
zdravstveno stanje uporabnika	pomičen/pokreten; delno pomičen/pokreten; nepomičen/nepokreten	6
pripomočki/posebnosti pri izvajanju storitve	bolniška postelja, sedež v kadi; drugo/opombe	4
pripomočki/posebnosti pri izvajanju storitve	bolniška postelja; invalidski voziček; antidekubitusna blazina; hodulja, bergle, palica; hišno stranišče; nastavek za stranišče; sedež za tuš/kad	1
tehnični pripomočki	bolniška postelja; invalidski voziček; sedež v kadi; drugo	2
tehnični pripomočki	bolniška postelja; invalidski voziček; počivalnik; hodulja; bergle; palica; slušni aparat; zobna proteza; drugo:	2
tehnični pripomočki	bolniška postelja; invalidski voziček; hodulja/bergle; sedež v kadi; slušni aparat; zobna proteza	2
tehnični pripomočki	bolniška postelja; invalidski voziček; hodulja/bergle; sedež v kadi; slušni aparat; dvigalo	1
uporaba pripomočkov	odprt odgovor	1
pripomočki v uporabi (npr. hodalica, bolniška postelja, voziček,...)	odprt odgovor	1
ortopedski pripomočki	odprt odgovor	1
zdravila, inkontinenčni pripomočki (osebno ali s pomočjo socialne oskrbovalke)	odprt odgovor	1
predmeti in pripomočki, ki jih rabi za življenje	odprt odgovor	1
zdravljenje v zadnjem obdobju	odprt odgovor	1
uporablja zdravila	odprt odgovor	1
uporaba zdravil	samostojno; ob pomoči	2
opozorilo o nevarnosti okužb	odprt odgovor	1
zdravstvene posebnosti (alergije, sladkorna bolezen, epilepsija, krvne bolezni, prenosljive bolezni...)	odprt odgovor	1

Naziv podatka	Zaloga vrednosti oz. možni odgovori	Število izvajalcev
Diagnoza	odprt odgovor	1
Odvajanje	odprt odgovor	1
Hranjenje	odprt odgovor	1
Dieta	odprt odgovor	1
Dieta	sladkorna; žolčna; drugo	1
opozorila in posebna navodila glede zdravstvenega stanja	odprt odgovor	1
osebni zdravnik/izbrani zdravnik	odprt odgovor	21
zdravstveni dom	odprt odgovor	5
patronažna sestra/oskrba	odprt odgovor (oz. vpisati ime in priimek patronažne medicinske sestre, telefon)	15
patronažna služba	da/ne; termin oskrbe	2
patronažna služba/oskrba	da; ne	3
prostovoljno zdravstveno zavarovanje	da; ne	1

Zdravstveno stanje oz. skrb za zdravje uporabnika številni izvajalci (10 izvajalcev) preverijo v okviru *življenjskih dogodkov in vzorcev ravnanj, vizije*, ki je eden izmed elementov osebnega načrta za izvajanje storitve in pogovora z uporabnikom ob pisanju le tega. Pri opredelitvi *življenjskih dogodkov in vzorcev ravnanj, vizije* uporabnika izvajalci upoštevajo naslednje kriterije:

- kaj mu/ji je v življenju pomembno, kaj si želi;
- življenjska zgodba;
- pozitivne in negativne izkušnje v preteklosti: kaj ga veseli, osrečuje, boli, žalosti, strahovi;
- kaj jih osrečuje, kaj jim prinaša največ zadovoljstva, veselja ali trenutek sreče, kaj od naštetega bi želeli doživljati pogosteje;
- skrb za zdravje.

Predlagamo, da se zdravstveno situacijo uporabnika povzame tako strukturirano kot tudi na odprt način, opisno, na način pogovora. Pri strukturiranih podatkih predlagamo:

- opis zdravstvenega stanja: 1- zelo dobro; 2 - dobro; 3 - zadovoljivo; 4 - slabo; 5 - zelo slabo;
- pomičnost: 1 - pomičen; 2 - delno pomičen; 3 - nepomičen;
- posebnosti glede zdravstvenega stanja: 1 - gluhi/naglušni; 2 - slepi/slabovidni; 3 - težave v duševnem zdravju; 4 - motnje v duševnem razvoju; 5 - potrebuje varstvo in nadzor; 6 - uporablja zdravila (katera); 7 - samostojno uporablja zdravila; 8 - v zadnjem času je bil na zdravljenju; 9 - dieta (sladkorna, žolčna, drugo); 10 - alergije; 11 - epilepsija; 12 - sladkorna bolezen; 13 - prenosljive bolezni; 14 - nevarnosti okužb; 15 - drugo (da/ne, opomba);
- uporaba pripomočkov: 1 - bolniška postelja; 2 - antidekubitusna blazina; 3 - hišno stranišče; 4 - nastavek za stranišče; 5 - sedež za tuš/kad; 6 - hodulja/bergle/palica; 7 - invalidski voziček; 8 - inkontinenčni pripomočki; 9 - ortopedski pripomočki; 10 - slušni aparat; 11 - zobna proteza; 12 - drugo (da/ne, opomba);
- obiskovanje patronažne službe: 1 - ne; 2 - da (termin oskrbe, ime in priimek patronažne medicinske sestre, telefon, opis/opomba);
- zdravstveni dom in izbrani osebni zdravnik: zdravstveni dom; ime in priimek izbranega zdravnika; telefon, opis/opomba.

2.2.8 Status uporabnika glede na upravičenost do izvajanja socialne oskrbe na domu

Opredelitev vlagateljev/uporabnikov glede na upravičenost do storitve kot jo opredeljuje Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev se pojavlja v vseh treh oblikah instrumentov (vloga, ugotavljanje upravičenosti, osebni načrt storitve). V največ primerih je opredelitev pogojev povzeta iz omenjenega pravilnika ter ponekod v skrajšani obliki. V enem primeru smo zasledili opredelitev štirih namesto petih pogojev (manjka hudo bolni otrok ali otrok s težko motnjo v telesnem ali težko in najtežjo motnjo v duševnem razvoju in ni vključen v organizirane oblike varstva), v dveh primerih pa je v instrumentu predviden odprt odgovor. Predlagamo strukturirano ugotavljanje upravičenosti na način kot je opredeljeno v omenjenem pravilniku.

Preglednica 2.9: Status uporabnika glede na upravičenost

Naziv podatka	Zaloga vrednosti oz. možni odgovori	Število izvajalcev
status vlagatelja	oseba stara 65 in več let; oseba s statusom invalida po ZDVRTPO št. odločbe __ datum odločbe __; druga invalidna oseba, ki ji je priznana pravica do dodatka za pomoč in postrežbo; kronično bolna oseba ali oseba z dolgotrajnimi okvarami zdravja; družina z invalidnim otrokom št. odločbe __ datum odločbe __	1
status uporabnika / upravičenec je upravičen do socialne oskrbe, ker je:	oseba stara nad 65 let, ki je zaradi starosti ali pojavov, ki spremljajo starost nesposobna za samostojno življenje; oseba s statusom invalida po zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb, ki po oceni pristojne komisije ne zmorejo samostojnega življenja, če stopnja in vrsta njihove invalidnosti omogočata občasno oskrbo na domu; druga invalidna oseba, ki ji je priznana pravica do tuje pomoči in nege za opravljanje večine življenjskih funkcij; kronično bolna oseba in oseba z dolgotrajnimi okvarami zdravja, ki nima priznanega statusa invalida, pa je po oceni pristojnega centra za socialno delo brez občasne pomoči druge osebe nesposobna za samostojno življenje; hudo bolni otrok ali otrok s težko motnjo v telesnem ali težko in najtežjo motnjo v duševnem razvoju in ni vključen v organizirane oblike varstva	9
status oskrbovanca	oseba stara nad 65 let; oseba s statusom invalida po Zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb; druge invalidne osebe, ki jim je priznana pravica do tuje pomoči in nege; kronično bolne osebe in osebe z dolgotrajnimi okvarami zdravja; hudo bolni otrok ali otrok s težko motnjo v telesnem ali težko in najtežjo motnjo v duševnem razvoju; drugo	1
status uporabnika	starost nad 65 let; status invalida po ZDVRT in TPO; drugi invalidi, ki jim je priznana pravica do druge pomoči in nege; kronično bolne osebe z dolgotrajnimi okvarami zdravja, ki nima statusa invalida in po oceni pristojnega Centra za socialno delo brez občasne pomoči ni zmožen za samostojno življenje; hudo bolni otrok ali otrok s težko motnjo v telesnem in duševnem razvoju	1
upravičenec do storitve pomoč na domu na podlagi	starost nad 65 let; status invalida po ZDVRTDP; invalidna oseba, ki ji je priznana pravica do tuje pomoči in nege; kronično bolna oseba	1
status uporabnika/ugotavljanje upravičenosti	odprt odgovor	2

2.2.9 Ocena samostojnosti in potrebe po pomoči (ocena potreb) uporabnika

Za načrtovanje izvajanja socialne oskrbe na domu je podatek o oceni potreb eden ključnejših za načrtovanje aktivnosti v povezavi z nadaljnjo oskrbo. Relativno malo izvajalcev je posredovalo instrument, v okviru katerega pri uporabnikih sistematično preverjajo, pri katerih opravilih ti potrebujejo pomoč, kako so pri določenih opravilih samostojni, kako pogosto potrebujejo pomoč ipd. Ugotavljamo, da načeloma te podatke pridobijo v okviru vloge/prošnje za izvajanje socialne oskrbe na domu. Trije izvajalci v oceno potreb vključujejo le vidik ADL, en izvajalec pa oceno izvaja širše, torej se ne osredotoča le na funkcionalne zmožnosti uporabnikov (oblačenje, slačenje, izločanje, premikanje, prehrana), pač pa bežno vključuje tudi kognitivne in komunikacijske zmožnosti (orientacija v času in okolju, komunikacija).

Preglednica 2.10: Ocena samostojnosti in potrebe po pomoči

Naziv podatka/aktivnosti	Zaloga vrednosti oz. možni odgovori	Število izvajalcev
kakšno in koliko pomoči potrebujete pri vsakdanjih opravilih in skrbi zase: pri oblačenju in slačenju; obuvanju in sezuvanju; umivanju, kopanju; prehranjevanju; odvijanju	sem samostojen; potrebujem občasno pomoč; potrebujem stalno pomoč; opomba	1
kakšno pomoč potrebujete pri vsakdanjih opravilih: oblačenje; umivanje; izločanje; premikanje; prehrana; komunikacija; spominske funkcije; orientacija v času in okolju; drugo	samostojen; potrebujem delno pomoč; potrebujem stalno pomoč; opomba	1
ocena pokretnosti in samostojnosti: hranjenje; osebna nega; oblačenje/slačenje; obračanje na bok; posedanje; sedenje; presedanje iz invalidskega vozička; vstajanje; stoja; hoja; hoja po stopnicah; menjava higienskih vložkov/plenit; umivanje/kopanje	ni možno; s pomočjo; samostojno	1
potrebuje pomoč pri: hranjenju; osebni negi; oblačenju/slačenju; obračanju v postelji; posedanju; sedenju; presedanju iz postelje na stol; vstajanju; stoji; hoji; hoji po stopnicah; umivanju, kopanju; menjavi higienskih vložkov/plenit; uporabi stranišča	popolno; delno	1

Poleg sistematičnega popisa potreb oz. samostojnosti uporabnikov pri izvajanju dnevnih opravil, temeljnih in podpornih, se v posredovanih instrumentih pri večjem številu izvajalcev pojavi tudi delno strukturiran popis uporabnikovega stanja, kamor lahko uvrstimo tudi elemente, vezane na potrebo po pomoči (ocena potreb). Gre za sestavine osebnega načrta izvajanja storitve, in sicer ocena moči, ki jo v osebni načrt vključuje 12 izvajalcev. Pri tem upoštevajo naslednje kriterije:

- samostojnost:
 - a) mobilnost v prostoru;
 - b) možnost pridobivanja informacij, pomembnih za odločanje in upravljanje z lastnim življenjem;
 - c) možnost samostojnega odločanja o pomembnih stvareh v svojem življenju (na primer razpolaganje z denarjem in drugimi sredstvi...);
 - d) možnost vplivanja na vsakdanje življenje (na katere odločitve v vsakdanu lahko starostnik vpliva, o čem lahko odloča, kaj ima rad, česa ne mara, ali ima vpliv, kako lahko preživi svoj vsakdan, svoj prosti čas, kaj lahko izbira v domačem okolju);

- dostop do potrebnih sredstev in virov pomoči;
- povezanost s formalnimi in neformalnimi mrežami kot vir pomoči pri uveljavljanju pravic in pridobivanju sredstev.

Razprava o orodju za oceno potreb je v času, ko se sprejema nov zakon o dolgotrajni oskrbi, zelo relevantna, saj z ustreznimi orodji določamo, do katerih storitev je uporabnik upravičen in v kakšnem obsegu. Ugotavljamo, da orodja, ki jih trenutno uporabljajo izvajalci, niso dovolj celovita, vprašanju o tem, kako naj poteka ocena potreb in kako izbrati ustrezno orodje, pa se za enkrat še ne posvečamo v zadostnem obsegu.

Pri oceni potreb svetujemo uporabo nemških izkušenj, kjer so na osnovi slabe prakse pripravili izhodišča in smernice za pripravo novega orodja (glej Poglavlje 1.5.2). Orodje je bilo oblikovano v širši delovni skupini in pilotno testirano, implementacija je v Nemčiji trenutno v postopku političnega procesa¹⁵. V tem kontekstu se nam zdi smiselno slediti predvsem ugotovitvi, da, v kolikor bomo z novim orodjem oblikovali tudi kriterije upravičenosti, le-ti ne smejo biti izključujoči. Ne smemo torej zajeti le oseb s funkcionalnimi nezmožnostmi, pač pa mora biti nabor manj omejujoč, z upoštevanjem npr. tudi tistih s kognitivnimi ovirami. Orodje mora omogočati tudi pripravo ustreznega načrta oskrbe.

Pri pripravi orodja so v Nemčiji oblikovali osem modulov, ki pokrivajo glavna vsebinska področja, ki jih moramo pri ocenjevanju potreb upoštevati. Največji poudarek smiselno dajejo opravilom ADL, ki morajo zajemati vsaj polovico vseh točk ocenjevanja (za vsebinska področja glej Prilogo A ali Poglavlje 1.5.2). V okviru pregleda instrumentov za oceno potreb smo identificirali tudi nekaj kompleksnih orodij, na podlagi katerih kriterije upravičenosti lahko določamo širše, vendar se soočajo z različnimi pomanjkljivostmi. Lestvica LOSS npr. ne zajema nobenih kazalnikov skrbi za gospodinjstvo, za katere ocenjujemo, da so z vidika ocene potreb za socialno oskrbo na domu v slovenskem prostoru zelo relevantni, manjkajo pa tudi kazalniki vedenja in duševnega zdravja (kot so npr. kazalniki nemira, depresije, iluzij, anksioznosti) in kazalniki zmožnosti soočanja z boleznijo, predvsem jemanje zdravil, ki ga vsebujejo tudi nekatere druge lestvice (npr. Lawton lestvica za oceno podpornih dnevnih opravil). V orodju RAI je večina teh vidikov zajetih, vendar pa je orodje zelo obsežno in njegova implementacija zelo kompleksna.

