

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Polonca Černšek

**Analiza izvajanja pomoči na domu - starostniku na območjih
Maribora, Ptuja in Majšperka**

Magistrsko delo

Ljubljana, 2016

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Polonca Černšek

Mentorica: red. prof. ddr. Marija Ovsenik

Somentorica: izr. prof. dr. Gabi Čačinovič Vogrinčič

**Analiza izvajanja pomoči na domu - starostniku na območjih Maribora, Ptuja in
Majšperka**

Magistrsko delo

Ljubljana, 2016

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici red. prof. ddr. Mariji Ovsenik in somentorici izr. prof. dr. Gabi Čačinovič Vogrinčič za znanstvene napotke in strokovno pomoč ter vztrajnost pri izdelavi magistrskega dela.

Za usmeritve pri nastajanju dela se zahvaljujem red. prof. dr. Zinki Kolarič, koordinatorici medfakultetnega študija Fakultete za družbene vede in Fakultete za socialno delo, Ljubljana, smeri Sociologija – socialno delo v skupnosti.

Prav tako se zahvaljujem predsednici in podpredsednici komisije za zagovor magistrskega dela, prof. dr. Valentini Hlebec in prof. dr. Ljubici Jelušič za pomembne napotke pri zaključevanju magistrskega dela.

Zahvaljujem se tudi vsem, ki so bili pripravljeni sodelovati v anketiranju v okviru Centra za pomoč na domu Maribor in Centra za socialno delo Ptuj, uporabnikom in izvajalcem pomoči na domu in potencialnim uporabnikom pomoči na domu.

Nadalje se zahvaljujem svoji družini, ki mi je nesebično stala ob strani - hčerki Luciji, partnerju Maksimiljanu ter tašči Anici. Posebej se zahvaljujem še gospodu Alojzu Tapajnerju in nečaku Bojanu Črnenšek za tehnično pomoč pri nastajanju magistrskega dela.

Zahvaljujem se tudi mag. Josipu Lukaču, nekdanjemu direktorju Socialnovarstvenega zavoda Hrastovec za razumevanje in odobritev izrednega dopusta, katerega sem porabila v študijske namene.

Posebna zahvala gre mag. Majdi Potrata za jezikovni pregled magistrskega dela in seveda izr. prof. dr. Slavku Cvetku za prevod povzetka.

Magistrsko delo je posvečeno moji dragi pokojni mami Alojziji Črnenšek, rojeni Prelog, ki bi 13. 5. 2016 dopolnila 90 let.



IZJAVA O AVTORSTVU magistrskega dela

Podpisani/-a Čermenšek Polonca, z vpisno številko 21051062, sem avtor/-ica magistrskega dela z naslovom:
Analiza izvajanja pomoči na domu - starostniku na območjih Maribora, Ptuja in Majšperka .

S svojim podpisom zagotavljam, da:

- je predloženo magistrsko delo izključno rezultat mojega lastnega raziskovalnega dela;
- sem poskrbel/-a, da so dela in mnenja drugih avtorjev oz. avtoric, ki jih uporabljam v predloženem delu, navedena oz. citirana v skladu s fakultetnimi navodili;
- sem poskrbel/-a, da so vsa dela in mnenja drugih avtorjev oz. avtoric navedena v seznamu virov, ki je sestavni element predloženega dela in je zapisan v skladu s fakultetnimi navodili;
- sem pridobil/-a vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti prenesena v predloženo delo in sem to tudi jasno zapisal/-a v predloženem delu;
- se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del, bodisi v obliki citata bodisi v obliki skoraj dobesednega parafraziranja bodisi v grafični obliki, s katerim so tuje misli oz. ideje predstavljene kot moje lastne – kaznivo po zakonu (Zakon o avtorski in sorodnih pravicah (UL RS, št. 16/07-UPB3, 68/08, 85/10 Skl.US: U-I-191/09-7, Up-916/09-16)), prekršek pa podleže tudi ukrepom Fakultete za družbene vede v skladu z njenimi pravili;
- se zavedam posledic, ki jih dokazano plagiatorstvo lahko predstavlja za predloženo delo in za moj status na Fakulteti za družbene vede;
- je elektronska oblika identična s tiskano obliko magistrskega dela ter soglašam z objavo magistrskega dela v zbirki »Dela FDV«.

V Ljubljani, dne : 13.05.2016

Podpis avtorja/-ice: Čermenšek Polonca

Analiza izvajanja pomoči na domu starostniku na območjih Maribora, Ptuja in Majšperka

Hitro spreminjajoče se okolje in še posebej globalizacija sta povzročila bistvene spremembe na področju soživetja. Večgeneracijske družine so redke, priča smo generacijski segregaciji, kar povzroča, da stare ljudi pogosto »odložimo« v institucionalno okolje. Zavest o tem, da človek, še posebej v starosti, želi ostati doma v svojem domačem okolju, prodira v sodobno socialno misel in znanost.

V magistrskem delu vidimo srž problema v togosti sistema organizacije pomoči na domu in v pomenu razvoja organizacije pomoči na domu starih ljudi, ki se želijo starati v domačem okolju. Vendar pa vsakdo nima te možnosti, bodisi zaradi zaposlenosti svojcev bodisi zaradi pomanjkanja posluha bližnjih za starega človeka ali pa tudi zaradi nezmožnosti mlajše generacije pomagati ostarelemu svojcu in zanj kompetentno skrbeti. Do pomoči na domu so upravičeni tudi drugi uporabniki tovrstnih storitev. Imperativ pomoči na domu in uvedba zavarovanja za primer dolgotrajne oskrbe pomenita humanizacijo staranja in bivanja v domačem okolju s primerno podporo razvoja organizacije pomoči na domu.

Namen magistrske raziskave je na podlagi poglobljene analize izvajanja pomoči na domu ugotoviti zadovoljstvo s kakovostjo izvajanja pomoči na domu uporabnikov in izvajalcev pomoči na domu. Zanimala nas je tudi seznanjenost potencialnih uporabnikov s to storitvijo.

V empiričnem delu smo uporabili kvantitativni raziskovalni pristop. Podatke smo zbirali s tremi anketnimi vprašalniki, posebej za sedemtrideset uporabnikov pomoči na domu, za štiriindvajset izvajalcev – oskrbovalk pomoči na domu in za petindvajset potencialnih uporabnikov pomoči na domu. Za analizo podatkov smo uporabili relevantne metode deskriptivne in interferenčne statistike.

Z magistrsko raziskavo smo ugotovili, da so uporabniki socialnovarstvene storitve pomoč na domu na območjih Maribora, Ptuja in Majšperka, ki smo jih zajeli v raziskavo, najbolj zadovoljni s storitvijo pomoč v gospodinjstvu. Ugotavljamo tudi, da izvajalke pomoči na domu v okviru izvajanja storitev najvišje vrednotijo točnost prihodov k uporabniku, sledi pomoč pri osebni higieni in nato funkcija družabništva. Vsi potencialni uporabniki storitve pomoč na domu, ki smo jih vključili v raziskavo, med storitvami socialne oskrbe prepoznajo domove za ostarele in pomoč na domu, medtem ko preostalih oblik, kot so dnevni centri za odrasle, zdravstveno negovalne institucije, varovana stanovanja in socialni servis, ne prepoznajo vsi anketirani potencialni uporabniki storitev pomoči na domu. Iz navedenega ugotavljamo, da so domovi za ostarele in pomoč na domu najpogostejši obliki socialne pomoči, ki ju potencialni uporabniki pomoči na domu poznajo.

Ugotavljamo tudi, da je dobre štiri petine uporabnikov storitev zadovoljnih s storitvami pomoči na domu. Tudi več kot devet desetih izvajalk pomoči na domu je zadovoljnih s svojim delom. Raziskava je tudi pokazala, da je socialnovarstvena storitev pomoč na domu na območjih Maribora, Ptuja in Majšperka dobro organizirana, da je seznanjenost z izvajanjem te storitve zadovoljiva, njeno izvajanje pa ocenjeno z visoko stopnjo zadovoljstva pri uporabnikih in tudi izvajalcih.

Ključne besede: staranje, pomoč na domu, uporabniki, izvajalke, model organizacije pomoči na domu.

An analysis of the provision of home help – for the elderly in Maribor, Ptuj and Majšperk regions

Rapidly changing environment, especially globalization, have led to significant changes in relation to co-living. Multi-generational families have become rare and we are witnessing a generational segregation where old people are often "disposed of" in institutional settings. An awareness, however, that people, older people, wish to remain in their home environment, is entering the contemporary social thought and science.

In our master thesis, we see the root of the problem in the rigidity of the system of organising help at home and in the importance of developing organized home care for older people who want to age in their home environment. Not everyone, however, has this option, either because their relatives do not have the necessary time or compassion for the older person, or because of the inability of the younger generation to provide help and competent care for their elderly relative. Other users of such services are also eligible for help at home. The imperative of home help and the introduction of insurance for the purpose of long-term care mean humanization of aging and staying in a home environment, together with the appropriate support of organised help at home.

The purpose of this master's research is to identify, on the basis of an in-depth analysis of the provision of home help, the satisfaction of users and providers of home help with the quality of home help. We also wanted to find out how familiar the potential users are with this service.

In the empirical part, quantitative research approach was used. Data were collected by using three questionnaires, specifically for thirty-seven users of home care, for twenty-four providers of home care, and for twenty-five potential users of home help. For data analysis, we used relevant methods of descriptive and inferential statistics.

We found with our research that users of home help in Maribor, Ptuj and Majšperk regions are most highly satisfied with the service related to help in the household. Of all services, the providers of home help attributed highest value to punctuality of arrivals to the user, which is followed by assistance with personal hygiene, and by acting as companions to the users. All potential users of the services of home help who were included in the study know about nursing homes and services of home help, but not all respondents, potential users of home help, know about other forms such as day centres for adults, nursing care institutions, sheltered accommodation and social services. From the above, we can conclude that nursing homes and home care are the most common forms of social help that potential users of home help are familiar with.

We also found that more than 80 % of users of home help are satisfied with the home help services provided. Also, more than 90 % of the providers of home help are satisfied with their work. The study also showed that home help services are well organised in Maribor, Ptuj and Majšperk regions, that the potential users have sufficient knowledge of the provision of this service, and that providing these services received the highest degree of satisfaction by both users and providers.

Keywords: aging, home help, users and providers of home help, model of organization of home help

KAZALO

UVOD	11
1 STARANJE IN DRUŽBA	14
1.1 STAROST IN STARANJE	14
1.2 OPREDELITVE STAREGA ČLOVEKA	15
1.3 DEMOGRAFSKI KAZALNIKI STARANJA POPULACIJE	18
1.4 TEORIJE STARANJA	23
1.5 VLOGA STAROSTNIKA V DRUŽINI IN DRUŽBI	25
1.6 TEŽAVE, STISKE IN POTREBE STAROSTNIKA	28
1.7 DILEME (NE)SAMOSTOJNOSTI STARIH LJUDI IN MREŽE POVEZAV.....	30
1.8 POMEN MEDGENERACIJSKEGA SODELOVANJA	32
2 ZAGOTAVLJANJE SOCIALNEGA VARSTVA KOT TEMELJA EVROPSKEGA SOCIALNEGA MODELA	34
2.1 IZHODIŠČA ZA VZPOSTAVITVE EVROPSKEGA SOCIALNEGA MODELA	34
2.2 DEKLARACIJA O ČLOVEKOVIH PRAVICAH SKOZI PRIZMO SKRBI ZA STARE	36
2.3 STARANJE V DOMAČEM IN INSTITUCIONALNEM OKOLJU	37
3 KAKOVOST IZVAJANJA SOCIALNOVARSTVENE STORITVE POMOČ NA DOMU	39
3.1 OKVIR IZVAJANJA SOCIALNOVARSTVENE STORITVE POMOČ NA DOMU	39
3.2 RAZVOJ IN ORGANIZACIJA POMOČI NA DOMU V SLOVENIJI.....	41
3.3 ZGODOVINSKI PREGLED ZAGOTAVLJANJA SOCIALNE VARNOSTI STARIH V SLOVENIJI	45
3.4 PREGLED USMERITEV V AKTIH S PODROČJA SOCIALNEGA VARSTVA	47
3.5 PRAVNA PODLAGA IZVAJANJA SOCIALNOVARSTVENE STORITVE POMOČI NA DOMU.....	51
3.6 STROKOVNE PODLAGE SOCIALNOVARSTVENE STORITVE POMOČ NA DOMU	53
3.7 KAKOVOST IZVAJANJA POMOČI NA DOMU	54
3.8 MODELI POMOČI V SOCIALNEM DELU	56
3.9 UVELJAVLJENI PRISTOPI NA PODROČJU ZDRAVSTVENE NEGE	59
3.10 ORGANIZACIJSKI POGLED NA SOCIALNOVARSTVENO STORITEV POMOČ NA DOMU	60
4 SKRB ZA STARE LJUDI – PRIMERI DOBRIH PRAKS	65
4.1 SKRB ZA STARE LJUDI – PRIMERI DOBRIH PRAKS V EVROPI	65
4.2 DILEME SPREJEMANJA ZAKONA O DOLGOTRAJNI OSKRBI V SLOVENIJI.....	70
4.3 PREDSTAVITEV INSTITUCIJ SOCIALNOVARSTVENE STORITVE POMOČ NA DOMU, VKLJUČENIH V RAZISKAVO	71
5 METODOLOGIJA	73
5.1 OPREDELITEV PROBLEMA	73
5.2 NAMEN IN CILJI RAZISKAVE.....	75
5.3 METODE RAZISKAVE.....	76
5.4 MERSKI INSTRUMENTI	76
5.5 VZOREC.....	77
5.6 TEHNIKE ZBIRANJA PODATKOV	78
5.7 OBDELAVA IN ANALIZA PODATKOV	79
5.8 OMEJITVE RAZISKAVE.....	79

6	REZULTATI ANALIZE PODATKOV	80
6.1	ANALIZA PODATKOV UPORABNIKOV POMOČI NA DOMU	80
6.1.1	Demografski podatki uporabnikov pomoči na domu	80
6.1.2	Uporaba pomoči na domu s perspektive uporabnikov storitev	84
6.2	ANALIZA PODATKOV IZVAJALCEV POMOČI NA DOMU	93
6.2.1	Demografski podatki izvajalcev pomoči na domu	93
6.2.2	Izvajanje pomoči na domu s perspektive izvajalcev storitev	95
6.3	ANALIZA PODATKOV POTENCIALNIH UPORABNIKOV POMOČI NA DOMU	101
6.3.1	Demografski podatki potencialnih uporabnikov pomoči na domu	101
6.3.2	Uporaba pomoči na domu s perspektive potencialnih uporabnikov storitev	102
7	RAZPRAVA	107
7.1	PREVERJANJE HIPOTEZ.....	107
7.2	PRISPEVEK K ZNANOSTI	110
8	SKLEPNE UGOTOVITVE.....	111
	LITERATURA	118
	PRILOGE	128
	PRILOGA A: ANKETNI VPRAŠALNIK O ZADOVOLJSTVU UPORABNIKOV POMOČI NA DOMU	128
	PRILOGA B: ANKETNI VPRAŠALNIK O ZADOVOLJSTVU IZVAJALCEV POMOČI NA DOMU	131
	PRILOGA C: ANKETNI VPRAŠALNIK ZA POTENCIALNE UPORABNIKE POMOČI NA DOMU	133

KAZALO TABEL

Tabela 1.1: Izbrani demografski kazalniki in demografske projekcije do leta 2050	19
Tabela 1.2: Mnogokratnik potrebnih sredstev za osebe, starejše od 65 ali 75 let v primerjavi z osebami v starosti od 0 – 64 let v gospodarsko razvitejših državah.....	20
Tabela 3.1: Izvajalci pomoči na domu v Sloveniji glede na status izvajalcev v letih 2007, 2009, 2012 in 2014	40
Tabela 3.2: Novosti dolgotrajne oskrbe - nova paradigma	56
Tabela 3.3: Slovenski model dolgotrajne oskrbe	58
Tabela 6.1: Starost uporabnikov pomoči na domu.....	81
Tabela 6.2: Zakonski stan uporabnikov pomoči na domu	81
Tabela 6.3: Samostojna skrb uporabnikov pomoči na domu za opravljanje osnovnih življenjskih aktivnosti in dolžina uporabe pomoči na domu	85
Tabela 6.4: Obseg pomoči na domu.....	86
Tabela 6.5: Splošno zadovoljstvo s storitvami pomoči na domu.....	86
Tabela 6.6: Zadovoljstvo uporabnikov s pomočjo v gospodinjstvu.....	88
Tabela 6.7: Zadovoljstvo uporabnikov s pomoči pri osebni higieni	89
Tabela 6.8: Zadovoljstvo uporabnikov s pomočjo pri vzdrževanju osebnih stikov.....	91
Tabela 6.9: Drugi viri neformalne pomoči uporabnikov.....	92
Tabela 6.10: Razlikovanje formalne in neformalne oblike pomoči	92
Tabela 6.11: Opis vzorca oskrbovalk/-cev pomoči na domu	94
Tabela 6.12: Čas izvajanja storitev pomoči na domu.....	95
Tabela 6.13: Zadovoljstvo izvajalk z lastnim delom.....	95
Tabela 6.14: Število uporabnikov, ki jih posamezna izvajalka oskrbuje na domu	96
Tabela 6.15: Ocena izvajalcev o sodelovanju in razumevanju z uporabniki pomoči na domu	96
Tabela 6.16: Zmožnosti izvajalcev in njihov trud pri izvajanju pomoči.....	97
Tabela 6.17: Ocena pomoči na domu z organizacijskega stališča	98
Tabela 6.18: Materialna in nematerialna stimulacija izvajalk.....	99
Tabela 6.19: Mnenje izvajalk, kako uporabniki izkazujejo zadovoljstvo z njihovim delom...	99
Tabela 6.20: Mnenja izvajalk glede razlogov za nesporazume z uporabniki.....	99
Tabela 6.21: Starost potencialnih uporabnikov pomoči na domu	101
Tabela 6.22: Seznanjenost potencialnih uporabnikov z možnostjo uporabe pomoči na domu	102

Tabela 6.23: Seznanjenost potencialnih uporabnikov z možnostjo uporabe pomoči na domu	103
Tabela 6.24: Seznanjenost potencialnih uporabnikov s finančno shemo pomoči na domu...	105
Tabela 6.25: Potreba po dodatnih oziroma spremenjenih oblikah financiranja pomoči na domu	106
Tabela 6.26: Predlogi potencialnih uporabnikov pomoči za izboljšave kakovosti življenja starih	106
Tabela 7.1: <i>T</i> -test za vrednotenje pomoči na domu z vidika uporabnikov	108
Tabela 7.2: <i>T</i> -test za vrednotenje pomoči na domu z vidika izvajalk	109

KAZALO SLIK

Slika 1.1: Komponente rasti prebivalstva	21
Slika 3.1: Število uporabnikov pomoči na domu v Sloveniji v obdobju 2006 – 2014.....	42
Slika 3.2: Sinusoidni model/algoritem (človeško-akcijske) reflektivnosti – »Sinusoida 2000«	62
Slika 6.1: Spol uporabnikov pomoči na domu	80
Slika 6.2: Tip gospodinjstva uporabnikov pomoči na domu.....	81
Slika 6.3: Zdravstveno stanje uporabnikov pomoči na domu	83
Slika 6.4: Bivalne razmere uporabnikov pomoči na domu	84
Slika 6.5: Razlog uporabe pomoči na domu	85
Slika 6.6: Pomoč v gospodinjstvu	87
Slika 6.7: Pomoč pri osebni higieni	89
Slika 6.8: Pomoč pri vzdrževanju osebnih stikov	90
Slika 6.9: Zadovoljstvo uporabnikov s pomočjo na domu.....	91
Slika 6.10: Spol potencialnih uporabnikov pomoči na domu	101
Slika 6.11: Zakonski stan potencialnih uporabnikov pomoči na domu	102
Slika 6.12: Poznavanje oblik socialne oskrbe s strani potencialnih uporabnikov.....	103
Slika 6.13: Sprejem pomoči na domu po potrebi	104
Slika 6.14: Razlogi za neuporabo pomoči na domu.....	105
Slika 8.1: Predlog modela organizacije pomoči na domu	115

UVOD

Hitro spreminjajoče se okolje in še posebej globalizacija sta povzročila bistvene spremembe na področju soživetja. Večgeneracijske družine so redke, priča smo generacijski segregaciji, kar povzroča, da stare ljudi pogosto »odložimo« v institucionalno okolje. Zavest o tem, da človek, še posebej v starosti, želi ostati doma v svojem domačem okolju, prodira v sodobno socialno misel in znanost. Zadnje desetletje prinaša na tem področju spremembo paradigme, ki jo je povzročilo več dejavnikov. Med ključne bi uvrstili porast revščine med staro populacijo, eksistencialno krizo srednje generacije, ki ne zmore (do)plačevanja institucionalne oskrbe starega človeka, in večjo ozaveščenost o potrebi po bolj humani skrbi za starega človeka, ki smo ji priča tudi v opredelitvah v regulativi s področja socialne politike.

Vsi ti dejavniki povzročajo, da vse več starih ljudi ostaja doma oziroma prihaja iz institucionalne oskrbe nazaj v domače okolje, kar pa generira potrebo po holistični in kompetentni oskrbi, za kar je nujno potreben razvoj socialnovarstvene storitve pomoč na domu. Kljub temu, da je storitev v okolju že prepoznana, pa je identificirana potreba po njeni nadgradnji za izboljšanje kakovosti življenja starih. Prav ta vprašanja pa kažejo potrebo po naši raziskavi.

Starati se pričnemo že ob rojstvu, proces staranja se potem nadaljuje vse do konca življenja. Proces staranja se sprva niti ne zavedamo, a nas na to opozorijo spremembe, ki jih do tridesetega leta starosti označujemo kot razvoj in zorenje, nato postopoma sledijo dodatne spremembe normalnega staranja organskih sistemov in povečanje občutljivosti (Milošević Arnold 2006, 5). Staranje je proces, ki povzroči spremembe v starostni strukturi populacije, zato je starostna meja v današnji družbi relativni pojem, saj je bila nekoč življenjska doba veliko krajša, danes pa se z daljšanjem življenjske dobe povečuje število starih ljudi, saj se meja starosti pomika navzgor, spreminjata se pojmovanje starosti in čas upokojevanja ter podaljšujeta vitalnost in mladostni videz (Milošević Arnold 2003).

Starost je kompleksen proces, saj se staramo biološko, psihološko in sociološko. Doživljanje starosti je odvisno od povezav med posameznimi procesi in od različnosti »tiktakanja« človekove biološke, psihološke in sociološke ure (Šlajmer Japelj in drugi 2008). Kljub starosti

pa ima vsak človek pravico do dostojnega življenja, ne glede na raso, spol, vero in politično pripadnost.

Acetto (1987) poudarja, da so v preteklosti o starosti, staranju in trajanju življenja razmišljali bolj filozofi kot znanstveniki, znanost o skrbi za stare je bila šele v povojih. Staranje je obremenjujoča perspektiva za marsikaterega starajočega se človeka, zato naučiti se starati, ostaja dilema, saj umetnost dobrega staranja postaja imperativ raziskovalnega dela bodočnosti (Ovsenik in Lipič 2011).

Ramovš (2003, 50–51) o starosti ugotavlja, da je to življenjsko obdobje, ki se od mladosti in srednjih let razlikuje, saj ima starost svojo vrednost in smisel. S starostjo se težko soočimo, prav tako s pešanjem sposobnosti, upočasnenostjo in drugimi bolezenskimi tegobami, ki jih prinaša starost. Toda starost ni bolezen, temveč je proces in obdobje, ki zahteva več kot le zdravljenje simptomov. Zahteva - ob družinski podpori ali podpori širše socialne mreže - tudi pomoč na domu.

Hlebec in Filipovič Hrast (2015, 46) poudarjata, da se Slovenija zaradi intenzivnih demografskih sprememb tako kot druge sodobne družbe sooča s pomembnimi izzivi na področju zagotavljanja kakovostne starosti in razvoja storitev za stare ljudi. Socialna oskrba na domu je storitev, ki je namenjena starim ljudem, ki si želijo starost čim dlje preživeti v domačem okolju.

Namen raziskave je na podlagi poglobljene analize izvajanja pomoči na domu ugotoviti zadovoljstvo s kakovostjo izvajanja pomoči na domu med uporabniki pomoči na domu in njenimi izvajalci. Zanimala nas je tudi seznanjenost z izvajanjem te storitve med potencialnimi uporabniki storitev pomoči na domu na obravnavanem območju.

V magistrskem delu smo si zastavili tri raziskovalna vprašanja, in sicer: kako so uporabniki socialno- varstvene storitve pomoč na domu zadovoljni s storitvijo, kako izvajalci vrednotijo svoje izvajanje socialnovarstvene storitve pomoč domu ter ali so potencialni uporabniki seznanjeni z izvajanjem socialnovarstvene storitve pomoč na domu v svoji okolici. Prav tako smo si zastavili tri hipoteze, in sicer uporabniki socialno varstvene storitve pomoč na domu izražajo največje zadovoljstvo s storitvijo pomoč v gospodinjstvu, izvajalci socialnovarstvene storitve pomoč na domu najvišje vrednotijo izvajanje pomoči pri osebni higieni ter nadalje smo

ugotovili, da sta: domovi za ostarele in pomoč na domu – obliki socialne oskrbe, ki ju potencialni uporabniki socialnovarstvene storitve pomoč na domu najpogosteje prepoznajo. Pri oblikovanju raziskovalnih vprašanj in hipotez smo izhajali iz ugotovitev že prej opravljenih lastnih raziskav (Černišek in drugi 2011a; 2011b; 2011c), v katerih smo se usmerjali v raziskovanje dostopnosti in enakosti zdravstvene oskrbe pacientov na domu.

Magistrsko delo je sestavljeno iz osmih poglavij. V prvem poglavju navajamo teoretična izhodišča o staranju in družbi, v drugem poglavju poudarjamo zagotavljanje socialnega varstva kot temelja evropskega socialnega modela, v tretjem poglavju kakovost izvajanja pomoči na domu in v četrtem poglavju predstavljamo primere dobrih praks skrbi za stare. V petem poglavju predstavljamo metodološki okvir naše raziskave. V šestem poglavju predstavljamo rezultate analize podatkov uporabnikov socialnovarstvene storitve pomoči na domu, izvajalcev pomoči na domu in potencialnih uporabnikov storitev pomoči na domu. V predzadnjem poglavju pa predstavljamo preverjanje hipotez in prispevek k znanosti. Sklepne ugotovitve s konceptualnim modelom so predstavljene v zadnjem poglavju.

1 STARANJE IN DRUŽBA

1.1 Starost in staranje

Starost je družbeni fenomen. V družbi prevladuje mnenje, da stari ljudje niso več sposobni za delo in so identificirani kot družbeni strošek. V projektu Starejši za višjo kakovost življenja doma, ki je potekal v okviru Zveze društev upokojencev in ga navaja Hvalič Touzery (2004, 49), je bilo ugotovljeno, da 12,5 % starih ljudi, ki živijo doma, ne zmore več v celoti poskrbeti zase, 5 % jih potrebuje popolno nego in pomoč, različne vrste pomoči pri vsakdanjem življenju pa potrebuje še 20 do 25 % ljudi (okoli 15 % zelo malo, okoli 10 % pa zelo veliko pomoči).

Za stare ljudi se v tretjem življenjskem obdobju pogosto uporabljata izraza ostareli ali starejši ljudje. Izraz ostarelost pomeni stanje, videz oziroma pojav človeka ali stvari, nakazuje obrabljenost, življenjsko utrujenost, odmiranje, izraz star pa je bolj nevtralen: marsikateri starostnik ali starka sta mladostna in prav nič ostarela. Z izrazom starejši skušamo omiliti krutost izraza star, v resnici pa je to višja stopnja starosti od besede star (Ramovš 2003).

Kump in Kraševc Jelenc (2009) se zavzemata za novo opredelitev starostnih obdobj, in sicer menita, da je raba pojma tretje življenjsko obdobje preživela in da je treba pojmovanje prilagoditi novim okoliščinam starajoče se družbe.

Staranje je normalno biološko dogajanje, značilno za vsako živo bitje (Starc 1999) in se nanaša na upadanje življenjskih funkcij v odrasli dobi in (običajno, ne vedno) na zmanjšano posameznikovo gibljivost. Pri tem je življenjska doba parameter, ki opredeljuje časovno skalo staranja. Staranje družbe (dolgoživost) je s strani ekonomskih, zdravstvenih in socialnih politik velikokrat prezrto razvojno dejstvo. Dolgoživost je posledica izboljšanja življenjskih pogojev in se zrcali v podaljševanju trajanja življenja, hkrati pa se zmanjšuje število rojstev. Demografski kazalniki za Slovenijo do leta 2050 nakazujejo, da se bo delež prebivalstva, starega nad 65 let, podvojil (SURS 2011).

Staranje je determinirano z biološkimi, psihosocialnimi in z ekonomskimi značilnostmi. Z daljšo življenjsko dobo in s tem tudi večjim deležem populacije starih ljudi nastajajo vedno novi socialni, gospodarski, politični in medicinski problemi. Prelomnico staranja določa način

življenja, bolezni, ki jih je posameznik preboleval v življenju, in nenazadnje tudi genetika. V takšnem smislu ločimo koledarsko in biološko starost, ki nista nujno sorazmerni. Velik delež pri zaviranju biološke starosti, to je pri ohranitvi zdravja, moči in s tem povezane ustvarjalnosti, je odvisna od posameznikove odgovornosti (Marič Peternelj in Starešinić 2003).

Spremenjena starostna struktura slovenskega prebivalstva bo povzročila povečanje potreb in javnih izdatkov za stare ljudi - pokojnine, zdravstvo, dolgotrajna oskrba itd. (Javornik 2006). Zmanjševanje deleža aktivnih prebivalcev bo na račun starejših zaviralo možnosti gospodarske rasti in zahtevalo tudi spremembe davčne zakonodaje. Posledično bodo potrebne prilagoditve v sistemih izobraževanja, zaposlovanja in socialne varnosti (zdravstvo, dolgotrajna oskrba, pokojninski sistem), ki bodo morali zagotoviti trdne temelje socialne varnosti in krepiti socialno vključenost. Posebno vlogo bo pri tem imela tudi gospodarska politika in njena sposobnost vključevanja starih ljudi v proizvodne in ustvarjalne procese.

1.2 Opredelitve starega človeka

Starega človeka literatura pogosto opredeljuje kot osebo, staro 65 let in več. V tem obdobju je star človek različno samostojen. Ločimo tri obdobja samostojnosti pri reševanju težav in zadovoljevanju osnovnih življenjskih potreb. Prvo obdobje se nanaša na osebe, ki dobro funkcionirajo, v drugo obdobje sodijo osebe, ki nekoliko bolj potrebujejo pomoč družine in družbe, osebe v tretjem obdobju pa potrebujejo nenehno skrb in nego.

Po Ramovšu (2003, 74–75) stare ljudi razvrščamo v tri obdobja, in sicer:

- zgodnje starostno obdobje, od 66. do 75. leta starosti, ko se človek privaja na upokojensko brezskrbno življenje. Običajno je še zdrav in aktiven;
- srednje starostno obdobje, od 76. do 85. leta starosti, ko se človek sooči z upadanjem moči in zdravja. Pogosto je povezano s smrtjo, tudi v družini in med vrstniki;
- pozno starostno obdobje, od 86. leta starosti ali več, ko človek postaja prejemnik pomoči in učitelj življenja za mlajše generacije.