V kontekstu izbire enotnega orodja za oceno potreb torej svetujemo pripravo novega orodja, ki bi bil prilagojeno razmeram v Sloveniji, pri tem pa uporabiti že obstoječe standardizirane instrumente, ki ponujajo dobre rešitve in kazalnike merjenja. Podoben način so poleg Nemčije izbrali tudi v Avstraliji, na Japonskem in v Veliki Britaniji (Büchen 2011). Menimo, da modularni sistem, oblikovan v Nemčiji, lahko v tem kontekstu služi kot izhodišče, saj je le-ta pripravljen na podlagi študije in v konsenzu številnih deležnikov, obenem pa tudi ponuja lestvice za ocenjevanje in pa sistem uteževanja (torej določa pomembnost posameznih modulov) (glej Poglavlje 1.5.2 in Prilogo A).

¹⁵ Bücher (e-mail korespondenca) navaja, da resnejših nasprotovanj orodju z vidika vsebine ni, obstajajo pa politični dvomi o posledicah implementacije novega orodja. Vlada naj bi sicer novo orodje implementirala v tem zakonodajnem obdobju.

2.2.10 Formalne in neformalne oblike pomoči (socialna mreža) uporabnika

V okviru zdravstvene situacije smo pregledali podatke o vključenosti uporabnikov socialne oskrbe na domu v nekatere zdravstvene oblike: pristojni zdravstveni dom, izbrani zdravnik ter obiskovanje patronažne službe. Poleg tega nas zanima katere podatke izvajalci v okviru omenjenih instrumentov zbirajo še o ostalih vrstah obstoječe pomoči bodisi formalnih ali neformalnih. Izvajalci te podatke popišejo zelo različno. Večje število izvajalcev na način pogovora z uporabnikom na odprt, nestrukturiran oz. polstruktuiran način v osebni načrt zapišejo podatke o pomoči in podpori v okviru socialnih mrež, pri čemer sledijo naslednjim kriterijem:

- neformalna socialna mreža: stiki v okviru gospodinjstva in družine ter v okviru širšega sorodstva; prijateljska mreža; sosedje; mreža stikov po internetu; mreža znancev; drugi pomembni stiki (poštar, frizer, trgovka, pedikerka);
- formalna in polformalna socialna mreža: javne in privatne službe, ki nudijo storitve; NVO in druge formalne organizacije, s katerimi je povezan uporabnik; polformalne skupine za samopomoč.

Preglednica 2.11: Formalne in neformalne oblike pomoči (socialna mreža)

Naziv podatka	Zaloga vrednosti oz. možni odgovori	Število izvajalcev
mu svojci/sorodniki nudijo pomoč	ne; da; da-kako pogosto	10
kdo nudi pomoč pri bivanju v domačem okolju / svojci, sorodniki (drugi) mu/ji nudijo pomoč	sorodniki (kako pogosto); sosedje (kako pogosto); drugi (kako pogosto)	1
sosedska pomoč	da; ne; če da-kdo	1
druge oblike neformalne in neformalne pomoči	odprt odgovor	3
neformalna socialna mreža	odprt odgovor	11
formalna in polformalna socialna mreža	odprt odgovor	11
vloga za DSO	da; ne	1
oseba, ki prosilci nudi pomoč in oporo v domačem okolju	odprt odgovor	1
dnevno varstvo	da; ne	2
dostava hrane ne dom	da; ne	2
ali si v prihodnosti želite ogledati dom starostnikov	odprt odgovor	1
v okviru doma deluje tudi skupina sorodnikov za samopomoč (pogovor, informacije na temo demenca)	odprt odgovor	1
ali bi si v prihodnosti želeli sodelovanja s službami doma za starejše	odprt odgovor	1

Predlagamo, da se poleg opisnega povzetka formalnih, polformalnih in neformalnih mrež, v osebni načrt zapiše tudi nekatere bolj strukturirane podatke kot npr.:

- neformalna mreža:
 1. kdo pomaga: 1 - sin/hči; 2 - vnuk/vnukinja; 3 - snaha/zet; 4 - brat/sestra; 5 - drug sorodnik; 6 - prijatelj; 7 - sosed;
 2. pri katerih opravilih: (prilagojeno po Hlebec idr., v nastajanju): 1 - obiskovanje aktivnosti, srečanj, hobijev; 2 - spremljanje pri obiskovanju prijateljev in družine; 3 - spremljanje pri opravkih (na primer v knjižnici, banki); 4 - organiziranje obiskov (na

primer pri zdravniku); 5 - prevoz do storitev, institucij in podobno; 6 - iskanje informacij o različnih storitvah; 7 - vodenje finančnih zadev (na primer plačevanje računov); 8 - nudenje finančne podpore (denar); 9 - manjša hišna popravila ali prenove, vrtnarjenje; 10 - nakupovanje, nabava živil; 11 - kuhanje, priprava obrokov, dostava kosila na dom; 12 - pomivanje posode; 13 - čiščenje bivalnih prostorov, odnašanje smeti; 14 - postiljanje, čiščenje spalnih prostorov; 15 - pranje perila, likanje; 16 - nakup in jemanje zdravil, nakup zdravstvenih pripomočkov; 17 - vzdrževanje in nega ortopedskih pripomočkov; 18 - leganje v posteljo in iz nje; 19 - oblačenje, slačenje; 20 - umivanje celega telesa in kopanje; 21 - uporaba stranišča in kopalnice; 22 - hranjenje;

3. kako pogosto: dnevno/tedensko/mesečno/manj pogosto/nikoli.

- formalno organizirane storitve (v katere storitve je vključen oz. kako pogosto jih prejema): 1 - patronažno varstvo; 2 - telefon z rdečim gumbom oz. SOS doma; 3 - začasna namestitve v domu za starejše (npr. v času dopusta svojcev, skrbnikov); 4 - dnevni center; 5 - center aktivnosti za starejše; 6 - oskrbovano stanovanje; 7 - dostava kosila na dom, ki ni del pomoči na domu; 8 - nakupovanje, ki ni del pomoči na domu; 9 - osebna nega, ki ni del pomoči na domu/patronažnega varstva; 10 - čiščenje, ki ni del pomoči na domu/patronažnega varstva (dnevno/tedensko/mesečno/manj pogosto/nikoli).

2.2.11 Organiziranje ključnih članov omrežja uporabnika

Izvajalci v posredovanih instrumentih večinoma popišejo tudi organizacijo ključnih članov okolja. Gre predvsem za popis ključnih članov, njihove kontaktne podatke, razmerje do uporabnika ter tudi za popis prevzetih obveznosti in odgovornosti. Opazimo lahko, da izvajalci organiziranje ključnih članov okolja popišejo na dokaj poenoten način, in sicer s tistimi podatki, ki so ključni za organizacijo integrirane oskrbe za uporabnika. V tem smislu gre tudi za dopolnitev podatkov o formalni in neformalni socialni mreži.

Preglednica 2.12: Organiziranje ključnih članov

Naziv podatka	Zaloga vrednosti oz. možni odgovori	Število izvajalcev
ime in priimek	odprt odgovor	27
sorodstveno razmerje / sorodstveni status / razmerje do upravičenca	odprt odgovor	8
telefon/GSM	odprt odgovor	25
naslov / stalno bivač / začasno prebivališče	odprt odgovor	9
opis prevzete obveznosti in odgovornosti / vloga/ dogovorjena opravila / opis del, ki jih zagotovi ključna oseba	odprt odgovor	19
rojen	odprt odgovor	1

Poleg podatkov o ključnih članih, ki so pomembni predvsem za organizacijo izvajanja storitve, izvajalci v instrumentih popišejo še nekatere kontaktne podatke, kot so podatki o pooblaščenih osebah, podatki o zakonitem zastopniku ipd. Na tem mestu jih posebej ne navajamo, saj za vsebinsko analizo nimajo takšnega pomena kot npr. ključni člani okolja v smislu zagotavljanja oskrbe, po drugi strani pa

smatramo, da gre pogosto za iste osebe, ki se pojavljajo v različnih funkcijah. Izvajalci pogosto popišejo tudi podatke o zdravstvenem osebju, predvsem o izbranem zdravniku ter o patronažnem varstvu/sestri, le te pa smo povzeli v sklopu zdravstveno situacija uporabnika.

2.2.12 Vrste dogovorjenih storitev in opravil v okviru socialne oskrbe na domu

V instrumentih izvajalci popišejo storitve in opravila, ki jih izvajajo za uporabnike, na dokaj poenoten način; kljub temu zaznamo nekaj razlik pri opredelitvi posameznih sklopov. Opravila so večinoma šifrirana; v nekaterih primerih so šifre za enaka opravila različna npr. nekje B2 opredeljuje *pomivanje uporabljene posode*, nekje *nabavo živil in priprava enega obroka hrane*. V glavnini so opravila v instrumentih v celoti popisana, izvajalci tista opravila, ki jih pri posameznem uporabniku izvajajo, ustrezno označijo (npr. obkrožijo šifre). V enem primeru (instrumentu) so namesto vseh opravil popisani samo glavni trije sklopi (pomoč pri temeljnih dnevni opravilih, gospodinjska pomoč, pomoč pri ohranjanju socialnih stikov), v enem primeru pa se v instrument s šifro navedejo samo tista opravila, ki jih uporabnik prejema. Kako so opravila navedena v ostalih instrumentih, prikazujemo v nadaljevanju.

Pomoč pri temeljnih dnevni opravilih je v pregledanih merskih instrumentih opredeljena na štiri različne načine - najpogosteje tako kot je opredeljena v Pravilniku o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev.

Preglednica 2.13: Pomoč pri temeljnih dnevni opravilih

Opredelev	Število izvajalcev
pomoč pri oblačenju/slačenju; pomoč pri umivanju/kopanju; pomoč pri hranjenju; pomoč pri opravljanju osnovnih življenjskih potreb; vzdrževanje in nega osebnih ortopedskih pripomočkov; drugo	27
pomoč pri oblačenju/slačenju ter namestitvi v ustrezno lego; pomoč pri umivanju; pomoč pri hranjenju in pitju; pomoč pri opravljanju osnovnih življenjskih potreb, pomoč pri gibanju; vzdrževanje in nega osebnih ortopedskih pripomočkov	1
pomoč pri oblačenju in slačenju; pomoč pri umivanju, osebna nega; pomoč pri opravljanju osnovnih življenjskih potreb; vzdrževanje in nega ortopedskih pripomočkov	1
pomoč pri oblačenju/slačenju; pomoč pri umivanju/kopanju; pomoč pri opravljanju nujnih življenjskih potreb: menjava plenice	1

Predlagamo, da se dogovorjena opravila pri izvajanju pomoči pri temeljnih dnevni opravilih v osebnem načrtu opredeli na način kot so opravila definirana v Katalogu opravil, in sicer:

- A.01 pomoč pri oblačenju/slačenju: oblačenje in slačenje v celoti; pomoč pri oblačenju in slačenju;
- A.02 pomoč pri umivanju: pomoč pri umivanju (v postelji); pomoč pri kopanju/tuširanju; pomoč pri umivanju obraza; pomoč pri umivanju rok; pomoč pri umivanju do pasu; pomoč pri umivanju nog; pomoč pri umivanju zob, zobne proteze in pomoč pri nameščanju zobne proteze; pomoč pri umivanju lasišča; pomoč pri česanju; pomoč pri umivanju intimnih delov telesa; pomoč pri britju obraza; pomoč pri uporabi stranišča; umivanje telesa (posteljna kopel); kopanje/tuširanje; umivanje obraza; umivanje rok; umivanje do pasu; umivanje nog;

striženje nohtov (zdravih); umivanje zob, zobne proteze in pomoč pri nameščanju zobne proteze; nega ustne votline; umivanje lasišča; česanje; umivanje intimnih delov telesa; pomoč pri negi kože; britje obraza; praznjenje urinske vrečke; vzdrževanje pripomočkov za osebno higieno; vključitev svojcev in pomembnih drugih oseb v higieno; zamenjava inkontinenčnih pripomočkov (urinski vložki, plenice); priprava uporabnika na počitek in spanje;

- A.03 pomoč pri hranjenju: serviranje hrane in pijače; priprava na hranjenje; pomoč pri hranjenju in pitju (brez hranjenja po sondi); hranjenje;
- A.04 pomoč pri opravljanju osnovnih življenjskih potreb: menjava položaja v postelji; posedanje v postelji; pomoč pri vstajanju; pomoč pri posedanju na stol; pomoč pri hoji v stanovanju; pomoč pri premeščanju; premeščanje; pomoč pri uporabi pripomočkov za lego in gibanje; nameščanje pripomočkov za lego in gibanje; spodbujanje k telesnim aktivnostim;
- A.05 vzdrževanje in nega osebnih ortopedskih pripomočkov: pomoč pri nameščanju ortopedskih pripomočkov; čiščenje, vzdrževanje in spremljanje uporabnosti ortopedskih pripomočkov;
- A.06. drugo: pomoč pri merjenju krvnega sladkorja in merjenju krvnega tlaka; vzpodbuda k rednemu jemanju zdravil; vzpodbujanje pri ohranjanju osnovnih življenjskih navad; obveščanje o spremembah pri temeljnih dnevni opravilih uporabnika svojcem.

Gospodinjsko pomoč izvajalci opredelijo na 8 različnih načinov, najpogosteje tako kot je opredeljena v Pravilniku o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev. Najpogostejše odstopanje se pojavi pri združitvi prvih dveh opravil v eno opravilo, in sicer prinašanje enega pripravljenega obroka hrane ali nabava živil in priprava enega obroka. Nekateri izvajalci pa precej skrčijo nabor opravil, npr. iz 5 na 2.