Podobno tudi Milošević Arnold (2006, 6) starost deli na tri faze, poimenovane glede na pričakovano vitalnost ljudi v posamezni kategoriji, in sicer:

- mladi stari (65 – 74 let);

- srednje stari (75 – 84 let);
- starejši stari (85 let ali več).

Danes je treba govoriti tudi že o četrti kategoriji, od 94 leta naprej, saj se število devetdesetletnikov drastično povečuje.

Pogosto ljudem težje pripišemo določeno starost, saj njihov zunanji videz ne kaže tipičnih znakov. Po Hojnik Zupanc (1997, 3–4) v tem smislu pri vsakem človeku ločimo tri vrste starosti:

- kronološko starost, to je dejanska koledarska starost;
- biološko starost, pomeni starost telesa glede na kakovost delovanja osnovnih telesnih funkcij in telesnih procesov;
- psihološko (doživljajsko) starost, odraža individualno dožemanje starosti.

Število starih ljudi v svetu in tudi v Sloveniji hitro narašča. Proces staranja, bolezni in fizični upadi vplivajo na samostojnost in funkcioniranje starih ljudi. Vpliv na funkcionalne sposobnosti imajo tudi okolje, vzorci obnašanja ter sledi iz časa aktivnega načina življenja posameznika. Naraščanje števila starajoče populacije, podaljševanje življenjske dobe, problemi, povezani s procesom staranja in bolezenskimi spremembami, zahtevajo večjo odgovornost, ki jo je nujno treba zapisati v poslanstvu posameznih družbenih in privatnih institucij ter v strokovne postulate socialnega dela. Z zakonskimi podlagami in kompetentno prakso je nujno treba poskrbeti za varnejšo in lažjo dostopnost v posamezne javne stavbe ter možnost uporabe pripomočkov za invalide in onemogle starejše predvsem v domačem okolju. Neodvisno življenje je za večino ljudi nekaj samoumevnega in samo po sebi dano, med drugim tudi zato, ker so ljudje, ki so ovirani v gibanju - ljudje s posebnimi potrebami - večinoma odsotni iz vsakdanjega družbenega življenja (Habjanič 2006).

Zaradi staranja prebivalstva je skrb otrok za svoje ostarele starše vse pomembnejša. Skrb in podpora v mreži družinskih povezav je dvosmerna. V prvi fazi poteka od starih staršev k otrokom, v drugi fazi pa nasprotno (Rener in drugi 2006, 85). Naraščajoča raznovrstnost družinskih oblik (razveze, enostarševske družine, istospolne družine) vpliva na vse večjo nepredvidljivost medgeneracijskih stikov. Zaenkrat podaljševanje življenjske dobe utrjuje

povezave med generacijami (Novak in Nagode 2004). V Sloveniji prevladujeta družinska in sosedska oskrba starih ljudi, kar pogosto predstavlja problem, ker po Hlebec in Mandič (2005):

- mreže opore običajno tvorijo le ženske sorodnice, kar je lahko zanje vir težav pri usklajevanju številnih obveznosti in s tem vir preobremenitve in nezadovoljstva;
- je zaradi večjega deleža samskih ljudi družina kot glavni nosilec oskrbe starih nemočna, družba pa za nastalo situacijo še nima ustreznih odgovorov.

Socialne mreže so kot varovalni dejavniki starih ljudi odvisne predvsem od dohodka, fizične kondicije in spola. Bolj koristijo tistim s šibko kondicijo in so pomembnejše za moške, še zlasti za tiste s slabšo fizično kondicijo. Močno socialno podporo imajo tisti stari ljudje, ki bivajo v razširjeni družini v vaškem okolju, šibko pa predvsem starejše ženske, ki živijo same in katerih omrežja so usmerjena predvsem k otrokom (Hlebec in Mandič 2005).

Vsako življenjsko obdobje je določeno z nalogami, navaja Hojnik Zupanc (1997, 1) in dodaja, da nas naloge opredeljujejo, da ravnamo kot družbena bitja. Ugotavlja, da so naše naloge vpete v satovje, katerega mrežo tvorijo naše misli, čustva in dejanja. Satovje pa predstavlja identiteto vsakega posameznika posebej. Tako ima vsak posameznik svojo lastno in neponovljivo življenjsko pot, ki teče od rojstva do smrti. Le človek se zaveda te poti, nadalje pa se zaveda, da se na življenjski poti stara ter da se bo ta pot nekoč končala. Znano je tudi, da se različno staramo in pri isti starosti nismo vsi enako stari, saj je staranje odvisno od naših misli in dejanj oziroma tudi od naše zavestne odločitve, kako se želimo starati in kaj bomo storili za kakovost svojega življenja in staranja.

O pomenu starosti kot življenjskega obdobja govori tudi Erikson (1976, 2014), ki v svoji teoriji psihosocialnega razvoja osebnosti osmo stopnjo označuje kot »zrelost«, kjer prihaja do psihosocialnega konflikta »integriteta versus življenjski obup«. Gre za obdobje po 65. letu starosti, ko človek skozi življenjsko refleksijo želi osmisliti svoje življenje.

1.3 Demografski kazalniki staranja populacije

Življenjska doba se v svetu in pri nas podaljšuje. Daljšanje življenjske dobe ob hkratnem upadanju števila rojstev pomeni staranje družbe. Slovenija se stara, delež prebivalstva, starejšega od 65 let, nezadržno raste. Leta 1996 je delež starih nad 65 let v Sloveniji znašal 12,9 % in leta 1997 13,2 % (SURs 2003). Demografske napovedi do leta 2020 obetajo povečanje deleža starih ljudi 19,4 %. Prav tako napovedujejo, da se bo do leta 2060 delež starih povečal kar na 33 %, povečal se bo tudi delež starih nad 85 let (SURs 2013).

V državah članicah Evropske unije predstavlja populacija nad 60 let kar petino prebivalstva. Trendi do leta 2050 pa kažejo, da se bo podvojil delež prebivalstva, starejšega od 65 let, kot predvideva SURs (2011) in napoveduje, da se bo delež prebivalstva starega nad 80 let potrojil, predvsem delež žensk, in bo predstavljal 11,4 % celotnega evropskega prebivalstva. Starostniki med 60. in 79. letom starosti bodo predstavljali četrtno vsega prebivalstva, kar pomeni, da bo več kot četrtnina prebivalcev Evrope tedaj stara nad 60 let. Največji delež starejših pričakujejo leta 2050 v Španiji (35,6 %), v Italiji (35,3 %) in v Grčiji (32,5 %).

Eurostat (2015) in Europop (2013) v zvezi s projekcijami prebivalstva za Slovenijo napovedujeta, da se bo delež oseb starih do 65 let do leta 2060 v celotni strukturi prebivalstva povzpел na 30 %, medtem ko projekcije za 2080 napovedujejo, da se bodo učinki »baby boom« generacije do takrat že iztekli in se bo starostna struktura postopoma stabilizirala. Ta skupina starih ljudi potrebuje več pomoči pri vsakdanjih opravilih in bolj zahtevno nego in pomoč.

Demografska struktura se spreminja, saj se prebivalstvo Slovenije progresivno stara. Čeprav naj bi prebivalstvo v prihajajočih letih naraščalo, naj bi ta rast svoj vrhunec dosegla leta 2025. Pričakovana življenjska doba ob rojstvu se stalno povečuje: v obdobju od 1995 do 2015 se je dvignila s 74,1 leta na 80,5 let in se bo do leta 2035 po predvidevanjih podaljšala še za dodatnih 2,9 let. Vendar pa sedanja stopnja rodnosti, ki predstavlja 1,58 otroka na žensko, ne zadošča za naravno obnavljanje prebivalstva – za to bi namreč stopnja rodnosti morala znašati približno 2,1 otroka na žensko. Tako se bo srednja starost (mediana) populacije (v letu 1995 je bila 36 let) do leta 2035 zvišala na 48,1 leta. To pomeni, da se bo delež otrok, starih do 14 let, zmanjšal za 5 odstotnih točk. Aktivna populacija (osebe, stare od 15 do 64 let) se bo zmanjšala za 10 odstotnih točk, pri čemer bo obseg zmanjšanja tega deleža v največji meri odvisen od

zmanjšanja populacije, stare od 25 do 49 let. Povečujejo se deleži vseh skupin starejše populacije, tako tistih, ki jih uvrščamo med starejšo delovno silo (50 – 64 let), kot tudi drugih, še starejših skupin populacije (SURS 2016).

Tabela 1.1: Izbrani demografski kazalniki in demografske projekcije do leta 2050

Leto		1981	1985	1990	2000	2005	2010	2020	2050
Prebivalstvo stanje 30.6 (v 000)		1917	1973	1998	1990	2001	2016	2016	1897
Starostna struktura v %	starost 0-14 let	23	22,2	20,8	15,9	14,3	13,5	13,5	12,9
	starost 15-64 let	66	67,8	68,5	70,1	70,4	70	65,8	55,9
	starejši od 65 let	11	10,1	10,7	14	15,5	16,5	20,6	31,2
Stopnja rodnosti		1,96	1,72	1,46	1,26	1,26	1,27	1,46	1,50
Pričakovano trajanje življenja	moški	67,4	67,9	69,5	72,1	74,1	73,9	76,1	79,8
	ženske	75,2	75,9	77,4	79,6	81,3	81,2	82,8	85,2
Neto migracije (v 000)		4,3	3,5	2,2	2,6	6,4	5,9	5,3	6,7

Vir: SURS v Kajzer (2007).

V zadnjih desetletjih smo priča demografskim spremembam, ki zahtevajo tudi spremembo doktrine zdravstvenega in socialnega sistema. Število ljudi, starejših od 65 let, v zadnjem desetletju prehitro raste, po zadnjih statističnih podatkih je naraščanje generacije starih ljudi v Evropi že na več kot 17 % prebivalcev (Turk in drugi 2008). S tem po mnenju avtorjev nastajajo dolgoročni zdravstveni problemi starostnikov, kot so kronične degenerativne spremembe, sladkorna bolezen, osteoporoza, ateroskleroza in druge bolezni. Vse te bolezni zahtevajo prilagajanje zdravstvenega sistema v smislu razvoja bio-socialno-medicinskega programa oskrbe starostnikov: od oskrbe starostnika na njegovem domu do bivanja v instituciji.

Za ohranjanje števila prebivalstva je potrebna višja stopnja rodnosti. V povezavi z daljšanjem življenjske dobe upad rodnosti povzroča hudo rušenje ravnovesja generacijske strukture prebivalstva v škodo mlade in srednje generacije. Trend poznih porok in višanje starosti ženske ob rojstvu prvega otroka pomembno vplivata na zmožnost otrok za oskrbo starih staršev. Leta 2005 je bila povprečna starost matere ob rojstvu prvega otroka 28,5 let. To pomeni, da bo ženska prevzela skrb za starega starša v obdobju, ko bo morala skrbeti še za majhne otroke (SURS 2003).

Zmanjšala se je tudi povprečna velikost gospodinjstva. Leta 1991 so v gospodinjstvu živele še tri osebe, leta 2002 pa le še 2,8. Popis prebivalstva v letu 2002 je pokazal, da vse več starih ljudi živi samih (26 %), nadaljnjih 27 % starih ljudi pa živi še vsaj z eno staro osebo. V Sloveniji

je 16 % gospodinjstev izključno s starimi osebami, 15 % pa je takih, kjer je vsaj ena oseba starejša od 65 let in živi z mlajšimi osebami (SURS 2003).

Tabela 1.2: Mnogokratnik potrebnih sredstev za osebe, starejše od 65 ali 75 let v primerjavi z osebami v starosti od 0 – 64 let v gospodarsko razvitejših državah

Država	Leto, na katero se nanaša podatek	Mnogokratnik stroška na osebo 65 let in več in na osebo od 0 do 64 let	Mnogokratnik stroška na osebo 75 let in več in na osebo od 0 do 64 let
Avstralija	1993	4,09	5,86
Francija	1991	2,96	3,73
Kanada	2000	5,36	7,66
Nemčija	1994	2,68	3,17
N. Zelandija	1998	4,33	6,41
Japonska	1997	4,90	5,70
Švedska	1990	2,83	3,43
Švica	1991	4,00	5,70
V. Britanija	1997	3,35	4,62
ZDA	1995	4,60	6,40

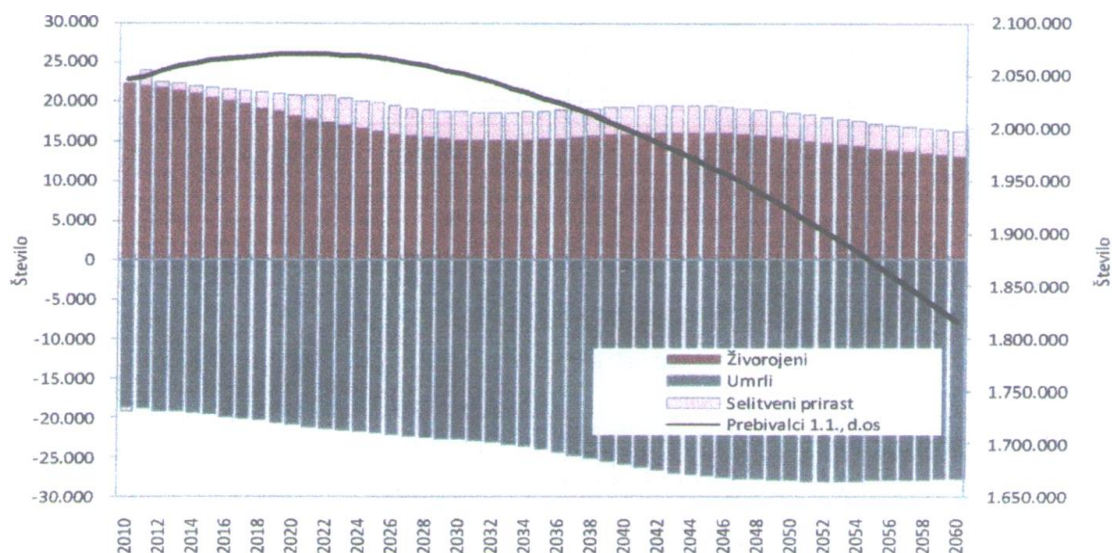
Vir: Gostinčar (2009).

Iz podatkov Gostinčar (2009) v Tabeli 1.2, ki se sklicuje na podatke OECD-Health Data, je razvidno, da so potrebe starejše populacije po zdravstvenih storitvah bistveno večje od mlajše populacije. Razlike so tudi med posameznimi državami, kar je posledica razlik v razvitosti sistema zdravstvenega varstva. Zajeta niso le finančna sredstva, ampak tudi zvišana potreba po raznih zdravstvenih storitvah in bonitetah, ki jih zagotavlja zdravstveni sistem. Navedene potrebe so trajne narave, zato govorimo o potrebi po dolgotrajni negi in oskrbi, ki združujeta različne veje zdravstvenih in socialnih področij pri zagotavljanju popolne oskrbe.

V demografski analizi je ključna tudi migrantska dinamika na določenem območju. V večini držav Evropske unije je število imigrantov večje od števila emigrantov, kar navidezno odpravlja negativne naravne prirastke v posameznih državah in je pogosto glavna komponenta sprememb v prebivalstvu znotraj Evropske unije (Hvalič Touzery 2007a). Avtoričine analize zadnjih desetletij kažejo, da je bila Slovenija pri reševanju demografskega problema manj uspešna in se je situacija slabšala: demografski problem je nizka rodnost in v zvezi s tem povezane težave so vseslovenski problem, ki ga ne bo mogoče hitro rešiti. Treba bo izvesti tudi različne druge ukrepe in prilagoditve (Toth 2006; Javornik 2006).

V Evropi velja ocena, da je treba zagotoviti oskrbo in nego v socialnih in zdravstvenih ustanovah za približno 5 % starega prebivalstva. V Sloveniji smo se tej meji že približali. Potreba po nameščanju starih ljudi v socialne in zdravstvene ustanove se večja, deloma zaradi rasti deleža starih ljudi, deloma pa zaradi »odpovedovanja« družine pri skrbi za stare družinske člane. Doslej je pri oskrbi starih ljudi prevladoval tradicionalni »domači« oziroma družinski pristop. Tudi danes podatki raziskav kažejo, da se v domači oskrbi nahaja večina starih ljudi, ki potrebujejo pomoč. Zadnja leta se pri nas in v Evropi kaže trend, da je družina še vedno glavni nosilec oskrbe starega človeka, vendar se trend postopoma spreminja (Hvalič Touzery 2007a).

Slika 1.1: Komponente rasti prebivalstva



Vir: Umar (2013).

Raziskave Urada za makroekonomske analize in razvoj republike Slovenije (Umar 2013), ki jih prikazujemo na Sliki 1.1, kažejo, da se bo število prebivalcev Slovenije zmanjšalo. Slika 1.1 prikazuje zmanjšanje števila prebivalstva po letu 2020. Število umrlih bo višje, saj bodo umirale številčne, tedaj baby boom generacije, zmanjšalo se bo tudi število žensk v rodni dobi. Število rojstev bo po 2017 po predvidevanjih nižje od števila umrlih in selitveni prirast ne bo mogel nadomestiti povečane umrljivosti (Kraigher in Ferk 2013). Tako bo leta 2060 predvidoma za dobrih 240.000 ljudi manj kot leta 2013, delovno sposobnih bo predvidoma 400.000 ljudi v starosti od 20 do 64 let, skoraj 250.000 oseb pa bo starih nad 65 let. Slovenija bo po osnovni projekciji predvidoma leta 2060 imela 11,2 % prebivalcev manj kot leta 2010, starejših

prebivalcev bo predvidoma 77,3 %. Vse to bo zahtevalo večje prilagoditve na področju pokojnin, zdravstva in socialne oskrbe.

Eurostat predvideva, da bo v Sloveniji leta 2050 živel 1.900.849 prebivalcev in bo slaba tretjina ljudi stara nad 65 let (31,1 %). Slovenija bo med dvajsetimi državami na svetu z najvišjim odstotkom starih ljudi (Voljč 2007, 3).

Demografske spremembe na eni in problematika družinske in domače oskrbe starih ljudi na drugi strani, kot jih zaznavajo vse strategije socialnega varstva starih, poudarjajo predvsem naslednja dejstva:

- večja se delež starih ljudi, ki potrebujejo veliko oskrbe;
- delež mlade in srednje generacije upada, mnogi stari ljudje živijo sami ali skupaj z drugim starim človekom;
- družinsko oskrbo starih ljudi večinoma izvajajo zaposlene ženske, ki o oskrbi starega človeka niso poučene, izčrpavata pa jih skrb za družino in redna zaposlitev;
- kulturni tabu starosti povzroča podzavestni odpor do starih ljudi in njihove nemoči;
- ljudje vseh generacij, zlasti starejši, imajo velika pričakovanja glede socialnega sožitja, vendar malo uporabnega znanja in veščin za dobro osebno komuniciranje med generacijami;
- tretja generacija, ki je doslej živela v družbi relativne blaginje, je nepripravljena na prenašanje osebnih, socialnih in zdravstvenih težav, ki jih prinaša starost;
- tretja generacija ima ambivalenten odnos glede družinske oskrbe: pričakuje pomoč, a hkrati noče biti v nadlego;
- institucionalna oskrba je za večino ljudi nezaželena, prav tako je težko vzpostaviti dober način sožitja med generacijami;
- moderna družba potrebuje nove modele pomoči starejšim, ki bodo bolj po meri človeka, ter druge podporne socialne mreže za kakovostno staranje in sožitje generacij. V Evropi se uveljavljajo novi programi, kot so dnevna varstva, varovana stanovanja ter socialna oskrba in nega na domu, ki se zadnja leta dobro razvijajo tudi pri nas (Nacionalni program socialnega varstva starih ljudi 2005; Strategija varstva starejših od leta 2010 – 2006).

Zelena knjiga (2005) Sveta Evrope poudarja pomen medgeneracijskega sodelovanja. Predvideva se, da družine ne bodo zmogle prevzeti odgovornosti za oskrbo starih ljudi. Zaznava se povečanje deleža osamljenih žensk zaradi ženskega vdovstva. Povečujejo se razlike v življenjski dobi med spoloma. Še več, starostne pokojnine žensk so nižje od moških. Ženske imajo krajše kariere in so za svoje delo pogosto manj plačane od moških. Pričakuje se, da bo napredek zdravstvenega sistema mlajšim generacijam omogočil, da bodo stari ljudje v prihodnosti ostali samostojni dlje časa in bodo lahko ostali doma. Celovita oskrba bo potrebna samo ob koncu življenja, vendar pa bo zaradi podaljševanja življenjske dobe naraslo število oseb, ki bodo zaradi izgube neodvisnosti potrebovale oskrbo na domu. Ženske so danes večinoma zaposlene in ob vseh svojih obveznostih ne bodo zmogle zagotavljati staremu človeku popolne oskrbe na domu. Odrasli otroci se povečini odselijo od doma, zato bodo družine v prihodnje potrebovale več podpore. Pri razvoju organizacije mreže pomoči na domu bodo odigrali odločilno vlogo socialna služba, razvoj mreže solidarnosti in oskrbe znotraj lokalnih skupnosti (Zelena knjiga 2005).

1.4 Teorije staranja

V Sloveniji je bil začetnik proučevanja procesa staranja in pomena starosti v posameznikovem življenju prof. dr. Acetto (1987), ki je postavil temelje gerontologije, geriatrije in socialne gerontologije v slovenskem okolju. Bil je ustanovitelj Inštituta za gerontologijo leta 1966 in se je zavzemal za opredelitev gerontologije kot znanosti oziroma vede o starosti, staranju in starih ljudeh.

Poznamo različne teorije o staranju. Ločimo med biološkimi teorijami, ki jih v grobem delimo na genetske in negenetske teorije, ter psihosocialne teorije, kjer ločimo psihološke in sociološke teorije staranja (Požarnik 1981; Milošević Arnold 2003 in 2006).

Biološke teorije staranja opredeljujejo staranje s popuščanjem življenjskih funkcij organizma. Pomembne so predvsem fizične spremembe, ki so prosto vidne kot upad fizične aktivnosti, poslabšanje sluha in vida, nagubana koža, osivelost in izpadanje las. Upadanje fizične zmogljivosti lahko nastopi pri človeku v različnih starostnih obdobjih. Staranje je tako v veliki meri posledica raznih procesov v organizmu, posledica bolezni, poškodb in slabih življenjskih pogojev (Požarnik 1981, 11).

Staranje je naravni proces, ki ga opredeljujejo različne biološko opredeljene teorije, od katerih vsaka iz svoje perspektive razčlenjuje in pojasnjuje proces staranja (Starc 1999). Avtor izpostavlja nekaj ključnih teorij. Genetska teorija razlaga, da se prične staranje že v embrionalni dobi in je pričakovana življenjska doba odvisna od dednih zapisov, ki po določenem času prekinejo življenjske funkcije. Mutacijska teorija razlaga, da strupi iz okolja povzročijo naključne poškodbe DNA in nekaterih encimov, ki ohranjajo življenjske funkcije v telesu. Teorija obrambe in poškodb opredeljuje staranje kot posledico poškodb zaradi vpliva neželenih reaktivnih snovi – prostih radikalov. Mrežna teorija staranja je razširjena teorija obrambe in popravljanja, ki opisuje, da gre za oksidacijske poškodbe molekul zaradi delovanja reaktivnih snovi, ki nastajajo pri normalni oksidacijski presnovi v celici.

Starc (1999) ugotavlja, da so procesi staranja pomembni tudi pri nastanku številnih bolezni, ki so povezane s pešanjem funkcij, na primer srca, ledvic, jeter, sladkorna bolezen, Parkinsonova bolezen itd. Ravni staranja pa opredeljuje kot staranje na ravni organov, staranje na ravni celic in staranje na ravni molekul. Iz perspektive izvajanja socialnovarstvene storitve pomoč na domu pa je pomembna najpogostejša opredelitev obolenj starih ljudi, ki jih Starc (1999) identificira kot bolezni srca in ožilja (ateroskleroza), bolezni gibalnega sistema (artroza, osteoporoza) in možganska kap.

Psihološke teorije staranja temeljijo na osebnostnih oziroma razvojnih dejavnikih. Staranje se pojmuje kot obdobje, v katerem se zmanjšujejo človekove senzorične in intelektualne funkcije ter tudi sposobnost za prilagajanje na nove življenjske okoliščine. Na značilnost staranja vplivajo tudi drugi dejavniki, kot so stopnja izobrazbe, samopodoba, splošno zdravstveno stanje, samozaupanje in odnos do življenja. Zagovorniki psiholoških teorij staranja ugotavljajo, da je človek star toliko, kolikor starega se počuti. Telesno in duševno zdravje je v starosti pomembno, saj raziskave kažejo, da »zdravi« stari ljudje uživajo življenje (Požarnik 1981, 11–12). Zanimive so ugotovitve Pečjaka in Voljča (2011), da stari ljudje imajo pogoje za ustvarjalnost, vendar mnogi nimajo dovolj motivacije, da bi stopili na nove poti.

V luči psiholoških sprememb v starosti Pečjak in Voljč (2011) identificirata tudi pojav nasilja nad starejšimi intelektualci, kar opredeljujeta kot intelektualno diskriminacijo, ki pomeni intelektualno nasilje in socialno izključevanje starejših, pri čemer je nedopustno, da se starejšim intelektualcem, ki kljub letom ostajajo produktivni in ustvarjalni, preprečuje raziskovalno delo pod enakimi pogoji kot mlajšim raziskovalcem. Pod izrazom »starmrznost« Pečjak dalje

navaja svojo zgodbo intelektualne diskriminacije, ki jo je doživel, ko je bil v svojem sedemdesetem letu prisilno upokojen. Zanimivo, da je Einstein delal vse do svojega 76. leta starosti, Tizian in Picasso sta ustvarjala do devetdesetih let. Znanstvene raziskave potrjujejo dejstvo, da kdor je ustvarjal v mladosti, bo ustvarjal tudi v starosti.

Psihologija staranja ni dovolj raziskana. Raziskujejo »slabe strani starosti« - pomoč starostniku med boleznijo in potrebe po pomoči v tretjem življenjskem obdobju in podobno, ne prikazuje pa »dobrih plati staranja«, kot so modrost, umirjenost... (Pečjak in Voljč 2011).

Sociološke oziroma družboslovne teorije staranja se osredinjajo na medsebojne odnose med ljudmi in na vpliv posameznika na družbo in njeno kulturo. Proučujejo, kako družba in njena kultura vplivata na posameznika v obdobju staranja. Družboslovne teorije navajajo, da je staranje mogoče razumeti le, če pri tem upoštevamo individualne odnose v povezavi z družbo in kulturo. Po Cavanaughu (1999, 1–26) jih delimo

- na makro raven: osredinjanje na demografski in antropološki pogled na ljudi, kjer ljudje kot pasivni akterji v družbi in kulturi igrajo svoje vloge;
- na mikro raven: pojasnjevanje staranja na ravni posameznika;
- na povezovalne teorije: poudarjanje družbenih struktur in posameznika.

Mesec (2000) med psihosocialnimi teorijami posebej poudarja teorijo kontinuitete. Pojasnjuje splošno empirično ugotovitev, da starostnikom uspeva ohranjati telesno, psihološko in socialno blagostanje ter zadovoljujoče odnose in življenjske sloge v družbi, ki je usmerjena na mladost in pogosto ni naklonjena staranju in starim ljudem. Ljudje se neprestano učijo iz življenjskih izkušenj in se namerno razvijajo in rastejo v smeri, ki so jo izbrali sami. Teorija kontinuitete se sklicuje na ugotovitve iz raziskave ameriškega sociologa Atchlerja, ki trdi, da ljudje v obdobju staranja (od 50. do 70. leta starosti) ohranjajo osnovne osebnostne značilnosti, značilnosti življenjskega sloga in tudi doživljanja. Temu pravimo ohranjanje ali kontinuiteta osnovnih pogojev bivanja in je prevladujoča strategija značilnosti staranja ljudi. Splošno je znano, da stari ljudje nimajo radi korenitih sprememb življenjskega sloga.

1.5 Vloga starostnika v družini in družbi

Družina je tudi v življenju starega človeka pomembna, saj je človek družinski človek. Intimni družinski svet je najprej družinski svet, v dobrem in slabem (Čačinovič Vogrinčič 1994, 7).

Vsak družinski človek se razvija, zato med družinskimi člani prihaja do sprememb. Prepletanje individualnega in družinskega razvoja opisujeta Kantor in Lehr (v Čačinovič Vogrinčič 1998, 91), ki družino pojmujeta kot razvojno enoto, ki jo sestavljajo trije podsistemi: podsistem družinske enote, osebni podsistem in medosebni podsistem.

Podsistem družinske enote je celotna družinska skupina. Osebni podsistem se nanaša na individualne člane družine, ki imajo vsak svoj edinstven in avtonomen razvoj. Medosebni podsistem pa se ukvarja z interakcijami članov skozi vsakdanje življenje (Čačinovič Vogrinčič 1998, 91). Sociologi obravnavajo družino kot temelj družbe, družina tvori osnovno enoto družbene organizacije (Čačinovič Vogrinčič 2008). Čeprav je lahko sestava družine različna, jo obravnavamo kot različico istega pojava. Družino obravnavamo v splošnem kot univerzalno družbeno institucijo, neizbežen temeljni del človeške družbe. Družina predstavlja nekaj pozitivnega za posameznika in tudi za družbo kot celoto (Haralambos in Holborn 2001, 325). Struktura družine se v različnih družbenih okoljih razlikuje, najmanjša in osnovna enota družine je nuklearna družina, ki jo sestavljajo mož in žena ter otroci. Večje enote od nuklearne družine imenujemo širše družine ali tudi razširjene družine. Razširjene so lahko vertikalne, s člani tretje generacije, in/ali horizontalne, s člani generacije, ki ji pripadata zakonska partnerja, na primer možev brat (Čačinovič Vogrinčič 1998).

Starost in staranje je del vsake družine, družine se z njim soočijo na svoj edinstven način (Čačinovič Vogrinčič 2000). Pogosto se zgodi, da vsa družina »zdrkne v starost« in soočenje z njo je kot »delovna družinska tema«. Družina poskuša obvladati neskončne individualne razlike, ustvari sistem oziroma oblikuje skupino, ki posamezniku omogoča soočenje in odgovornost za soočenje. Družina omogoča in obvladuje dve temeljni človekovi potrebi, avtonomijo in povezanost (Klančar 2005). Družina je socialna skupina, v kateri se prične učenje za avtonomijo in povezanost ter iskanje ravnotežja med skrbjo zase in družinskimi člani. Družina je vmesni člen med družbo in posameznikom in je posrednik norm in vrednot. Če je vloga posameznika v družini jasna, zna ta zase najti pravo mesto v družbi. Trditev, da družina izgublja pomen, je napačna, saj ob vse večjih zahtevah prilagajanja in dejavnosti v družbi, leta od vsakega posameznika potrebuje veliko več trdnosti in osebne moči, ki jo povečini najdemo v družini. Družina je vir posameznikovega duševnega razvoja ter njegove duhovne in osebne rasti (Klančar 2005).

Mesec (2000) meni, da pripravljenost in zmožnost družin za oskrbo ali negovanje družinskih članov povsod po svetu upada. Na primer na Japonskem, kjer je značilen tradicionalen odnos do starih, je leta 1978 dobra tretjina (34,5 %) anketiranih navedla, da bo skrbela za svoje ostarele starše ne glede na svojo življenjsko situacijo. Leta 1993 je bila za svoje starše pripravljena skrbeti zgolj dobra petina (23,0 %) anketiranih (Baeckman po Takashi v Mesec 2000).

Kot navaja Pentek (1994, 10), včasih družina odločno zavrne skrb za starega in bolnega človeka, navedeno odločitev pa različno opravičuje. Pretežno so krivi slabi odnosi v družini, ki pogosto trajajo več let. Morda je včasih starostnik tudi zatiral člane družine in se ti sedaj ne čutijo moralno odgovorne skrbeti zanj. Svojci tudi menijo, da je skrb za bolnega starega človeka stvar zdravstvene in socialne službe, sami pa niso pripravljene storiti ničesar. Otroci in njihove družine so običajno že v stiski in bi skrb za ostarelega člana lahko pomenila zaostritev razmer, morda celo razpad družine.

Do katere mere čutijo sorodniki obveznost, da izvajajo fizično pomoč (nego in oskrbo) ter čustveno in moralno podporo, je raziskovala Fincheva (v Hvalič Touzery 2007a). Izhajala je iz teze, da je pred industrializacijo obstajalo zlato obdobje, v katerem so bile družinske vezi in obveznosti veliko močnejše in so si družinski člani nesebično pomagali. Kasneje avtorica ugotovi, da je navedena teza zgolj mit in da ni nobenega dokaza, da so sorodniki avtomatsko prevzeli skrb za ostarele družinske člane in sorodnike. V preteklosti je pomoč pogosto slonela na vzajemni koristi in ne na nesebičnem čutu dolžnosti do ostarelih družinskih članov (Hvalič Touzery 2007a).

Izhodišča sodobne gerontologije so, da človeka ne smemo ločiti od drugih ljudi samo zato, ker je ostarel, pač pa, da družba mora poskrbeti, da bi stari lahko ostali čim dlje v domačem okolju. Bivanje v domovih za starejše naj bi bilo namenjeno samo tistim, ki ne (z)morejo več živeti v skupnem gospodinjstvu zaradi težke bolezni (Cijan in Cijan 2003).

Za uresničitev načela zagotavljanja kakovostnega življenja starega človeka v družini pa je treba organizirati različne dejavnosti in zagotoviti pogoje za ureditev stanovanjskega vprašanja, zagotovitev ekonomske neodvisnosti in ureditev potrebne gerontološko-dispanzerske dejavnosti (Cijan in Cijan 2003).

Odgovornosti za oskrbo starega in bolnega družinskega člana ne prevzemajo vsi družinski člani enako, skrb je po navadi neenakomerno porazdeljena in osredinjena na eno osebo in kot kažejo raziskave, so to po navadi ženske (Mali 2006). Avtorica dalje razlaga, da družina določi oskrbovalca po principu substitucije. Če zakonec še živi in je vitalen, potem oskrbo za partnerja/-ko prevzame zakonec. Naslednja možna oskrbovalka postane odrasla hči, če zakonec ni prisoten ali oskrbe ne zmore. Če zakonca nimata hčere, po navadi postaneta oskrbovalca snaha in sin. Dobri oskrbovalci postanejo tudi vnuki, ker so odnosi med njimi navadno boljši kot med otroki in starši. Kadar pa star človek nima ožjih družinskih članov, lahko na pomoč priskoči tudi širše sorodstvo (nečakinje, nečaki) oziroma prijatelji, znanci ali sosedje (Mali 2006).

Ne tem mestu je dobro predstaviti tradicionalno skupnost amišev, ki so se iz Evrope v Ameriko preselili večinoma po letu 1921 in živijo v skupnosti ter negujejo tradicionalne vrednote družine, kjer je za starostnika najboljše poskrbljeno (Zlobec 2004). Živijo izolirano in samozadostno življenje v skupnosti in se preživljajo s kmetovanjem. Otroci obiskujejo osnovno šolo, učiteljica je neporočena ženska, pripravljajo se na samooskrbo, ne poudarjajo izobraževanja (ker bi to prineslo nove ideje), večinoma niso zaposleni, vendar so se mnogi tudi morali zaposliti (saj primanjkuje zemlje), denar hranijo v banki, socialne varnosti ne plačujejo (ker je v življenju v skupnosti ne potrebujejo), živijo v večgeneracijski družini, ki jo sestavljajo starši, otroci ter tete, strici in stari starši. Poročajo se v krogu verske ločine amišev, tujce označujejo kot »English«, njihov osnovni jezik je nemški (Hostetler v Zlobec 2004, 38).

1.6 Težave, stiske in potrebe starostnika

S starostjo nastajajo razne tegobe, mnoge so posledica pešanja človekovih moči, za druge pa je krivo napačno sprejemanje starosti v sodobni družbi in s tem povezana marginalizacija starih ljudi. Star človek zaradi tega doživlja osebno stisko. Težave in stiske starih ljudi bi lahko sistematizirali po posameznih človekovih razsežnostih, kot jih navaja Požarnik (1981):

- telesno materialne (revščina, nezmožnost skrbeti zase);
- duševne (potrtost, nestabilno čustveno razpoloženje, izguba spomina, dezorientacija);
- bivanjsko duhovne (duhovna praznina, življenjski nesmisel).

Zaradi upočasnjevanja fizioloških funkcij gledamo na stare ljudi pogosto kot na težko rešljiv problem. Postavlja se vprašanje, kako jih obravnavati ali zaposliti, saj mnoge stare ljudi

spremljajo občutki osamljenosti ter občutek, da jih nihče ne potrebuje in nima rad. Delno lahko rešujejo nastalo situacijo izvajalke pomoči na domu, katere prekinejo dnevno monotonost, saj za mnoge uporabnike uporaba tovrstnih storitev pomeni več kot samo storitev, ki jo izvajalec opravi (Hojnik Zupanc 1999). Vsak starostnik in vsakdo izmed nas je rojen v družino, pa naj si bo ta popolna ali nepopolna (enostarševska). Družina je osnovna življenjska celica vsake družbe, še posebej tradicionalne (Anon 2010). Poseben čar je v preteklosti imela večgeneracijska družina, ki je bila sestavljena iz osnovne družine, v kateri živijo še stari starši in imajo na odraščajočo mladino poseben vpliv, kar si prizadevamo s storitvami pomoči na domu ohraniti v skrbi za starega človeka v krogu družine, v okviru zagotavljanja medgeneracijske solidarnosti v domačem bivalnem okolju. Stari ljudje imajo radi svoje vnuke, zanje imajo več časa in jih bolj razumejo. Materialno lahko pomagajo mladi družini, katero danes pretresa ekonomsko nestabilno okolje. Mladi ljudje oskrbujejo starega človeka v zameno za materialne dobrine in preudarnost odločitev. Vsaka generacija nekaj vloži in nekaj pridobi. Skrb za razvoj navedenih aktivnosti je osnova za pripravo srednje generacije na lastno starost.

Ramovš in drugi (1992) trdijo, da zaradi denarja za pokojnine, tudi zaradi široke mreže socialnih, zdravstvenih in drugih storitev, predstavlja visok odstotek starih ljudi za družbo veliko obremenitev. Toda mnogi stari ljudje imajo še veliko življenjske energije, ki bi jo morala družba uporabiti oziroma pozitivno »izrabiti«, še posebej, ker imajo tudi veliko življenjskih izkušenj. Družba mora razvijati sistemske modele za sožitje in vzajemno sobivanje več generacij.

Potrebe starih Ramovš (2003) razporeja v osnovne potrebe ali biološke, potrebe po varnosti, ljubezni in pripadnosti, sledijo potrebe po ugledu in samospoštovanju, na vrh pa je uvrstil potrebo po samouresničitvi. K temu naboru potreb avtor dodaja:

- potrebo po temeljnem ali osebnem medčloveškem odnosu;
- potrebo po prenosu življenjskih izkušenj in spoznanj na mlajše generacije;
- eksistencialno potrebo, da človek doživlja svojo starost enako smiselno kot mladost in srednja leta.

V današnjem času starostnike tare predvsem osamljenost in zato menijo, da ne živijo kakovostno. Tudi temu vprašanju je treba v prihodnje nameniti več strokovne in raziskovalne pozornosti.

1.7 Dileme (ne)samostojnosti starih ljudi in mreže povezav

Starega človeka zdravstvene, psihološke in socialne težave pogosto ovirajo, da bi živel neodvisno življenje. K temu še najbolj pripomore uvajanje v informacijsko-komunikacijsko tehnologijo. Star človek se ob zadostno organizirani mreži povezav počuti v domačem okolju varnega in zadovoljnega, saj mu višjo kakovost bivanja omogoča telekomunikacijska tehnologija, ki zmanjšuje fizično razdaljo in širi socialno mrežo. Za starega človeka so tehnične novosti izredno pomembne, saj olajšujejo in popestrijo njegovo življenje v bivalnem okolju in pomagajo ohraniti samostojno in neodvisno starost. Ne gre samo za informacijsko tehnologijo, ampak za različne tehnične pripomočke, ki staremu človeku olajšujejo bivanje v prostoru (Priatelj in Rus Kovačič 2003).

Hojnik Zupanc (1999) meni, da informacijska tehnologija omogoča starim ljudem možnost,

- da ostanejo čim dlje produktivni člani družbe v bivalnem okolju;
- da so elektronsko povezani s prijatelji, trgovino, zdravnikom;
- da imajo zagotovljeno varno bivanje v stanovanju s pomočjo alarmnega sistema;
- da so obveščeni in obveščajo;
- da so povezani z zunanjim okoljem in se zmanjšajo potrebe po mobilnosti.

Stari ljudje so zaradi številnih starostnih težav mnogokrat zapostavljeni, osamljeni, kar poleg morebitne nemobilnosti, različnih bolezni, zmanjševanja fizičnih in mentalnih sposobnosti in nižjih prihodkov še dodatno zmanjšuje raven kakovosti njihovega življenja (Blažun in drugi 2013).

Dopolnilne telekomunikacijske storitve z uporabo govornega strežnika staremu človeku olajšajo uporabo telefonskega aparata in izvajanje osnovnih klicev. Star človek s pritiskom na rdeči gumb lahko vzpostavi telefonsko zvezo z dežurno službo v telekomunikacijskem centru. Z navedeno povezavo je osamljenemu staremu človeku zagotovljena varnost bivanja. Navedeni sistemi dobro funkcionirajo samo ob dobro organizirani mreži socialnih in zdravstvenih storitev, ki staremu človeku zagotavljajo kakovostno preživljanje starosti v njegovem bivalnem okolju. Bolj kot je star človek povezan z zunanjim okoljem, bolj sta okrepljeni njegova individualnost in samostojnost. Uporaba informacijske tehnologije nosi v sebi potencial za bolj učinkovito in kakovostno zadovoljevanje potreb starih oseb za namen zagotavljanja »oskrbe na

domu na daljavo« in »telemedicinskih storitev na domu« (Rudel 2008). Storitve povezuje uporabnika (starega človeka, bolnika v domačem okolju) in pristojni center za pomoč na domu s formalnimi in neformalnimi izvajalci socialnih in zdravstvenih storitev. Storitve »rdeči gumb« je pilotski poskus oskrbe na domu na daljavo in je v Sloveniji dostopna že od leta 1992. Kot edina storitev na daljavo se je razvila na Zavodu za oskrbo na domu v Ljubljani. Rudel (2008) ugotavlja, da bi poleg rdečega gumba potrebovali celovit servis, ki bi se odzival na potrebe ljudi za spremljanje zdravstvenega stanja kroničnih bolnikov: diabetikov, pljučnih in srčnih bolnikov in tudi bolnih otrok, kar pomeni, da bi nekdo na drugi strani štiriindvajset ur spremljal izsledke, se odzival in nudil potrebno pomoč. Torej moramo v Sloveniji ustvariti pogoje za razvoj tele-skrbi (tele - care), ker predlogov navedenih storitev na daljavo še nista standardizirala Ministrstvo za zdravje in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Storitve Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije še ne krije, čeprav le-ta mora poskrbeti za kronične srčne bolnike, ker je za to zadolžen (Rudel 2008).

V poskusnem spremljanju kroničnih srčnih bolnikov v povezavi z »mobilnikom« za prenos EKG-ja po mobitelu, niso uspeli, saj ni bilo organizirane ustrezne zdravstvene službe in enostavno niso zdržali, saj ni bilo pogojev za kvalitetno izvedbo. Kljub velikim vložkom v obetajoče ekonomske projekcije je koncept »zelenega gumba« propadel. Vpeljati ga je skušala zavarovalnica Vzajemna d. d. Utemeljen je bil zgolj na ekonomskem vidiku. Postavlja se dilema, kam uvrstiti storitev, ki jo uporabnik potrebuje – v zdravstvo ali socialno blagajno – ali pa bo morda vendarle postalo jasno, da zdravstvena in socialna problematika sovpadata in da ju ni mogoče obravnavati ločeno. Zato dva gumba, eden za zdravstvo, drugi za socialo, pomenita le razdvajanje strok, ne pa njune povezanosti v korist uporabnika. Obstoječi zdravstveni sistem postaja nevzdržen, zato bo treba nadaljevati sprejemanje zakona o dolgotrajni oskrbi, ki bo ustrezno urejal tudi oskrbo starostnika.

Seveda pa poleg napredne tehnologije star človek potrebuje tudi bližino sočloveka, torej ustrezno organizirano socialno mrežo. To še posebej velja, kadar so svojci zaposleni in je uporabnik še samostojen pri zagotavljanju samooskrbe.

Posebej občutljivo področje za starega človeka je tudi zagotavljanje njegove zasebnosti. Ovsenik in Ovsenik (2015, 263) poudarjata potrebo po paradigmatškem premiku, ki zahteva spremembo sistema vrednot in začetek ozaveščenega reševanja problemu starosti in staranja.

Posamezniki vedno kategoriziramo sebe in druge v skupine in na podlagi tovrstnih podeljenih statusov vzpostavljamo odnose med njimi (Praprotnik 2016).

Socialno omreženje vpliva na preprečevanje nasilja nad starimi ljudmi. Nasilje je odraz in posledica interakcije posameznika z okoljem. Gre preprosto za problem, ki zahteva izostritev pogleda na stare (Ovsenik in Lipič 2013). Združeni narodi pojasnjujejo, da pri zlorabi starih ljudi gre za enkratno ali ponavljajoče se dejanje, ki se dogaja znotraj odnosa, ki temelji na zaupanju in ki škodi stari osebi in jo spravi v nevarnost.

1.8 Pomen medgeneracijskega sodelovanja

Družina tudi danes deluje kot model generacijske solidarnosti, ki ga je nujno ohraniti in podpreti kot investicijo v razmere, s katerimi se bomo soočili, ko bo generacija starejših najštevilčnejša. Ob tem ne bo odveč posebej poudariti, da se prvič v zgodovini srečujemo s fenomenom štiri-generacijskih družin, kar pomeni, da srednja generacija pomoč, ki jo dobiva od svojih staršev, predaja naprej prvima dvema generacijama (Majhenič 2005). V sodobni zahodni družbi je prisotno nizko osebno in družbeno vrednotenje starosti (Ramovš 2005,10), saj udeležene tri generacije doživljajo starost kot manj pomembno obdobje, in to negativno vpliva na pripadnike teh generacij. Doživljanje starostne življenjske praznine hromi zmožnosti starega človeka, da bi sam skrbel zase in se dejavno vključeval v družbeno dogajanje; mlada in srednja generacija pa se zaradi tega mislim in pogovorom o starosti in tudi pogovorom s starimi, izogibata (Ramovš 2005).

Za uspešno sožitje generacij je treba mlajše generacije izobraževati in jih že v mladosti pripraviti na lastno starost. Tri obdobja človeškega življenja se na družbeni ravni kažejo kot tri generacije prebivalcev in sicer: mlada, srednja in stara generacija. Vse tri generacije se med seboj uspešno dopolnjujejo, istočasno pa med njimi vladajo določena trenja. Manjša trenja med generacijami so povsem običajna, usihanje medgeneracijske solidarnosti pa lahko predstavlja veliko večjo težavo, ki v skrajnosti lahko pomeni celo propad celotne družbe (Ramovš 2005).

Klasičnih večgeneracijskih družin, kjer živijo skupaj vsaj tri generacije, je danes manj, pretežno jih srečamo v ruralnem okolju. Vse manj ljudi je pripravljenih in zmožnih poskrbeti za obolele starše ali stare starše (Hojnik Zupanc 1994), ki bi potrebovali celodnevno nego. Med starimi

ljudmi je vse več demence, ki telesno zdrave ljudi napravi nesposobne skrbeti zase. Pogosto ogrožajo sebe in okolico (begavost, pozabljivost...).

Nikakor pa ne smemo biti krivični in vseh mladih obsoditi brezbržnosti, malomarnosti ali pomanjkanja ljubezni do svojih staršev ali starih staršev, saj družbeni trendi narekujejo podaljševanje delovne dobe in je zato srednji generaciji težko prevzemati še celodnevno skrb za obolele starše ali stare starše. Zelo malo ljudi se danes še preživlja s kmetijsko dejavnostjo, ki je edina omogočala stalno prisotnost družinskega člana doma in s tem možnost oskrbe za dementnega, nepomičnega ali drugače obolelega. Dobrodošla je razvitost mreže pomoči na domu in nekaterih skupin za samopomoč, ki zapolnijo in popestrijo vsakdan staremu človeku v domačem okolju.

Kako doseči, da nobena od generacij ne bo imela občutka, da druga živi na njen račun, predstavlja danes temeljno družbeno vprašanje. Treba bo redefinirati problematiko »biti star« v aktualno tematiko prihodnosti in z njo popraviti javno podobo starih ljudi, hkrati pa širše in odločnejše podpreti vse pobude in projekte, ki vodijo v sodelovanje, sožitje in solidarnost med generacijami (Majhenič 2005).

Vsekakor bomo krizo, ki jo zaznavamo ob hitro starajoči se družbi, morali preseči z medgeneracijskim sodelovanjem, saj le vzajemna akcija lahko ponudi ustrezne rešitve. Gre za medgeneracijsko izmenjavo znanj in izkušenj ter njihovo nadgradnjo, kar je bilo pogoj za napredek človeštva skozi vso zgodovino (Lešnik in Ferenčina 2015). Hkrati pomeni pogoj za njegovo prihodnost. Glede na to, da prehajamo v obdobje dolgožive družbe, v katerem bodo odnosi med posameznimi skupinami bistveno vplivali na kakovost življenja starih, je pomembno, da se problematike lotimo odgovorno in usklajeno.

2 ZAGOTAVLJANJE SOCIALNEGA VARSTVA KOT TEMELJA EVROPSKEGA SOCIALNEGA MODELA

2.1 Izhodišča za vzpostavitev evropskega socialnega modela

Socialno varstvo predstavlja temelj evropskega socialnega modela. Zagotavljanje socialne varnosti predstavlja v evropskih državah gonilno silo socialnega usklajevanja, kar bo mogoče doseči z ohranjanjem socialnega varstva in zavarovanjem vseh članov družbe. Zapis navedene pravice v Evropski socialni listini je bil nujen. Pravico do socialne varnosti omenja tudi Splošna deklaracija o človekovih pravicah, uvršča se v mednarodne konvencije o delu in je vključena v Pakt združenih narodov o socialnih, ekonomskih in kulturnih pravicah. Poleg socialne varnosti zagotavlja listina tudi pravico do socialne in zdravstvene pomoči in pravico do storitev socialnih služb. Uvajajo tudi pravice do varstva pred revščino in socialno izključenostjo. V Evropski uniji se gleda na socialno izključenost kot na pojav, ki se nanaša na manjšo skupino oseb, ki zaradi pomanjkanja sredstev in nezmožnosti participacije, živijo na robu postmoderne družbe, pri čemer gre za tako imenovani »under class« (Kolarič 1984).

Sistemi socialnega varstva se med seboj razlikujejo po učinkih, organiziranosti in financiranju (Priatelj in Rus Kovačič 2003), razlike postajajo še očitnejše s širitvijo Sveta Evrope na države srednje in vzhodne Evrope. Zagotavljanje pravice do socialne varnosti opredeljuje 12. člen temeljnega dela listine. Po pogojih drugega odstavka 12. člena se pogodbenice zavezujejo, da ohranjajo sistem socialne varnosti na zadovoljivi ravni, ki je vsaj enaka ravni, potrebni za ratifikacijo konvencije dela (štev. 102) o najnižjih normah socialne varnosti. Konvencija Mednarodne organizacije dela na ravni Združenih narodov (štev. 102) zahteva, da se zagotavlja vsaj najnižja raven dajatev na glavnih področjih socialne varnosti: zdravstvena nega med boleznijo, zdravstveno in socialno varstvo.

Konvencija Mednarodne organizacije dela (številka 102) je konvencija o minimalnih normah socialne varnosti (Štriker 2009). Pri uveljavljanju pravic do socialnih dajatev je treba upoštevati devet glavnih vej konvencije pri določanju pravice do denarne pomoči za posameznike in družine. Upošteva se minimum, in sicer mora biti za odobritev pomoči izpolnjen vsaj eden izmed razlogov: brezposelnost, starost, poškodba pri delu, invalidnost, smrt.

Pravica starejših oseb do socialnega varstva je izražena v 4. členu Protokola o socialni listini (Priatelj in Rus Kovačič 2003). Gre za novost v mednarodnem pravu. Protokol je pravni akt, ki staremu človeku zagotavlja posebno varstvo, in sicer predpisuje ukrepe,

- ki omogočajo starejšim osebam, da ostanejo polnopravni člani družbe s pomočjo ustreznih sredstev in dostopa do služb in možnosti, ki so zanje na voljo;
- ki omogočajo starejšim osebam, da si svobodno izberejo svoj življenjski slog in živijo samostojno v domačem okolju;
- ki jamčijo starejšim osebam, živečim v instituciji, ustrezno pomoč, upoštevanje zasebnosti, sodelovanje pri odločitvah, ki se nanašajo na življenjske razmere v ustanovi.

Pokojninski sistemi so ena bistvenih sestavin evropskih sistemov (Priatelj in Rus Kovačič 2003), Evropska socialna listina pa edina mednarodna pogodba, ki poleg pravice do socialne varnosti uveljavlja tudi pravico do socialne in zdravstvene pomoči. S tem listina prekinja tradicijo, da se pomoč zamenjuje z moralno dolžnostjo po dobrodelnosti. Mednarodni pakt OZN o ekonomskih, socialnih in kulturnih pravicah ne priznava pravice do socialne in zdravstvene pomoči v smislu socialne listine, vendar je v 11. členu pakta vsebovana zahteva, da države, ki ga ratificirajo, sprejmejo politiko razdeljevanja virov hrane in mednarodnega sodelovanja, da zagotovijo ljudem primeren življenjski standard. Svet Evrope je medvladna organizacija, ki je bila ustanovljena leta 1949 s cilji varovanja človekovih pravic, ozaveščanja in delovanja pravne države z razvijanjem pluralne demokracije. Najpomembnejši konvenciji s področja socialnega varstva sta Evropska socialna listina in Evropski socialni kodeks (Priatelj in Rus Kovačič 2003), ki ga konkretizirajo naslednja načela:

- socialne storitve,
- organizacija socialnih storitev,
- dostop do storitev brez razlikovanja glede državljanstva,
- sodelovanje starih ljudi v družbi in zagotavljanje njihove samostojnosti,
- dejavnosti za stare ljudi,
- sodelovanje starih ljudi,
- dostop do različnih dejavnosti,
- družinsko okolje in samostojnost,
- zdravstvene storitve.

Mednarodni sporazum o ekonomskih, socialnih in kulturnih pravicah, ki so ga podpisale države podpisnice, govori o priznavanju pravice starega človeka do socialnega varstva, vključno s socialnim zavarovanjem ter pravico do življenjskega standarda, primernega zanj in za njegovo družino, kamor se prišteva tudi primerna prehrana, oblačenje, stanovanjski pogoji in nenehno izboljševanje življenjskih pogojev. Ukrepi, izhajajoči iz navedenih listin, so namenjeni vzpostavljanju uravnoteženega socialnega modela na področju skrbi za stare. Prav to pa zagotavlja socialno enakost.

2.2 Deklaracija o človekovih pravicah skozi prizmo skrbi za stare

Deklaracija o človekovih pravicah (1948; 22. člen) pravi, da ima vsak član družbe pravico do socialnega varstva ter pravico do zagotovitve gospodarskih, družbenih in kulturnih pravic, nujnih za dostojanstvo in svoboden razvoj osebnosti ob pomoči države in mednarodnega sodelovanja ter v skladu z ureditvijo in sredstvi vsake države (22. člen). Deklaracija, ki jo je sprejela Generalna skupščina Združenih narodov že 10. decembra 1948, pove, da je kršenje človekovih pravic pripeljalo do dejanj, ki so žaljiva za človekovo vest in kršijo človeško dostojanstvo. Po deklaraciji morajo imeti vsi ljudje na svetu zagotovljeno svobodo govora, veroizpovedi in zagotovljeno življenje brez strahu in pomanjkanja. Nujno potrebno je Človekove pravice je nujno pravno zavarovati, da se človek ne bi bil prisiljen zatekati k uporabi zoper tiranijo in nasilje. Države so se zavezale k sodelovanju z Združenimi narodi pri upoštevanju splošnega in resničnega spoštovanja človekovih pravic in temeljnih svoboščin.

S perspektive naše raziskave v teoretskem gradivu navajamo pomembne navedbe Deklaracije o človekovih pravicah (1948). Deklaracija poudarja, da se ljudje rodijo svobodni, kar jim zagotavlja osebno dostojanstvo in pravice, ki iz tega izhajajo, ne glede na raso, barvo kože, spol, jezik, vero, politično ali drugo prepričanje, narodno ali socialno pripadnost, premoženje, rojstvo ali kakršnokoli drugo okoliščino. Vsakdo ima pravico do življenja, prostosti in osebne varnosti, nihče ne sme biti pridržan ali v suženjstvu ali v tlačanski odvisnosti, mučen, ponižan ali kaznovan. Vsakdo in povsod ima pravico do priznanja pravne sposobnosti, saj je veliko uporabnikov socialnovarstvenih storitev bilo v preteklosti pridržanih v institucionalnem varstvu z odvzeto opravilno sposobnostjo. Vsi ljudje so pred zakonom enaki in imajo pravico do enakega sodnega varstva brez sleherne diskriminacije in ščuvanja pred diskriminacijo. Zato ima vsakdo pravico do pravnega varstva na sodišču in proti dejanjem, ki kršijo temeljne pravice, priznane po ustavi ali zakonu. Vsakdo ima pravico, da je v pravnem postopku upravičen do

pravičnega sojenja. Prepoveduje se samovoljno vmešavanje v človekovo zasebno življenje, družino, čast in ugled. Vsakdo ima pravico do prostega gibanja in izbire prebivališča in pravico poiskati pribežališče v drugi državi pred preganjanjem. Vsakdo ima tudi pravico do premoženja, ki mu ga nihče ne sme samovoljno vzeti. Posebno poudarja, da ima vsakdo pravico do svobode misli, vesti in veroizpovedi, pravico do svobode mišljenja in izražanja ter pravico do druženja in nenazadnje pravico do socialne varnosti, ki prepoveduje diskriminacijo in zagotavlja pravico do zdravja in blaginje, zdravniške in socialne oskrbe in do enakopravnega socialnega varstva. Govori tudi o dolžnostih posameznika do osebnostnega razvoja, ki naj koristi družbi in napredku.

2.3 Staranje v domačem in institucionalnem okolju

Domovi za starejše in socialnovarstveni zavodi so socialne institucije, kjer imajo stari ljudje in drugi uporabniki zagotovljeno socialnovarstveno oskrbo in zdravstveno nego skozi ves dan in noč. Pri starem človeku je stopnja prilagajanja na spremembe nizka, zato se večina težko sprijazni z namestitvijo v instituciji. Namestitev v domu za stare za posamezne uporabnike predstavlja stres, zaradi katerega se lahko umaknejo v bolezen ali odvisnost. Nekateri pa si namestitve v domu starostnikov celo želijo, saj si želijo družbe in sobivanja.

Za institucionalno varstvo je značilno, da uporabnikom ne more zagotoviti družinskega okolja. Uporabniki sicer izvajajo skupne dejavnosti, toda osebje pogosto ne upošteva njihovih potreb in želja. Nema lokrat se kršijo tudi pravice uporabnikov, pojavljajo se uniformirani, formalni in površni odnosi. Življenje v zaprti ustanovi pusti posamezniku težke posledice, tako da pogosto ob izboljšavi zdravstvenega stanja niso zmožni živeti brez dodatne strokovne pomoči. V ustanovi pogosto prihaja do stigmatizacije, marginalizacije, razosebljenosti, izgube osebne identitete, ekonomske odvisnosti, izgube naravne socialne mreže in neprimernih razlag diagnoz, kar stanovalce negativno zaznamuje (Lukač 2005).

Nasprotno pa Anon (2010) trdi, da institucija verjame uporabniku, ščiti njegove interese (pod okriljem svojih interesov). Medčloveški odnosi so med sodelavci v instituciji pogosto razosebljeni, vodilni ščitijo zgolj svojo pozicijo, narašča nasilje uporabnikov nad zaposlenimi in nadrejenih nad zaposlenimi.

Znani so tudi primeri dobrih praks, kjer si institucija zares prizadeva, da stari osebi nadomesti domače okolje in temu podredi vse kompleksno delo s starimi.

Da bi stanovalci zadnji del svojega življenja preživeli v institucionalni oskrbi zadovoljno, mora le-ta zagotoviti, da je poglobitno delovanje institucije usklajeno z željami vsakega posameznega stanovalca. Kakovost življenja stanovalcev je s tem izboljšana. Boljše se počuti tudi osebje, ki se mora sprotno prilagajati novostim, ki jih prinašajo na eni strani procesi staranja, na drugi strani pa spremembe v počutju in željah stanovalcev. Aktivno morajo sodelovati pri iskanju najboljših možnih obravnav, in sicer specialističnih in tudi socialnih. Medsebojni odnosi in partnerstvo tako pridobivajo novo kakovost v medosebnem spoštovanju posebno takrat, ko institucija vzpostavlja timsko delo, pozitivno komunikacijo in najustreznejšo pomoč vsem. Socialnovarstveni zavodi so v primerjavi z zdravstvenimi zavodi finančno podhranjeni, kljub temu pa z ustrezno prerezporeditvijo sredstev, z upoštevanjem visoke stopnje medsebojnega sodelovanja in usklajevanja – nenazadnje s pomočjo prostovoljcev – zagotavljajo stanovalcem višjo kakovost obravnav – socialnih in zdravstvenih, kot bi jih lahko le-ti zagotovili v domačem okolju (Geč 2013).