Preglednica 2.14: Gospodinjska pomoč

Opredelitev	število izvajalcev
prinašanje enega pripravljenega obroka hrane; nabava živil in priprava enega obroka hrane; pomivanje porabljene posode; osnovno čiščenje bivalnega dela prostorov z odnašanjem smeti; postiljanje in osnovno čiščenje/vzdrževanje spalnega prostora; drugo	18
prinašanje enega pripravljenega obroka hrane; nabava živil; priprava enega obroka hrane; pomivanje porabljene posode; osnovno čiščenje bivalnega dela prostorov z odnašanjem smeti; postiljanje in osnovno čiščenje/vzdrževanje spalnega prostora; drugo	1
prinašanje enega pripravljenega obroka hrane ali nabava živil in priprava enega obroka; pomivanje porabljene posode; osnovno čiščenje bivalnega prostora z odnašanjem smeti; postiljanje in osnovno vzdrževanje spalnega prostora; prinašanje zdravil	1
prinašanje enega pripravljenega obroka hrane ali nabava živil in priprava enega obroka; pomivanje porabljene posode; osnovno čiščenje bivalnega prostora z odnašanjem smeti; postiljanje in osnovno vzdrževanje spalnega dela/prostora	6
prinašanje pripravljenega obroka; nakup in prinos živil iz bližnje trgovine; priprava manjšega obroka (zajtrk, malica); pomivanje uporabljene posode; osnovno čiščenje bivalnega dela prostora z odnašanjem smeti	1
prinašanje enega pripravljenega obroka ali priprava enega obroka hrane; nabava živil; pomivanje uporabljene posode; osnovno čiščenje bivalnega prostora z odnašanjem smeti; postiljanje in osnovno vzdrževanje spalnega prostora	1
osnovno čiščenje bivalnega dela prostorov z odnašanjem smeti; postiljanje in osnovno	1

Opredelev	število izvajalcev
vzdrževanje spalnega prostora	
priprava enega manjšega obroka hrane - zajtrk; prinašanje enega obroka hrane in pomivanje porabljene posode; osnovno čiščenje bivalnega in spalnega prostora s postiljanjem	1

Predlagamo, da se opravila gospodinjske pomoči opredelijo tako kot so opredeljena v Katalogu opravil:

- B.01 prinašanje enega pripravljenega obroka hrane: prinašanje in postrežba pripravljenega obroka hrane;
- B.02 nabava živil in priprava obroka hrane: nakupovanje osnovnih prehrabnih izdelkov iz najbližje trgovine in/ali spremstvo uporabnika v najbližjo trgovino; priprava in postrežba obrokov hrane (zajtrk, malica, topli napitek, kosilo, večerja);
- B.03 pomivanje porabljene posode: pomivanje porabljene posode;
- B.04. osnovno čiščenje bivalnega dela prostorov z odnašanjem smeti: osnovno čiščenje bivalnih prostorov; vzdrževanje higiene tal v ožjih bivalnih prostorih uporabnika; vzdrževanje higiene v sanitarijah; zračenje bivalnega prostora; pomoč pri vzdrževanju osebnega in posteljnega perila (pranje, obešanje, zlaganje); likanje osnovnega osebnega perila; pomivanje oken v ožjih bivalnih prostorih uporabnika (največ 2 x letno); odnašanje smeti;
- B.05 postiljanje in osnovno čiščenje spalnega prostora: osnovno čiščenje spalnega prostora; postiljanje in prestiljanje postelje; vzdrževanje higiene tal v spalnem prostoru;
- B.06 drugo: prinašanje zdravil iz lekarne in pripravljenih receptov iz splošne ambulante; prinašanje pošte iz nabiralnika; oddaja pošte in pomoč pri plačevanju rednih obveznosti; pomoč pri ogrevanju bivalnih prostorov: prinašanje pripravljene kurjave (drva, premog) pri uporabnikih, ki živijo sami in kurjenje.

Pomoč pri ohranjanju socialnih stikov izvajalci opredelijo na 8 različnih načinov, najpogosteje tako kot je opredeljena v Pravilniku o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev. V enem primeru v celotnem sklopu opravil beležimo zgolj eno opravilo namesto 4.

Preglednica 2.15: Pomoč pri ohranjanju socialnih stikov

Opredelev	število izvajalcev
vzpostavljanje socialne mreže z okoljem (s prostovoljci in s sorodstvom); spremljanje upravičenca pri opravljanju nujnih obveznosti; informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca; priprava upravičenca na institucionalno varstvo; drugo	23
spremljanje pri nujnih obveznostih; informacija ustanovam o stanju in potrebah upravičenca ter priprava na institucionalno varstvo; vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, prostovoljci in s sorodstvom	1
vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, s sorodstvom; spremljanje upravičenca pri opravljanju nujnih obveznosti; informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca; pomoč pri ohranjanju socialnih stikov; priprava upravičenca na institucionalno varstvo	1
vzpostavljanje socialne mreže z okoljem; spremljanje upravičenca pri opravljanju nujnih obveznosti; informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca	1
vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, s prostovoljci in s sorodstvom; spremljanje upravičenca pri opravljanju nujnih obveznosti; informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca; priprava upravičenca na institucionalno varstvo; družabništvo	1
vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, s prostovoljci in s sorodstvom; spremljanje pri	1

Opredelitev	število izvajalcev
opravljanju nujnih obveznosti; informiranje ustanov in vseh vključenih v mrežo pomoči, o stanju in potrebah upravičenca, priprava upravičenca na institucionalno varstvo; pomoč pri ohranjanju socialnih stikov	
ohranjanje socialne mreže - predvsem pogovor, stiki s svojci; informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca; priprava na institucionalno varstvo	1
informiranje ključnih ustanov o stanju in potrebah upravičenca	1

Predlagamo, da izvajalci v instrumentu opravila v okviru pomoči pri ohranjanju socialnih stikov opredelijo na način kot je opredeljen v Katalogu opravil:

- pomoč pri vzpostavljanju in vzdrževanju socialne mreže z okoljem, s prostovoljci in sorodstvom;
- spremljanje uporabnika pri opravljanju nujnih obveznosti;
- informiranje ustanov in svojcev o stanju in potrebah uporabnika;
- priprava na institucionalno varstvo;
- krepitev socialne vključenosti.

2.2.13 Obseg in časovni termin izvajanja socialne oskrbe na domu

Pri opredeljevanju termina in obsega socialne oskrbe na domu lahko iz analiziranih instrumentov ugotovimo (analizirali smo le osebne načrte za izvajanje storitve), da se izvajalci poslužujejo različnih mehanizmov. Zbirajo predvsem podatek, na kateri dan se storitev izvaja, ob kateri uri (ali del dneva), v kakšnem obsegu ipd. Podatke zbirajo na različne načine ter v različnih kombinacijah. Pri tem npr. beležimo različen nabor možnih terminov, kar je povezano s poslovnim urnikom izvajalcev. V instrumentih je pogosto zabeleženo tudi koliko oskrbovalk oskrbuje naenkrat - ena ali dve. Popisano je tudi obdobje za katerega se sprejme osebni načrt izvajanja storitve (nedoločen ali določen čas).

Nekateri poleg dogovorjenega obsega merijo tudi pričakovan obseg (osebni načrt, ki ga je sprejela sekcija), kar je pomemben podatek predvsem z vidika razlike med željeno in dobljeno storitvijo. Obseg in časovni termini izvajanja storitve so operacionalizirani v omenjenem osebni načrtu, zato predlagamo uporabo le tega.

Preglednica 2.16: Obseg in časovni termini izvajanja oskrbe

Naziv podatka	Zaloga vrednosti oz. možni odgovori	Število izvajalcev
tedenska frekvenca in obseg	1 x tedensko pour; 2 x tedensko pour; 3 x tedensko pour; 4 x tedensko pour; 5 x tedensko pour; 6 x tedensko pour; 7 x tedensko pour	7
dnevna frekvenca	1 x dnevno; 2 x dnevno; 3 x dnevno	8
kateri del dneva	zjutraj; opoldne; zvečer	6
<i>časovni obseg storitev - dan/del dneva</i>		
kateri dan v tednu in ob katerem delu dneva	pon; tor; sre; čet; pet; sob; ned; praznik; zjutraj, dopoldan, kosilo, opoldan, zvečer	2
kateri dan v tednu	pon; tor; sre; čet; pet; sob; ned	6
časovni razpored	pon; tor; sre; čet; pet; sob; ned; 7-11h, 11-15h, 15-22h	1

Naziv podatka	Zaloga vrednosti oz. možni odgovori	Število izvajalcev
kateri dan v tednu in ob kateri uri	pon; tor; sre; čet; pet; sob; ned; prazniki; zjutraj, opoldne, kosilo (vrsta); popoldne/zvečer	1
kateri dan v tednu in ob katerem delu dneva	pon; tor; sre; čet; pet; sob; ned; praznik; zjutraj, dopoldan, čas kosila, popoldne, zvečer	1
frekvenca po dnevih	pon; tor; sre; čet; pet; sob; ned; ___x dnevno; skupno št. ur (na dan)	1
kateri dan v tednu in ob kateri uri	pon; tor; sre; čet; pet; sob; ned; 6-10h, 10-12h, 12-14h, 14-18h	1
kateri dan v tednu in ob kateri uri	pon; tor; sre; čet; pet; 7-9h, 9-11h, 11-13h, 13-15h; opombe	1
kateri dan v tednu in ob kateri uri	pon; tor; sre; čet; pet; sob; ned; 7-9h, 9-11h, 11-15h, 15-22h	1
kateri dan v tednu in ob kateri uri	pon; tor; sre; čet; pet; sob; ned; 6-10h, 10-12h, 12-14h, 14-18h, 18-22h	1
kateri dan v tednu in ob kateri uri	pon; tor; sre; čet; pet; sob; ned; 6-10h, 10-12h, 12-15h, 16-22h; skupaj na teden	1
kateri dan v tednu in ob kateri uri	pon; tor; sre; čet; pet; 6-10h, 10-12h, 12-15h	1
kateri dan v tednu in ob kateri uri	pon; tor; sre; čet; pet; sob; 7-10h, 10-15h; skupaj na teden	1
kateri dan v tednu in ob kateri uri	pon; tor; sre; čet; pet; sob; ned; 7-10h, 10-12h, 12-15h; skupaj na teden	1
kateri dan v tednu in ob kateri uri	pon; tor; sre; čet; pet; sob; ned; 7-9h, 9-12h, 12-15h, 15h-22h	2
kateri dan v tednu in ob kateri uri	pon; tor; sre; čet; pet; sob; ned; 6-10h, 10-12h, 12-17h, 18h-22h; opombe	1
kateri dan v tednu	pon; tor; sre; čet; pet; sob; ned	3
kateri dan v tednu in ob kateri uri	pon; tor; sre; čet; pet; sob; ned; 6-10h, 10-12h, 12-18h, 18-22h, skupaj na teden	1
kateri dan v tednu in ob kateri uri	pon; tor; sre; čet; pet; 7-10h, skupaj na teden	1
kateri dan v tednu	pon; tor; sre; čet; pet; sob; ned; prazniki	9
kateri del dneva	zjutraj, dopoldan, kosilo, opoldan, zvečer	3
za obdobje	nedoločen čas; določen čas (začasno): od: _____ do: _____	12
tedenski dogovorjen obseg pomoči	število ur tedensko	14
mesečni dogovorjen obseg pomoči	število ur mesečno	5
mesečni/tedenski dogovorjen obseg pomoči	število ur tedensko/mesečno	7
mesečni/tedenski dogovorjeni obiski	število obiskov tedensko/mesečno	1
tedenski dogovorjeni obiski	število obiskov tedensko	14
<i>Časovni obseg – dodatno</i>		
dodatni želeni termini	odprto vprašanje	3
za obdobje	od dne dalje	2
natančen opis izvajanja storitev	odprto vprašanje	1
število oskrbovalk	1 oskrbovalka; 2 oskrbovalki	11

Povzeli smo ključne vsebinske sklope, ki jih v posredovanih instrumentih opredeljujejo izvajalci in za katere smatramo, da so pomembni pri pripravi standardiziranega instrumenta za oceno potreb in načrtovanje storitve, seveda pa ob tem dopuščamo možnost, da se v instrument vključi tudi druge

vsebine, za katere izvajalec meni da so pomembne in služijo kot pomemben podatek pri načrtovanju oskrbe za uporabnika.

3 RAZPRAVA

Z analizo spremljanja izvajanja socialne oskrbe na domu na Inštitutu RS za socialno varnost vsako leto zajamemo stanje z vidika organiziranosti storitve (kje je organizirana, kdo so izvajalci), financiranja storitve (iz katerih virov je financirana in v kakšnem obsegu, koliko stane uporabnika), kdo so njeni uporabniki in pod katerimi pogoji, kdo jo izvaja (kader, socialne oskrbovalke) in podobno. V pričujočem poročilu stanje v Sloveniji osvetlimo s primerjavo zagotavljanja in izvajanja socialne oskrbe na domu na mednarodni ravni. Pri tem smo se predvsem oprli na zadnjo primerjalno analizo oskrbe na domu po evropskih državah (Genet idr. 2012a), osredinili pa smo se le na nekaj vidikov oskrbe na domu. Na podlagi pregleda ugotavljamo, da v Evropi obstajajo različne prakse pri zagotavljanju in organiziranju socialne oskrbe na domu, ki jih, kot navajajo Genet idr. (2012b), lahko razdelimo v tri različne idealne tipe: centraliziranega, kjer prevladuje vloga države, nižji nivoji (regije in občine) zgolj izvršujejo politiko države; prostega, za katerega je značilna šibka vloga države, ki običajno niti nima izdelane strategije oz. vizije o razvoju oskrbe na domu; ter okvirnega, kjer prevladuje decentralizirano odločanje in organizacija (regije in občine), država pa določa strategijo in vizijo razvoja oskrbe na domu na nacionalni ravni. V slednji tip se uvršča največ držav, med njimi tudi Slovenija, sicer pa jasne razmejitve med posameznimi tipi ne moremo postaviti (govorimo namreč o idealnih tipih), saj ima lahko določena država značilnosti več tipov. Glede financiranja oskrbe na domu imajo države razvite različne mehanizme in načine, ko govorimo o virih financiranja pa lahko identificiramo sledeče, in sicer: plačila uporabnikov iz žepa (večinoma za storitve socialne oskrbe na domu, ponekod tudi za storitve zdravstvene oskrbe), davki iz državne, regionalne in občinske ravni (denar običajno ni zbran namensko), zavarovanje, ki je lahko obvezno ali prostovoljno (npr. zdravstveno, socialno ali za dolgotrajno oskrbo) ter donacije ali drugi prispevki (npr. tudi evropska sredstva), ki so predvsem značilnost nevladnih organizacij. V državah se pojavljajo različne kombinacije virov financiranja oskrbe na domu, bistvena razlika obstaja tudi med socialno in zdravstveno oskrbo na domu. Običajno je zdravstvena oskrba financirana iz zavarovanja, socialna pa iz davkov, obstajajo pa tudi države, kjer velja ravno nasprotno. Med državami obstajajo razlike tudi pri določanju cene, tako ekonomske kot tudi tiste, ki jo plača uporabnik. V analizi (Genet idr. 2012b) tudi opozorijo, da podatki o tem, kako se določajo cene, za večino držav niso bili dostopni. Velja pa, da se večinoma pričakuje tudi prispevek uporabnika, ki je lahko odvisen od ekonomskega položaja posameznika, v nekaterih državah pa se storitve izvajajo brezplačno, kar pa je v večji meri značilnost zdravstvene oskrbe na domu kot pa socialne oskrbe na domu. Tako Genet idr. (2012b) identificirajo tri različne modele prispevka uporabnika: brezplačen model (uporabnik ne doplačuje storitve), model doplačila na podlagi finančnega stanja uporabnika (npr. oprostitve kot jih poznamo pri nas) ter model fiksnega doplačila, ko se od uporabnika pričakuje točno določen znesek ali odstotek doplačila. Nadalje v analizi izpostavljajo tudi izziv glede dostopnosti oskrbe in s tem povezane enakosti. Opozorijo na manko nacionalnih smernic in nezadostne usmeritve ter tudi na spremljanje kakovosti izvajanja oskrbe. Z vsemi temi izzivi se soočamo tudi v Sloveniji; prav tako z nepovezanostjo med socialno in zdravstveno oskrbo, s katero se soočajo tudi v mnogih drugih državah, z izjemo tistih, ki imajo ti dve področji sistemsko združeni (npr. pod okriljem sistema dolgotrajne oskrbe, eno ministrstvo za obe področji). Kar se tiče uporabnikov Genet idr. (2012b) ugotavljajo, da je neposredna in verodostojna primerjava med državami otežena, saj se opredelitve oskrbe na domu med državami razlikujejo, podatki o uporabnikih so zbrani na različne načine, ponekod pa podatki o številu uporabnikov sploh niso dostopni ali zbrani. Dejstvo je, da se med državami delež populacije, ki je

vključen v oskrbo na domu, precej razlikuje; po podatkih OECD lahko npr. ugotovimo, da se delež starih 65 let ali več, vključen v oskrbo na domu (ko govorimo o dolgotrajni oskrbi), nahaja na razponu med 4,1 % do 12,7 %. V Sloveniji ta delež po najnovjših podatkih znaša 6,9 % (Nagode idr. 2014), za zgolj socialno oskrbo na domu pa 1,6 %. Garms-Homolova idr. (2012) ugotavljajo tudi, da z omenjeno analizo ne morejo enoznačno odgovoriti na vprašanje, kakšen je vpliv uporabnikov na izvajanje oskrbe, na izbiro in na njeno kakovost. Kakovost storitve zreducirajo na možnost pritožbe uporabnika, ki je prisotna v veliki večini držav, s tem pa ne dosežejo celotnega in kompleksnega spektra kakovosti storitve. Ta tema je v okviru dolgotrajne oskrbe trenutno visoko na agendi in zaseda pomembno mesto pri nadaljnjem razvoju (dolgotrajne) oskrbe. Eden izmed elementov kakovosti oskrbe je tudi ocenjevanje potreb uporabnikov. Glede mednarodne primerjave oskrbe na domu lahko najdemo skupni imenovalc prav gotovo v tem, da je to področje, ki je prešlo skozi različne faze organiziranja in da tudi danes praktično vse države stojijo pred vprašanjem, kako storitev organizirati, da bo kakovostna, da bo finančno vzdržna, predvsem pa da bo zadovoljila potrebe po oskrbi tako na sistemski (družba) kot tudi na individualni ravni (posameznik).

V okviru mednarodnega pregleda smo na kratko predstavili tudi nekaj izbranih orodij za ocenjevanje potreb uporabnikov v različnih evropskih državah, ki smo jih identificirali v Genet idr. (2012a), pa tudi preko nekaterih drugih virov (npr. Rodrigues idr. 2014). Ločili smo specifična orodja, ki so namenjena ugotavljanju specifičnih potreb uporabnika, in orodja, ki dolgotrajno oskrbo obravnavajo bolj celostno in združujejo zdravstveni, rehabilitacijski in socialni vidik oskrbe. Pri specifičnih orodjih smo obravnavali le tista za merjenje funkcionalnih zmožnosti oseb, celoten spekter tovrstnih orodij pa je seveda širši in obsega med drugim orodja za ugotavljanje kognitivnih motenj, težav v duševnem zdravju, težav s komuniciranjem itd.

Predstavili smo tudi nekaj poglobitvenih prednosti in pomanjkljivosti, ovir in zadržkov, s katerimi se srečujemo pri rabi tovrstnih orodij. Pri tem smo predstavili tudi nekaj rezultatov raziskav o veljavnosti in zanesljivosti posameznih instrumentov. V prizadevanju za empirično preverljivost domnev je namreč nujno izdelati zanesljive postopke raziskovanja, raziskave veljavnosti in zanesljivosti pa so ključnega pomena, saj nam pokažejo, ali je bil raziskovalni koncept ustrezno merjen ter ali ocenjevalci ob ponovni oceni istih uporabnikov pridejo do enakih rezultatov. Pri večini instrumentov so rezultati raziskav pokazali dobro veljavnost in zanesljivost, vendar pa moramo biti predvsem pri interpretacijah rezultatov pazljivi, saj so opozorila o metodološki vprašljivosti pogosta.

Ugotavljamo, da so nekateri obravnavani instrumenti morda preveč poenostavljeni, pridobljeni rezultati pa temeljijo na majhnem številu kazalnikov in samooceni uporabnika. Tovrstni instrumenti so neustrezni za morebitne nadaljnje odločitve o financiranju oskrbe. Na drugi strani pa so nekateri instrumenti preveč kompleksni in zapleteni, njihova implementacija pa bi zahtevala prevelik finančni vložek. Pri dveh kompleksnih instrumentih ugotavljamo tudi prevelik poudarek medicinskemu vidiku ter premajhen poudarek socialnemu vidiku. Kot prednost kompleksnih orodij bi izpostavili možnost ocenjevanja kakovosti same oskrbe (orodji RAI in ASCOT). V Evropi orodje RAI za ugotavljanje kakovosti uporabljajo na Finskem, ki tako podobno kot ZDA in Kanada predstavlja dober primer tega, kako standardizirane instrumente za oceno potreb lahko uporabimo tudi za oceno kakovosti. Čeprav obveznih programov dviga kakovosti nima vzpostavljenih, pa od leta 2000 konkretni podatki, pridobljeni z orodjem RAI, omogočajo tovrstne primerjave. Raba orodja se torej spodbuja za nadzor in dvig kakovosti profesionalne oskrbe.

Hkrati lahko opozorimo na nekaj splošnih težav, s katerimi bi se soočili, če bi prevzeli že obstoječe orodje. Orodja bi bilo treba prilagoditi konceptu oskrbe v državi ter pripraviti ustrezne kazalnike za merjenje veljavnosti in zanesljivosti. Obenem bi se bilo treba soočiti tudi s težavami bolj praktične narave, npr. s prevajanjem in licenciranjem. Vseeno smo nekatera obravnavana orodja (Lawton lestvica za oceno podpornih dnevnih opravil, LOSS lestvica, RAI, NBA, ASCOT) identificirali kot delno ustrezna, saj kljub nekaterim omejitvam predstavljajo dobro osnovo, na podlagi katere bi bilo smiselno graditi pri pripravi enotnega instrumenta v Sloveniji.

Ker smo v okviru spremljanja izvajanja socialne oskrbe na domu na Inštitutu RS za socialno varstvo zaznali, da izvajalci socialne oskrbe na domu v praksi delujejo dokaj neusklajeno - npr. z vidika merjenja zadovoljstva uporabnikov in socialnih oskrbovalk (Nagode 2014) ter rabe različnih in nepoenotnih instrumentov, smo s pričujočo analizo poskušali posneti stanje na terenu. Ker smatramo, da so izvajalci sami razvili dobre in kakovostne prakse ter orodja, smo uporabili pristop od spodaj navzgor in na ta način zaobjeli širši spekter praks s tega področja. Pregledali smo določeno število praks in instrumentov, ki jih pri ocenjevanju potreb in načrtovanju izvajanja storitve uporabljajo izvajalci socialne oskrbe na domu. Pri tem se je potrdila naša teza, da se izvajalci poslužujejo različnih instrumentov in različnih tehnik, zato je eden izmed naših ključnih predlogov razvoj poenotenega oz. standardiziranega instrumenta. Za izhodišče predlagamo preučitev pričujoče analize, kjer smo poleg pregleda domačih praks predstavili tudi nekaj praks iz tujine.

Pri pregledu slovenskih praks se je izkazalo, da nekateri izvajalci pri pisanju osebnega načrta¹⁶ za uporabnika uporabljajo praktično identični instrument. Gre za osebni načrt (izvajalci ga poimenujejo različno; predlagamo uporabo izraza osebni načrt), ki so ga izdelali strokovni delavci Doma ob Savinji Celje in ki ga je v nadaljevanju obravnavala in sprejela Sekcija socialnih oskrbovalk pri Socialni zbornici Slovenije. Omenjeni osebni načrt sledi Brandonovim magnetom v kombinaciji s kategorijami oz. indeksom potreb dolgotrajne oskrbe (po Flaker idr. 2008) ter tako upošteva širši uporabnikov življenjski kontekst in kot tak ni usmerjen zgolj v uporabnikove primanjkljaje in potrebe, pač pa tudi v njegove vloge, sposobnosti, želje, zmoglosti in vire moči. Kot navajajo Flaker idr. (2013) je krepitev moči načelo osebnega načrtovanja, osnovna metoda pa je raziskovanje življenjskega sveta in omogočanje dostopa do storitev. Skupaj z uporabnikom je torej potrebno raziskati njegov svet, ugotoviti, kako živi, njegove želje, potrebe in nuje, hkrati pa zaznati vire in sredstva, ki so mu na voljo, pa tudi tista, ki mu manjkajo. Avtorji ob tem navajajo štiri poglobilne tehnike: pogovor z uporabnikom (kot nestandardiziran intervju), poizvedovanje pri ljudeh, ki so del njegovega življenjskega sveta, tako obstoječega kot tudi tistega, ki na podlagi načrta šele nastaja, opazovanje in eksperiment. Pri posameznem načrtu je lahko ena tehnika temeljna in izhodiščna, jo pa vedno kombiniramo z drugimi. Načrt je sestavljen iz dveh delov - pripovednega in izvedbenega (operativnega). S pripovednim delom utemeljimo cilj in paket storitev, ki jih bo uporabnik prejemal. Vloga in naloga tega dela je torej upravičiti dejanja, ki jih načrt predvideva. Bistveni del pripovedi je opis njegove sedanje življenjske situacije, ki opisuje tako njegove stiske kot tudi njegove želje in rešitve. V tem delu opišemo vire, ki so mu na voljo, in tiste, ki jih še potrebuje. Ta del sklenemo s cilji, ki so vezni člen med pripovedjo in izvedbenim načrtom. Tu se prične načrtovanje nalog, opravil in izvajalcev, ki mora biti jasno: katera opravila se bodo izvajala, kdo jih bo izvajal, v kakšnem obsegu in kakšna sredstva bodo za to potrebna

¹⁶ V Slovenskem prostoru se je najprej uveljavil izraz individualni načrt. V zadnjih letih se je njegovo poimenovanje spremenilo v osebni načrt; prav tako se je semantični premik zgodil v angleškem govornem območju iz *individualised* v *personal care* (Flaker idr. 2013).

ter kje jih pridobiti. Predvidevati mora tudi časovno dinamiko izvajanja. Podrobneje so prvine in načini zapisovanja osebnega načrta ter izvajanja storitev predstavljene v Flaker idr. (2013), priložniku, namenjenemu predvsem načrtovalcem in koordinatorjem obravnave v skupnosti. Gre namreč za metode, ki jo je v Sloveniji prvič predstavil David Brandon (1994), v slovenskem prostoru pa so jo nadalje razvijali in prilagajali našemu okolju predvsem strokovnjaki Fakultete za socialno delo (več npr. v Škerjanc 2006; Flaker idr. 2013). Osebni načrt in izvedbeni načrt dolgotrajne oskrbe predvideva tudi Zakon o dolgotrajni oskrbi, osebni asistenci in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo; njuno obliko in strukturo bo po sprejetju zakona določil pristojni Zavod.

Pri omenjenem instrumentu gre torej za kontekstualni pristop, ki temelji na poglobljenem pogovoru (intervjuju) z uporabnikom in njegovimi svojci oz. bližnjimi. Instrument ocenjujemo kot primeren za načrtovanje socialne oskrbe na domu skupaj z uporabnikom. Izhaja namreč iz posameznika in iz njegovih osebnih potreb ter vključuje tudi širšo mrežo izvajalcev oskrbe, kot so posamezni člani neformalnega omrežja ter drugi izvajalci (npr. patronažna sestra). Z vidika uporabnika in načel osebnega načrtovanja, smatramo ta instrument za ustrezen. Poleg tega pa ocenjujemo, da bi bilo treba v instrument poleg pripovednega dela vključiti tudi nekatere bolj strukturirane podatke, ki izhajajo iz pripovednega dela osebnega načrta. Razlogi imajo širši pomen in so vezani predvsem na zagotovitev primerljivih podatkov na mezo in makro ravni. Tovrstni podatki namreč omogočajo vpogled v življenje uporabnikov socialne oskrbe na domu (kdo so, kaj potrebujejo in v kakšnem obsegu, kdo jim pomaga, kakšno podporo prejemajo in v kakšnem obsegu) in so v tem kontekstu pomembni pri nadaljnjem načrtovanju storitve tako na mezo (organizacijska) kot tudi na makro ravni (nacionalna). V Sloveniji se nahajamo v kritičnem momentu, ko je potrebno preurediti sistem dolgotrajne oskrbe, ki bo finančno vzdržen in bo obenem pokrival potrebe prebivalstva. Ključno pri tem je vedenje o tem, katere storitve in v kakšnem obsegu ljudje potrebujejo. Pri socialni oskrbi na domu sicer razpolagamo s kakovostnimi podatki na nacionalni ravni (Nagode 2014), vendar pa so podatki omejeni le na nekaj segmentov in služijo zgolj omejenemu namenu. Nedavno je bila opravljena tudi študija vrednotenja kakovosti socialne oskrbe na domu (Hlebec idr., v nastajanju) z vidika zadovoljstva uporabnikov in socialnih oskrbovalk, ki je sicer reprezentativna, je pa obenem zaenkrat tudi enkratna. Ker je eden izmed pomembnih elementov kakovosti storitve tudi ocenjevanje potreb uporabnika na individualni ravni, se zdi smotrno, da se potrebe uporabnikov ocenjuje na enoten način ter obenem tudi sistematično in kvantitativno - torej na način, da podatki omogočajo vpogled v stanje na nacionalni (ali lokalni, ali regionalni) ravni in tako služijo kot koristen pripomoček pri razvoju oskrbe. Predlagamo torej, da se v osebni načrt poleg kvalitativnih in pripovednih elementov vključi tudi strukturirano zbrane in primerljive podatke. Predloge strukturiranih podatkov smo podali pri analizi vsebin instrumentov v tretjem poglavju. Ključna ugotovitev, ki izhaja iz analize vsebin je, da le manjše število izvajalcev socialne oskrbe na domu v okviru posredovanih instrumentov, meri tudi stopnjo samostojnosti oz. samooskrbe uporabnikov pri opravljanju različnih opravil vsakdanjega življenja. Iz tega izhaja tudi naš predlog, da se v osebni načrt poleg pripovednega dela vključi tudi primeren instrument, ki bo omogočal standardizirano oceno samostojnosti uporabnika. Lahko npr. služi kot podlaga ali dobra podpora pri pripravi osebnega načrta, ki je bolj usmerjen v uporabnika. Eden izmed razlogov za izdelavo instrumenta je ta, da bodo na ta način pridobljeni podatki omogočali zajem na širšem nivoju (organizacijskem, lokalnem, nacionalnem), s katerim bo mogoče pridobiti vpogled v potrebe uporabnikov in njihovo stopnjo samooskrbe. Po drugi strani bo ob novonastajajočem zakonu o dolgotrajni oskrbi potrebno razviti celo vrsto različnih mehanizmov in instrumentov, med njimi tudi orodje za ocenjevanje potreb uporabnika, saj bo od tega odvisno, do

katere storitve in v kakšnem obsegu bo posameznik upravičen . Trenutno storitve dolgotrajne oskrbe izhajajo iz različnih sistemov socialne varnosti (zaščite) in so posledično urejene različno, vključno z načini ocenjevanja potreb in določanja upravičenosti do storitve. Izvajalci se torej poslužujejo različnih načinov. Na področju institucionalnega varstva je npr. že v uporabi prilagojena nizozemska lestvica CDS (angl. care dependency scale) - LOSS, ki zagotavlja podatke o stopnji samostojnosti in samooskrbe vsakega posameznega uporabnika. Na drugih področjih ne beležimo poenotениh instrumentov, zato se zdi, da je potrebno čim prej pristopiti k tej problematiki in poiskati ustrezne odgovore oz. možne rešitve.