3 KAKOVOST IZVAJANJA SOCIALNOVARSTVENE STORITVE POMOČ NA DOMU

3.1 Okvir izvajanja socialnovarstvene storitve pomoč na domu

Pomoč družini na domu je namenjena ljudem, ki živijo v domačem okolju in zaradi starosti ali invalidnosti ne morejo skrbeti zase. Tudi njihovi svojci oskrbe in nege ne zmorejo ali nimajo časa ali niso kompetentni (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve 2007). V programu gre za različne oblike praktične pomoči in storitve, da se ljudem vsaj za nekaj časa prestavi napotitev v institucionalno varstvo. Storitve se prilagodi potrebam, običajno zajema gospodinjstvo pomoč, pomoč pri vzdrževanju osebne higiene in pomoč pri ohranjanju socialnih stikov.

Po strogi definiciji so ljudje upravičeni do socialne oskrbe na domu, če jim preostale psihofizične sposobnosti omogočajo, da z občasno organizirano pomočjo drugega ohranjajo zadovoljivo duševno in telesno počutje, in tako v domačem okolju ohranjajo kakovostno življenje (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve 2007).

Izpolnjevanje pogojev za pomoč na domu:

- starejši nad 65 let, delno nezmožni samostojnega življenja;
- osebe s statusom invalida po zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb;
- kronično bolne osebe in osebe z dolgotrajnimi okvarami zdravja, delno nezmožni samostojnega življenja;
- hudo bolni otroci ali otroci s težko motnjo v telesnem ali duševnem razvoju (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve 2007).

Pomoč družini na domu v okviru mreže javne službe izvajajo:

- centri za socialno delo,
- domovi za starejše občane,
- drugi javni zavodi,
- koncesionarji (z dovoljenjem ministrstva).

Tabela 3.1: Izvajalci pomoči na domu v Sloveniji glede na status izvajalcev v letih 2007, 2009, 2012 in 2014

	2007 (januar– junij)	2009 (1.12.)	2012 (31.12.)	2014 (31.12.)
Center za socialno delo	45	43	37	33
Dom za starejše in posebni socialnovarstveni zavod	15	16	21	25
Specializirani zavod za pomoč na domu*	3	3	2	2
Zasebnik s koncesijo občine**	9	12	17	19
Skupaj	72	74	77	79

Opombi: * Na primer Zavod za oskrbo na domu Ljubljana in Center za pomoč na domu Maribor.

** Zasebniki s koncesijo občine, ki nimajo statusa javnega zavoda, jim je pa občina podelila koncesijo za opravljanje pomoči na domu.

Vir: Lebar in drugi (2015, 20).

Slovenske občine so imele konec leta 2014 sklenjeno koncesijo oziroma pogodbo za izvajanje socialnovarstvene storitve pomoči na domu z 79 različnimi izvajalci (Tabela 3.1), med njimi je bilo največ, to je kar 33, centrov za socialno delo, ki so pred dobrimi dvajsetimi leti pričeli v slovenskem prostoru razvijati pomoč na domu in so še danes med številčnejšimi organizatorji in ponudniki te storitve. Ugotavljamo tudi, da se je od leta 2007 skupno število različnih izvajalcev nekoliko povešalo, in sicer z 72 v letu 2007 na 79 v letu 2014 (Lebar in drugi 2015).

Slovenija zaenkrat nima ustrezne zakonodaje za dolgotrajno oskrbo in osebno asistenco. Finančni prejemki in storitve niso povezani v enovit sistem, manjka tudi koordinacija med različnimi službami, zaradi česar se prebivalstvu zmanjšujejo kakovost, učinkovitost in dostop do storitve. Po shemi slovenskega modela socialnega varstva starih ljudi v Sloveniji (Hvalič Touzery 2006, 31), je v domačem okolju za starega človeka večinoma to organizirana pomoč v okviru javnih in privatnih služb ter prostovoljskih organizacij in pomoč s strani družine. V tem primeru je družina najpomembnejši dejavnik zagotavljanja pomoči. Kadar pa družina tega več ne zmore, poiščejo drugo obliko pomoči na domu v okviru javnih služb in zasebnih organizacij. Pogosto uporabijo mobilne oblike pomoči na domu in klic na daljavo. Ko pomoč na domu ne zadosti več potrebam starega človeka, se družine navadno odločijo za dnevno varstvo ali za institucionalno obliko oskrbe ostarelih družinskih članov.

3.2 Razvoj in organizacija pomoči na domu v Sloveniji

Zakon o socialnem varstvu določa, da organizacija pomoči na domu sodi v pristojnost občin, ki so obvezane, da zagotovijo mrežo javne službe. Pomoč na domu lahko izvajajo javni zavodi oziroma zasebni izvajalci s podeljeno koncesijo. Cene storitve se oblikujejo po Pravilniku o metodologiji za oblikovanje cen socialnovarstvenih storitev (Ur. l. RS, št. 87/2006, 127/06, 8/07, 51/08, 5/09).

V Sloveniji je bila o oskrbi starih v njihovem bivalnem okolju izvedena obširna raziskava. Cilj te raziskave je bil razvijanje poklicnih standardov v modularni obliki na primeru socialne oskrbe na domu. Namen projekta je bil razviti potrebne elemente za ugotavljanje znanj in spretnosti za poklicno kvalifikacijo socialne oskrbovalke/-ca na domu za pridobitev javno-veljavne poklicne kvalifikacije ter preizkus postopka v praksi in oblikovanje koncepta certifikatnega sistema.

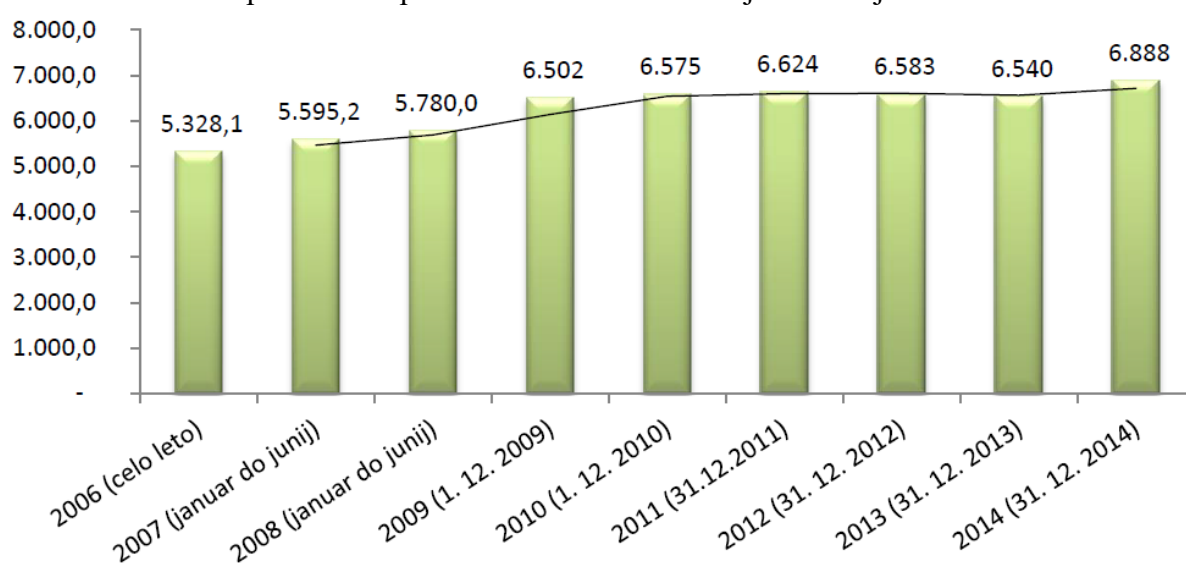
Hrovatič (2006) je analizirala portfolio kandidatk, ki so pridobile certifikat nacionalne poklicne klasifikacije (NPK) socialne oskrbovalke na domu. Namen raziskave je bil ugotoviti povezavo med izobraževanjem, znanjem in delom ter pripravljenost kandidatov na neformalno izobraževanje ter ustreznost certifikatov na trgu delovne sile. Avtorica v raziskavi ugotavlja, da izobraževanje ne povečuje znanja, če za to niso izpolnjeni določeni pogoji, saj je za uspešno in učinkovito izobraževanje pomembno spodbudno učno (oziroma študijsko) in delovno okolje, z namenom kreiranja znanja in kompetenc. V nasprotnem primeru vložimo preveč truda in stroškov. Avtorica spodbuja, da vendarle z izobraževanjem pletemo mrežo, ki jo moramo tako zgostiti, da bo znanje kot naša osebna investicija dejansko postalo intelektualni kapital.

Z raziskavo v okviru programa Phare mocca je bil predstavljen in verificiran postopek pridobitve poklicne kvalifikacije za socialne oskrbovalke/-ce v okviru navedenega programa v sodelovanju s Skupnostjo centrov za socialno delo in Skupnostjo socialnih zavodov Slovenije (Coury 2001). Ob tem smo zasledili kar nekaj raziskovalnih prizadevanj, namenjenih razumevanju in razvoju organizacij socialnovarstvenih storitev pomoč na domu.

Med njimi so: Analiza zadovoljstva uporabnikov pomoči na domu v okviru Centra za socialno delo Zagorje, Analiza stanja izvajanja pomoči na domu v obdobju 2006 do 2014 glede na zastavljene cilje Resolucije nacionalnega programa socialnega varstva v Sloveniji (ReNPSV 2006 - 2010 in ReNPSV 2013 – 2020), primerjalno analizo so opravljale tudi Nagode in drugi (2011 in 2012), Nagode in Lebar (2013 in 2014), Nagode (2014), Lebar in drugi (2014) ter

Smolej Jež in drugi (2008) v okviru Inštituta Republike Slovenije za socialno varstvo po naročilu Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Naročnika je poleg pregleda obstoječega stanja izvajanja storitev pomoči na domu zanimalo še število možnih uporabnikov pomoči na domu, za katere se trenutno pomoč na domu ne izvaja, število zavrženih oseb in razlogi za to, pomanjkanje kadra za izvajanje oskrbe na domu ter sodelovanje s patronažno službo in izvajanje storitve varovanje na daljavo. Vprašalnik je zajemal značilnosti občine, oblike organizacije pomoči na domu, opredelitev cenika, vrste pomoči na domu in značilnosti izvajalcev pomoči na domu.

Slika 3.1: Število uporabnikov pomoči na domu v Sloveniji v obdobju 2006 – 2014



Vir: Lebar in drugi (2015, 23).

Na Sliki 3.1. je vidno, da je bilo konec leta 2014 po navedbah Lebar in drugi (2015) v Sloveniji skupaj 6.888 uporabnikov pomoči na domu, kar pomeni, da se je njihovo število glede na leto 2013 zvišalo za 348 oseb. Število uporabnikov pomoči na domu se je zvišalo tudi v obdobju od 2006 do 2011, v letih od 2011 do 2013 pa je število stagniralo. Zanimivo je, da se je v istem obdobju število uporabnikov pomoči na domu povečalo v Ljubljani za 113 in v Celju za 46 uporabnikov. Nagode (2014) ugotavlja, da največ uporabnikov oskrbujeta Zavod za pomoč na domu v Ljubljani in Center za pomoč na domu v Mariboru, ki povprečno oskrbujeta okoli 625 uporabnikov. Neskladje smo zaznali pri organizirani obliki pomoči na domu, ki oskrbuje 84 uporabnikov na izvajalca, medtem ko področni center za socialno delo oskrbuje le 74 uporabnikov na izvajalca. Pregled pokaže, da centri za socialno delo v Sloveniji izvajajo organizirano pomoč na domu v skoraj polovici slovenskih občin.

Ker smo raziskovalno pozornost usmerili v analizo izvajanja pomoči na domu staremu človeku na območjih Maribora, Ptuja in Majšperka, bomo obstoječe stanje podrobneje pregledali v nadaljevanju. Pri raziskovanju smo izhajali iz dosedanjih raziskovalnih dognanj (Črnenšek in drugi 2011b; Črnenšek in drugi 2011c).

Center za socialno delo Ptuj izvaja pomoč na domu na območjih Upravne enote Ptuj. V letu 2011 je zagotavljal pomoč na domu 96 uporabnikom, leta 2012 je zagotovil pomoč na domu 82 uporabnikom, leta 2013 je zagotovil pomoč 71 uporabnikom, leta 2014 je zagotovil pomoč 74 uporabnikom ter leta 2015 je zagotovil pomoč na domu 84 uporabnikom. Občani potrebujejo pomoč pri temeljnih življenjskih aktivnostih, kot so oblačenje, umivanje, kopanje, hranjenje itd. Nekoliko manj se odločajo za pomoč pri čiščenju in gospodinjskih opravilih ter najmanj za družabništvo (CSD Ptuj 2016).

Center za pomoč na domu Maribor je samostojen javni zavod, ki zagotavlja pomoč na domu uporabnikom na področju Maribora in okoliških občin. V letu 2012 so pomoč na domu opravili za 486 uporabnikov, leta 2013 so pomoč na domu zagotovili 548 uporabnikom ter 544 uporabnikom leta 2014 in 541 uporabnikom leta 2015. Od tega je 233 uporabnikov storitev pomoči na domu starih do 80 let, 110 uporabnikov je starih nad 64 let in 18 uporabnikov je mlajših od 64 let. Uporabniki prejema pomoč pri temeljnih opravilih, gospodinjski opravilih in druženju. Do pomoči na domu v okviru Centra za pomoč na domu je uporabnik upravičen, če potrebuje vsaj dve storitvi hkrati (CPD Maribor 2016).

V občini Starše je imelo pomoč na domu 31 uporabnikov leta 2012, 27 uporabnikov leta 2013, 23 uporabnikov leta 2014 in 33 uporabnikov leta 2015, od tega je 16 uporabnikov starih do 80 let, 10 uporabnikov je starih nad 65 let in 1 uporabnik je star manj kot 64 let (CPD Maribor 2016).

V občini Rače-Fram je prejemale pomoč na domu 27 uporabnikov leta 2012, 26 uporabnikov 2013, 23 uporabnikov leta 2014 in 39 uporabnikov leta 2015, od tega je 15 uporabnikov starih do 80 let in 6 uporabnikov starih nad 64 let (CPD Maribor 2016).

In v občini Hoče-Slivnica je prejemale pomoč na domu 49 uporabnikov leta 2012, 41 uporabnikov leta 2013, 32 uporabnikov leta 2014 in 38 uporabnikov leta 2015, od tega je 19 uporabnikov starih do vključno 80 let, 9 uporabnikov je starih nad 64 let in 4 uporabniki so mlajši od 64 let (CPD Maribor 2016).

Pomoč je redna in zanesljiva, uporabniki so s storitvami zadovoljni, pri oskrbi pridobita uporabnik in oskrbovalec. Poleg formalne pomoči uporabniki uporabljajo neformalne oblike pomoči (svojci, sosedje, prijatelji), če jih nimajo, pa se navežejo tudi na oskrbovalke, ki so jim po dogovoru na voljo tudi med vikendom (CSD Ptuj 2016). Mnogim uporabnikom pomoči na domu so oskrbovalke edina vez z zunanjim svetom.

Za uporabnike storitev je pomoč na domu pomembna, saj jim zagotavlja občutek varnosti in osebnega stika. Pomoč na domu omogoča ohranjanje stikov z družino in prijatelji, kar človeku daje občutek vrednosti in sprejetosti (Prijatelj in Kovačič Rus 2003). Avtorici opredeljujeta razvoj organizacije pomoči na domu kot rešitev pri povečanju števila starih oseb, saj je cenejša od institucionalne pomoči. Druženje in bogata socialna mreža sta osnovni gibalni socializacije in vplivata na vedenje in vodenje posameznika. Razvoja mreže pomoči na domu ne smemo opredeljevati samo kot grobo izvajanje storitev, temveč tudi kot sklop medosebnih odnosov za socialno vključevanje starih ljudi v okolje (Prijatelj in Kovačič Rus 2003). Socialna podpora ima pomembno vlogo pri oblikovanju medosebnih odnosov in zajema:

- neposredno pomoč,
- informiranje,
- zagotavljanje občutka lastne vrednosti in
- čustveno podporo.

Star človek večinoma želi živeti in se starati v znanem, domačem okolju, v večgeneracijski družini, kar je za starostnika humano ter zanj in za družbo tudi najceneje. Vendar, sodobna slovenska družina zaradi različnih vzrokov tega ne zmore zagotavljati. Zato je treba starim, bolnim in onemoglim ljudem pomagati z različnimi oblikami pomoči na domu, na primer s socialno oskrbo in zdravstveno nego na domu, z razvojem fizioterapije na domu, gospodinjsko pomočjo, različnimi servisnimi storitvami na domu, z dostavo hrane, druženjem... Potrebe sodobnega človeka, na primer baby boom generacije, narekujejo iskanje novih pristopov in oblik pomoči na domu. Posebno pozornost je treba posvetiti ne le povečanemu številu starih, ampak tudi značilnostim – različnost pomoči glede na potrebe spola, izobrazbe, intelektualnih, kognitivnih in psihofizičnih sposobnosti, okolja (ruralno – urbano), verskih in nacionalnih razlik.

3.3 Zgodovinski pregled zagotavljanja socialne varnosti starih v Sloveniji

Zagotavljanje socialne varnosti starih ima v Sloveniji že stoletno tradicijo (Jošt 2005). Skrb za zagotavljanje socialne varnosti starih v Sloveniji je v razvojnem ciklu doživelo številne spremembe. V devetnajstem stoletju so pričeli graditi ubožnice. V Slovenskih Konjicah je tedanje Občinsko zavetišče Franca Lambrechta delovalo že leta 1870. Dom je bil v celoti dograjen in prenovljen in deluje še danes. V Dravogradu so pred prvo svetovno vojno zgradili ubožnico za 50 ljudi, ki je bila pred več leti ukinjena. Na njenem mestu je bil ustanovljen novi zavod. V obdobju med prvo in drugo svetovno vojno so v Mengšu leta 1923 odprli dobrodelno ustanovo s 143 posteljami, ki so jo vodile redovnice sv. Vincencija Pavelskega. Ustanova še vedno opravlja svoj namen. V Ponikvah je bil leta 1934 ustanovljen poseben socialni zavod, ki ima funkcijo zavoda za usposabljanje, zaposlovanje in varstvo mlajših invalidov. Na Jesenicah je bilo v tem obdobju zgrajeno zavetišče za socialne podpirance, ki so ga po drugi svetovni vojni obnovili in še danes deluje kot dom starejših občanov.

Po prvi svetovni vojni je število starih ljudi močno presehalo razpoložljive kapacitete za zagotavljanje institucionalnega varstva starih, zato so občine reševale problem s prenovo gradov in tudi drugih ustanov. Dom upokojencev v Izoli se je tedaj razvil v bivši kaznilnici, v Lukavcih in v Polzeli pa v graščini, prav tako v Preddvoru in Tisju ter v bivšem vojaškem objektu na Petrovem Brdu. V začetku druge svetovne vojne je v Sloveniji delovalo že 63 domov upokojencev s 3249 mesti oziroma posteljnimi kapacitetami (Jošt 2005).

Po drugi svetovni vojni so zaradi velikega števila potreb prebivalstva po zagotavljanju zdravstvene oskrbe, veliko tedanjih domov upokojencev preuredili v zdravstvene ustanove, starostnikom pa zagotovili nastanitev v obnovljenih graščinah in drugih poslopih. Zaradi posledic druge svetovne vojne je bil v Sloveniji šele leta 1964 zagotovljen enak obseg institucionalnega varstva starostnikom kot je bil pred začetkom druge svetovne vojne. Tedaj je bilo v 31 domovih upokojencev zagotovljenih 3100 prostih mest (Gašparovič 2003).

Medara (2002) razlaga, da se je po letu 1960 pričela intenzivna skrb za zagotavljanje kakovostnega zdravstvenega varstva starih. Leta 1962 je bila ustanovljena Gerontološka komisija pri takratnem Sekretariatu za socialno varstvo SRS z osnovnimi načeli gerontologije. Bunc (2002) v Slovarju tujk opredeljuje gerontologijo kot vedo o bioloških, socioloških,

ekonomskih pojavih in procesih staranja. Jošt (2005) navaja, da je Gerontološka komisija oblikovala tri načela, ki še danes rabijo kot vodilo pri ustanavljanju zavodov za zagotavljanje namestitve in oskrbe starih ljudi:

1. načelo: stari ljudje morajo čim dlje bivati v okolju, v katerem so živeli in delali. V ta namen se mora organizirati gerontološka služba in obenem reševati stanovanjski problem starih ljudi, zagotoviti pokojninski sistem, potrebna je ustanovitev gerontoloških dispanzerjev, klubov, centrov za stare ljudi in pritegnitev humanitarnih organizacij;
2. načelo: starim ljudem, ki ne zmorejo več živeti v domačem okolju, je treba omogočiti bivanje v domovih za starejše občane;
3. načelo (načelo zdravstvenega varstva): stari ljudje imajo pravico do enake medicinske storitve kot drugi, in sicer tam, kjer je glede na bolezensko stanje zagotovljena najustreznejša oskrba. Starega človeka ne smemo ločiti od drugih ljudi samo zato, ker je star (Jošt 2005).

Inštitut za gerontologijo, ki je bil ustanovljen leta 1966, se je preoblikoval v Gerontološko združenje SRS. Povezoval je posameznike in organizacije na področju zagotavljanja varstva starih ljudi. Leta 1966 je bil ustanovljen Sklad republiške skupnosti socialnega zavarovanja za reševanje stanovanjskih potreb upokoјencev in invalidov Slovenije, ki se je leta 1972 preimenoval v Sklad za gradnjo stanovanj in domov za upokoјence in je zagotavljal finančna sredstva za adaptacije, sanacije, gradnjo in dograditev domov starostnikov v Sloveniji. Deloval je do leta 1990. Leta 1992 je bilo v Sloveniji zagotovljenih 7033 mest v 51 domovih za starejše občane (Jošt 2005).

Habjaničeva (2009) je raziskovala kakovost institucionalnega varstva v Sloveniji in Evropi. Ugotovila je, da v institucijo sprejmejo stare ljudi, kadar so izčrpane že vse druge možnosti in kadar je kakovost oskrbe starih ljudi v institucionalnem varstvu dobra.

Država je bila v preteklosti in bo tudi v prihodnosti prisiljena poskrbeti za odvisne, bolne in onemogle ljudi. Kakovost življenja narekujejo zdravstveni, socialni, vedenjski in psihološki dejavniki. Samostojno življenje pogojujejo zdravstveni in socialni dejavniki, ki zagotove osnovo za kakovostno življenje. Spremljajo naj ga dobro počutje, zadovoljstvo s samim seboj ter dobri medosebni odnosi. Starost, bolezen, invalidnost in onemoglost potiskajo ljudi v

osamljenost in brezizhodnost, bodisi ker nimajo socialnih stikov ali podporne mreže bodisi ker se v tem spremenjenem svetu ne znajdejo več.

3.4 Pregled usmeritev v aktih s področja socialnega varstva

Uvodoma bomo predstavili Nacionalni program socialnega varstva do leta 2010.

Socialna politika usmerja strategijo socialnega razvoja v obliki ciljev, ukrepov in drugih instrumentov, ki omogočajo posameznikom in skupinam prebivalstva zadovoljevanje svojih osebnih in skupnih interesov v družbi in državi (Apoahal Vučkovič 2000).

Nacionalni program socialnega varstva leta 2000 je zajemal naslednje cilje: posameznik si mora socialno varnost načeloma zagotoviti sam, država poskrbi za denarne prejemke, storitve in ustrezno institucionalno mrežo ter obvezno socialno zavarovanje. Nacionalni cilji socialnega varstva se zrcalijo v izboljšanju kakovosti življenja, zagotavljanju aktivnih oblik socialnega varstva, razvoju strokovnih socialnih mrež pomoči, vzpostavljanju in razvoju pluralnosti, oblikovanju novih pristopov za obvladovanje socialnih stisk. Osnova nacionalnega programa socialnega varstva za obdobje od 2006 do 2010 je predvidevala zagotovitev socialne oskrbe na domu za 10.000 ljudi nad 65 let (kronični bolniki, invalidi, onemogle osebe zaradi starosti). Na Ministrstvu za delo, družino in socialne zadeve (2007) so bili prepričani, da se bo pomoč na domu v prihodnosti pospešeno razvijala, pričakovali so povečano število uporabnikov pomoči na domu.

Temeljno izhodišče politike socialnega varstva države in lokalnih skupnosti v obdobju od 2006 do 2010 je temeljilo na zagotavljanju pogojev, ki bi posameznikom v povezavi z drugimi osebami v družinskem, delovnem in bivalnem okolju omogočali ustvarjalno sodelovanje in uresničitev razvojnih možnosti za doseganje primerne kakovosti življenja po merilih človekovega dostojanstva. Kadar pa si posamezniki ne zmorejo sami zagotoviti socialne varnosti in blaginje, so upravičeni do primerne pomoči. Vse strokovne službe morajo pri odločanju o pomoči upoštevati načelo subsidiarnosti, kar pomeni, da je za socialno varnost in svojo blaginjo odgovoren vsak sam, navaja Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (2007) in dodaja načela za zagotavljanje sistema socialnega varstva, in sicer zagotavljanje

človekovega dostojanstva, socialne pravičnosti, solidarnosti ter odgovornost posameznika pri zagotavljanju lastne socialne varnosti in socialne varnosti družinskih članov.

Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (2007) je nakazalo vodila pri delovanju: enak dostop in enake možnosti, prostovoljnost vključitve, prosta izbira, individualna obravnava, gospodarno ravnanje s proračunskimi sredstvi in dogovarjanje med izvajalci in uporabniki.

V sistem socialnega varstva je Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (2007) uvedlo programe, storitve in javna pooblastila kot preventivne programe, katerih namen je bil preprečevati nastajanje socialnih težav, programe, storitve in prejemke, ki so bili namenjeni ljudem v socialnih težavah ter javna pooblastila, naloge in ukrepe, ki so jih izvajalcem socialnega varstva nalagali zakoni in drugi predpisi.

Za Slovenijo kot članico Evropske unije je bil do leta 2010 predviden razvoj, za katerega so značilne dinamičnost, konkurenčnost in gospodarska rast. Vmes je nastopila kriza. Za premagovanje krize so na vladi ob osnutku zakona o dolgotrajni oskrbi predvidevali razvoj pomoči na domu, ki bi zagotovila delovna mesta oskrbovalkam in bi jim zagotovili tudi ustrezno izobraževanje, s tem pa bi se odprla zaposlitev ustreznega kadra tudi na šolah (že od leta 2006). Oskrba na domu je cenejša, kakovostna in racionalna, zavarovalnice bodo ponudile ustrezna zavarovanja, v daljšem obdobju se bodo zmanjšali stroški za zdravstveno blagajno in brezposelne. Razbremenili bodo ženske, odprla se bodo delovna mesta za učitelje, razvilo se bo medgeneracijsko sodelovanje. Vse to so bile usmeritve zasnove zakona o dolgotrajni oskrbi in protikriznih ukrepov Ministrstva za delo družino in socialne zadeve ter enake možnosti. Predvideli so, da se bodo s tem odpravile težave v zvezi s skrbjo za uporabnika, ki naj bi preseгла razdvojenost med socialo in patronažo.

Nacionalni program socialnega varstva določa, da se z različnimi oblikami pomoči starim in onemoglim omogoči čim daljše in kakovostno bivanje v domačem okolju (Filej 2007). Zato bi se morali socialni programi in mreža socialne pomoči razviti tako, da bo uporabnikom ponujena pomoč v bivalnem okolju: gospodinjska pomoč, zdravstvena nega, spremstvo in druženje, ki jo zagotavljajo formalni in neformalni oskrbovalci.

V nadaljevanju bomo predstavili Strategijo razvoja Slovenije v obdobju od 2006 do 2013, ki je sledila dolgoročnemu cilju Slovenije pri trajnostnem izboljšanju blaginje prebivalcev. V ta

namen je bilo treba v naslednjih letih preseči povprečno gospodarsko rast držav EU in zmanjšati tveganja na področju socialne varnosti. Nacionalni program socialnega varstva (NPSV) upošteva razvojni okvir, ki ga predvideva prenovljena lizbonska strategija s predvidenimi spremembami. NPSV ustreza viziji in ciljem razvoja Slovenije, ki so bili opredeljeni v Strategiji razvoja Slovenije za obdobje od 2006 do 2013.

Stopnjo razvoja Slovenije, pomembno za oblikovanje politike socialnega varstva, označujejo naslednje okoliščine:

- imamo sorazmerno ugodno raven socialne varnosti, stopnja socialne zaščite se že dalj časa povečuje, stopnja tveganja za revščino se znižuje, dohodkovna neenakost v primerjavi z drugimi državami EU se ne povečuje;
- podaljšuje se življenjska doba, stopnja rodnosti je nizka, prebivalstvo se stara, medgeneracijska solidarnost postaja vse pomembnejša;
- imamo prevelik delež neaktivnega prebivalstva, stopnja izobrazbe je še vedno prenizka, vseživljenjsko učenje je preslabo razvito (Strategija razvoja Slovenije za obdobje 2006 do 2013).

Resolucija nacionalnega programa socialnega varstva od 2006 do 2010 (ReNPSV) je predvidevala zagotovitev socialne oskrbe na domu vsaj 10.000 osebam, starim 65 let in več, kar je predstavljalo 3 % populacije v tej starostni skupini. Predvidena je bila zagotovitev socialne oskrbe na domu do 900 drugim odraslim osebam, kar je pomenilo najmanj 0,05 % drugih odraslih oseb, potrebnih pomoči na domu ali mobilne pomoči zaradi duševne, telesne ali senzorne motnje, zaradi hude bolezni ali drugih razlogov (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, 2008).

Realizacija zastavljenih ciljev Resolucije nacionalnega programa socialnega varstva od 2006 do 2010 (ReNPSV 2006 – 2010) je za področje socialne oskrbe pomoč na domu zagotovila:

- v letu 2006 je storitev na mesečni osnovi prejemale približno 4.600 ljudi nad 65 let, delež je znašal 1,2 %, realizacija zastavljenega cilja je znašala 46 %;
- v prvem polletju leta 2007 je storitev na mesečni osnovi prejemale približno 5.100 ljudi nad 65 let, delež je znašal 1,3 %, realizacija zastavljenega cilja je znašala 49 %;
- v prvem polletju leta 2008 je storitev na mesečni osnovi prejemale približno 5.300 ljudi nad 65 let, delež je znašal 1,5 %, realizacija zastavljenega cilja je znašala 51 %;

- decembra leta 2009 je storitev na mesečni osnovi prejelo približno 5.700 ljudi nad 65 let, delež je znašal 1,7 %, realizacija zastavljenega cilja je znašala 56 %.

V okviru Resolucije nacionalnega programa socialnega varstva od 2006 do 2010 (ReNPSV 2006 – 2010) je načrt zajemal tudi zagotovitev pomoči na domu za vsaj 900 ljudi, ki so mlajši od 65 let:

- v prvem polletju leta 2007 je storitev prejelo približno 700 ljudi pod 65 let, realizacija zastavljenega cilja je znašala 78 %;
- tudi v prvem polletju leta 2008 je storitev prejelo približno 700 ljudi;
- decembra leta 2009 je storitev prejelo nad 800 ljudi pod 65 let, kar je pomenilo 92 % realizacijo cilja.

Trend naraščanja števila starejših uporabnikov za navedene storitve je bil opazen, vendar se delež starih ljudi, ki so vključeni v pomoč na domu, kljub vsemu zvišuje prepočasi, v določenih regijah se je celo znižal. Naraščanje števila prebivalcev starosti nad 65 let je hitrejše, kot raste število vključenih v pomoč na domu, saj triodstoten delež starih ljudi v programu pomoči na domu ni bil v celoti realiziran (Nagode 2010).

Nacionalni program socialnega varstva za obdobje od 2011 do 2020 (NPSV, 2011-2020) kaže na potrebo po čimprejšnjem sprejetju nekaterih zakonskih aktov (Zakon o socialnovarstveni dejavnosti, Zakon o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo, Zakon o osebni asistenci za invalide, Zakon o socialni vključenosti invalidov) in reform (npr. pokojninska reforma), poudari boljše usklajenost med resorji in ministrstvi ter nacionalnega programa na lokalni in nacionalni ravni, poudari pripravo strategije razvoja socialnega podjetništva in poudari pomen sprejema ukrepov za učinkovito črpanje evropskih sredstev. Neposredno uresničevanje ciljev NPSV narekuje potrebo po pripravi izvedbenih načrtov, in sicer enega za obdobje od 2012 do 2015 in drugega za obdobje od 2015 do 2020. Za spremljanje uresničevanja NPSV 2011 – 2020 je bila izražena potreba po oblikovanju posebne nacionalne koordinacijske komisije.

V Nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje od 2011 do 2020 zasledimo tri ključne cilje, in sicer:

- zmanjšati tveganje revščine in zvečati možnost socialne vključenosti ogroženih in ranljivih skupin prebivalstva z zagotavljanjem ustrezne socialne ravni posamezniku in

družini, zagotoviti zdravemu uporabniku denarne pomoči zaposljivost, da bo lahko poskrbel zase in družino in postal neodvisen od prejemkov denarne pomoči, razvijati solidarnost, prostovoljstvo in nediskriminacijo, uvedba enovitega sistema dolgotrajne oskrbe v povezavi z zdravstvenimi in socialnimi storitvami za vse, ki potrebujejo tovrstno oskrbo;

- izboljšati dostopnost do storitev programov v sistemu razvoja socialnega varstva z omogočanjem vključevanja prejemnikov socialne pomoči v rehabilitacijske programe,
- izboljšati kakovost in učinkovitost programov v sistemu razvoja socialnega varstva s povečanjem kakovosti storitev in avtonomije uporabnika in predstavnika uporabnika – zagovornika, uvesti certificirane sisteme razvoja, upravljanja in spremljanja kakovosti storitev, izboljšati medresorsko usklajevanje med šolstvom, zdravstvom, socialo in policijo, okrepiti odgovornost občine za blaginjo občanov.

Za spremljanje uresničevanja navedenih ciljev so postavljeni kazalniki: za spremljanje revščine, za osebe, ki živijo v gospodinjstvih z zelo nizko delovno intenzivnostjo, ki jih spremljata in objavljata Statistični urad Republike Slovenije in Eurostat. Eden izmed kazalnikov zahteva znižanje razmerja med institucionalnimi oblikami pomoči osebam in skupnostni obliki pomoči na domu, s sedanjega 2 : 1 proti 1: 1 do leta 2020. Kazalniki obetajo hitrejši razvoj organizacije službe pomoči na domu.

3.5 Pravna podlaga izvajanja socialnovarstvene storitve pomoči na domu

Pomoč družini na domu je socialnovarstvena storitev, ki se izvaja v skladu z Zakonom o socialnem varstvu. Namenjena je ljudem, ki bivajo v domačem okolju in niso sposobni v celoti poskrbeti za svoje osnovne življenjske aktivnosti (Zakon o socialnem varstvu; Ur. l. RS, št. 3/2007, 23/2007 popr. 41/2007 popr. 114/06 – ZUTPG, 71/08 – ZUTPG, 73/08 – ZUTPG). Pomoč na domu v praksi nadomešča storitve institucionalnega varstva (Ur. l. RS št. 52/1995, 2/1998, 19/1999 (28/1999 popr.), 140/06, 120/07 in 121/08). Pomoč na domu zajema:

- pomoč v gospodinjstvu, kot je na primer prinašanje ali priprava obroka, nabava živil, pomivanje posode, čiščenje stanovanja, odnašanje smeti itd.;
- pomoč pri osebni higieni, kot je na primer pomoč pri umivanju, kopanju, hranjenju, pri oblačenju ipd.;

- pomoč pri vzdrževanju socialnih stikov, kot je vzpostavljanje stikov z družino, spremljanje upravičenca pri opravljanju administrativnih obveznosti itd.

Med upravičence pomoči na domu štejemo po Zakonu o socialnem varstvu¹:

- osebe nad 65 let, ki so delno samostojne v osnovnih življenjskih aktivnostih,
- osebe s statusom invalida po zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb,
- kronično bolne osebe,
- hudo bolne otroke s težko motnjo v telesnem in duševnem razvoju.

Socialno oskrbo na domu lahko kot izvajalci po 70. členu Zakona o socialnem varstvu opravljajo strokovni sodelavci, ki so končali najmanj srednjo poklicno ali srednjo strokovno šolo s področja socialne oskrbe ali nege. Pod vodstvom strokovnega sodelavca lahko izvajajo storitev na domu tudi laični delavci z osnovnošolsko izobrazbo in opravljenim dopolnilnim usposabljanjem za socialno oskrbo po verificiranem programu. Zakonsko podlago opredeljuje tudi Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (Ur. l. RS, št. 52/1995, 2/1998, 61/1998, 19/1999 (28/1999 popr.), 127/2003, 125/2004, 120/2005 in Odločba US: 192/05-29).

Pravilnik o standardih določa tudi normative za storitve pomoči na domu: za ugotavljanje upravičenosti, pripravo dogovora o izvajanju storitve, organizacijo ključnih članov in za začetno srečanje predvideva enega strokovnega delavca na 200 upravičencev; za vodenje storitve, koordinacijo izvajalcev in njihovo usmerjanje, sodelovanje z upravičenci pri dogovorih in zapletenih življenjskih situacijah predvideva enega strokovnega delavca na 100 upravičencev; za neposredno izvajanje storitve na domu upravičenca predvideva enega izvajalca na vsakih 5 upravičencev.

Cena standardne storitve pomoči na domu se uporabniku najprej zmanjša za delež subvencije, ki jo zagotovi občina in znaša vsaj 50 % celotnih stroškov. Preostanek zneska pa se lahko zmanjša za višino subvencije, ki jo daje država, določi pa Vlada Republike Slovenije v okviru ukrepov aktivne politike zaposlovanja, izvajalcu pa jo izplačuje Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje po Pravilniku o metodologiji za oblikovanje cen socialnovarstvenih storitev (Ur. l. RS, št. 87/2006, 127/06, 8/07, 51/08, 5/09). Poleg tega pa so nekateri uporabniki po Uredbi o

¹ Ur. l. RS, št. 3/2007, 23/2007 popr. 41/2007 popr. 114/06 – ZUTPG, 71/08 – ZUTPG, 73/08 – ZUTPG.

merilih za določanje oprostitev pri plačilih socialnovarstvenih storitev (Ur. l. RS, št. 110/2004, 124/2004, 114/2006-ZUTPG) deležni še dodatnih oprostitev pri plačilu storitve.

Programe usposabljanja za socialno oskrbo verificira Socialna zbornica Slovenije. Usposabljanje za socialno oskrbo v Sloveniji izvaja 21 različnih institucij. Usposabljanje obsega teoretično in praktično usposabljanje. Praktično usposabljanje je časovno opredeljeno s 120 pedagoškimi urami, ki jih mora kandidat opraviti na terenu. Od kandidatov se zahteva, da imajo osnovnošolsko izobrazbo, stari pa morajo biti najmanj 25 let. Zahteva se tudi 5 let delovnih izkušenj na področju oskrbe ljudi. Pravilen naslov nacionalne poklicne klasifikacije (NPK) je socialni oskrbovalec, socialna oskrbovalka, v praksi pa se uporablja tudi naslov izvajalec, izvajalka pomoči na domu, po zakonodaji socialnega dela pa se navedeni poklici prištevajo med strokovne sodelavce.

3.6 Strokovne podlage socialnovarstvene storitve pomoč na domu

Socialna služba si prizadeva lajšati stiske ljudi, jih učiti obvladovanja življenjskih stisk in tegob in jih pri premagovanju navedenih tegob ustrezno opolnomočiti pri iskanju pomoči. Delovni postopki temeljijo na dobrih praksah. Pristopi, ki se izkažejo za uspešne, se optimizirajo, neustrezni pristopi pa se opuščajo. Strokovne izkušnje temeljijo na znanju, pridobljenem s prakso (Mesec 1997).

Mesec (1997) pri izboljševanju prakse poudarja, da je lahko določena praksa pomanjkljiva, zato jo je treba preverjati in po potrebi izboljšati. Tudi v socialnem delu je uporaba eksperimentalne logike in eksperimenta smotrna. Pogosto se moramo vprašati, če so naši ukrepi uspešni, znati moramo dokazati, da je določen ukrep povzročil olajšanje stiske, da smo s prav tem ukrepom ublažili ali odpravili pereče težave (Mesec 1999).

Pomoč na domu štejejo kot bolj primerno za stare, ki so delno odvisni, da lahko ostanejo v domačem okolju, kar predstavlja strokovno podlago storitve na domu. Da razvijemo pozitivno razmišljanje o potrebi po določeni storitvi, moramo problem, ki ga ima uporabnik, preučiti z več zornih kotov ter ga rešiti strokovno in v dobro uporabnika socialnovarstvenih storitev (Mesec 1999).

Posebno pozornost na tem področju je treba nameniti tudi emocionalnim zahtevam v skrbstvenih poklicih. Emocionalni postopek dela je značilen za delo z ljudmi. Značilen je predvsem za delovna mesta v storitvenih dejavnostih (skrbstveni poklici), mednje nedvomno sodi tudi pomoč na domu. Posebna različica emocionalnega postopka dela so storitve z nasmehom, ki predstavljajo neločljiv del popolnega sodelovanja s strankami. Kljub družbeni koristnosti je emocionalni postopek dela pogosto nepriznan in podcenjen. Šadl (2002) ugotavlja, da se v Sloveniji povečuje delež zaposlenih v skrbstvenih poklicih, kar odpira vprašanje emocionalnega postopka dela. Zaznati je vse večje prizadevanje storitvenih podjetij in države po zagotavljanju kakovostnih storitev pomoči z namenom povečati zadovoljstvo uporabnikov.

Prvi skrbstveni poklici so po navajanju Flakerja (1998) skrbeli predvsem za »robno« populacijo. Osebe je del svojega časa posvetilo skrbi za uporabnike pomoči. Zaposleni v skrbstvenih poklicih, na primer socialne delavke, medicinske sestre, vzgojiteljice, učiteljice, ustrezajo privzgojeni identiteti ženske vloge, to je biti gospodinja in mama.

Poklica medicinske sestre in socialne delavke sodita v skupino skrbstvenih poklicev in temeljita na skrbi, pomoči in podpori. Strokovna literatura navaja, da jih zaznamujejo prenizka plača, nizek socialni status, slabi delovni pogoji, pomanjkanje priznanja, malo možnosti za osebni razvoj. Dejavnost skrbstvenih poklicev postaja vse bolj odvisna od znanja, sposobnosti in osebnega lika izvajalca, da uporabniki prejmejo najvišjo možno kakovost storitve (Filej 2007). Kadrovske normativi niso prirejene dejanskim obremenitvam zaposlenih v zavodih, z namenom nižanja stroškov zaposlujejo »cenejšo« delovno silo brez primerne strokovnega znanja in delovnih izkušenj.

3.7 Kakovost izvajanja pomoči na domu

Kakovost izvajanja pomoči na domu ni samo doseganje standardov pomoči, ampak krepitev zadovoljstva uporabnika in učinkovitosti delovanja. Pri storitvenih dejavnostih, kamor uvrščamo tudi pomoč na domu, je kakovost izvajanja usmerjena v zadovoljevanje potreb uporabnikov. Kakovost opredelimo z vidika optimalne oskrbe prebivalstva s storitvami pomoči na domu ob najnižjih stroških in pri upoštevanju veljavnih strokovnih meril in vrednot.

Standardi zagotavljanja kakovosti izvajanja pomoči na domu opredeljujejo čakalno dobo na storitev, kakovost izvajanja storitev, primerjavo obstoječega z želenim in evalvacijo dela pomoči na domu s strani izvajalcev storitev.

Socialnovarstvene storitve so občutljivo področje. Uporabniki po navadi sprejmejo vsakršno pomoč zaradi nujnosti oskrbe na eni in zaradi majhne možnosti izbire med ponudniki pomoči na domu na drugi strani.

Kakovost izvajanja pomoči na domu zagotavlja vrednote in cilje nacionalnega programa socialnega varstva v Sloveniji in predstavlja hkrati pomemben razvojni potencial. Prav zaradi sprememb v starostni sestavi prebivalstva in tipologije družine se pojavljajo nove zahteve in merila za kakovostno pomoč na domu. Želja in interes starih ljudi, ki so poleg tega še bolni in onemogli, je, da čim dlje bivajo v domačem okolju. Kakovost storitve se mora ujemati z zahtevami in željami tistih, ki jih potrebujejo (Lukač 2005). Ponudnik storitev (izvajalec) se je dolžan držati vodila, da teži k preseganju pričakovanj uporabnika in ne le, da izpolnjuje zahteve uporabnika ter njegova pričakovanja. Kakovost storitev se kaže v uporabnikovem zadovoljstvu.

Prav je, da presegamo uporabnikova pričakovanja. Da bi nosilec izvajanja programa storitev to dosegel, pa mora poskrbeti, da izvajalec pomoči nenehno skrbi za pridobivanje kompetenc, s čimer prispeva tudi k lastni profesionalni rasti in osebni karieri. Nosilec izvajanja izobraževanja na delovnem mestu (Črnenšek 2003) mora skrbeti za enake možnosti izobraževanja za vse izvajalce pomoči z ustreznimi motivacijskimi pristopi, s čimer prispeva k zmanjševanju stresa in izgorevanja. Pri tem skrbi, da udeleženci stremijo k uresničevanju vizije zavoda, da so ugledni, vzorni, delovni in pošteni (Filej 2007).

Današnje življenjske razmere prinašajo razdvojenost med generacijami, starejši so socialno, kulturno in bivanjsko potisnjeni ob rob, v osamo in občutek nekoristnosti. Velik delež starejših predstavlja za vsako družbeno ureditev veliko obremenitev, saj zahteva nadpovprečne finančne izdatke in nadpovprečno količino zdravstvenih in socialnih storitev (Ramovš in drugi 1992). Zaradi tega je treba pripraviti številne programe raznovrstnih oblik pomoči na domu, ki bodo vključevali različne profile kadrov. Taka oblika oskrbe na domu je prijaznejša in tudi cenejša za družbo in starega človeka. Pri vzpostavljanju pomoči na domu in zagotavljanju kakovostne ponudbe je pomemben podatek o tem, če so stari ljudje in drugi poučeni o socialnovarstvenih storitvah. Pomembno je tudi vedeti, kaj uporabniki pričakujejo od pomoči na domu. Pri

organizaciji in izvajanju pomoči na domu pa je pomembno to, koliko so oskrbovalci samokritični, pri čemer je pomembna tudi udeležba izvajalcev na supervizijskih srečanjih, katera doprinesejo pomemben prispevek h kakovostnemu izvajanju storitev.

3.8 Modeli pomoči v socialnem delu

V Sloveniji sta se v devetdesetih letih razvila in uveljavila dva modela socialnega dela oziroma modela pomoči (Lukač 2005). Prvi model pomoči temelji na Lüssiju (1990), drugi model pomoči je pod vplivom Brandona, ki upošteva uporabnika, oziroma podeljuje moč uporabniku. Sistemski pristop lahko opredelimo z mislimi Čačinovič Vogrinčič (1998), da moramo v socialnem delu »vedeti, kam hočemo priti« in za to potrebujemo »znanje za ravnanje«. Ključni koncept v socialnem delu predstavlja »socialno - delavski odnos«. Socialni delavec skupaj z uporabnikom rešuje kompleksne probleme, ki izhajajo iz kompleksnih sistemskih odnosov. Gre za procese pomoči, ki nastajajo v dialogu med uporabnikom in izvajalcem.

Železnik (2007) predstavi model povezave organizacije pomoči na domu v povezavi s patronažno službo. Nagode (2014) pa ugotavlja, da je področje dolgotrajne oskrbe v Sloveniji zadnjih deset let aktualna družbena tema in je mogoče najti veliko znanstvenih in strokovnih besedil ter razprav na temo obstoječega stanja, oblikovanja, razvoja in vizije dolgotrajne oskrbe pri nas. Zakon o dolgotrajni oskrbi nastaja že vrsto let, njegov namen pa je, da se to področje končno sistemsko uredi.

Flaker in drugi (2008) so v praksi preizkušali individualizirano financiranje storitev socialnega varstva in ugotovili razlike med modelom stare in nove paradigme oskrbe na domu (Tabela 3.2), in sicer v stari paradigmi je organizacija ponudbe ločena na zdravstveno in socialno oskrbo, v novi paradigmi pa se pojavi skupen izraz storitev - dolgotrajna oskrba. Nadalje je po stari paradigmi bila upravičenost do storitev odvisna od diagnoze, po novi paradigmi pa navedeni avtorji upoštevajo potrebe. Glede količine potrebnih sredstev za oskrbo avtorji navajajo, da je bila pred novo paradigmo odvisna od prihodkov, po novem pa od dejanskih potreb po zagotavljanju storitev.

Tabela 3.2: Novosti dolgotrajne oskrbe - nova paradigma

Stara paradigma	Nova paradigma
<i>Organizacija ponudbe:</i> ločeno zdravstveno in socialno varstvo.	<i>Organizacija ponudbe:</i> posebno polje dolgotrajne oskrbe.

<u>Upravičenost</u> : status in diagnoza.	<u>Upravičenost</u> : glede na potrebe.
<u>Količina sredstev</u> : glede na zaposlitev in višino dohodkov.	<u>Količina sredstev</u> : glede na potrebne storitve.
<u>Plačilo</u> : posredno – plačilo prejmejo izvajalci storitev.	<u>Plačilo</u> : neposredno – prejme ga uporabnik.
<u>Razmerje do pomočnikov, strokovnjakov</u> : odvisnost, pokroviteljstvo.	<u>Razmerje do pomočnikov, strokovnjakov</u> : neodvisnost, partnerstvo.
<u>Položaj uporabnika</u> : ločenost, razvrednotene vloge.	<u>Položaj uporabnika</u> : sodelovanje v skupnosti, cenjene vloge.
<u>Organizacija oskrbe</u> : drama institucionalizacije.	<u>Organizacija oskrbe</u> : kontinuiteta oskrbe.
<u>Metode načrtovanja in izvajanja oskrbe</u> : standardne storitve, pasivni prejemniki.	<u>Metode načrtovanja in izvajanja oskrbe</u> : storitve izbrane po meri uporabnika, z upoštevanjem želja.
<u>Znanje</u> : strokovno, aksiomatično.	<u>Znanje</u> : uporabniško, izkustveno.
<u>Neformalni pomočniki</u> : preobremenjeni in izključeni.	<u>Neformalni pomočniki</u> : podpora, povezana s skupnostjo.
<u>Podoba uporabnika</u> : nemočen in odvisen.	<u>Podoba uporabnika</u> : produktivni potrošnik.
<u>Prejete storitve</u> : glede na ponudbo, tudi nepotrebne.	<u>Prejete storitve</u> : glede na povpraševanje – uporabniki prejmejo natančno to, kar potrebujejo.
<u>Finance</u> : nejasne.	<u>Finance</u> : transparentne.

Vir: Flaker in drugi (2008).

Pri zagotavljanju sredstev je bilo plačilo po stari paradigmi posredno - prejeli so ga izvajalci storitev, po novem predlogu paradigme pa zagotavljajo neposredna sredstva uporabniku za plačilo oskrbnine in drugih storitev. Po starem modelu paradigme je bilo razmerje uporabnikov in pomočnikov odvisno, po novem modelu pa se zagotavlja partnerstvo in sodelovanje, torej je uporabnik enakovreden. Prav tako so bile metode načrtovanja oskrbe po starem modelu standardne, po novem pa se uporabniku podeli sodelovanje. Torej uporabniki prejmejo natančno to, kar potrebujejo, storitve so naravnane po meri uporabnika in tudi neformalni pomočniki prejmejo podporo. Financiranje postaja transparentno (Flaker in drugi 2008).

Hvalič Touzery (2009) je v svojem prispevku opisala model dolgotrajne oskrbe v Sloveniji, ki ga predstavljamo v Tabeli 3.3.

Tabela 3.3: Slovenski model dolgotrajne oskrbe

Cilj: čim dlje zadržati starega človeka v njegovem bivalnem okolju ob ustrezno organizirani podpori – mreži storitev.
<i>Organizirane storitve v bivalnem okolju</i>
<u>Pomoč na domu</u> : izvajajo javne službe in zasebniki, prav tako prostovoljci in neformalni oskrbovalci (sorodniki in prijatelji).
<u>Center za pomoč na daljavo</u> : storitve so zagotovljene s pomočjo telekomunikacijske tehnologije (socialna kontrola, klic v sili).
<u>Pomoč na domu</u> : organizirana javna in zasebna pomoč na domu.
<u>Storitve v bivalnem okolju</u> : mobilne oblike pomoči – prevoz, dostava življenjskih potrebščin.
<u>Storitve na domu</u> : gospodinjska pomoč, osebna nega, socialna kontrola, socialna pomoč za medčloveške odnose – druženje, zdravstvene storitve.
<u>Stanovanjske oblike</u> :
DNEVNI CENTER
<ul style="list-style-type: none"> • organiziran pod okriljem javnih ali zasebnih institucij ali nevladne organizacije, • varovanci ne potrebujejo zahtevne zdravstvene nege in oskrbe, • varovanci potrebujejo osnovne storitve, kot so oskrba, prehrana, razvedrilo in varovanje.
UPOKOJENSKA STANOVANJA
<ul style="list-style-type: none"> • stanovanja za stare ljudi so razpršena, potrebujejo občasno pomoč, • varovana stanovanja: varovanci – stanovalci potrebujejo stalno pomoč.
STANOVANJSKI DOM ZA STARE
<ul style="list-style-type: none"> • stanovanjska stavba za starostnike z lastnim gospodinjstvom, kapaciteta 40 stanovanj, starostnikom je izvedena osnovna pomoč brez osebja s telefonskim sistemom klica na pomoč.
<i>Institucionalno varstvo</i>
DOM ZA STAROSTNIKE
<ul style="list-style-type: none"> • investicije za institucionalno varstvo zagotavlja proračun, • institucija – domovi za starostnike so javni in zasebni, • mogoči so tudi kombinirani socialnovarstveni zavodi, • domovi opravljajo socialnovarstveno in zdravstveno nego.
DRUŽINA
Odrasli otroci so po zakonu dolžni pomagati staršem, če ti nimajo dovolj sredstev za preživljanje.

Vir: Hvalič Touzery (2009).

3.9 Uveljavljeni pristopi na področju zdravstvene nege

Starost ni bolezen, temveč je proces in obdobje, ki zahteva več kot le zdravljenje simptomov. Danes vedno več starih ljudi potrebuje pomoč, v prihodnosti pa jih bo vedno več potrebovalo podporo in pomoč različnih služb (Habjanič in Črnenšek 2007) ter organiziranih javnih sistemov za kakovostno preživljanje starosti. Doživljanje starosti je odvisno od povezav med posameznimi procesi in od različnosti »tiktakanja« človekove biološke, psihološke in sociološke ure (Habjanič 2006).

Pri izvajanju pomoči na domu se prepletata zdravstvena nega in socialna oskrba. Vidiki zdravstvene nege narekujejo, kako izvajati zdravstveno nego in kako so medicinske sestre povezane z varovanci. Zdravstvena nega opredeljuje tri načine negovanja: samooskrbo, nadzorstvo in poklicno zdravstveno nego (Pajnkihar 1999).

Samooskrbo opredeljujemo kot del človekovih vsakodnevnih osnovnih dejavnosti, ki koristijo zdravju in dobremu počutju. Zdrav človek navadno sam poskrbi zase in ne potrebuje strokovne pomoči. Naloga medicinske sestre pa je, da ugotovi, kdaj je varovanec sposoben poskrbeti sam zase in kdaj potrebuje spodbudo (Pajnkihar 1999).

Nadzorstvo je oblika pomoči, ki jo dajejo neformalni oskrbovalci (sorodniki, prijatelji, sosedje), kadar je to potrebno, da lahko invalid, star človek, varovanec dalj časa ostane v domačem okolju. Ta oblika pomoči razvija solidarnost v skupnosti, je dostopna in je poceni. Poklicna zdravstvena nega pa zajema strokovni in profesionalni pristop, kakršnega pričakujemo in ga zagotavljajo v klinikah, bolnišnicah, socialnih zavodih (Pajnkihar 1999).

Pajnkihar (1999) ugotavlja, da se je na podlagi navedenih zasnov v preteklosti razvilo več teorij zdravstvene nege, kjer teorija pomeni vodilno načelo neke vede ali umetnosti, na katerem temelji praktično izvajanje, razlaga pojavov z domnevami in vodi v znanstveno razmišljanje. Nekatere teorije so pomembne za razvoj zdravstvene nege. Razvrščamo jih v več sklopov:

- teorije potreb (Henderson, Orem, Roper),
- teorije interakcij (King, Peplau),
- teorije doseganja ciljev (Levine, Rogers, Roy).

Teorije potreb prikazujejo medicinsko sestro kot aktivno osebo, ki oceni uporabnikove potrebe in sproži aktivnosti za izvedbo le-teh. Teorije interakcij pričakujejo od medicinske sestre, da zna prepoznati uporabnikove potrebe in probleme in deluje v povezavi z osebnostjo uporabnika in njegovimi željami. Teorije doseganja ciljev pričakujejo od medicinske sestre, da povezuje uporabnika z njegovim okoljem, družino, skupnostjo (Pajnikihar 1999).

Pomembni sta tudi teorija motivacije po Maslowu in teorija Florence Nightingale. Teorija po Maslowu pomaga medicinski sestri razumeti teorijo Virginije Henderson. Po Maslowu so potrebne za delovanje vsakega posameznika najprej zadovoljene osnovne fiziološke potrebe. Sledijo jim potrebe po zagotavljanju varnosti, socializaciji, samospoštovanju in samouresničevanju. Florence Nightingale pa je v zdravstveni negi poudarjala pomen fizičnega, psihološkega in družbenega okolja za posameznika (Pajnikihar 1999).

Za zdravstveno nego je najpomembnejša teorija Virginije Henderson, ki v zdravstveni negi poudarja pomoč posamezniku in se osredinja na individualni pristop do posameznika pri zagotavljanju osnovnih življenjskih aktivnosti, kot so: dihanje, hranjenje in pitje, odvajanje in izločanje, gibanje in ustrezna lega, spanje in počitek, oblačenje, vzdrževanje telesne temperature, osebna higiena, izogibanje nevarnostim v okolju, komunikacija z ljudmi, verovanje, koristno delo, razvedrilo in rekreacija ter tudi učenje in pridobivanje znanja. Teorija Virginije Henderson zajema vse pomembne življenjske aktivnosti, potrebne za zagotavljanje kakovosti življenja in socializacije vsakega posameznika v skupnosti (Pajnikihar 1999).

3.10 Organizacijski pogled na socialnovarstveno storitev pomoč na domu

Organizacija je ciljno usmerjen in socialno oblikovan sistem človekovih aktivnosti, v katerem ljudje stremijo k skupnemu cilju, vendar pa lahko ima posameznik zelo različne ali celo nasprotno cilje od organizacije (Ovsenik in Ambrož 2000). Mnoge aktivnosti v organizaciji so predpisane tako, da bi ustrezale sposobnostim članov v organizaciji. Delitev dela v manjši organizaciji je preprostejša kot v veliki organizaciji, kjer je večplastna in kompleksna. Nastale razmere sprožijo težnjo po poenostavitvi organizacijskih procesov in nastajanju novih vlog in organizacijskih enot (Drucker 1997).

V kontekstu razumevanja pojma organizacije navajamo tudi trirazsežno opredelitev organizacije (Ovsenik 1999), kot strukturo v smislu sociološke organizacijske teorije, kot proces v smislu procesnega pogleda naravoslovja in avtopoieze in kot princip v smislu delovanja v obliki energije poenotenja, kjer se organizacija (Bukovec 2009) kaže kot celota učinkovanja naravnih in socialnih zakonov in pomeni nasprotovanje entropiji. Organizacija preneseno pomeni življenje, kjer se struktura in proces spreminjata v kontekstu delovanja in poenotenja.

Pri pomoči na domu organizacija s svojim sinergijskim delovanjem omogoča posamezniku večje možnosti osebnega razvoja, kot bi si jih le-ta zagotovil sam. Vse uspešne, ciljno usmerjene organizacije posamezniku pomagajo pri zadovoljevanju osnovnih potreb po varnosti, osebnem razvoju in postavljanju vizije prihodnosti. Posameznik je kot avtopoetično in avtonomno bitje še vedno v ospredju. V syspoetične sisteme se posameznik združuje zaradi zadovoljevanja potreb, ki jih kot posameznik ne bi mogel ali znal zadovoljiti sam. Trditve Maturane in Variele (v Ovsenik in Ambrož 2010), da družbeni sistemi obstajajo zaradi posameznika in ne obratno, veljajo. Torej se bo moral družbeni sistem države prilagoditi spremembam na področju menedžmenta starih ljudi, ergonomskega prilagajanja delovnega okolja starajočemu se zaposlenemu, skrbi po zagotavljanju staranja v domačem okolju, medgeneracijskemu sožitju več generacij pri vzajemnem sodelovanju in zagotavljanju zaposlenosti mlade generacije (Ovsenik in Ambrož 2010).

Znotraj organizacijskega polja je posebno pozornost treba nameniti neprofitnim organizacijam. Neprofitne organizacije delujejo v javnem interesu, njihov namen predstavlja trajno zagotavljanje storitev in dobrin, ki so osnova za uspešno delovanje družbe kot celote, njenih podsistemov in posameznega človeka in niso ustanovljene zaradi ustvarjanja dobička (Ovsenik in Ambrož 1999), saj vsa sredstva, ki jih organizacija pridobi, nato porabi za delovanje in razvoj dejavnosti. Neprofitne organizacije se razlikujejo po poslanstvu, merjenju rezultatov in načinu strategije delovanja.