V prvem delu poročila predstavljamo sistematičen pregled nekaterih orodij, ki so v rabi v drugih evropskih državah in se nanašajo na oceno samostojnosti oz. samooskrbe uporabnika. Nekatera orodja uporabljajo v več državah, druga so specifična za posamezne države. Izpostavili smo tudi primer Nemčije, kjer so se na podlagi temeljite analize npr. odločili, da bodo razvili svojstveno orodje, ki bo prilagojeno njihovemu sistemu (dolgotrajne oskrbe) in ne bo zgolj preneseno iz nekega drugega okolja. Pred Nemci so tudi že v Avstraliji, na Japonskem in v Veliki Britaniji predlagali razvoj novega orodja za ocenjevanje potreb, ki vključuje nekatere elemente že obstoječih orodij in je oblikovano modularno (Bundesministerium für Gesundheit 2009; Bücher idr. 2011). Podobno predlagamo tudi na primeru socialne oskrbe na domu v Sloveniji, kjer gre naš predlog v smeri, da se obstoječi instrument in metodo dopolni in nadgradi. V pričujočem besedilu torej ne predlagamo konkretnega instrumenta, saj to presega namene tega poročila, pač pa predlagamo, da se proaktivno pristopi k izdelavi in implementaciji le tega. Pri tem naj aktivno sodeluje širši nabor deležnikov, od predstavnikov stroke (predvsem Sekcije socialnih oskrbovalk, ki deluje pri Socialni zbornici Slovenije), izvajalcev, odločevalcev in raziskovalcev.

4 LITERATURA

Adequate social protection against long-term care needs in an ageing society. 2014. Dostopno prek: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=11906&langId=en> (29. september 2014).

Bücher, Andreas, Klaus Wingenfeld, in Doris Schaeffer. 2011. Determining eligibility for long-term care - lessons from Germany. *International Journal of Integrated Care*, Volume 11: 1–9.

Bundesministerium für Gesundheit (Ministrstvo za zdravje). 2005. *Implementation report by the Advisory Board to review the definition of the need for long-term care*. Berlin. Dostopno prek: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_english/Implementation_Report_by_the_Advisory_Board_to_Review_the_Definition_of_the_Need_for_Long-term_Care.pdf. (30. september 2014).

Collin, Cedric, in Derick T. Wade. 1988. The Barthel Index: a reliability study. *Disability and Rehabilitation*, Vol. 10, No. 2: 61–63.

Cooper, Harris. 2010. *Research synthesis and meta-analysis: A step-by-step approach* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Dijkstra, Ate, Judy Smith in Margaret White. 2006. *Measuring care dependency with the Care Dependency Scale (CDS), a manual*. Dostopno prek: <https://www.umcg.nl/SiteCollectionDocuments/research/institutes/SHARE/assessment%20tools/CD%20manual%20english.pdf> (29. september 2014).

Fisher, Tracy. 2008. Assessing Function in the Elderly: Katz ADL and Lawton IADL. Dostopno prek: <http://dalspace.library.dal.ca/bitstream/handle/10222/14829/Fisher-Appendix3.pdf?sequence=4> (29. september 2014).

Flaker, Vito, Mali, Jana, Kodele, Tadeja, Grebenc, Vera, Škerjanc, Jelka in Mojca Urek. 2008. *Dolgotrajna oskrba. Očrt potreb in odgovorov nanje*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Flaker, Vito, Mali, Jana, Rafaelič, Andreja in Simona Ratajč. 2013. *Osebno načrtovanje in izvajanje storitev*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Fortinsky, Richard H., Granger, Carl V., in G.B. Seltzer. 1981. The use of functional assessment in understanding home care needs. *Medical Care*, 19: 489–497.

Garms-Homolova, Vjenka, Naiditch, Michel, Fagerström, Cecilia, Lamura, Giovanni, Melchiorre, Maria Gabriella, Gulacsi, Laszlo in Allen Hutchinson. 2012: 55–71. Clients in focus. V *Home Care across Europe. Current structure and future challenges*, ur. Genet, Nadine, Boerma, Wienke, Kroneman, Madelon, Hutchinson, Allen in Richard B. Saltman,. United Kingdom: European Observatory on Health Systems and Policies, Nivel.

Genet, Nadine, Boerma, Wienke, Kroneman, Madelon, Hutchinson, Allen in Richard B. Saltman (ur). 2012a. *Home Care across Europe. Current structure and future challenges*. United Kingdom: European Observatory on Health Systems and Policies, Nivel.

Genet, Nadine, Kroneman, Madelon, Chiatti, Carlos, Gulacsi, Laszlo in Wienke Boerma. 2012b. V: Genet, Nadine, Boerma, Wienke, Kroneman, Madelon, Hutchinson, Allen in Richard B. Saltman (ur).

2012a. *Home Care across Europe. Current structure and future challenges*, 25–54. United Kingdom: European Observatory on Health Systems and Policies, Nivel.

Graf, Carla. 2013. The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale. Dostopno prek: http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_23.pdf (29. september 2014).

Granger, Carl V., Albrecht, Gary L., in Hamilton, B. B. 1979. Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by PULSES Profile and the Barthel Index. *Archives of Physical Medical Rehabilitation*, 60, 145–154.

Haataja, Kaija, Lindroos, Sirpa, Blomberg, Lisbet, Snellman, Ulla in Matti Remsu. 2003. *Finland - Care work with older people*. Dostopno prek: http://www.ttk.ee/public/Finland_Elders.pdf (29. september 2014).

Hammar, Teija, Niemi, Monica, in Harriet Finne-Soveri. 2011. RAI-benchmarking: An instrument for leadership and development. Dostopno prek: <http://interlinks.euro.centre.org/model/example/RAIBenchmarkingAnInstrumentForLeadershipAndDevelopment> (29. september 2014).

Hartigan, Irene. 2007. A comparative review of the Katz ADL and the Barthel Index in Assessing the activities of daily living of older people. *International Journal of Older People Nursing* 2(3): 204–212.

Hlebec, Valentina, Nagode, Mateja in Maša Filipovič Hrast. V nastajanju. *Kakovost socialne oskrbe na domu: vrednotenje, podatki in priporočila*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Hutten, Jack B. F. in Ada Kerkstra. 1996. *Home Care in Europe. A country specific guide to its organization and financing*. Aldershot: Ashgate.

Katz Patricia P. 2003. Measures of adult general functional status: The Barthel Index, Katz Index of Activities of Daily Living, Health Assessment Questionnaire (HAQ), MACTAR Patient Preference Disability Questionnaire, and Modified Health Assessment Questionnaire (MHAQ). *Arthritis Care & Research*, Volume 49(5): 15–27.

Katz Sidney in C.A. Akpom. 1976. A measure of primary sociobiological functions. *International Journal of Health Services* 02/1976, 6 (3), 493–508.

Katz, Sidney, Ford, Amasa B., Moskowitz, Ronald W., Jackson, Beverly A. in Marjorie W. Jaffe. 1963. Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 185(12): 914–919.

Kavšek, Marta. 2006. *Smernice kategorizacije za izboljšanje kakovosti zdravstvene nege in oskrbe v domovih starejših občanov*, diplomsko delo. Dostopno prek: <http://dkum.ukm.si/Dokument.php?id=5914> (29. september 2014).

Lawton, Powell M. in Elaine M. Brody. 1969. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179–186.

Leichsenring, Kai, Henk Nies in Roelf van der Veen. 2013b. The Quest for Quality in Long-Term Care. V: Leichsenring, Kai, Jenny Billings in Henk Nies (ur.), *Long-term care in Europe. Improving Policy and Practice*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

- Leichsenring, Kai, Jenny Billings in Henk Nies. 2013a. *Long-term care in Europe. Improving Policy and Practice*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Mahoney, F.I. in D.W. Barthel. 1965. Functional Evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*. 14:56–61.
- Mali, Jana. 2009. Spremembe v institucionalnem varstvu starejših. V *Starejši ljudje v družbi sprememb*, ur. Valentina Hlebec, 95–107. Maribor: Aristej.
- Mesec Blaž. 1998. Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Mutual Information System on Social Protection (MISSOC). Dostopno prek: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=815&langId=en> (29. september 2014).
- Mor, Vincent, Leone, Tiziana in Anna Maresso. 2014. *Regulating Long-Term Care Quality, an international comparison*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nagode, Mateja. 2014. *Vrednotenje kakovosti socialne oskrbe na domu: pristopi in instrumenti*. Magistrsko delo. Ljubljana, FDV. Dostopno prek: http://dk.fdv.uni-lj.si/magistrska/pdfs/mag_nagode-mateja.pdf (30. september 2014).
- Nagode, Mateja in Lea Lebar. 2013. *Izvajanje pomoči na domu: analiza stanja v letu 2012*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo.
- Nagode, Mateja, Zver, Eva, Marn, Stane, Jacovič, Anita in Davor Dominkuš. 2014. Dolgotrajna oskrba - uporaba mednarodne definicije v Sloveniji. *Zbirka Delovni zvezki UMAR*, št. 2/2014, let. XXIII. Ljubljana: Urad za makroekonomske analize in razvoj.
- Netten, Ann, Beadle-Brown, Julie, Cales, James, Forder, Julien, Malley, Juliette, Smith, Nick, Towers, Ann-Marie, Trukeschitz, Birgit, Welch, Elizabeth in Karen Windle. 2011. *ASCOT Main Guidance v2.1*. Dostopno prek: <http://www.pssru.ac.uk/ascot/downloads/guidance/main-guidance-v2.pdf> (28. september 2014).
- Pearson, VaLinda. 2000. Assessment of Function in Older Adults, 17–48. V: Kane, Robert L. in Kane, Rosalie A. (ur.) *Assessing older persons: measures, meaning and practical applications*. Oxford University Press, USA.
- Sainsbury, Anita, Seebass, Gudrun, Bansal, Aruna and John B. Young. 2005. Reliability of the Barthel Index when used with older people. *Age Ageing* 34(3): 228–232.
- Shah, Sonia, Vanclay, Francis in B. Cooper. 1989. Improving the Sensitivity of the Barthel Index for Stroke Rehabilitation. *Journal of Clinical Epidemiology* 42(8): 703–709.
- Shelkey, Mary in Meredith Wallace. 2012. *Katz index of independence in activities of daily living (ADL)*. Dostopno prek: http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_2.pdf (29. september 2014).
- Škerjanc, Jelka. 2006. *Individualno načrtovanje z udejanjanjem ciljev. Pomen uporabniškega vpliva pri zagotavljanju socialno-varstvene storitve*. Ljubljana: Center RS za poklicno izobraževanje.

Vergara, Itziar, Bilbao, Amaia, Orive, Miren, Garcia-Gutierrez, Susana, Navarro, Gemma in José María Quintana. 2012. Validation of the Spanish version of the Lawton IADL Scale for its application in elderly people. *Health and Quality of Life Outcomes* 10.

Wingenfeld Klaus, Andreas Büscher in Doris Schaeffer. 2007. *Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten*. Bielefeld, Universität Bielefeld.

5 PRILOGA

Priloga A: Primeri orodij za ocenjevanje potreb

Splošna opomba: V prilogi prikazujemo izbrana orodja za oceno potreb. Kompleksna orodja so z izjemo že prevedene LOSS lestvice v prilogi izpuščena, saj so pogosto plačljiva ali preobsežna za prikaz in prevod. Orodja, predstavljena v nadaljevanju, so prevedena v slovenski jezik, zaradi boljšega razumevanja pa so predstavljena tudi v angleškem jeziku.

Barthel indeks dnevnih aktivnosti

<p>Instructions: Choose the scoring point for the statement that most closely corresponds to the patient's current level of ability for each of the following 10 items. Record actual, not potential, functioning. Information can be obtained from the patient's self-report, from a separate party who is familiar with the patient's abilities (such as a relative), or from observation.</p>	<p>Navodila: Izjave v nadaljevanju točkujte tako, da bodo najbolje opisale uporabnikove trenutne zmožnosti. Zabeležite dejansko in ne potencialnega funkcioniranja uporabnika. Informacije lahko pridobite od uporabnika samega ali pa nekoga, ki dobro pozna njegove zmožnosti (npr. sorodnika), in s pomočjo opazovanja.</p>
<p><u>Bowels</u> 0 = incontinent (or needs to be given enemata) 1 = occasional accident (once/week) 2 = continent</p> <p>Patient's Score:</p> <p><u>Bladder</u> 0 = incontinent, or catheterized and unable to manage 1 = occasional accident (max. once per 24 hours) 2 = continent (for over 7 days)</p> <p>Patient's Score:</p> <p><u>Grooming</u> 0 = needs help with personal care 1 = independent face/hair/teeth/shaving (implements provided)</p> <p>Patient's Score:</p> <p><u>Toilet use</u> 0 = dependent 1 = needs some help, but can do something alone 2 = independent (on and off, dressing, wiping)</p> <p>Patient's Score</p> <p><u>Feeding</u> 0 = unable 1 = needs help cutting, spreading butter, etc. 2 = independent (food provided within reach)</p> <p>Patient's Score</p> <p><u>Transfer</u> 0 = unable – no sitting balance 1 = major help (one or two people, physical), can sit 2 = minor help (verbal or physical) 3 = independent</p> <p>Patient's Score</p>	<p><u>Odvajanje blata</u> 0 = inkontinenten (ali potrebuje klistir) 1 = občasna inkontinenca (enkrat na teden) 2 = kontinenten</p> <p>Ocena:</p> <p><u>Uriniranje</u> 0 = inkontinenten, ali uporablja kateter, s katerim ne more upravljati sam 1 = občasna inkontinenca (največ enkrat na 24 ur) 2 = kontinenten (več kot 7 dni)</p> <p>Ocena:</p> <p><u>Osebna nega</u> 0 = potrebuje pomoč pri osebni negi 1 = neodvisen pri skrbi za osebno nego obraza/las/zob in pri britju (lahko s pripomočki)</p> <p>Ocena:</p> <p><u>Raba stranišča</u> 0 = odvisen 1 = potrebuje nekaj pomoči, vendar je deloma samostojen 2 = samostojen (pri posedanju, pri oblačenju, čiščenju)</p> <p>Ocena:</p> <p><u>Hranjenje</u> 0 = potrebuje pomoč 1 = potrebuje pomoč pri rezanju, namazih, itd. 2 = samostojen (ko je hrana na dosegu)</p> <p>Ocena:</p> <p><u>Položaj telesa</u> 0 = se ne more premikati, pri sedenju nima ravnotežja 1 = potrebuje veliko pomoči (en ali dva človeka, fizična pomoč), lahko sedi 2 = potrebuje manjšo pomoč (govorna ali fizična pomoč) 3 = samostojen</p> <p>Ocena</p>

<p><u>Mobility</u> 0 = immobile 1 = wheelchair independent, including corners, etc. 2 = walks with help of one person (verbal or physical) 3 = independent (but may use any aid, e.g. stick)</p> <p>Patient's Score</p> <p><u>Dressing</u> 0 = dependent 1 = needs help, but can do about half unaided 2 = independent (including buttons, zips, laces, etc.)</p> <p>Patient's Score:</p> <p><u>Stairs</u> 0 = unable 1 = needs help (verbal, physical, carrying aid) 2 = independent up and down</p> <p>Patient's Score</p> <p><u>Bathing</u> 0 = dependent 1 = independent (or in shower)</p> <p>Patient's Score</p>	<p><u>Gibanje</u> 0 = negibljiv 1 = z vozičkom samostojen, tudi pri ovinkih ipd. 2 = hodi ob pomoči drugega (govorna ali fizična pomoč) 3 = samostojen (lahko uporablja pripomočke, npr. palico)</p> <p>Ocena</p> <p><u>Oblačenje</u> 0 = odvisen 1 = potrebuje pomoč, vendar se deloma lahko obleče sam 2 = samostojen (tudi gumbje, zadrge itd.)</p> <p>Ocena:</p> <p><u>Uporaba stopnic</u> 0 = ne zmore sam 1 = potrebuje pomoč (govorno ali fizično, pri prenašanju) 2 = samostojno gor in dol</p> <p>Ocena</p> <p><u>Umivanje</u> 0 = odvisen 1 = samostojen (ali pod tušem)</p> <p>Ocena</p>
--	---

Instrumental Activities of Daily Living (IADL)

<p><u>Instructions:</u> Circle the scoring point for the statement that most closely corresponds to the patient's current functional ability for each task. The examiner should complete the scale based on information about the patient from the patient him/her-self, informants (such as the patient's family member or other caregiver), and recent records.</p>	<p>Navodila: Pri vsaki od navedenih opravil obkroži trditev, ki najbolj ustreza uporabnikovi trenutni funkcionalni zmožnosti. Informacije lahko pridobimo od uporabnika samega, od drugega vira (npr. družinskega člana ali negovalca) in iz aktualnih evidenc.</p>
<p><u>Ability to use telephone</u> 1 = operates telephone on own initiative, looks up and dials numbers, etc. 1 = dials a few well-known numbers 1 = answers telephone but does not dial 0 = does not use telephone at all</p> <p><u>Shopping</u> 1 = takes care of all shopping needs independently 0 = shops independently for small purchases 0 = needs to be accompanied on any shopping trip 0 = completely unable to shop</p> <p><u>Food preparation</u> 1 = plans, prepares, and serves adequate meals independently 0 = prepares adequate meals if supplied with ingredients 0 = heats and serves prepared meals, or prepares meals, but does not maintain adequate diet 0 = needs to have meals prepared and served</p> <p><u>Housekeeping</u> 1 = maintains house alone or with occasional assistance (e.g., »heavy work domestic help«) 1 = performs light daily tasks, such as dishwashing, bed making 1 = performs light daily tasks, but cannot maintain acceptable level of cleanliness 1 = needs help with all home maintenance tasks 0 = does not participate in any housekeeping tasks</p>	<p><u>Zmožnost rabe telefona</u> 1 = telefon uporablja sam od sebe, zna pogledati in poklicati različne številke ipd. 1 = zna poklicati njemu dobro poznane telefonske številke 1 = zna odgovoriti na telefonski klic, vendar ne kliče 0 = sploh ne uporablja telefona</p> <p><u>Nakupovanje</u> 1 = nakupuje sam, je samostojen 0 = je samostojen pri manjših nakupih 0 = potrebuje spremstvo pri katerem koli nakupu 0 = ne more nakupovati</p> <p><u>Priprava hrane</u> 1 = načrtuje, pripravi in postreže ustrezne obroke brez pomoči 0 = pripravi ustrezne obroke, če mu priskrbimo sestavine 0 = pogreje in postreže pripravljene obroke ali pripravi obroke, vendar ne vzdržuje ustreznih diet 0 = hrano mu pripravljajo in postrežejo drugi</p> <p><u>Skrb za gospodinjstvo</u> 1 = za gospodinjstvo skrbi sam oz. z občasno podporo (npr. pri težkih gospodinskih opravilih) 1 = sam opravi enostavna dnevna opravila, npr. pomivanje posode, postiljanje 1 = sam opravi enostavna dnevna opravila, vendar ne more sam ohraniti sprejemljivega nivoja čistoče 1 = potrebuje pomoč pri vseh domačih opravilih in nalogah</p>

<p><u>Laundry</u> 1 = does personal laundry completely 1 = launders small items, rinses stockings, etc. 0 = all laundry must be done by others</p> <p><u>Mode of transportation</u> 1 = travels independently on public transportation or drives own car 1 = arranges own travel via taxi, but does not otherwise use public transportation 1 = travels on public transportation when assisted or accompanied by another 0 = travel limited to taxi or automobile with assistance of another 0 = does not travel at all</p> <p><u>Responsibility for own medications</u> 1 = is responsible for taking medication in correct dosages at correct time 0 = takes responsibility if medication is prepared in advance in separate dosages 0 = is not capable of dispensing own medication</p> <p><u>Ability to handle finances</u> 1 = manages financial matters independently (budgets, writes checks and keeps track of income) 1 = manages day-to-day purchases, but needs help with banking, major purchases, etc. 0 = incapable of handling money</p>	<p>0 = ne sodeluje pri skrbi za gospodinjstvo</p> <p><u>Pranje perila</u> 1 = sam opere vse perilo 1 = sam opere manjše kose perila 0 = perilo mu v celoti operajo drugi</p> <p><u>Raba prevoznih sredstev</u> 1 = je samostojen pri potovanju, uporablja javna prevozna sredstva ali vozi svoj avto 1 = prevoz si organizira sam, preko taksija, vendar ne uporablja javnega prevoza 1 = potuje z javnimi prevoznimi sredstvi, vendar potrebuje asistenco ali spremstvo drugega 0 = potovanja so omejena na taksije ali avtomobile s spremstvom drugega 0 = sploh ne potuje</p> <p><u>Jemanje zdravil</u> 1 = je odgovoren za jemanje zdravil v ustreznih dozah ob ustreznem času 0 = je odgovoren za jemanje zdravil, vendar le, kadar so ta pripravljena v naprej v ločenih dozah 0 = ne more prevzeti odgovornosti za jemanje zdravil</p> <p><u>Skrb za lastne finance</u> 1 = pri skrbi za finance je samostojen (beleži dohodke) 1 = skrbi za vsakodnevne nakupe, vendar potrebuje pomoč pri bančništvu, večjih nakupih ipd. 0 = ne more sam skrbeti za lastne finance.</p>
---	---

KATZ index of independence in activities of daily living

ACTIVITIES POINTS (1 OR 0)	INDEPENDENCE: (1 POINT) NO supervision, direction or personal assistance	DEPENDENCE: (0 POINTS) WITH supervision, direction, personal assistance or total care	AKTIVNOSTI TOČKE (1 ALI 0)	SAMOSTOJNOST: (1 TOČKA) BREZ nadzora, usmeritev ali podpore	ODVISNOST: (0 TOČK) Z nadzorom, usmeritvami, podporo oz. potrebuje popolno oskrbo
BATHING POINTS:	(1 POINT) Bathes self completely or needs help in bathing only a single part of the body such as the back, genital area or disabled extremity.	(0 POINTS) Needs help with bathing more than one part of the body, getting in or out of the tub or shower. Requires total bathing.	UMIVANJE TOČKE:	(1 TOČKA) Se umije sam v celoti ali potrebuje pomoč pri umivanju določenih delov telesa (npr. hrbta, genitalij ali morebitnih posebnosti, povezanih z oviranostjo)	(0 TOČK) Potrebuje pomoč pri umivanju na več kot enem delu telesa ali pomoč pri vstopu in izstopu iz kadi oz. tuša. Umiti ga je treba v celoti.
DRESSING POINTS:	(1 POINT) Gets clothes from closets and drawers and puts on clothes and outer garments complete with fasteners. May have help tying shoes.	(0 POINTS) N Needs help with dressing self or needs to be completely dressed.	OBLAČENJE TOČKE:	(1 TOČKA) Vzame oblačila iz omare in predalov ter jih obleče v celoti, tudi z zadržki. Morda potrebuje pomoč pri zavezovanju čevljev.	(0 TOČK) Potrebuje pomoč pri oblačenju ali ga je treba obleči v celoti.
TOILETING POINTS:	(1 POINT) Goes to toilet, gets on and off, arranges clothes, cleans genital area without help.	(0 POINTS) Needs help transferring to the toilet, cleaning self or uses bedpan or commode.	UPORABA STRANIŠČA TOČKE:	(1 TOČKA) Sam uporablja stranišče, se lahko usede in vstane, se obleče, očisti, brez pomoči.	(0 TOČK) Potrebuje pomoč pri prihodu do stranišča, pri umivanju ali pa uporablja pripomočke (npr. nočno posodo).
TRANSFERRING POINTS:	(1 POINT) Moves in and out of bed or chair unassisted. Mechanical transferring aides are acceptable.	(0 POINTS) Needs help in moving from bed to chair or requires a complete transfer.	POLOŽAJ TELESA TOČKE:	(1 TOČKA) Vstane in se usede brez pomoči, lahko tudi s pomočjo medicinsko-tehničnih pripomočkov.	(0 TOČK) Potrebuje pomoč pri premikanju iz postelje na stol ali potrebuje popolno pomoč pri premikanju.
CONTINENCE POINTS:	(1 POINT) Exercises complete self control over urination and defecation.	(0 POINTS) Is partially or totally incontinent of bowel or bladder.	KONTINENCA TOČKE:	(1 TOČKA) Ima popolno samokontrolo pri uriniranju in odvajanju blata.	(0 TOČK) Je deloma ali povsem inkontinenten pri odvajanju blata ali vode.
FEEDING POINTS:	(1 POINT) Gets food from plate into mouth without help. Preparation of food may be done by another person.	(0 POINTS) Needs partial or total help with feeding or requires parenteral feeding.	HRANJENJE TOČKE:	(1 TOČKA) Hrano lahko brez pomoči prenese od krožnika do ust. Hrano lahko pripravi nekdo drug.	(0 TOČK) Potrebuje delno ali popolno pomoč pri prehranjevanju ali zahteva parenteralno hranjenje.

TOTAL POINTS = ____ 6 = High (patient independent) 0 = Low (patient very dependent)

SKUPNO ŠTEVILO TOČK = ____; 6 = Visoko (pacient samostojen) 0 = Nizko (pacient zelo odvisen).

LOSS LESTVICA

IME IN PRIIMEK:	Datum ocene: _____
DATUM ROJSTVA:	

1 PREHRANJEVANJE IN PITJE	Sposobnost P/U, zadovoljevanja njegovih potreb po uživanju hrane in pitju.
	<ol style="list-style-type: none"> 1 P/U se ni sposoben samostojno hraniti in piti. 2 P/U si ni sposoben pripraviti hrane in pijače brez pomoči; lahko pa sam je in pije. 3 P/U si je sposoben pripraviti hrano in pijačo. Je in pije samostojno vendar pri tem potrebuje spodbujanje. Ne zna kritično oceniti količine hrane. 4 P/U je in pije samostojno, vendar potrebuje še občasno spodbujane. 5 P/U je popolnoma samostojen pri prehranjevanju in pitju.

2 IZLOČANJE	Sposobnost P/U da samostojno izloča urin in blato
	<ol style="list-style-type: none"> 1 P/U ni sposoben samostojno in kontrolirano izločati urin in blato. 2 P/U je nesposoben kontrolirano izločati urin in blato brez dodatne pomoči. 3 P/U je sposoben kontrolirano izločati urin in blato v določenih časovnih intervalih. 4 P/U je sposoben kontrolirano odvajati urin in blato, vendar se težko orientira o mestu - v kraju odvajanja. 5 P/U je popolnoma samostojen in kontrolirano odvaja urin in blato.

3 POLOŽAJ TELESA	Sposobnost P/U, da zavzema ali prilagodi položaj telesa dejanskim potrebam.
	<ol style="list-style-type: none"> 1 P/U je nesposoben zavzemati in prilagoditi položaj telesa dejanskim potrebam. 2 P/U je delno sposoben zavzemati in namestiti položaj telesa dejanskim potrebam. 3 P/U je sposoben zavzeti in namestiti položaj telesa, vendar pravilnosti položaja ne more v celoti zadovoljiti. 4 P/U ima le malo težav pri zavzemanju in prilagoditvi položaja glede na dejanske potrebe. 5 P/U je samostojen pri zavzemanju in prilagajanju položaja telesa dejanskim potrebam.

4 GIBANJE	Sposobnost P/U, da se giblje brez pomoči
	<ol style="list-style-type: none"> 1 P/U je negibljiv in se ni sposoben gibati tudi s pomočjo pripomočkov. 2 P/U je delno sposoben samostojnega gibanja; pri tem pogosto uporablja pripomočke. 3 P/U je skoraj v celoti gibljiv; za pomoč pri gibanju včasih uporablja pripomočke. 4 P/U se je sposoben samostojno gibati večino časa. 5 P/U se je sposoben gibati samostojno ves čas.

5 SPANJE IN POČITEK	Sposobnost P/U, da zadovolji potrebe po spanju in počitku v normalnem dnevno-nočnem ritmu.
	<ol style="list-style-type: none"> 1 P/U je nesposoben zadovoljiti potrebo po spanju in počitku in ne ločuje med dnevno-nočnim ritmom. 2 P/U je delno sposoben zadovoljiti potrebo po spanju in počitku; delno ločuje dnevno - nočni ritem 3 P/U je sposoben zadovoljiti potrebo po spanju in počitku z veliko pomoči in ločuje dnevno nočni ritem. 4 P/U je sposoben zadovoljiti potrebo po spanju in počitku z minimalno pomočjo in ločuje dnevno-nočni ritem. 5 P/U si je sposoben samostojno zadovoljiti potrebo po spanju in počitku.

6 OBLAČENJE IN SLAČENJE, IZBIRA USTREZNE OBLEKE	Sposobnost P/U, da se samostojno obleče in sleče.
	<ol style="list-style-type: none"> 1 P/U se je nesposoben sam obleči ali sleči. 2 P/U se je delno sposoben obleči ali sleči, vendar ni sposoben določiti zaporedja oblačenja. 3 P/U se je delno sposoben obleči ali sleči toda pri tem potrebuje spodbudo in pomoč. 4 P/U je samostojen pri oblačenju ali slačenju; delno pomoč potrebuje pri finih gibih (zapenjanje gumbov...). 5 Bolnik / varovanec je popolnoma samostojen pri oblačenju in slačenju.