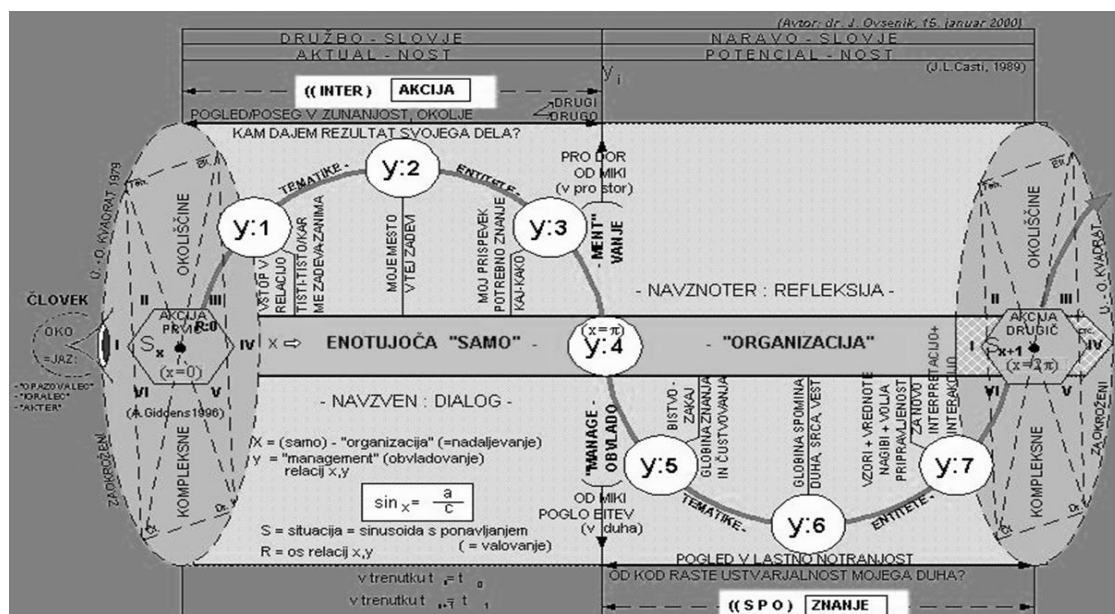
Naloga neprofitnih organizacij je predvsem oblikovanje vizije, kar pomeni oblikovanje nove podobe in scenarija delovanja organizacije za naprej. Oblikuje jo ustanovitelj skupaj z vodstvom organizacije (Ovsenik in Ambrož 1999; Ovsenik in Ambrož 2006).

Organizacija obstaja le tedaj, ko med seboj povezuje ljudi, ki si prizadevajo doseči skupni cilj in izhaja iz enačbe, da pojem organizacije predstavlja razmerje med ljudmi (Ovsenik 1999). Organizacija je tudi struktura, ki je lahko družbena, sociotehnična struktura delovnih sredstev in ljudi. Organizacijska struktura je sestavljena iz treh osnovnih elementov, ki se imenujejo kompleksnost, formalizacija in centralizacija. Organizacijski proces je definiran v določenem času, kar pomeni usklajeno zaporedno delovanje določene organizacijske strukture z definiranimi cilji (Vila in Kovač 1998).

Če želi posamezna oseba zadovoljiti svoje potrebe ali če želi posamezna organizacija doseči svoje cilje, mora premostiti ovire, ki so ji na poti. Lahko rečemo, da mora na tej poti uspešno reševati probleme. Probleme pa lahko uspešno rešujemo z zaznavanjem razlik in s hierarhičnim razporejanjem izkušenj, ki jih pri tem pridobimo (Heylingen v Ovsenik in Ambrož 2006).

Vsak posameznik v organizaciji zastopa svoje vrednote, vrednote posameznikov pa nato vplivajo na vrednote družbe (Možina 2002). Vrednote se uporabljajo kot imperativi pri presojanju ali kot standardi za vrednotenje in racionalizacijo odločitev. V tem smislu so notranja kontrola in »zemljevid« posameznega človeka (Ovsenik in Ambrož 2000, 143), imajo pa tudi širši pomen, saj gre za vrednote, ki so skupne neki skupini ali organizaciji.

Slika 3.2: Sinusoidni model/algoritem (človeško-akcijske) reflektivnosti – »Sinusoida 2000«



Vir: Ovsenik in Ovsenik (2000, 936).

Za potrditev navedenih ugotovitev je pomemben razvoj sinusoide (Ovsenik in Ovsenik 2012), ki pojasni »sinusoidni algoritem človeško–akcijske preišljevalnosti« v smislu zavestnega miselnega procesa med dvema zaporednima dejanjema. Navedeni proces se ponazarja z modelom sinusoide, ki ima svoj začetek v točki »Sx«, konec pa v točki »Sx +1«, ki že predstavlja začetek naslednjega dejanja. Človek kot akter in opazovalec med svojim preišljevanjem potuje po sinusoidi z odmikanjem lastne ustvarjalne misli, začeni od »slepo – objektivnega« učinkovanja naravnih zakonov, pri čemer se na vsaki točki te krivulje srečuje z »bifurkacijsko točko« oziroma točko razcepa, do točke, kjer je potrebna odločitev za nadaljnjo pot. Sinusoida predstavlja neskončno število točk, kjer se v začetni točki (y:1) vprašamo: »Kdo ali kaj me zadeva pri vstopu v novo relacijo?«, v drugi točki (y:2) se vprašamo: »Kako je opredeljeno moje mesto v tej novi situaciji?«, na tretji točki (y:3) se vprašamo: »Kaj lahko prispevamo v novi situaciji ter kaj in kako lahko to naredimo in še katera znanja potrebujemo za vlogo v tej situaciji?« Naslednja točka (y:4) je točka premika iz zunanega sveta (okolja) v notranji svet (duha). Na peti točki (y:5) pa: »Zakaj bi to počeli in kakšen motiv imamo za takšno ravnanje?«, v točki šest (y:6) se vprašamo: »Kaj nam pravijo o tem naš duh, srce in vest?«. In za konec se na točki sedem (y:7) vprašamo: »Ali smo pripravljeni stopiti na pot nove akcije, ali jo naj zavrnemo?«. Sinusoida se oklepa vzdolžne osi, model spoznanja, opredeljen kot menedžment ali kot naravni pojav in ne zgolj kot organ upravljanja v smislu organizacije.

V letih od 2000 do 2012 se je model nenehno razvijal in se spreminjal, človeško akcijska reflektivnost (preišljevalnost) se je spremenila v obliko kroga in je lahko podlaga za reševanje organizacijskih problemov tudi na področju svetovne gospodarske krize (Ovsenik in Ovsenik 2012).

Enaki organizacijski pristopi veljajo tudi na področju pomoči na domu. Življenje predstavlja omrežje nenehnega ustvarjanja in preurejanja samega sebe s transformacijo ali premeščanjem svojih sestavin, prepoznavo sovpadanje procesa spoznavanja, učenja skozi proces življenja (Capra v Bukovec 2009). Metaforično lahko zaključimo: »kot je v reki nešteto valov, je tudi v reki življenja nešteto valov preišljevanja« (Ovsenik 2013). Sinusoidni val je sestavljen iz »hriba« in »doline«, na hribu se človek ozre zunaj sebe in pride v dialog z okoljem, v dolini se človek poglubi vase in opravlja refleksijo s samim seboj na poti odločanja o življenjski poti.

Primer sinusoide uporabi Filej (2007) pri razvijanju procesa človekovega preišljevanja na primeru razvoja menedžmenta v zdravstveni negi in socialnem varstvu in ugotavlja, da obstaja med področjema tanka ločnica, ki pri zagotavljanju profesionalne oskrbe starostnika v

domačem okolju sploh ne bi smela obstajati. Bukovec (2009) je za razliko uporabil primer sinusoide v procesu zagotavljanja razvoja človeških virov.

Za sporazumevanju v timu, ki temelji na odnosu in sprejemanju posameznika kot člana tima ali uporabnika, je pomembna komunikacija. Komunikacija je življenjsko pomembna za funkcioniranje organizacije. Prav tako pa so pomembni komunikacijski kanali – pa naj gre za formalne ali neformalne – saj prinašajo za funkcioniranje organizacije pomembne informacije (Kavčič 2008). Informacije pa danes pomenijo moč in konkurenčno prednost organizacije.

4 SKRB ZA STARE LJUDI – PRIMERI DOBRIH PRAKS

4.1 Skrb za stare ljudi – primeri dobrih praks v Evropi

Pomoč na domu je po Evropi različno organizirana, zato v nadaljevanju predstavljamo nekaj primerov dobrih praks (Černišek in drugi 2011a). Kakovost storitev in razširjenost mreže pa sta zelo raznoliki. Pomoč na domu je kompleksna dejavnost in organizacijsko zelo različno umeščena v življenje lokalnega okolja. Pomoč je vezana na institucije in domovanje starostnika ter tudi dopustniško destinacijo (Hvalič Touzery 2007b).

Švedska ima v skrbi za stare in za delo nezmožne dolgo tradicijo. Že od leta 1571 ima v veljavi zakon, ki je zahteval, da družba poskrbi za ljudi, ki tega ne zmorejo sami. V 17. stoletju so nastajale sirotišnice, kjer so bivali skupaj stari ljudje in osebe s težavami v duševnem zdravju. Varovanci so s svojim delom po svojih zmožnostih prispevali k preživetju. V 19. stoletju so nastajale ustanove kot delovni kolektivi revežev, ki so se, kolikor so zmogli, ukvarjali s poljedelstvom, gospodinjstvom. Župnije in kmetje so z dajatvami pomagali prebroditi revščino v teh ustanovah tistim, ki niso bili zmožni delati. Takih ustanov je bilo leta 1890 že okoli 280. V dvajsetih letih 20. stoletja so švedske občine začele po določenih smernicah in napotkih graditi domove za stare ljudi, ki so zagotavljali, da so v njih ljudje imeli poleg skupnih prostorov vsak svojo sobo. Okrog leta 1960 so se lahko stari ljudje prostovoljno odločali za domsko varstvo, razvijati se je pričela socialna pomoč na domu, imeli so možnost najetja posojila za gradnjo upokojenskih stanovanj. Mnogi so zato ostali v domačem okolju (Hvalič Touzery 2007b).

Švedska ima najbolj razvit in obsežen sistem zdravstvenega in socialnega varstva na svetu. Financirajo in upravljajo ga javne službe. Leta 1983 so na Švedskem sprejeli zakon o zdravstvu in zdravstveni negi, ki omogoča zdravstveno varstvo vsem članom družbe in jim zagotavlja visoko raven splošnega zdravja in nege pod enakimi pogoji. Primarna naloga javnega sektorja je, da ponuja starim ljudem socialne servise in zdravstveno varstvo. Švedska ima dobro razvejano pomoč na domu, ki jo krije zdravstveno zavarovanje. Razvejana je po vsej državi in ima 24-urno pomoč. Za vikend pa prejemnikom pomoči omogoča bivanje v toplicah. Na razpolago imajo svetovalca, ki koordinira stike med formalnimi službami in prejemniki pomoči (Hvalič Touzery 2007b).

Švedska je priznana kot država s široko podporo javnega financiranja zdravstvenih in socialnih storitev za državljane vseh starosti. Reforma na področju oskrbe starejših iz leta 1992 je plačevanje in vodenje oskrbovalnih ustanov prenesla na občine, te so hkrati prevzele odgovornost za institucionalno dolgotrajno oskrbo. Prav tako so uredili vpliv zdravstvene in socialne oskrbe na lokalni ravni, uskladili storitve, znižali število postelj v bolnišnicah ter povečevali število postelj v ustanovah za dolgotrajno oskrbo in v domačem okolju, s čimer je bil cilj dosežen. Bivanje starih ljudi v stanovanjih je podprto s storitvami pomoči na domu, tako lahko oskrbovanci dlje časa ostajajo v domačem okolju. Ponudba storitev je razdeljena med upravljavce bivanja in občino. Oskrbnina se pokrije v 90 % s sredstvi države oziroma občine, desetodstotni delež pa prispeva uporabnik. Mogoče je tudi neprofitno lastništvo bivalnih kompleksov, kjer je poleg bivanja ponujeno še zagotavljanje zdravstvenih storitev in storitev pomoči na domu (Voljč 2010).

Na **Nizozemskem** za prejemnike in izvajalce pomoči organizirajo skupni dopust, na primer bivanje v hotelih, kjer je zagotovljena enaka oskrba kot v domačem okolju. Po nagrajeni POM metodi, ki je preventivnega značaja, ponujajo neformalnim oskrbovalcem praktično, sistematično in metodično pomoč. Tudi v **Belgiji** so izvajalcem pomoči skupaj s prejemniki pomoči (uporabniki) na voljo brezplačne počitnice. **Češka** ima razširjeno babiško varstvo, v okviru katerega prostovoljci nekaj ur dnevno v domačem okolju skrbijo predvsem za dementne ljudi. Na **Irskem** deluje klinika, ki ponuja integriran paket družinske oskrbe, vanj je zajeta tudi začasna oskrba na domu. V **Franciji** obstajajo gerontološki centri, ki starim ljudem ponujajo celostno obravnavo. Posamezne bolne in stare ljudi ter njihove oskrbovalce spremljajo s sistemom CLIC, to je center za gerontološke informacije in koordinacijo (Hvalič Touzery 2007b).

Na Nizozemskem reformirajo dolgotrajno oskrbo že dvajset let. Komisija za oskrbo starostnikov je že leta 1994 pripravila dokument, s katerim je predlagala bolj koordiniran sistem, ki naj bi upošteval individualni pristop in bi bil podprt s skladi, subvencijami in posebnimi sredstvi. Državljeni Nizozemske so 64–odstotno zavarovani za primer navedenih storitev, upokojenci plačujejo nižje prispevke, 36 % državljanov pa ima zasebno zavarovanje. Ne glede na višino plače ali zaposlitveni status pa je vsak državljan po zakonu o izrednih izdatkih zavarovan za zdravstvena tveganja. Zakon je bil sprejet že leta 1968. Prispevki za plačilo zavarovanja za dolgotrajno oskrbo znašajo od 8,8 % do 9,6 %, od tega večji del plača delodajalec, upokojenci ne plačajo nič. Nizozemska stremi k temu, da se stari ljudje vključijo

v lokalno organizacijo, ki ponuja oskrbo na domu, invalidom je omogočen nakup potrebne oskrbe. Okoli 10 % starih ljudi prebiva v institucionalnem varstvu, vlada si že trideset let prizadeva za deinstitucionalno politiko. Podpirajo domačo in skupnostno oskrbo, širijo mrežo varovanih stanovanj, v katerih so nato stanovalci deležni zunanje pomoči. Bolnišnice se povezujejo z domovi za starejše občane, organizacijami za oskrbo na domu in izvajalci pomoči na domu v enotno organizacijo. Nacionalna organizacija medicinskih sester se je združila z oskrbo na domu, kar je vneslo večjo učinkovitost in stalnost oskrbe na domu (Voljč 2010).

Finska politika aktivnega staranja je zvišala stopnjo delovne aktivnosti prebivalstva s 55 na 64 let s 36,2 % v letu 1998 na 52,7 % do leta 2005. Usmerjali so jo številni nacionalni programi, kot so na primer program za starejše zaposlene, program za blaginjo na delovnem mestu, program razvoja delovnih mest, program za produktivnost. Navedeni programi finske politike aktivnega staranja temeljijo na treh stebrih:

- na preprečevanju in zmanjševanju kroničnih bolezni in prezgodnje smrti,
- na možnosti vseživljenjskega učenja,
- na zagotavljanju zaščite, varnosti in dostojanstva starejših v smislu socialne, finančne in fizične varnosti (Kajzer 2007).

Na področju neformalne oskrbe ima velik pomen komunikacijska tehnologija. V **Švici** uporabljajo elektronsko napravo Quo vadis. Gre za alarmne celice, ki zaznajo položaj starega človeka, ki biva v domačem okolju. Primerna je za ljudi s kognitivnim pešanjem. V **Angliji** so v Newhamu ugotovili, da je bila polovica prejemnikov pomoči na domu institucionaliziranih zaradi izčrpanosti izvajalcev pomoči na domu, ki so morali prepogosto izvajati nadzor. V okviru lokalnega projekta sedaj dajejo brezplačne različne naprave (alarme, GPS naprave, detektorje padcev). S planiranjem zdravstvene nege je zdravstvena oskrba na domu cenejša od zdravstvene oskrbe v bolnišnici (Vuga 1989).

V številnih državah vloga oskrbovalca ni posebej priznana, ne prejemajo finančnih nadomestil in nimajo pravice do dopusta. Oskrbovalci, ki so zaposleni v javnem sektorju, imajo ponekod pravico do plačanega ali neplačanega dopusta. Države postopoma vpeljujejo javna finančna nadomestila za dolgotrajno oskrbo. Prejme jih neposredno družinski oskrbovalec ali prejemnik, ki nato sam poravnava stroške izvajalcu oskrbe. Na **Madžarskem** in **Malti** so finančna nadomestila prenizka in ne zagotavljajo pokritja stroškov oskrbe. V nekaterih državah - na **Danskem**, **Finskem**, v **Franciji**, v **Irski** in na **Norveškem** so lahko oskrbovalci uradno priznani

kot zaposleni in prejemajo plačo, nadomestila, zavarovanje, pokojnino, zagotovljena jim je tudi možnost usposabljanja. V nekaterih državah so socialno zavarovani in jim priznavajo delovno dobo: **Češka, Luksemburg, Norveška, Velika Britanija**. Zavarovanje za primer poškodbe pa imajo v **Avstriji** in na **Finskem** (Hvalič Touzery 2007b).

Vsepovsod smo priča dolgotrajni skrbi za pomoči potrebne. Zato tudi v Sloveniji vpeljujemo projekt dolgotrajne oskrbe. Dolgotrajna oskrba pomeni zagotavljanje pomoči pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnosti osebam vseh starosti, ki so dolgotrajno funkcionalno odvisne. Običajno ljudje potrebujejo pomoč pri zagotavljanju osnovne zdravstvene nege, kot je oskrba ran, lajšanje bolečin, aplikacija predpisanih zdravil. Namenjena je telesno in duševno prizadetim osebam z zdravstvenimi težavami, ki potrebujejo pomoč še pri dnevnih opravilih, pri tem pa starost sploh ni tako odločilna, saj so lahko opravilno odvisne osebe vseh starosti (Voljč 2010).

Dolgotrajna oskrba postavlja države pred organizacijske izzive vseh vrst. Zahteva povezovanje zdravstvene in socialne oskrbe, sooča se z odsotnostjo koordinacije, težavnim nadzorom nad stroški in nadzorom nad uresničevanjem zastavljenih ciljev. **Danska, Nemčija, Nizozemska in Švedska** imajo najbolj povezan sistem zagotavljanja pomoči na domu (Voljč, 2010).

Danska je med razvitimi državami prva vpeljala sistem oskrbe na domu kot prioriteto. Temelji na prostovoljni osnovi. Na Danskem je 15 % prebivalstva starejšega od 65 let. Zdravstvena oskrba je organizirana v okviru javne službe. V 85 % je storitev plačana iz javnih sredstev. Pomoč na domu je v vseh provincah Danske brezplačna. Socialne storitve vključujejo dolgotrajno oskrbo, bivanje za starejše ter tudi za druge starostne skupine in jih zagotavlja občina. Oskrbovance razvrščajo po stopnjah (ne)odvisnosti. Država dejavnost podpira z različnimi skladi in finančnimi nadomestili (Voljč 2010).

V **Nemčiji** predstavljajo starejši nad 65 let več kot 15 % prebivalcev. Do leta 1994 je bila težnja nemškega sistema pri zagotavljanju institucionalnega varstva starejšim njihovo premoženjsko stanje. Zaradi vse večjih proračunskih težav in naraščanja potreb po zagotavljanju oskrbe so uvedli obvezno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo oziroma odvisnost. Prispevek za zavarovanje skupaj znaša približno 2 % plače, polovično si ga razdelita delodajalec in delojemalec. Dostop do zavarovalnih premij ureja odbor za ocenjevanje, ki upravičenca uvrsti v eno izmed treh kategorij, od katerih ima vsaka tri vrste plačevanja. Plačila prejmejo

upravičenci, izvajalci storitev na domu in izvajalci institucionalnega varstva. Če zagotovljeni zneski ne pokrivajo stroškov oskrbe, lahko posameznik zaprosi za pomoč iz socialnega sklada. Zavarovanje za zagotavljanje oskrbe na domu so prenesli na zavarovalni sistem aprila leta 1995. Zavarovanje za zagotavljanje oskrbe pa so iz institucionalnega varstva prenesli v zavarovalni sistem (Voljč 2010).

Zavarovalni sistem poskuša za razrešitev nastale situacije vpeljevati novosti, ena izmed njih je zadruga starejših državljanov, ki temelji na izmenjavi prostovoljcev in plačanega osebja. Prostovoljci izvajajo gospodinjska dela, prevoze, komunikacijo in se vključujejo v skupine za samopomoč. Širijo se tudi bivalne zmogljivosti, ki zagotavljajo potrebne storitve, sofinancirane pa so iz posebnega sklada. Pogosto jih dopolnjujejo z državno socialno pomočjo. Zagotavljajo tudi luksuzne možnosti oskrbe, ki so namenjene (bogatejšim) starim ljudem. Ta stanovanja lahko upravljajo tudi neprofitne organizacije, vendar stanovalci ne prejemajo sredstev za bivanje, financirati jih morajo sami v celoti. Obstaja torej širok nabor storitev - od na primer skromnih internetnih storitev do kompletnih številnih socialnih aktivnosti pri oskrbi (Voljč 2010).

Glavni cilji nemške zavarovalne reforme so uresničeni. Manj kot 5 % oseb v domači oskrbi prejema sredstva od države in manj kot 25 % je kadarkoli napotenih v ustanovo. Prihranili so znatna proračunska sredstva, upravičenost do sredstev zavarovalnice izvajalcem zagotavljajo brez posebnih zapletov. Standardizacija in konsolidacija zavarovalnih stroškov imata prednost pred iskanjem najbolj ustreznih metod za izvajanje storitev. Še vedno je sistem precej rigiden (Voljč 2010).

Nemško ministrstvo za zdravje je objavilo številne publikacije o negi in oskrbi, ki so namenjene formalnim in neformalnim oskrbovalcem. Zakon o dolgotrajni oskrbi je v Nemčiji veljaven od leta 1995 kot peti steber socialnega zavarovanja. Prispevki za navedena zavarovanja se postopoma zvišujejo. Osebam v domovih dopuščajo možnost izbire – lahko imajo osebne pomočnika, imajo pravico do individualnega svetovanja. V Nemčiji narašča število ljudi, ki imajo tovrstno zavarovanje, zmanjšalo pa se je število ljudi, ki imajo institucionalno oskrbo. Postopek uveljavljanja storitev za dolgotrajno oskrbo začne zavarovanec, kateri izpolnjuje pogoje za navedeno storitev za dolgotrajno oskrbo, če je v času pred vložitvijo vloge za oskrbo vsaj dve leti zavarovan za primer dolgotrajne oskrbe (ali zavarovan kot družinski član). Medicinska služba zdravstvenega zavarovanja nato ugotavlja upravičenost posameznika do

dolgotrajne oskrbe. Izdelava izvedenskega mnenja traja pet tednov, če je zavarovanec v bolnišnici, ambulantni paliativni oskrbi ali hospicu se rok obravnave skrajša za teden dni. Izvedenec oceni potrebe zavarovanca po dolgotrajni oskrbi na domu in ga uvrsti v eno izmed treh kategorij:

- prva kategorija: pomoč pri osebni negi vsaj enkrat dnevno, pomoč pri gibanju za čas več kot 45 minut dnevno, pomoč pri gospodinjskih in drugih opravilih najmanj 90 minut dnevno;
- druga kategorija: pomoč pri osnovni negi vsaj trikrat dnevno, pomoč pri gibanju najmanj 2 uri dnevno, pomoč pri gospodinjskih in drugih opravilih najmanj 3 ure dnevno;
- tretja kategorija: 24-urna pomoč pri osebni negi, pomoč pri gibanju najmanj 4 ure dnevno, pomoč pri gospodinjskih in drugih opravilih najmanj 5 ur dnevno.

Osebe, ki so zmožne izvajati osnovne življenjske aktivnosti in jih ni mogoče uvrstiti v navedene kategorije pomoči, lahko zaprosijo za denarno pomoč za nego in oskrbo in oskrbovalca nagradijo (Pihlar 2010).

4.2 Dileme sprejemanja zakona o dolgotrajni oskrbi v Sloveniji

Zakon o dolgotrajni oskrbi uvaja posebno socialno zavarovanje za potrebe dolgotrajne oskrbe in s tem zagotavlja večjo dostopnost storitev v domačem okolju osebam, ki to pomoč potrebujejo. Z novim zakonom bo urejeno tudi področje osebne asistence za invalide, ki potrebujejo kontinuirano podporo in pomoč za vključevanje v družbo.

Z zakonom o dolgotrajni oskrbi se Slovenija pridružuje razvitim državam pri zagotavljanju oskrbe pomoči potrebnim. Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi je v pripravi že od leta 2006. Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi in tudi zavarovanje za dolgotrajno nego še dopolnjujejo. Slovenija z zakonom stopa na pot razvitih držav. Za zagotavljanje osnovne in dodatne oskrbe starostnika na domu ali v instituciji je treba zagotoviti materialna sredstva, in sicer z dodatnim zdravstvenim zavarovanjem za primer dolgotrajne oskrbe (po vzoru tujine).

Nagode in drugi (2014) navaja, da bo zakon o dolgotrajni oskrbi prinesel številne nove možnosti preživljanja starosti oziroma obdobja, v katerem bo posamezni uporabnik potreboval tujo nego in pomoč. Uporabniki, nameščeni v institucijo, bodo v prihodnje imeli več možnosti. Priprava navedenega zakona se usmerja v ureditev takega sistema zavarovanja in podpore, ki bi ljudem

omogočil ostajati v domačem okolju, kjer bi prejeli vsa potrebna oskrba ali sredstva za oskrbo. Uvedene bodo nove pravice, na primer pravica do tehničnih pripomočkov in adaptacije stanovanja.

4.3 Predstavitev institucij socialnovarstvene storitve pomoč na domu, vključenih v raziskavo

V Sloveniji imamo dva generalizirana centra za zagotavljanje pomoči na domu, in sicer v Ljubljani Zavod za oskrbo na domu Ljubljana, v Mariboru pa Center za pomoč na domu, v drugih predelih Slovenije je skrb za zagotavljanje pomoči na domu v domeni centrov za socialno delo in tudi v okviru zasebnih koncesionarjev. Raziskavo smo izvajali v okviru Centra za pomoč na domu v Mariboru in v okviru Centra za socialno delo Ptuj.

Med specializirane zavode za pomoč na domu sodita le Center za pomoč na domu Maribor in Zavod za oskrbo na domu Ljubljana. Prvi pomoč na domu izvaja v štirih občinah Podravske regije (Maribor, Hoče-Slivnica, Rače-Fram, Starše), medtem ko je Zavod za oskrbo na domu specializiran zgolj za Ljubljano (Lebar in drugi 2015, 19).

Center za pomoč na domu Maribor izvaja socialnovarstvene storitve pomoč na domu oziroma socialno oskrbo na domu. Storitve zajemajo socialno oskrbo invalidnega upravičenca, starostnika ter drugih, ko oskrba na domu lahko prepreči napotitev v institucionalno varstvo (CPD Maribor 2016).

Po finančni plati je storitev subvencionirana s sredstvi državnega proračuna, participirati pa mora tudi občinska blagajna. Upravičenci plačujejo storitev v skladu s svojimi finančnimi zmožnostmi; o vsakem primeru posebej odloča pristojni center za socialno delo, ki ugotavlja posameznikovo finančno situacijo. Neposredne izvajalke storitve so socialne oskrbovalke ali oskrbovalci na domu. Navedene storitve opravljajo običajno ženske. Naloge organiziranja službe pa opravljajo koordinatorji pomoči na domu.

Izvajalec storitev se z uporabnikom pomoči dogovori o vrsti storitev, o obsegu in terminih zagotavljanja socialne oskrbe na domu. Opredelita medsebojne pravice, obveznosti in odgovornosti glede na uporabnikove potrebe in želje. Upoštevajo se organizacijske in

kadrovske zmožnosti izvajalcev in obseg sodelovanja s svojci. Storitve pomoči na domu se običajno izvajajo od ponedeljka do petka, od 7. do 15. ure, po potrebi pa tudi zunaj teh terminov (tudi ob sobotah, nedeljah ali praznikih). Posamezna storitev praviloma traja 30 minut, v maksimalnem dnevnem obsegu štirih ur, kar na tedenski ravni znaša 20 ur (CPD Maribor, 2016).

Največ občin pokriva Center za socialno delo Ptuj, in sicer kar 15: Cirkulane, Destrnik, Gorišnica, Hajdina, Juršinci, Kidričevo, Majšperk, Markovci, Podlehnik, Ptuj, Sveti Andraž v Slovenskih goricah, Trnovska vas, Videm, Zavrč in Žetale. Po številu občin sledita Center za socialno delo Mozirje in Center za socialno delo Lendava, ki oba pokrivata po sedem občin (Lebar in drugi 2015, 19).

Center za socialno delo Ptuj je javni zavod, v okviru katerega deluje enota pomoči na domu. Ta pokriva navedene aktivnosti tudi v okoliških občinah Cirkulane, Destrnik, Majšperk, Markovci, Trnovska vas in druge. V občino Majšperk spada več naselij², ki se združujejo v tri krajevne skupnosti Majšperk, Ptujška Gora in Stoperce. Obsega 72,8 km² ozemlja; v občini živi 4.223 prebivalcev v 26 naseljih in treh krajevnih skupnostih. Pomoč na domu je uporabnikom zagotovljena v okviru Centra za socialno delo Ptuj, ki pokriva okoliške občine (CSD Ptuj 2016).

Občina Majšperk stroške storitve pomoči na domu krije izvajalcu Centru za socialno delo Ptuj s subvencijo v višini 50 % (CSD Ptuj 2016). Če v manjši občini, kot je na primer Majšperk, prejema pomoč na domu dovolj veliko število uporabnikov, se lahko ustanovi samostojni zavod za pomoč na domu.

² Naselja: Breg, Bolečka vas, Doklece, Dol pri Stopercih, Grdina, Janški Vrh, Jelovice, Koritno, Kupčinja Vrh, Lešje, Majšperk, Medvedce, Naraplje, Planjsko, Podložje, Ptujška Gora, Preša, Sestrže, Sitež, Skrblje, Slape, Spodnja Sveča, Stogovci, Stoperce, Stanečka vas in Zgornja Sveča.

5 METODOLOGIJA

5.1 Opredelitev problema

V Sloveniji v razvoju oskrbe zaostajamo za mnogimi evropskimi državami, saj je pri nas razvita predvsem oskrba v institucionalnem varstvu, medtem ko so storitve na domu še v razvoju in zaenkrat še ne zagotavljajo celovite dolgotrajne oskrbe (Filipovič Hrast in drugi 2014).

V magistrskem delu zato vidimo jedro problema v togosti sistema organizacije pomoči na domu in v vrednotenju pomena razvoja organizacije pomoči na domu starim ljudem, ki se želijo starati v domačem okolju, saj kot menita Cijan in Cijan (2003) ostarelega človeka ne smemo ločiti od drugih le zato, ker je ostarel. Družba mora poskrbeti, da lahko star človek ostane čim dlje v domačem okolju, saj je pomoč na domu kot socialnovarstvena storitev namenjena izboljšanju kakovosti življenja starejših ljudi, ki živijo doma in ki zaradi bolezni ne morejo sami skrbeti zase in jim družina ne more zagotoviti popolne oskrbe (Hlebec in drugi 2010).

Vendar pa vsakdo nima te možnosti bodisi zaradi zaposlenosti svojcev bodisi zaradi pomanjkanja posluha bližnjih za starega človeka ali pa tudi zaradi nezmožnosti mlajše generacije pomagati ostarelemu svojcu in zanj kompetentno skrbeti (Priatelj in Kovačič Rus 2003). Do pomoči na domu so upravičeni tudi drugi uporabniki tovrstnih storitev (Hvalič Touzery 2006). Imperativ pomoči na domu in uvedba zavarovanja za dolgotrajno oskrbo (Nagode in drugi 2014) pomenita s primerno podporo razvoju organizacije pomoči na domu humanizacijo staranja in bivanja v domačem okolju.