7 VZDRŽEVANJE TELESNE TEMPERATURE	Sposobnost P/U, da vzdržuje telesno temperaturo in se zaščiti pred zunanjimi vplivi v normalnih okvirih s pomočjo izbire ustreznih oblačil in uravnavanja temperature okolja.
	<ol style="list-style-type: none"> 1 P/U ni sposoben samostojno vzdrževati primerno telesno temperaturo; ne ločuje med toplim in hladnim. 2 P/U je delno sposoben vzdrževati primerno telesno temperaturo; ločuje med toplim in hladnim vendar ni sposoben ukrepati. 3 P/U je delno sposoben vzdrževati primerno telesno temperaturo; hladno in toplo ločuje, vendar je le delno sposoben ukrepati . 4 P/U je večino časa sposoben samostojno vzdrževati primerno telesno temperaturo in je tudi sposoben

	primerno ukrepati.
	5 P/U je popolnoma samostojen pri vzdrževanju primerne telesne temperature.
8 OSEBNA HIGIENA	Sposobnost P/U samostojnega ohranjanja telesne čistoče in urejenosti
	<ol style="list-style-type: none"> 1 P/U je popolnoma odvisen pri izvajanju osebne higiene in skrbi za urejenost. 2 P/U je delno samostojen pri izvajanju osebne higiene vendar ne na lastno pobudo. 3 P/U je sposoben samostojno izvajati večino aktivnosti osebne higiene, vendar pri tem potrebuje vedno spodbujanje. 4 P/U je sposoben samostojno izvajati osebno higieno, potrebuje pa nadzor. 5 P/U je popolnoma samostojen pri izvajanju osebne higiene.
9 IZOGIBANJE NEVARNOSTIM V OKOLJU	Sposobnost P/U, da se samostojno izogiba nevarnostim v okolju.
	<ol style="list-style-type: none"> 1 P/U ni samostojno sposoben prepoznati nevarnosti v okolju in se ji izogniti. 2 P/U je občasno sposoben prepoznati nevarnost v okolju in pri sebi in se ji izogniti. 3 P/U delno prepoznava nevarnosti v okolju in pri sebi ter se izogne večini nevarnih situacij, pri tem pa potrebuje pomoč in zaščito. 4 P/U je sposoben večino časa samostojno prepoznavati, izogibati in se zaščititi pred nevarnostim v okolju. 5 P/U je popolnoma samostojen pri zagotavljanju svoje varnosti.
10 KOMUNIKACIJA	Sposobnost P/U komunicirati z drugimi z izražanjem čustev, potreb in občutkov.
	<ol style="list-style-type: none"> 1 P/U ni sposoben verbalno izraziti svojih potreb in čustev, izrazi pa jih neverbalno poznanim osebam. 2 P/U je občasno sposoben izraziti svoje potrebe in čustva verbalno in neverbalno; pri tem uporablja različne glasove za izražanje svojih potreb in čustev; po intonaciji glasu razume kaj drugi želijo od njega. 3 P/U je sposoben izraziti svoje potrebe in čustva s preprostimi besedami ali značilnimi gestami. Razume preproste in kratke besede drugih. 4 P/U je sposoben samostojno izraziti svoje potrebe in čustva z besedami in stavki ali značilnimi gestami. Razume preprost jezik ali značilne geste drugih. 5 P/U je popolnoma sposoben izražati verbalno in neverbalno svoje potrebe, čustva in občutke.
11 NAVEZOVANJE STIKOV	Sposobnost P/U vzpostaviti, vzdrževati in zaključiti stik z drugo osebo.
	<ol style="list-style-type: none"> 1 P/U ni sposoben vzpostaviti kontakta z drugo osebo, odzove se pozitivno na prijetne in negativno na neprijetne izkušnje. 2 P/U je delno sposoben vzpostaviti kontakt z drugo osebo; odzove se pri ljudeh, ki so zanj pomembni. 3 P/U je sposoben navezati in vzdrževati omejeno število stikov z osebami, ki so zanj pomembne. 4 P/U je sposoben večji del vzpostaviti, vzdrževati in zaključiti stik z drugo osebo; sposoben je dati tudi mnenje o tem stiku. 5 P/U je popolnoma sposoben vzpostaviti, vzdrževati in zaključiti stik z drugo osebo; popolnoma je sposoben podati tudi mnenje o tem stiku.
12 PREPOZNAVANJE PRAVIL IN ZAKONITOSTI	Sposobnost P/U, da upošteva pravila in zakonitosti.
	<ol style="list-style-type: none"> 1 P/U je nesposoben upoštevati pravila in zakonitosti. 2 P/U je sposoben upoštevati določeno število pravil v domačem okolju, znotraj oddelka / ustanove. 3 P/U je sposoben slediti pravilom v domačem okolju, znotraj oddelka / ustanove, vendar nima občutka za zasebnost. 4 P/U je sposoben upoštevati pravila in zakonitosti v domačem okolju, znotraj in zunaj oddelka / ustanove, ima pa zmanjšan občutek za zasebnost. 5 P/U je popolnoma sposoben upoštevati pravila in zakonitosti in zna samostojno izraziti potrebo po zasebnosti.
13 DNEVNE AKTIVNOSTI - SMISELNO DELO	Sposobnost P/U, da si samostojno načrtuje dnevne aktivnosti v domačem okolju, znotraj oddelka / ustanove.
	<ol style="list-style-type: none"> 1 P/U je nesposoben samostojno načrtovati dnevne aktivnosti. 2 P/U je delno sposoben načrtovati in skrbeti za dnevne aktivnosti s pomočjo druge osebe. 3 P/U je sposoben načrtovati večino dnevnih aktivnosti samostojno, pri tem ga je potrebno vzpodbujati. 4 P/U se je sposoben osredotočiti na dnevne aktivnosti v domačem okolju, znotraj oddelka / ustanove za kratek čas; z izvajanjem dnevnih aktivnosti si pridobiva samospoštovanje. 5 P/U je sposoben samostojno izvajati dnevne aktivnosti v domačem okolju, znotraj oddelka / ustanove na organiziran način; z rezultati dela si pridobiva samospoštovanje.

14 RAZVEDRILLO IN REKREACIJA	Sposobnost P/U, da samostojno sodeluje v aktivnostih v domačem okolju, zunaj oddelka /ustanove.
	<ol style="list-style-type: none"> 1 P/U je nesposoben, da sodeluje v rekreacijskih aktivnostih izven oddelka / ustanove; je sposoben pasivno uživati v stvareh, ki ga osrečujejo. 2 P/U je delno sposoben sodelovati ali biti prisoten pri rekreacijskih aktivnostih izven oddelka / ustanove; pogosto uživa v aktivnostih. 3 P/U se je sposoben vključevati v rekreacijske aktivnosti zunaj oddelka / ustanove, vendar pri tem vedno potrebuje spodbudo. 4 P/U je sposoben sodelovati v rekreacijskih aktivnostih izven oddelka / ustanove vedno samostojno, vendar potrebuje vzpodbudo. 5 P/Use je sposoben samostojno vključevati v rekreacijske aktivnosti zunaj oddelka / ustanove.

15 SPOSOBNOST UČENJA	Sposobnost P/U pridobivati nova znanja In spretnosti in jih tudi obdržati.
	<ol style="list-style-type: none"> 1 P/U se je nesposoben naučiti določenih spretnosti in jih obdržati. 2 P/U je sposoben osvojiti določene spretnosti z večkratnim ponavljanjem. 3 P/U se je sposoben naučiti enostavnih novih spretnosti z večkratnim ponavljanjem; nova znanja - spretnosti pozabi, če jih ne uporablja. 4 P/U se je sposoben naučiti novih spretnosti; je zelo malo verjetnosti, da bo pozabil kar se je naučil. 5 P/U se je sposoben naučiti več novih spretnosti; ne pozablja naučenih spretnosti in znanj.

5.1.1.1.1.1.1.1 Lestvica ocene sposobnosti samooskrbe - LOSS

A = Prehranjevanje in pitje

B = Izločanje

C = Položaj telesa

D = Gibanje

E = Spanje in počitek

F = Olačenje, slačenje, izbira ustrezne obleke

G = Vzdrževanje telesne temperature

H = Osebna higiena

I = Izogibanje nevarnostim v okolju

J = Komunikacija

K = Navezovanje stikov

L = Prepoznavanje pravil in zakonitosti

M = Dnevne aktivnosti-smiselno delo

N = Razvedrilo in rekreacija

O = Sposobnost učenja

LOSS skupna ocena.....

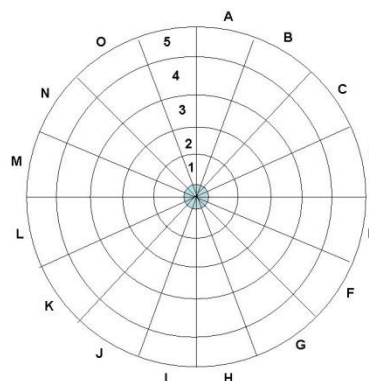
1 = Popolnoma odvisen pri izvajanju aktivnosti samooskrbe

2 = V večji meri odvisen pri izvajanju aktivnosti samooskrbe

3. = Delno odvisen pri izvajanju aktivnosti samooskrbe

4 = Občasno odvisen pri izvajanju aktivnosti samooskrbe

5 = Samostojen pri samooskrbi



Nemčija: Zeittabel

Type of Care	Activity	Time Bracket (Mins)	Tip oskrbe	Aktivnost	Čas (v min.)
Personal Care	Whole body wash	20-25	Osebna nega	Umivanje telesa v celoti	20-25
	Upper body wash	8-10		Umivanje zgornjega dela telesa	8-10
	Lower body wash	12-15		Umivanje spodnjega dela telesa	12-15
	Hand/face wash	1-2		Umivanje rok/obraza	1-2
	Showering	15-20		Tuširanje	15-20
	Bathing	20-25		Kopanje	20-25
	Dental hygiene	5		Ustna higiena	5
	Shaving	5-10		Britje	5-10
	Combing hair	1-3		Česanje las	1-3
Toileting	Urinating, hygiene, cleaning	2-3	Raba stranišča	Urिनiranje, higiena, čiščenje	2-3
	Defecation, hygiene, cleaning	3-6		Odvajanje blata, higiena, čiščenje	3-6
	Changing diaper after urinating	4		Menjava pleníc po uríniranju	4
	Changing diaper after defecation	7-10		Menjava pleníc po odvajanju blata	7-10
	Correcting clothes	2		Popravljanje oblačil	2
Nutrition	Breaking down food	2-3	Hranjenje	Drobljenje hrane	2-3
	Feeding	15-20		Hranjenje	15-20
	Tube feeding, cleaning	15-20		Prehranjevanje po cevki, čiščenje	15-20
Mobility	Getting up/going to bed	1-2	Položaj telesa	Vstajanje / spanje	1-2
	Repositioning	2-3		Prestavljanje	2-3
	Getting dressed (whole body)	8-10		Oblačenje (celega telesa)	8-10
	Getting dressed (upper body)	5-6		Oblačenje (zgornjega dela telesa)	5-6
	Getting dressed (lower body)	5-6		Oblačenje (spodnjega dela telesa)	5-6
	Getting undressed (whole body)	4-6		Slačenje (celega telesa)	4-6
	Getting undressed (upper body)	2-3		Slačenje (zgornjega dela telesa)	2-3
Getting undressed (lower body)	2-3		Slačenje (spodnjega dela telesa)	2-3	

Nemčija: NBA

Module	No. of items	Items	Scoring
Mobility	5	Change of position, keeping stable sitting position, rising up from sitting position, moving along in dwelling place, climbing stairs	Four-point scale: independent, mainly independent, mainly dependent, fully dependent
Cognitive and communication abilities	11	Recognition of significant others, spatial and temporal orientation, memory, decision-making in everyday life, understanding of facts and information, detection of risks and dangers, conveyance of basic needs, understanding of requests and participation in conversations	Scale contains four points: existing/unaffected, existing to a larger degree, existing to a minor degree, not existing
Behaviour and mental health	13	Agitation, nocturnal restlessness, self-endangering and auto-assaultive behaviour, verbal and other aggression, delusions/illusions, anxiety, refusal of supportive actions, vocal deviant utterances	Consideration of the frequency of occurrence of the particular items
Self-care	12	Items related to personal hygiene, dressing/undressing, eating, drinking, toileting	Four-point scale: independent, mainly independent, mainly dependent, fully dependent
Ability to deal with illness-/therapy-related demands and burden	15	Medication, s.c./i.m./i.v. applications, taking and interpreting body parameters, dressing/woundcare, therapeutic measures in the home (e.g. exercises), visits to physicians/therapeutic facilities	Consideration of the frequency of occurrence of the particular items
Managing everyday life and social contacts	6	Shaping daily routine, resting and sleeping, occupying oneself, making plans for the future, interacting with people in direct social contact, contacting people outside the direct surroundings	Four-point scale: independent, mainly independent, mainly dependent, fully dependent
Activities outside the house	7	Movements outside of the home, participation in various activities	
Household maintenance	7	Grocery shopping, preparing basic meals, tidying and cleaning, use of services, regulating financial matters and administrative measures	Four-point scale: independent, mainly independent, mainly dependent, fully dependent

Modul	Število kazalnikov	Kazalniki	Točkovanje
Gibanje	5	Spreminjanje položaja, ohranjanje stabilnega sedečega položaja, vstajanje, premikanje, hoja po stopnicah	4-stopenjska lestvica: samostojen, večinoma samostojen, večinoma odvisen, popolnoma odvisen
Kognitivne in komunikacijske zmožnosti	11	Prepoznavanje bližnjih, orientacija v prostoru in času, odločanje o svojem življenju, razumevanje dejstev in informacij, prepoznavanje tveganja in nevarnosti, razumevanje zahtev, sodelovanje v pogovorih	4-stopenjska lestvica: obstoječe stanje/nespremenjeno, večinoma obstaja, večinoma ne obstaja, ne obstaja
Vedenje in duševno zdravje	13	Vznemirjenost, nemir, samomorilsko vedenje, verbalne in druge agresije, blodnje oz. iluzije, anksioznost, zavrnitev podpornih ukrepov, odklonsko izrazoslovje	Ugotavljanje pogostosti pojavljanja vsakega od kazalnikov
Samooskrba	12	Kazalniki, povezani z osebno higieno, oblačenjem in slačenjem, hranjenjem, pitjem in rabo stranišča	4-stopenjska lestvica: samostojen, večinoma samostojen, večinoma odvisen, popolnoma odvisen
Zmožnost soočanja z boleznijo in s tem povezane zahteve in breme	15	Jemanje zdravil, subkutane in druge aplikacije, opazovanje in interpretacija telesnih parametrov, oblačenje, oskrba ran, terapevtski ukrepi na domu (npr. izvedba ustreznih vaj), obiskovanje zdravnikov, terapevtske možnosti	Ugotavljanje pogostosti pojavljanja vsakega od kazalnikov
Skrb za vsakdanje življenje in socialne stike	6	Dnevne rutine, počitek in spanje, izvajanje aktivnosti, načrtovanje prihodnosti, stik z drugimi, obiskovanje ljudi, ki niso v neposredni okolici	4-stopenjska lestvica: samostojen, večinoma samostojen, večinoma odvisen, popolnoma odvisen
Aktivnosti zunaj gospodinjstva	7	Odhodi od doma, sodelovanje v različnih aktivnostih	
Skrb za gospodinjstvo	7	Nakupovanje, priprava osnovnih obrokov, čiščenje in urejanje, raba storitev, skrb za finance in drugo	4-stopenjska lestvica: samostojen, večinoma samostojen, večinoma odvisen, popolnoma odvisen