Raziskovali smo zadovoljstvo uporabnikov in izvajalcev pomoči na domu, kar je raziskovala tudi Rajer (2015). Predlagali smo spremembe, utemeljene z izsledki, ki smo jih predstavili v konceptualnem modelu pomoči na domu. Zanimala nas je tudi seznanjenost možnih uporabnikov pomoči na domu z možnostmi uporabe navedenih storitev, če bi jih potrebovali.

Predvidevali smo, da stari ljudje s šibko socialno mrežo potrebujejo več pomoči, kot je prejemajo (Železnik 2007). Stari ljudje potrebujejo poleg formalne pomoči tudi neformalno pomoč družine (Glavica in Hižman 2007). Pomoč na domu naj bi bila usmerjena v medgeneracijsko sodelovanje (Ramovš 2005), saj bi tak pristop omogočil mlajši generaciji

pridobiti izkušnje s področja pomoči na domu. Danes v ospredje vstopa pomen medgeneracijske družinske solidarnosti, ki jo lahko opredelimo kot mikro nivo medgeneracijske solidarnosti, zajemajoče odnose med odraslimi otroki in njihovimi starši (Hlebec in drugi 2012).

Za našo raziskavo je pomemben tudi uvid v stanje kakovosti izvajanja pomoči na domu staremu človeku na območjih Maribora, Ptuja in Majšperka ter identifikacija razlik med ciljnimi skupinami. Aktualnost in potrebe po raziskovanju kakovosti izvajanja socialne oskrbe na domu potrjuje tudi raziskava Hlebec in drugi (2014), ki je potekala na nacionalnem nivoju in je vključila uporabnike, njihove svojce in socialne oskrbovalce.

Človek ima pravico do dostojnega življenja ne glede na raso, spol, vero in politično pripadnost. Kakovost življenja se v celotnem življenjskem obdobju spreminja (Erikson 1976, 2014). Človek starost pričakuje, ne more se ji izogniti, kljub temu pa starost večinoma vsakogar preseneti. Težko se je soočiti z njo, tudi s pešanjem sposobnosti, z upočasnitvijo in z bolezenskimi tegobami (Pajnikihar 1999). Star človek želi živeti v lastni oziroma večgeneracijski družini (Ramovš 2003), v znanem bivalnem okolju, kar je zanj bolj humano in za družbo ceneje. V preteklosti je bil razvoj skrbi za stare ljudi usmerjen v gradnjo institucionalnih oblik varstva starih in onemoglih (Jošt 2005), vendar pa institucije niso zmogle zadostiti vsem potrebam po pomoči (Mali 2008), zato se poudarja, da je za starega človeka humano ter za družbo in starega človeka (ali drugega uporabnika, potrebnega pomoči na domu) ceneje, da star človek ali drug uporabnik pomoči na domu ob dobro organizirani pomoči čim dlje biva v domačem okolju (Filej 2007). Zato je razvoj modela pomoči na domu za prakso potreben, saj prinaša potrebo po kompleksnih znanjih in kompetencah, potrebnih za delo s starimi (Hlebec in Filipovič Hrast 2015). Model mora sloneti na postulatih modela pomoči v socialnem delu (Čačinovič Vogrinčič 1984; Mali 2008), modela zdravstvene nege (Pajnikar 1999) in na organizacijskem modelu nove paradigme (Ovsenik in Ovsenik 2012).

5.2 Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je bil s poglobljeno analizo izvajanja pomoči na domu ugotoviti zadovoljstvo uporabnikov in izvajalcev s kakovostjo pomoči na domu. Zanimala nas je tudi seznanjenost potencialnih uporabnikov storitve pomoč na domu z izvajanjem te socialnovarstvene storitve na obravnavanem območju.

Cilj raziskave so:

- proučiti relevantno literaturo s proučevanega področja;
- ugotoviti, kako stari ljudje sprejemajo pomoč na domu in ali navedene storitve izpolnjujejo njihova pričakovanja;
- ugotoviti, katere vrste pomoči stari ljudje najpogosteje uporabljajo in ali so z njimi zadovoljni;
- ugotoviti zadovoljstvo izvajalcev socialnovarstvene storitve pomoč na domu z organiziranostjo njihovega dela in njihovim delom;
- ugotoviti, v kolikšni meri potencialni uporabniki pomoči na domu poznajo storitve in kateri so njihovi predlogi za izboljšave;
- seznaniti se s primeri dobrih praks iz tujine;
- izdelati inovativen konceptualni model socialnovarstvene storitve pomoč na domu.

Pri oblikovanju raziskovalnih vprašanj in hipotez smo izhajali iz ugotovitev prejšnjih lastnih raziskav (Črnenšek in drugi 2011a; 2011b; 2011c), v katerih smo se usmerjali v raziskovanje dostopnosti in enakosti zdravstvene oskrbe pacientov na domu. Posledično nas je zato zanimalo, kakšna je stopnja zadovoljstva prejemnikov pomoči na domu ter kakšni izzivi in priložnosti se nam v odnosu do te populacije še kažejo. Vsekakor smo sledili ugotovitvam, da seznanjenost s posameznimi socialnovarstvenimi storitvami na domu ter tudi kakovost storitev in zadovoljstvo ostajajo neznane dimenzije problema. Zato smo se odločili, da jih bomo v magistrskem delu raziskali. Zastavili smo si tri raziskovalna vprašanja in tri hipoteze, po eno za vsak vzorec, zajet v naši raziskavi.

V raziskavi smo si zastavili tri raziskovalna vprašanja:

1. Kako so uporabniki socialnovarstvene storitve zadovoljni s pomočjo na domu?
2. Kako izvajalci vrednotijo izvajanje lastne socialnovarstvene storitve pomoč na domu?

3. Ali so potencialni uporabniki seznanjeni z izvajanjem socialnovarstvene storitve pomoč na domu?

Z raziskavo želimo preveriti naslednje tri hipoteze:

- H1: Uporabniki socialnovarstvene storitve pomoč na domu izražajo največje zadovoljstvo s storitvijo pomoč v gospodinjstvu.
- H2: Izvajalci socialnovarstvene storitve pomoč na domu najvišje vrednotijo izvajanje pomoči pri osebni higieni.
- H3: Domovi za ostarele in pomoč na domu sta obliki socialne oskrbe, ki ju potencialni uporabniki socialnovarstvene storitve pomoč na domu najpogosteje prepoznajo.

5.3 Metode raziskave

V teoretičnem delu magistrskega dela smo uporabili metode kompilacije, komparacije, analize in sinteze.

V empiričnem delu smo uporabili kvantitativni raziskovalni pristop. Podatke smo zbrali z anketiranjem. Za analizo podatkov smo uporabili relevantne metode deskriptivne in interferenčne statistike.

5.4 Merski instrumenti

V raziskavi smo podatke zbrali s tremi različnimi anketnimi vprašalniki, ki smo jih na podlagi proučevane literature izdelali sami. Anketni vprašalniki so priloženi v prilogi magistrskega dela naloge.

Prvi anketni vprašalnik je zajemal vprašanja o zadovoljstvu uporabnikov pomoči na domu. Z vprašalnikom smo najprej zbrali osnovne demografske podatke, podatke o časovnem poteku pomoči na domu in/ali predvideni čas za izvedbo pomoči glede na potrebe uporabnikov zadostuje. V nadaljevanju je vprašalnik zajemal vprašanja o vrstah storitev – pomoč v gospodinjstvu, pomoč pri osebni higieni in pomoč pri vzdrževanju socialnih stikov. Uporabnike smo vprašali tudi o zadovoljstvu z opravljeno storitvijo.

Drugi anketni vprašalnik je zbiral podatke o zadovoljstvu izvajalcev pomoči na domu, kjer so le-ti vrednotili lastno kompetentnost in odziv uporabnikov na opravljene storitve. Anketni vprašalnik je zajemal osnovne demografske podatke, delovne izkušnje in število uporabnikov storitev pomoči na domu. Izvajalci so v nadaljevanju samoevalvacijsko ocenili svoje sposobnosti pri posameznih storitvah pomoči na domu. V zadnjem delu vprašalnika smo izvajalce povprašali po njihovem lastnem mnenju glede odziva uporabnikov na opravljene storitve, druženja, o finančni stimulaciji za delo ter o možnih izboljšavah.

Tretji vprašalnik pa se je nanašal na potencialne uporabnike storitve pomoč na domu in njihovo seznanjenost s socialnovarstvenimi storitvami in na predloge za izboljšanje kakovosti storitev.

Vprašalniki so bili poslani po pošti na naslove uporabnikov s podporo Centra za pomoč na domu Maribor in Centra za socialno delo Ptuj, potencialni uporabniki pa so bili anketirani osebno.

Pri anketiranju smo upoštevali kodeks etičnih standardov na področju socialnega varstva. Anketiranje je bilo anonimno in prostovoljno.

5.5 Vzorec

Vzorec naše raziskave predstavlja 37 uporabnikov pomoči na domu, 24 izvajalk – oskrbovalk pomoči na domu in 25 starih ljudi, ki so potencialni kandidati za pomoč na domu in živijo na območjih Maribora, Ptuja in Majšperka. Vprašalnike posameznih ciljnih skupin so anketirancem posredovali s Centra za pomoč na domu Maribor in Centra za socialno delo Ptuj.

Anketni vprašalnik za uporabnike pomoči na domu je bil poslan 50 osebam, vrnjenih je bilo 37 vprašalnikov (74 %). Oskrbovalke pomoči na domu so se na anketiranje odzvale v 96–odstotnem deležu, potencialni uporabniki pa v stodontnem deležu.

Na območju Maribora je bilo anketiranih 19 uporabnikov ter 9 izvajalcev pomoči na domu. Na območju Ptuja je bilo anketiranih 11 uporabnikov in 8 izvajalcev pomoči na domu. V občini Majšperk je bilo anketiranih 7 uporabnikov in 7 izvajalcev pomoči na domu. Iz tega izhaja, da smo v raziskavo vključili 19 anketirancev – uporabnikov pomoči na domu, ki jo izvaja Center za pomoč na domu Maribor in 18 anketirancev – uporabnikov pomoči na domu, ki jo izvaja

Center za socialno delo Ptuj. Torej smo v raziskavo skupaj vključili 37 uporabnikov pomoči na domu.

Center za pomoč na domu Maribor je delegiral 9 izvajalcev pomoči na domu, Center za socialno delo Ptuj pa 15 izvajalcev pomoči na domu (vključeni so tudi oskrbovalci, ki delujejo v občini Majšperk).

5.6 Tehnike zbiranja podatkov

Za empirični del magistrskega dela smo zbrali, analizirali in sintetizirali podatke – primarni so bili zbrani z anketnim vprašalnikom, analizirali smo jih s programom Excel, sekundarne podatke pa smo zbrali iz strokovne literature in relevantnih člankov, pridobljenih iz internetnih baz. S pregledom literature s področja izvajanja pomoči na domu starostniku smo iskali dosedanja spoznanja in raziskave v iskalnih bazah Google, Proquest in ScienceDirect in v platformi Cobiss. V iskalni bazi Google smo uporabili ključno besedo »pomoč na domu«, kjer je bilo število zadetkov 982.000. V iskalni bazi ScienceDirect smo uporabili ključno besedo »care at home«, kjer smo prejeli 443.157 ustreznih zadetkov. V platformi Cobiss smo uporabili ključno besedo »pomoč na domu«, kjer je bilo najdenih 88 zapisov.

Podatke smo zbirali s tremi različnimi anketnimi vprašalniki, posebej za uporabnike pomoči na domu ($N = 37$), za izvajalce – oskrbovalke pomoči na domu ($N = 24$) in za potencialne uporabnike ($N = 25$). Raziskava je bila opravljena s soglasjem Centra za pomoč na domu Maribor ter Centra za socialno delo Ptuj, ki pokriva občino Ptuj in sosednje občine (Cirkulane, Dornava, Destrnik, Majšperk, Podlehnik).

Anketiranje uporabnikov in izvajalcev pomoči na domu smo izvedli od septembra do novembra 2009, anketiranje potencialnih uporabnikov pomoči na domu pa spomladi 2010 (marec in april). Sodelovanje v anketiranju je bilo prostovoljno. Upoštevali smo anonimnost in varovanje podatkov anketirancev.

5.7 Obdelava in analiza podatkov

Vzorec uporabnikov, izvajalcev in potencialnih uporabnikov pomoči na domu je bil predstavljen v obliki frekvenčne porazdelitve za kategorične dejavnike oziroma aritmetične sredine in standardnega odklona za numerične dejavnike. Hipoteze smo potrjevali na podlagi t -testa. Statistično obdelavo smo naredili s programom Excel. Vrednost $p < 0,05$ je pomenila statistično značilno pomembnost.

5.8 Omejitve raziskave

V raziskavo so bili zajeti uporabniki pomoči na domu Podravske regije na območjih Maribora, Ptuja in nekaterih sosednjih občin (Majšperk), ki jih pokriva Center za socialno delo Ptuj. To regionalno območje ima dobro organizirano pomoč na domu, zato morda rezultatov ni mogoče generalizirati na celotni slovenski prostor. Raziskava ni bila omejena zgolj na stare ljudi, kot se je pričakovalo, saj prejemajo pomoč na domu tudi mlajši uporabniki, in sicer zaradi bolezni.

Vzorec v raziskavi je majhen, saj oskrbovalk pomoči na domu na proučevanem območju zaenkrat ni veliko. Prav tako so storitve pomoči na domu relativno slabo izkoriščene, zato smo težko pridobili obstoječi vzorec uporabnikov oziroma ti pogosto tudi niso želeli sodelovati. Razloge za nesodelovanje je težje oceniti, predvidevamo lahko, da morda niso želeli sodelovati uporabniki, ki s storitvami niso preveč zadovoljni. Zaradi tega razloga obstaja tveganje, da naši rezultati izkazujejo nadpovprečno zadovoljstvo uporabnikov s prejetimi storitvami pomoči na domu.

6 REZULTATI ANALIZE PODATKOV

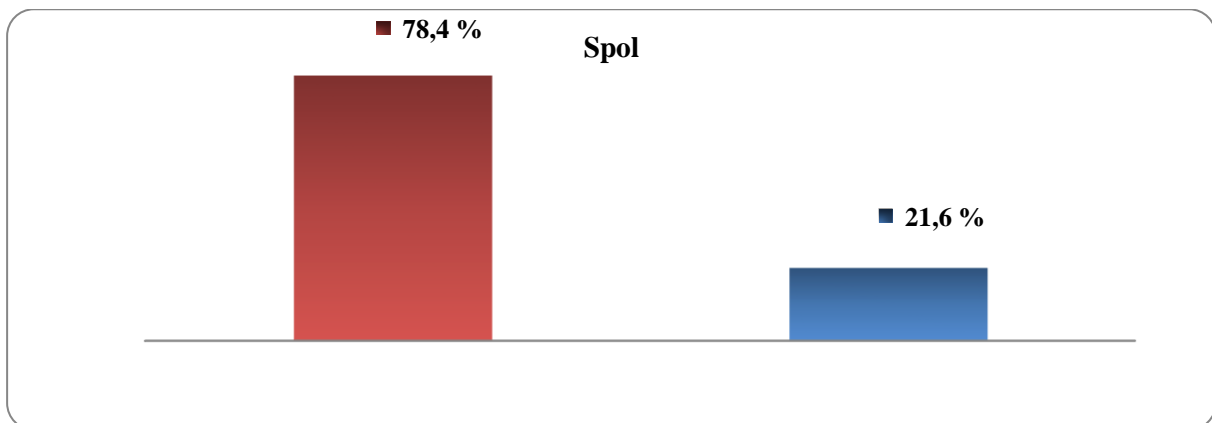
6.1 Analiza podatkov uporabnikov pomoči na domu

Izsledke deskriptivne in interferenčne statistike naše raziskave smo primerjali tudi z izsledki analize stanja izvajanja pomoči na domu v Sloveniji v letu 2010 (Nagode in drugi 2011) in 2014 (Lebar in drugi 2015), ki jih je izvedel Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo. Prav tako smo podatke primerjali tudi z izsledki raziskave Rajer (2015), ki je analizirala stanje v občinah Krško in Kostanjevica na Krki, in izsledki raziskave Hlebec in drugi (2014), ki so raziskovali kakovost socialne oskrbe na domu. Pri interpretaciji smo uporabili tudi spoznanja različnih strokovnjakov, ki smo jih predstavili v teoretičnih izhodiščih magistrskega dela.

6.1.1 Demografski podatki uporabnikov pomoči na domu

Vzorec vključenih uporabnikov pomoči na domu predstavlja 37 oseb, od tega je ženskega spola 29 oziroma 78,4 % uporabnic.

Slika 6.1: Spol uporabnikov pomoči na domu



Primerjava z analizo stanja izvajanja pomoči na domu v Sloveniji v letu 2010 (Nagode in drugi 2011) kaže, da je v našo raziskavo vključenih 11,4 % več žensk, kot je bilo povprečno število uporabnikov pomoči na domu v Sloveniji. Delež žensk v naši raziskavi je tudi za 12,3 % večji od deleža žensk v analizi stanja izvajanja pomoči na domu v Sloveniji v letu 2014 (Lebar in drugi 2015). V našo raziskavo je bilo vključenih za 18,8 % več uporabnic storitev na domu, kot je bilo vključenih v raziskavo Rajer (2015). Podatki nam kažejo, da je delež uporabnic pomoči

na domu v naši raziskavi višji od vseh primerljivih raziskav. To sovпада tudi z raziskovalnimi spoznanji Zelene knjige (2005) Sveta Evrope, ki govori, da se med spoloma povečujejo razlike v življenjski dobi.

Tabela 6.1: Starost uporabnikov pomoči na domu

	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Minimalna vrednost	Maksimalna vrednost
Starost v letih	76,3	10,1	32	97

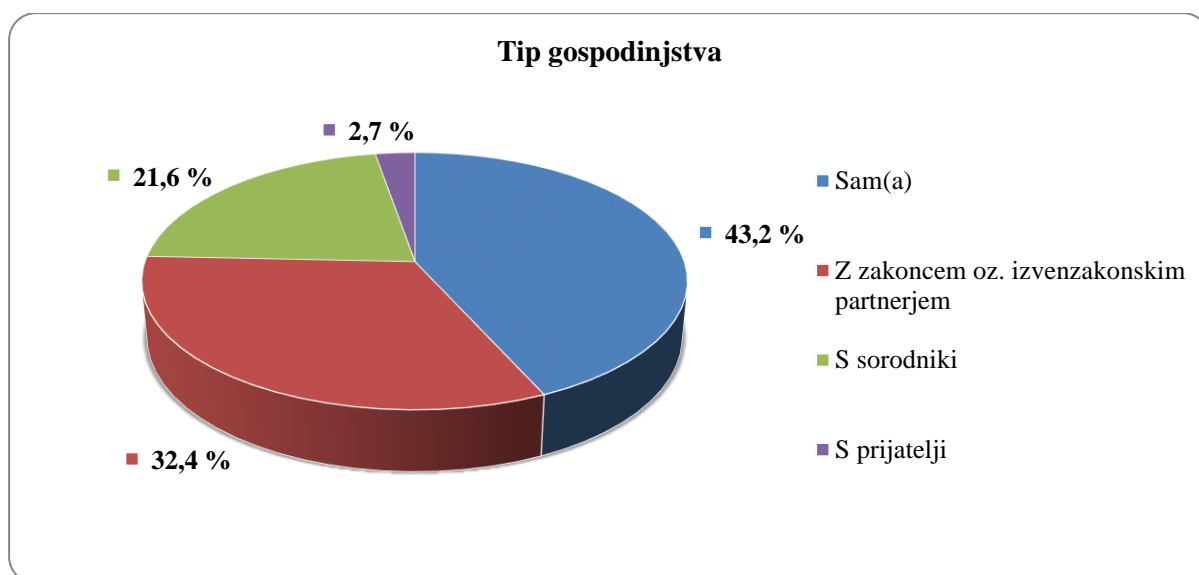
Starost uporabnikov pomoči na domu se giblje od 32 do 97 let. Povprečna starost uporabnikov pomoči na domu je 76,3 let. Kljub vsemu vidimo, da gre pretežno za populacijo ljudi v visoki starosti. Visoka povprečna starost uporabnikov pomoči na domu v naši raziskavi je posledica tudi konstantnega povečevanja deleža uporabnikov pomoči na domu v Sloveniji, starejših od 80 let, ki je višji od 50 % (Nagode in drugi 2011, 20). Tudi vseslovenska raziskava v letu 2014 kaže, da narašča delež uporabnikov, starejših od 65 let, saj se ta delež približuje 90 % (Lebar in drugi 2015, 24). Povprečna starost uporabnikov pomoči na domu v naši raziskavi je za 1,7 leta nižja od povprečne starosti uporabnikov v raziskavi Rajer (2015). Tudi Strategija varstva starejših do leta 2010 (2006) posebej opozarja, da se večja delež starih ljudi, ki potrebujejo veliko oskrbe, in da mnogi stari ljudje živijo sami ali z drugim starim človekom.

Tabela 6.2: Zakonski stan uporabnikov pomoči na domu

Zakonski stan	<i>N</i> = 37	%
Zakonska zveza ali zunajzakonska skupnost	12	32,5
Razvezan(a)	3	8,1
Vdova, vdovec	18	48,6
Samski(a)	4	10,8

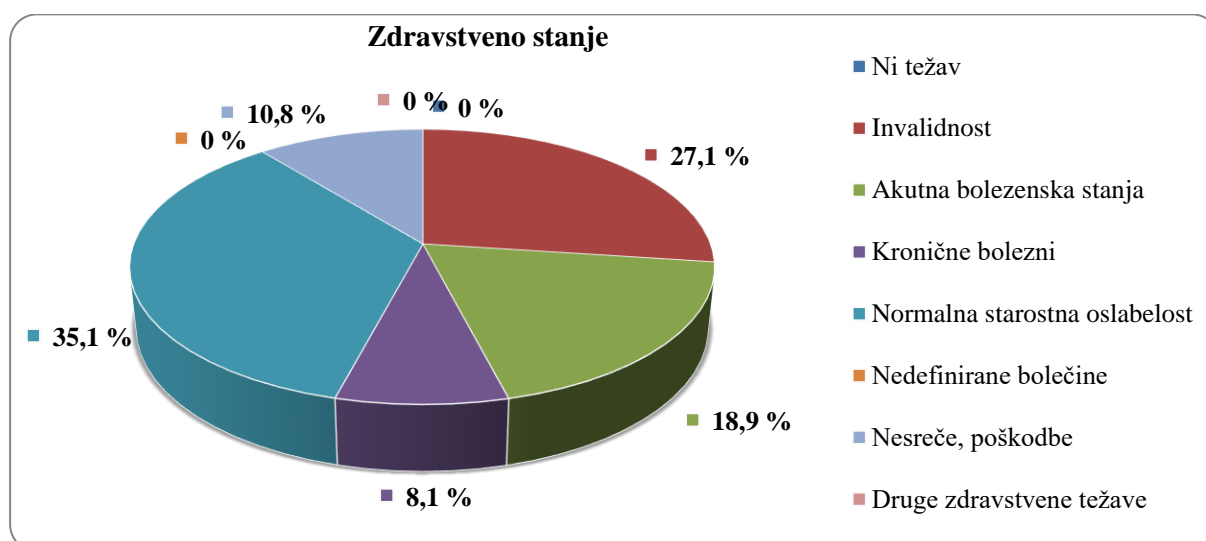
Vdove in vdovci predstavljajo 48,6-odstoten delež uporabnikov pomoči na domu, 32,5-odstotni delež uporabnikov pomoči na domu živi v zakonski zvezi ali partnerstvu. Razvezanih je 8,1 % anketirancev, samskih je 10,8 % (Tabela 6.2). V primerjavi z raziskavo Rajer (2015) se pokaže, da je v naši raziskavi delež ovdovelih za 9,3 % nižji ter delež zakonske in zunajzakonske skupnosti za 10,9 % nižji od primerljive raziskave. Bistvena primerjalna razlika podatkov naše raziskave in raziskave Rajer (2015) se zrcali pri samskih, ki jih je v raziskavi Rajer (2015) za 32,8 % več kot v naši raziskavi.

Slika 6.2: Tip gospodinjstva uporabnikov pomoči na domu



Pri vprašanju, s kom uporabniki storitev živijo, se je kljub temu, da so prej navajali, da je njihov stan zakonski ali zunajzakonski, vendar večina odločila za odgovor, da živijo sami (43 %). 21,6 % anketiranih uporabnikov živi s sorodniki in le 2 % anketiranih uporabnikov živi s prijatelji (Slika 6.2). Tudi Popis prebivalstva v letu 2002 je pokazal, da vse več starih ljudi živi samih (26 %), nadaljnjih 27 % starih ljudi pa živi še vsaj z eno staro osebo (SURS 2003). Prav tako SURS (2003) ugotavlja, da je v Sloveniji 16 % gospodinjstev izključno s starimi osebami, 15 % pa je takih, kjer je vsaj ena oseba starejša od 65 let in živi z mlajšimi osebami. Visok delež uporabnikov, ki živijo sami, kažejo tudi izsledki raziskave Rajer (2015). Tudi to kaže, da je povečana potreba po izvajanju pomoči na domu dejstvo. Na problem starih ljudi, ki živijo sami, sta opozorili tudi Hlebec in Mandič (2005), ki poudarjata, da to predstavlja resen družbeni problem, ki terja ustrezen strokovni pristop in odgovor družbe.

Slika 6.3: Zdravstveno stanje uporabnikov pomoči na domu

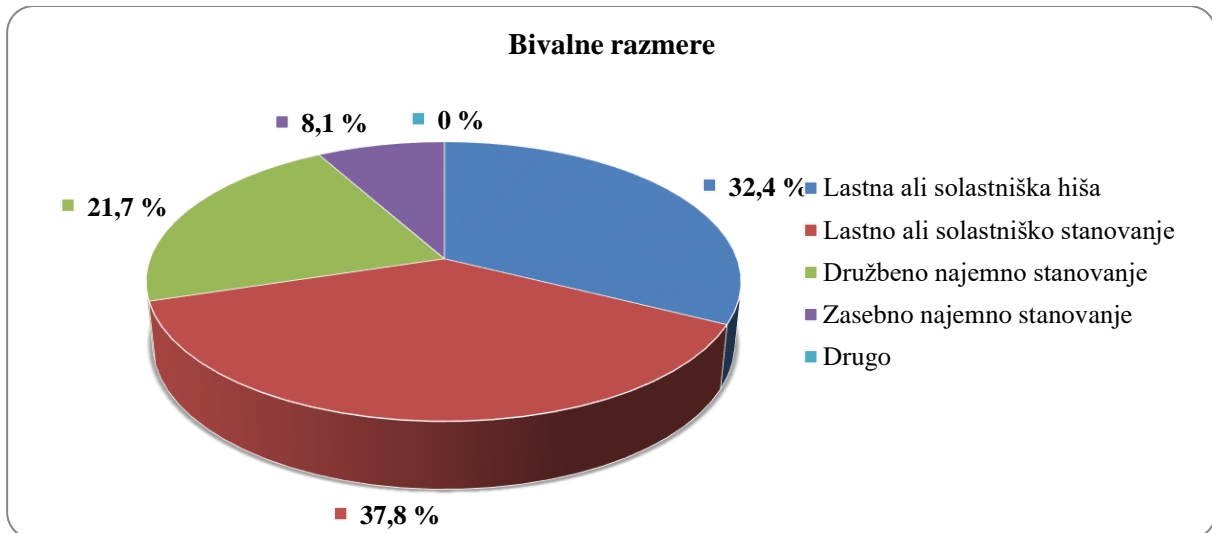


Na vprašanje o samooceni zdravstvenega stanja je 35,1 % anketirancev odgovorilo, da je prevladujoča starostna oslabeledost. S 27,1 % sledijo invalidni anketiranci. 18,9 % anketirancev ima akutna bolezenska stanja, 10,8 % anketirancev ima poškodbe po nesreči ter 8,1 % anketirancev ima kronično bolezen. Nihče od anketirancev nima nedefiniranih bolečin, drugih zdravstvenih težav ali sploh nimajo težav z zdravjem. Primerjava z analizo izvajanja pomoči na domu v Sloveniji v letu 2010 (Nagode in drugi 2011) kaže, da je izrazita razlika pri upravičenosti do pomoči na domu zaradi starostne oslabeledosti, saj je v slovenskem povprečju 81,9 % uporabnikov pomoči na domu upravičena do te storitve zaradi starostne oslabeledosti, kar je za 48,6 % več kot v naši raziskavi. Primerjava z vseslovensko raziskavo v letu 2010 (Nagode in drugi 2011) tudi pokaže, da je v našo raziskavo vključenih več invalidov, in sicer za 22,7 %. Podobnost med izsledki vseslovenske raziskave v letu 2010 in naše raziskave je opazna pri kronično bolnih.

Vseslovenska raziskava v letu 2014 (Lebar in drugi 2015) pa pokaže na povečanje deleža uporabnikov pomoči na domu zaradi starostne oslabeledosti (87,8 %). Podatki raziskave Rajer (2015) kažejo, da ima 51,1 % uporabnikov pomoči na domu eno ali več kroničnih bolezni. Starega človeka pri neodvisnem življenju pogosto ovirajo zdravstvene težave (Priatelj in Rus Kovačič 2003), ki so lahko tudi eden izmed dejavnikov socialne izključenosti starih ljudi (Hlebec in drugi 2010). Stari ljudje so zaradi različnih bolezni, zmanjšanih fizičnih in mentalnih sposobnosti mnogokrat zapostavljeni, kar zmanjšuje njihovo kakovost življenja (Blažun in drugi 2013). Zaradi številnih bolezni je nujno prilagajanje zdravstvenega sistema v smislu

razvoja bio-socialno-medicinskega programa oskrbe starostnikov - od oskrbe starostnika na njegovem domu do bivanja v instituciji (Turk in drugi 2008).

Slika 6.4: Bivalne razmere uporabnikov pomoči na domu



Iz podatkov, prikazanih na Sliki 6.4, ugotavljamo, da največ anketirancev živi v lastnem ali solastniškem stanovanju (37,8 %). Sledijo anketiranci z lastno ali solastniško hišo (32,4 %) in anketiranci v družbenih najemnih stanovanjih (21,6 %). Najmanj anketirancev živi v zasebnih najemnih stanovanjih (8,1 %). Primerjava naših izsledkov z izsledki raziskave Rajer (2015) kaže na primerljivost, saj je v naši raziskavi 70,2 % anketirancev lastnikov ali solastnikov stanovanja ali hiše, v raziskavi Rajer (2015) pa je takšnih uporabnikov 67,4 %. Glede na slovenski model dolgotrajne oskrbe bi bilo smiselno uporabnike pomoči na domu opozoriti tudi na druge stanovanjske oblike, kot so upokojevska stanovanja, kamor uvrščamo varovana stanovanja in stanovanja za stare ljudi ter stanovanjske domove za stare ljudi (Hvalič Touzery 2009).

6.1.2 Uporaba pomoči na domu s perspektive uporabnikov storitev

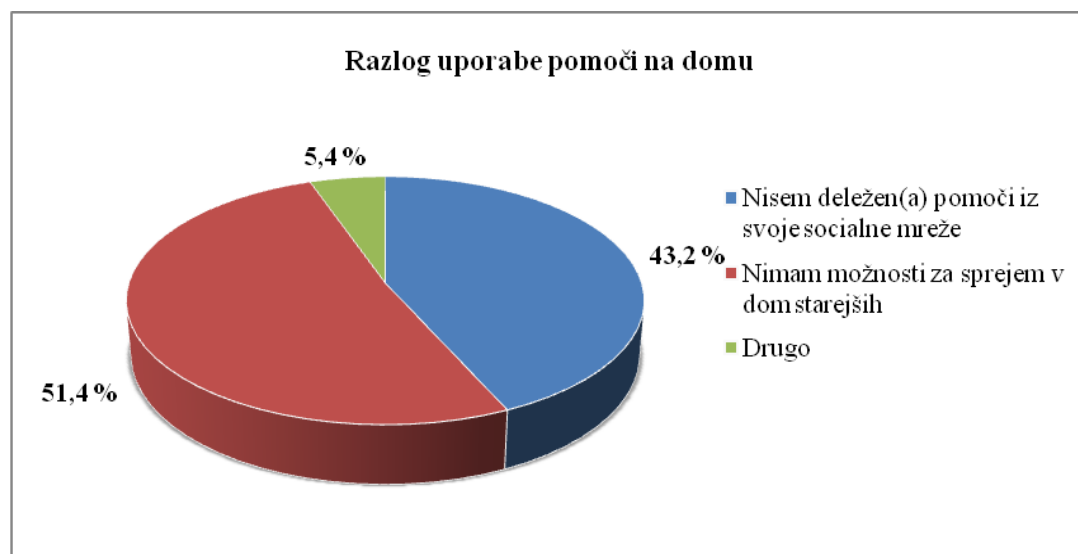
Iz podatkov v Tabeli 6.3 je razvidno, da 51,4 % uporabnikov ne zmore samih skrbeti za opravljanje osnovnih življenjskih aktivnosti. V primerjavi z izsledki raziskave Rajer (2015) ugotavljamo, da so naši uporabniki pomoči na domu navedli za 18,3 % nižji delež potreb po pomoči pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnosti.

Tabela 6.3: Samostojna skrb uporabnikov pomoči na domu za opravljanje osnovnih življenjskih aktivnosti in dolžina uporabe pomoči na domu

N = 37	Da		Ne	
	N	%	N	%
Samostojnost opravljanja osnovnih življenjskih aktivnosti	17	48,6	18	51,4
	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Minimalna vrednost	Maksimalna vrednost
Dolžina uporabe pomoči na domu	4,8	3,5	1	15

Prav tako je iz Tabele 6.3 razvidno, da uporabniki v povprečju uporabljajo pomoč na domu že 4,8 let. En uporabnik prejema pomoč na domu eno leto, en uporabnik pa že 15 let. 68 % uporabnikov uporablja pomoč na domu na intervalu med 1,3 in 8,3 let. Jošt (2005) navaja, da naj stari ljudje čim dlje bivajo v okolju, v katerem so živeli in delali, ko pa več ne zmorejo živeti v tem okolju, pa jim je treba zagotoviti okolje, ki jim omogoča samostojno ali s tujo pomočjo podprto opravljanje osnovnih življenjskih aktivnosti.

Slika 6.5: Razlog uporabe pomoči na domu



Anketirance smo vprašali tudi o razlogih za uporabo pomoči na domu (Slika 6.5). Ugotavljamo, da 51,4 % anketirancev nima možnosti za sprejem v dom starejših in zato potrebujejo pomoč na domu, 43,2 % anketirancev pa nima podpore svoje socialne mreže. Dva anketiranca (5,4 %) sta storitev pomoč na domu izbrala zaradi drugega razloga. Habjanič (2009) pojasnjuje, da je namestitev v institucionalno okolje nujna, ko so izčrpane vse možnosti kakovostne oskrbe starih ljudi v domačem okolju.

Tabela 6.4: Obseg pomoči na domu

<i>N</i> = 37	Aritmetična sredina		Standardni odklon	
Obseg pomoči na domu na teden (v dneh)	3,1		1,4	
Obseg pomoči na domu na dan (v urah)	1,8		0,8	
Zadovoljstvo z obstoječim obsegom pomoči na domu	Da	40,5 %	Ne	59,5 %
Predlagan obseg pomoči na domu (v urah)	2,7		0,6	

Iz Tabele 6.4 lahko razberemo, da anketiranci uporabljajo pomoč na domu 3,1 ure oziroma v povprečju 1,8 ure na dan. Vseslovenska raziskava izvajanja pomoči na domu v letu 2014 (Lebar in drugi 2015) ugotavlja, da je 57,4 % uporabnikov prejelo pomoč na domu v obsegu manj kot 3,5 ure tedensko, kar je za 11,4 % več, kot kažejo podatki naše raziskave. 59,5 % anketirancev meni, da jim časovni obseg prejete pomoči na domu ne zadostuje. Izsledki Rajer (2015) kažejo, da le 20 % uporabnikov želi več pomoči na domu, kar je le tretjinski delež naših uporabnikov. Socialna oskrbovalka za enkratni obisk pri uporabniku porabi povprečno 63,4 minute (Nagode in drugi 2011), kar je mnogo manj, kot so pričakovanja anketirancev, ki menijo, da bi jim v povprečju zadostovalo 2,7 ure pomoči na domu. To kaže na potrebo po povečanju obsega pomoči na domu. Tudi Lukač (2005) opozarja, da se mora storitev pomoči na domu ujemati z zahtevami in potrebami uporabnikov.

Tabela 6.5: Splošno zadovoljstvo s storitvami pomoči na domu

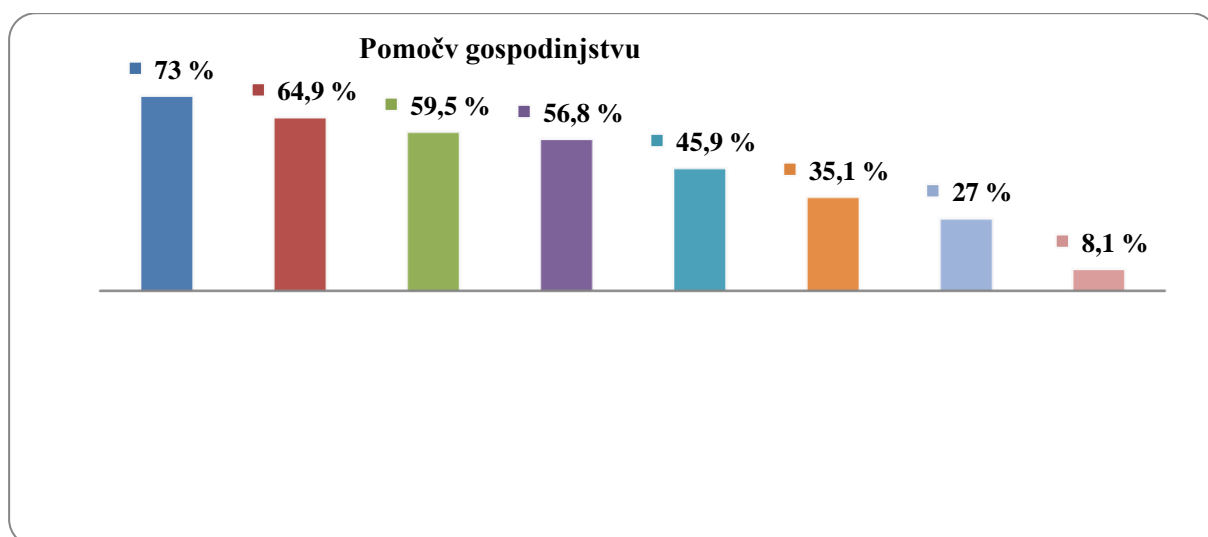
Splošno zadovoljstvo s storitvami pomoči na domu	<i>N</i> = 37	%
Zelo zadovoljen(na) (ocena 5)	25	67,6
Zadovoljen(na) (ocena 4)	6	16,2
Srednje zadovoljen(na) (ocena 3)	4	10,8
Delno zadovoljen(na) (ocena 2)	2	5,4
Nezadovoljen(na) (ocena 1)	0	0,0
Aritmetična sredina		4,5

Za razumevanje zadovoljstva z izvajanjem pomoči na domu nas je zanimalo, ali so se pričakovanja uporabnikov o pomoči na domu uresničila. Iz Tabele 6.5 lahko ugotovimo, da so se 67,6 % anketirancem pričakovanja glede izvajanja pomoči na domu v celoti uresničila, 18,9 % anketirancem le delno in 13,5 % anketirancem se pričakovanja niso izpolnila. Zadovoljstvo uporabnikov s pomočjo na domu je odvisna od številnih dejavnikov. Raziskava Filipovič Hrast in drugi (2014, 26) ugotavlja, da imajo stari ljudje v Sloveniji zelo različno dostopnost do storitev, kar vpliva na kakovost njihovega bivanja v skupnosti. Tudi nacionalna raziskava

Hlebec in drugi (2014, 138) o kakovosti socialne oskrbe na domu ugotavlja, da uporabniki dobro ocenjujejo organiziranost oskrbe na domu, ker se z izvajalci enostavno dogovorijo in ker so časovni termini primerni.

Prav tako je iz Tabele 6.5 razvidno, da so uporabniki izvajanje pomoči na domu ocenili s povprečno oceno 4,5, kar kaže na visoko splošno zadovoljstvo s storitvijo. Izsledki naše raziskave so primerljivi z izsledki raziskave Rajer (2015), saj je 76 % uporabnikov zadovoljnih z organiziranostjo pomoči na domu. Ocena potreb uporabnikov pomoči na domu v vseslovenski raziskavi v letu 2014 (Lebar in drugi 2015) kaže, da med uporabniki ostaja določen obseg potreb nezadovoljen, saj so med njimi namreč tudi takšni, ki bi potrebovali izvajanje v večjem obsegu, in sicer dopoldne (vsaj 236 uporabnikov), popoldne (vsaj 182 uporabnikov), ob sobotah (vsaj 240 uporabnikov) in ob nedeljah in praznikih (vsaj 253 uporabnikov).

Slika 6.6: Pomoč v gospodinjstvu



V vseslovenski analizi izvajanja pomoči na domu v letu 2014 (Lebar in drugi 2015) se kaže rast uporabnikov vseh treh vsebinskih sklopov pomoči na domu - največ uporabnikov je prejelo gospodinjsko pomoč (84,5 %).

Iz Slike 6.6 je razvidno, da anketiranci v okviru pomoči v gospodinjstvu najpogosteje uporabljajo čiščenje (73 %), sledijo posiljanje (64,9 %), vzdrževanje stanovanja (59,5 %) in likanje (56,8 %). Storitev, ki zajema druga dela po dogovoru, uporablja 45,9 % anketirancev, nakupovanje 35,1 % ter kuhanje in prinašanje hrane 27 % anketirancev. Najmanj anketirancev

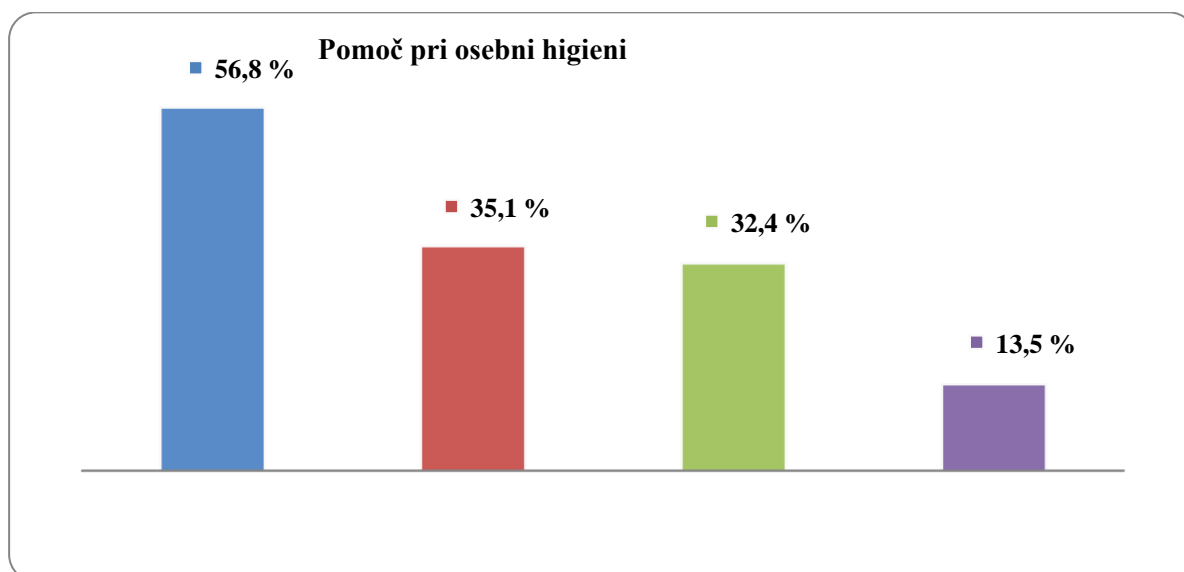
v okviru storitev pomoči v gospodinjstvu zahteva kurjenje (8,1 %). Vseslovenska raziskava in analiza izvajanja pomoči na domu v letu 2010 (Nagode in drugi 2011) kaže, da 40,4 % uporabnikov uporablja čiščenje, 44,4 % postiljanje, 17,4 % likanje, 20 % nakupovanje. Primerjava ugotovitev obeh raziskav kaže, da uporabniki iz naše raziskave pogosteje uporabljajo čiščenje, postiljanje, likanje in nakupovanje, kot je slovensko povprečje v letu 2010.

Tabela 6.6: Zadovoljstvo uporabnikov s pomočjo v gospodinjstvu

Zadovoljstvo s pomočjo v gospodinjstvu	Aritmetična sredina	Standardni odklon
Čiščenje	4,6	1,2
Postiljanje	4,3	0,9
Vzdrževanje stanovanja	4,7	1,1
Likanje	4,6	1,2
Druga dela po dogovoru	4,2	1,0
Nakupovanje	4,4	1,2
Kuhanje in prinašanje hrane	4,5	1,2
Kurjenje	3,9	0,9
Skupaj aritmetična sredina	4,4	0,8

V sklopu izvajanja pomoči v gospodinjstvu nas je zanimalo tudi zadovoljstvo uporabnikov s storitvami. Podatke prikazujemo v Tabeli 6.6. Le-ti najvišje ocenjujejo zadovoljstvo z vzdrževanjem stanovanja (AS = 4,7). Sledijo zadovoljstvo s čiščenjem in likanjem (AS = 4,6), kuhanjem in prinašanjem hrane (AS = 4,5), nakupovanjem (AS = 4,4), postiljanjem (AS = 4,3) in drugimi deli po dogovoru (AS = 4,2). Anketiranci so najmanj zadovoljni s kurjenjem (AS = 3,9). Predvidevamo lahko, da je to posledica dejstva, da anketiranci kurjenje kot pomoč v gospodinjstvu najmanj uporabljajo, pa še takrat z njim niso zadovoljni.

Slika 6.7: Pomoč pri osebni higieni



Iz Slike 6.7 je razvidno, da anketiranci v okviru pomoči pri osebni higieni najpogosteje uporabljajo kopanje in umivanje (56,8 %), sledita pomoč pri oblačenju (35,1 %) in pomoč pri osnovnih življenjskih aktivnostih (32,4 %). Najmanj anketirancev v tem okviru pomoči uporablja pomoč pri hranjenju (13,5 %). Rezultati vseslovenske raziskave in analize izvajanja pomoči na domu v letu 2010 (Nagode in drugi 2011) opozarjajo, da 50,1 % uporablja kopanje in umivanje, 33,9 % pomoč pri oblačenju, 22,5 % pomoč pri osnovnih življenjskih aktivnostih in 12,3 % pri hranjenju. Primerjava izsledkov naše raziskave in vseslovenske raziskave iz leta 2010 kaže, da je pri naših uporabnikih večji obseg storitev v vsebinskem sklopu pomoči pri osebni higieni. Vseslovenska raziskava izvajanja pomoči na domu v letu 2014 (Lebar in drugi 2015) pa kaže, da 60,3 % uporabnikov uporablja storitve v sklopu pomoči pri osebni higieni.

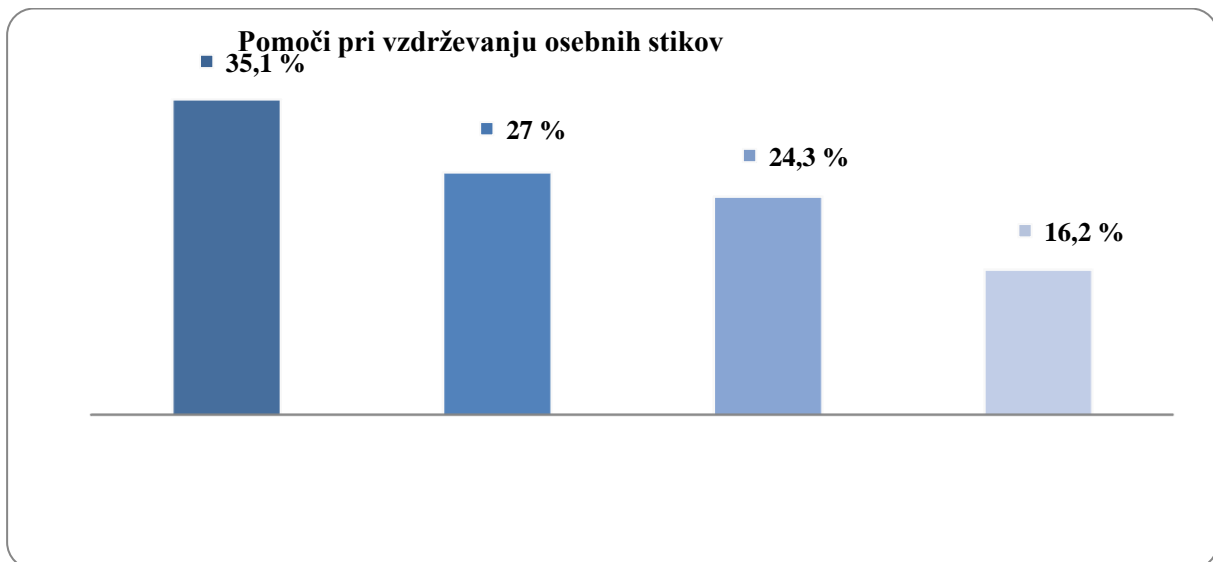
Tabela 6.7: Zadovoljstvo uporabnikov s pomoči pri osebni higieni

Zadovoljstvo s storitvami pomoči pri osebni higieni	Aritmetična sredina	Standardni odklon
Kopanje in umivanje	3,7	0,8
Pomoč pri oblačenju	4,2	1,2
Pomoč pri osnovnih življenjskih potrebah	3,5	0,9
Pomoč pri hranjenju	3,9	1,0
Skupaj aritmetična sredina	3,8	0,8

V sklopu izvajanja pomoči pri osebni higieni nas je tudi zanimalo zadovoljstvo uporabnikov z opravljenimi storitvami. Podatke prikazujemo v Tabeli 6.7. Le-ti najvišje ocenjujejo zadovoljstvo s pomočjo pri oblačenju (AS = 4,2). Sledijo zadovoljstvo s pomočjo pri hranjenju (AS = 3,9) ter kopanju in umivanju (AS = 3,7). Najnižje zadovoljstvo anketiranci pripisujejo opravljanju osnovnih življenjskih potreb (AS = 3,5).

Predvidevamo lahko, da je to posledica dejstva, da anketiranci opravljanje osnovnih življenjskih potreb uvrščajo med nekoliko bolj intimne storitve, zaradi česar so zadovoljstvo nekoliko nižje vrednotili.

Slika 6.8: Pomoč pri vzdrževanju osebnih stikov



Iz Slike 6.8 lahko razberemo, da anketiranci v okviru pomoči pri vzdrževanju osebnih stikov najpogosteje uporabljajo vzpostavljane socialne mreže z okoljem in sorodstvom (35,1 %). Sledita pomoč pri razvijanju samopomoči (27 %) in spremljanje pri opravljanju nujnih obveznosti (24,3 %). Najmanj pogosto je informiranje ustanov in priprava upravičenca in svojcev na institucionalno varstvo (16,2 %). Vseslovenska raziskava in analiza izvajanja pomoči na domu v letu 2014 (Lebar in drugi 2015) pa kaže, da je pri 72,2 % uporabnikov najpogosteje uporabljena pomoč pri vzdrževanju osebnih stikov.

Tabela 6.8: Zadovoljstvo uporabnikov s pomočjo pri vzdrževanju osebnih stikov

Zadovoljstvo s pomočjo pri vzdrževanju osebnih stikov	Aritmetična sredina	Standardni odklon
Vzpostavljanjem socialne mreže z okoljem in sorodstvom	3,6	0,9
Pomoč pri samopomoči	3,1	1,0
Spremljanje pri opravljanju nujnih obveznosti	3,4	0,9
Informiranje ustanov, priprave upravičenca in svojcev na institucionalno varstvo	2,9	0,7
Skupaj aritmetična sredina	3,3	0,6

V sklopu izvajanja pomoči pri vzdrževanju socialnih stikov nas je tudi zanimalo zadovoljstvo uporabnikov s storitvami. Podatke prikazujemo v Tabeli 6.8. Le-ti najvišje ocenjujejo zadovoljstvo z vzpostavljanjem socialne mreže z okoljem in sorodstvom (AS = 3,6). Sledita spremljanje pri opravljanju nujnih obveznosti (AS = 3,4) in pomoč pri samopomoči (AS = 3,1). Najnižje zadovoljstvo anketiranci pripisujejo informiranju ustanov, pripravam upravičenca in svojcev na institucionalno varstvo (AS = 2,9).

Predvidevamo lahko, da je to posledica dejstva, da izvajalci v najmanjšem obsegu izvajajo prav informiranje ustanov, pripravam upravičenca in svojcev na institucionalno varstvo.

Slika 6.9: Zadovoljstvo uporabnikov s pomočjo na domu



Na Sliki 6.9 prikazujemo zadovoljstvo s pomočjo na domu kot celoto in po posameznih vsebinskih sklopih. Uporabniki so ocenili pomoč na domu v povprečju z oceno 3,8. Ugotavljamo, da so anketiranci najbolj zadovoljni s pomočjo v gospodinjstvu, ki jo ocenjujejo z oceno 4,4. Nekoliko manj so zadovoljni s pomočjo pri osebni higieni, ki jo ocenjujejo z oceno

3,8. Najmanj so anketirani uporabniki zadovoljni s pomočjo pri vzdrževanju osebnih stikov, ki so jo ocenili z oceno 3,3.

Nacionalna raziskava Hlebec in drugi (2014, 138) o kakovosti socialne oskrbe na domu ugotavlja, da uporabniki dobro ocenjujejo organiziranost oskrbe na domu, vseslovenska raziskava in analiza izvajanja pomoči na domu v letu 2014 (Lebar in drugi 2015) pa opozarja, da izvajalci navajajo slabo ozaveščenost o storitvi med starejšimi, ki pogosto sami povedo, da za storitev pred vključitvijo vanjo še niso slišali.

Tabela 6.9: Drugi viri neformalne pomoči uporabnikov

Drugi viri pomoči	<i>N</i> = 37	%
Nobenih	14	37,8
Družinski člani	16	43,2
Prijatelji	1	2,7
Sosedje	2	5,4
Znanci	2	5,4
Drugi	2	5,4

V Tabeli 6.9 smo prikazali druge vire neformalne pomoči, ki jih uporabniki pomoči na domu uporabljajo vzporedno s formalno obliko pomoči na domu. Družinski člani so bili navedeni kot neformalna pomoč v 16 primerih, kar predstavlja 43,2 % anketiranih uporabnikov pomoči na domu. 37,8 % anketirancev ne uporablja drugih oblik neformalne pomoči. V deležih po 5,4 % anketirancev prejema neformalno pomoč od sosedov, znancev in drugih oseb. Samo en anketiranec (2,7 %) prejema neformalno pomoč od prijateljev.

Tabela 6.10: Razlikovanje formalne in neformalne oblike pomoči

Mnenja udeležencev	<i>N</i> = 37	%
Redna in zanesljiva pomoč	8	21,6
Primeren odnos do starejših ljudi, izurjen pristop k opravihom	4	10,8
Prek centra za socialno delo je pomoč zanesljiva	2	5,4
Možen dogovor po potrebi	1	2,7
Občutek varnosti	1	2,7
Mi razvedri življenje	1	2,7
Natančnost pri opravih	1	2,7
Pomoč na domu je vedno dosegljiva	1	2,7
Obstaja razlika med posameznimi izvajalci	1	2,7

Uporabnike pomoči smo tudi vprašali, kako se formalne oblike pomoči na domu razlikuje od neformalnih oblik. Najpogostejši odgovor anketiranih je bil, da gre pri Centru za pomoč na domu v Mariboru in v okviru Centra za socialno delo Ptuj za redno in zanesljivo pomoč, to je navedlo 21,6 % anketiranih uporabnikov. Anketirani uporabniki (10,8 %) so kot razliko poudarili tudi primeren odnos do starejših ljudi ter izurjen pristop k opravi. 5,4 % uporabnikov zaznava razliko med formalno in neformalno obliko pomoči v zanesljivosti formalne storitve. Z deleži po 2,7 % so zastopani še odgovori: možnost dogovora, občutek varnosti, razvedritev življenja, natančnost, dosegljivost ter razlika med posameznimi izvajalci. Podatke prikazujemo v Tabeli 6.10.

Raziskava Rajer (2015) kaže, da uporabniki pomoči na domu prejemajo tudi druge oblike neformalne pomoči, in sicer 11,8 % partnerjevo, 30,1 % sinovo, 33,3 % hčerino, 20,4 % pomoč drugih sorodnikov, 22% prijateljev, 3,2 % sosedov, 1,1 % prostovoljcev. 4,4, % jih ne potrebuje drugih virov neformalne pomoči. Primerjava izsledkov obeh raziskav kaže na veliko razliko med njima predvsem pri omenjenih drugih virih neformalne pomoči, saj se v naši raziskavi te potrebe izražajo kot osemkratnik.

6.2 Analiza podatkov izvajalcev pomoči na domu

Izsledke deskriptivne in interferenčne statistike naše raziskave smo primerjali tudi z izsledki analiza stanja izvajanja pomoči na domu v Sloveniji v letu 2010 (Nagode in drugi 2011) in 2014 (Lebar in drugi 2015), ki jih je izvedel Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo. Prav tako smo podatke primerjali tudi z izsledki raziskave Hlebec in drugi (2014), ki so raziskovali kakovost socialne oskrbe na domu. Pri interpretaciji smo uporabili tudi spoznanja različnih strokovnjakov, ki smo jih predstavili v teoretičnih izhodiščih magistrskega dela.

6.2.1 Demografski podatki izvajalcev pomoči na domu

Vzorec zajema izvajalke pomoči na domu na območjih Maribora, Ptuja in Majšperka. Na anketo se je odzvalo 24 oskrbovalk od skupno 25 (Tabela 6.11).

Tabela 6.11: Opis vzorca oskrbovalk/-cev pomoči na domu

Spol	<i>N</i> = 24	%
Ženski	24	100,0
Moški	0	0,0
Starost	Aritmetična sredina	Standardni odklon
Starost v letih	47,0	4,3

Povprečna starost oskrbovalk pomoči na domu je 47 let, torej gre za osebe srednjih let, izključno ženskega spola. Podatke si razlagamo tako, da gre pretežno za ženske, ki so v teh letih v drugih dejavnostih praktično nezaposljive. Žal nismo raziskovali želje po tem, da opravljajo to delo, kar bi nam dalo tudi odgovore na to dilemo. Vseslovenska raziskava in analiza izvajanja pomoči na domu v letu 2014 (Lebar in drugi 2015) kaže, da je 97,4 % socialnih oskrbovalk ženskega spola. Primerjava med našo in vseslovensko raziskavo res kaže na prevlado žensk v opravljanju nalog socialnih oskrbovalk. Vseslovenska raziskava izvajanja pomoči na domu v letu 2014 (Lebar in drugi 2015) tudi pokaže, da je bil največji delež (52,4 %) socialnih oskrbovalk starih med 35 in 49 let. Tudi ta podatek je primerljiv z izsledki naše raziskave, v kateri je povprečna starost socialnih oskrbovalk 47 let.

Vseslovenska raziskava in analiza izvajanja pomoči na domu v letu 2010 (Nagode in drugi 2011, 35-36) ugotavlja, da se število socialnih oskrbovalk postopno zvišuje in da je bilo v letu 2009 24,1 socialnih oskrbovalk. Od tega je bilo 61,8 % socialnih oskrbovalk redno zaposlenih, 25,9 % zaposlenih v okviru subvencioniranih zaposlitev programa aktivne politike zaposlovanja, 8,4 % prek javnih del in 3,8 % v okviru drugih pogodbenih razmerij. Ena socialna oskrbovalka je pokrivala povprečno 8,3 uporabnika. Razmerje med številom oskrbovalcev in socialnimi oskrbovalci se je od 2007 do 2010 povečalo s 7 na 8,3 uporabnika.

Po ugotovitvah vseslovenske raziskave in analize izvajanja pomoči na domu je bilo v letu 2014 (Lebar in drugi 2015) 937,4 socialnih oskrbovalk. Od tega je bilo 94,3 % socialnih oskrbovalk redno zaposlenih, 5,4 % zaposlenih v okviru javnih del in 2,9 % prek drugih pogodbenih razmerij. Zaposlovanja v okviru subvencioniranih zaposlitev programa aktivne politike zaposlovanja v letu 2014 ni bilo. Ena socialna oskrbovalka je pokrivala povprečno 7,3 uporabnika. Večji obseg zaposlitev socialnih oskrbovalk v letu 2014 je posledica povečanja števila uporabnikov.

6.2.2 Izvajanje pomoči na domu s perspektive izvajalcev storitev

V našo raziskavo vključene oskrbovalke izvajajo pomoč na domu povprečno 7,6 leta - nekatere pa to delo izvajajo tudi že do 15 let. Izsledke predstavljamo v Tabeli 6.12.

Tabela 6.12: Čas izvajanja storitev pomoči na domu

$N = 24$	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Minimalna vrednost	Maksimalna vrednost
Čas izvajanja pomoči na domu v letih	7,6	3,9	1	15

Izsledki o zadovoljstvu izvajalk pomoči na domu, ki jih predstavljamo v Tabeli 6.13, kažejo, da so s svojim delom zadovoljne. Kar 95,8 % anketiranih izvajalk pomoči na domu je s svojim delom zadovoljnih, ena anketirana izvajalka pa je s svojim delom zelo zadovoljna (4,2 %). Presenetila nas je ugotovitev, da nobena anketirana izvajalka ni s svojim delom delno ali v celoti nezadovoljna.

Tabela 6.13: Zadovoljstvo izvajalk z lastnim delom

Zadovoljstvo izvajalk z delom	$N = 24$	%
Nezadovoljna	0	0,0
Delno nezadovoljna	0	0,0
Niti nezadovoljna, niti zadovoljna	0	0,0
Zadovoljna	23	95,8
Zelo zadovoljna	1	4,2

Izsledki v Tabeli 6.14 so pokazali, da je velika večina izvajalk pomoči na domu (95,8 %) navedla, da so pomagale petim ali več uporabnikom. Ena izvajalka pomoči na domu (4,2 %) je