Priloga B: Katalog opravil v okviru zagotavljanja storitve pomoč družini na domu v obliki socialne oskrbe na domu

STANDARDNE STORITVE SOCIALNE OSKRBE NA DOMU OBSEGAJO:

I. POMOČ PRI TEMELJNIH DNEVNIH OPRAVILIH

A.01 POMOČ PRI OBLAČENJU/SLAČENJU

- oblačenje in slačenje v celoti
- pomoč pri oblačenju in slačenju

A.02 POMOČ PRI UMIVANJU

- pomoč pri umivanju (v postelji)
- pomoč pri kopanju/tuširanju
- pomoč pri umivanju obraza
- pomoč pri umivanju rok
- pomoč pri umivanju do pasu
- pomoč pri umivanju nog
- pomoč pri umivanju zob, zobne proteze in pomoč pri nameščanju zobne proteze
- pomoč pri umivanju lasišča
- pomoč pri česanju
- pomoč pri umivanju intimnih delov telesa
- pomoč pri britju obraza
- pomoč pri uporabi stranišča
- umivanje telesa (posteljna kopel)
- kopanje/tuširanje
- umivanje obraza
- umivanje rok
- umivanje do pasu
- umivanje nog
- striženje nohtov (zdravih)
- umivanje zob, zobne proteze in pomoč pri nameščanju zobne proteze
- nega ustne votline
- umivanje lasišča
- česanje
- umivanje intimnih delov telesa
- pomoč pri negi kože
- britje obraza
- praznjenje urinske vrečke
- vzdrževanje pripomočkov za osebno higieno
- vključitev svojcev in pomembnih drugih oseb v higieno
- zamenjava inkontinenčnih pripomočkov (urinski vložki, plenice)
- priprava uporabnika na počitek in spanje

A.03 POMOČ PRI HRANJENJU

- serviranje hrane in pijače
- priprava na hranjenje
- pomoč pri hranjenju in pitju (brez hranjenja po sondi)
- hranjenje

A.04 POMOČ PRI OPRAVLJANJU OSNOVNIH ŽIVLJENJSKIH POTREB

- menjava položaja v postelji
- posedanje v postelji
- pomoč pri vstajanju
- pomoč pri posedanju na stol
- pomoč pri hoji v stanovanju

- pomoč pri premeščanju
- premeščanje
- pomoč pri uporabi pripomočkov za lego in gibanje
- nameščanje pripomočkov za lego in gibanje
- vzpodbujanje k telesnim aktivnostim

A.05 VZDRŽEVANJE IN NEGA OSEBNIH ORTOPEDSKIH PRIPOMOČKOV

- pomoč pri nameščanju ortopedskih pripomočkov
- čiščenje, vzdrževanje in spremljanje uporabnosti ortopedskih pripomočkov

A.06.

- pomoč pri merjenju krvnega sladkorja in merjenju krvnega tlaka
- vzpodbuda k rednemu jemanju zdravil
- vzpodbujanje pri ohranjanju osnovnih življenjskih navad
- obveščanje o spremembah pri temeljnih dnevni opravilih uporabnika svojim

II. GOSPODINJSKA POMOČ

B.01 PRINAŠANJE ENEGA PRIPRAVLJENEGA OBROKA HRANE

- prinašanje in postrežba pripravljenega obroka hrane

B.02 NABAVA ŽIVIL IN PRIPRAVA OBROKA HRANE

- nakupovanje osnovnih prehrabnih izdelkov iz najbližje trgovine in/ali spremstvo uporabnika v najbližjo trgovino
- priprava in postrežba obrokov hrane (zajtrk, malica, topli napitek, kosilo, večerja)

B.03 POMIVANJE PORABLJENE POSODE

- pomivanje porabljene posode

B.04. OSNOVNO ČIŠČENJE BIVALNEGA DELA PROSTOROV Z ODNAŠANJEM SMETI

- osnovno čiščenje bivalnih prostorov
- vzdrževanje higijene tal v ožjih bivalnih prostorih uporabnika
- vzdrževanje higijene v sanitarijah
- zračenje bivalnega prostora
- pomoč pri vzdrževanju osebne in posteljne perila (pranje, obešanje, zlaganje)
- likanje osnovnega osebne perila
- pomivanje oken v ožjih bivalnih prostorih uporabnika (največ 2 x letno)
- odnašanje smeti

B.05 POSTILJANJE IN OSNOVNO ČIŠČENJE SPALNEGA PROSTORA

- osnovno čiščenje spalnega prostora
- postiljanje in prestiljanje postelje
- vzdrževanje higijene tal v spalnem prostoru

B.06

- prinašanje zdravil iz lekarne in pripravljenih receptov iz splošne ambulante
- prinašanje pošte iz nabiralnika
- oddaja pošte in pomoč pri plačevanju rednih obveznosti
- pomoč pri ogrevanju bivalnih prostorov: prinašanje pripravljene kurjave (drva, premog) pri uporabnikih, ki živijo sami in kurjenje

III. POMOČ PRI OHRANJANJU SOCIALNIH STIKOV

- pomoč pri vzpostavljanju in vzdrževanju socialne mreže z okoljem, s prostovoljci in sorodstvom
- spremljanje uporabnika pri opravljanju nujnih obveznosti
- informiranje ustanov in svojcev o stanju in potrebah uporabnika

- priprava na institucionalno varstvo
- krepitev socialne vključenosti

KATERIH OPRAVIL SOCIALNE OSKRBOVALKE NE OPRAVLJAJO:

- za varnost in zdravje nevarnih opravil (na primer: dvigovanje bremen, delo v prisiljeni drži, delo na višini, premikanje pohištva, delo z elektriko in podobno);
- zdravstvenih in fizioterapevtskih storitev
- storitev, ki niso predmet socialne oskrbe: delo v vrtu, dela po pleskanju oz. po obnovitvenih delih, skrb za domače živali, prevozi uporabnikov, apliciranje insulina in antikoagulantnih zdravil, doziranje zdravil



DOM OB SAVINJI CELJE

Jurčičeva 6, Celje

CENTER ZA POMOČ NA DOMU

☎ 03/427 95 26

e-naslov: cpd@siol.net

OSEBNI NAČRT

Podatki o uporabniku/ci:

Priimek in ime: spol: M Ž

EMŠO:

Telefon: mobilni telefon:

Naslov stalnega bivališča: občina:

Naslov začasnega bivališča: občina:

Elektronski naslov (e-mail):

1. Bivalni pogoji in osnovni materialni viri

Bivalni pogoji:

- ◇ hiša ◇ stanovanje ◇ oskrbovano stanovanje ◇ drugo _____
◇ ustrezní bivalni pogoji ◇ manj ustrezní bivalni pogoji

PREVZEM KLJUČA DA NE

Pojasnitev pogojev

.....
.....
.....

Vrsta prejemkov:

- ◇ pokojnina ◇ denarna pomoč ◇ drugo
◇ varstveni dodatek ◇ dodatek za pomoč in postrežbo

Kriteriji za bivalne pogoje in osnovne materialne vire:

- stanovanjske razmere, pogoji za vključitev (voda, ogrevanje, dostop do postelje, prostornost za oskrbo, možnost priprave obrokov hrane, ...)
- dohodek – denar, s katerim razpolaga in viri tega dohodka: pokojnina, invalidnina, denarna socialna pomoč, dodatek za pomoč in postrežbo, ... + lastništvo ali najemništvo

Ostale posebnosti v prostoru in času:

.....

.....

.....

.....

Kriterij za ostale navade in posebnosti:

- navade in posebnosti v prostoru in času
- prostorska mobilnost (možnosti obvladovanja prostora, ...)
- različni predmeti in pripomočki, ki jih rabi za življenje (ortopedski pripomočki, njihovi pripomočki, predmeti, ...)

2. Socialne vloge, statusi in spretnosti

.....

.....

.....

.....

Kriteriji za vloge, statuse, spretnosti

- vloga v sorodstveni skupnosti, v lokalni skupnosti, v interesni skupnosti
- izobrazba
- interesi (kakšne hobije ima, kaj ga/jo zanima, na kaj je ponosen/a, kaj mu/ji je v zadovoljstvo)
- znanja, veščine in spretnosti, ki jih ima oz. si jih želi pridobiti
- značilni dosegani vzorci ravnanja s problemom in rešitvijo

3. Pomoč in podpora v okviru socialnih mrež

Vrsta življenjske skupnosti ali gospodinjstva:

◇ živi sam/a ◇ z zakoncem ◇ v tuji družini

◇ v skupnem gospodinjstvu sorodnikov ◇ _____

Ima otroke: NE DA – koliko: _____

Mu svojci nudijo pomoč: NE DA – kako pogosto: _____

.....

.....

.....

.....

Kriteriji za pomoč in podporo (naštete podpore z opredelitvijo stikov, vsebinskih in časovnih)

Neformalne socialne mreže:

- stiki v okviru gospodinjstva ali družine
- v okviru širšega sorodstva
- prijateljska mreža
- sosedje
- mreža stikov po internetu
- mreža znancev

- drugi pomembni stiki (poštar, frizerka, trgovka, pedikerka, ...)

Formalne in pol-formalne mreže:

- javne in privatne službe, ki nudijo storitve
- NVO in druge formalne organizacije, s katerimi je povezan uporabnik
- pol-formalne skupine za samopomoč ipd

4. Življenjski dogodki in vzorci ravnanja, vizija

..... |

.....

.....

.....

.....

Kriteriji za življenjske dogodke in vzorce ravnanja

- kaj mu/ji je v življenju pomembno, kaj si želi
- življenjska zgodba
- pozitivne in negativne izkušnje v preteklosti: kaj ga/jo veseli, osrečuje, boli, žalosti, strahovi
- kaj jih osrečuje, kaj jim prinaša največ zadovoljstva, ves elja ali trenutek sreče, kaj od naštetega bi želeli doživljati pogosteje
- skrb za zdravje - zdravstveno stanje uporabnika (vse posebnosti, npr. diabetik, ima kateter, ...)

Zdravstveno stanje uporabnika:

- ◇ pomičen ◇ delno pomičen (bergle, hodulja, voziček) ◇ nepomičen
- ◇ potrebuje varstvo in nadzor ◇ gluha, naglušna ◇ motnje v duševnem razvoju
- ◇ težave v duševnem zdravju ◇ slepa ◇ _____

Izbrani zdravnik:

Patronažna sestra:

5. Ocena moči

.....

.....

.....

.....

.....

Kriteriji za oceno moči

- samostojnost
 - a) mobilnost v prostoru
 - b) možnost pridobivanja informacij, pomembnih za odločanje in upravljanje z lastnim življenjem
 - c) možnost samostojnega odločanja o pomembnih stvareh v svojem življenju (na primer razpolaganje z denarjem in drugimi sredstvi, ...)
 - d) možnost vplivanja na vsakdanje življenje (na katere odločitve v vsak danu lahko starostnik/ca vpliva, o čem lahko odloča, kaj ima rad/a, česa ne mara, ali ima vpliv, kako lahko preživi svoj vsakdan, svoj prosti čas, kaj lahko izbira v domačem okolju)
- dostop do potrebnih sredstev in virov pomoči
- povezanost s formalnimi in neformalnimi mrežami kot vir pomoči pri uveljavljanju pravic in pridobivanju sredstev

6. Dogovorjena opravila v okviru storitve pomoč družini na domu

OPRAVILA	Sifra storitve	Naziv storitve
A pomoč pri temeljnih dnevnih opravilih	A.01	pomoč pri oblačenju/slačenju
	A.02	pomoč pri umivanju
	A.03	pomoč pri hranjenju
	A.04	pomoč pri opravljanju osnovnih življenjskih potreb
	A.05	vzdrževanje in nega osebnih ortopedskih pripomočkov
	A.06	
B gospodinjska pomoč	B.01	prinašanje enega pripravljenega obroka hrane
	B.02	nabava živil in priprava enega obroka hrane
	B.03	pomivanje porabljene posode
	B.04	osnovno čiščenje bivalnega dela prostorov z odnašanjem smeti
	B.05	postiljanje in osnovno čiščenje spalnega prostora
	B.06	
C pomoč pri ohranjanju socialnih stikov	C.01	vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, s prostovoljci in s sorodstvom
	C.02	spremljanje upravičenca pri opravljanju nujnih obveznosti
	C.03	informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca
	C.04	priprava upravičenca na institucionalno varstvo
	C.05	

Pričakovan obseg:								
	PON	TOR	SRE	CET	PET	SOB	NED	PRAZNIK
Zjutraj
Dopoldan
Kosilo
Opoldan
Zvečer
1 oskrbovalka			2 oskrbovalki					

Dogovorjen obseg:								
	PON	TOR	SRE	CET	PET	SOB	NED	PRAZNIK
Zjutraj
Dopoldan
Kosilo
Opoldan
Zvečer
1 oskrbovalka			2 oskrbovalki					
Dogovorjen obseg pomoči: ur tedensko, št. obiskov tedensko:, od								

7. Organiziranje ključnih članov okolja

1. Ime in priimek ter naslov:
vloga: telefon:
opis prevzete obveznosti in odgovornosti:
2. Ime in priimek ter naslov:
vloga: telefon:
opis prevzete obveznosti in odgovornosti:
3. Ime in priimek ter naslov:
vloga: telefon:
opis prevzete obveznosti in odgovornosti:
4. Ime in priimek ter naslov:
vloga: telefon:
opis prevzete obveznosti in odgovornosti:

Uvodno srečanje: (uporabnik/ca-oskrbovalka, ključni člani socialne mreže);

Prisotni:
.....
.....

Na podlagi 3. in 21. člena Pravilnika o varovanju zaupnih in osebnih podatkov ter zavarovanju dokumentarnega gradiva in Kataloga zbirk osebnih podatkov Doma ob Savinji Celje **izjavljam**, da dovoljujem, da se moji osebni podatki, ki sem jih dal Domu ob Savinji Celje za potrebe organizacije in izvajanje storitev pomoči na domu, ki jih izvaja Center za pomoč na domu, uporabljajo samo v ta namen in to po postopkih, kot jih določa Pravilnik o varovanju osebnih podatkov v Domu ob Savinji Celje.

Uporabnik/ca oz. zakoniti zastopnik ali pooblaščenec:

Podpis:

Vodja ali koordinatorica pomoči na domu:

Podpis:

Datum: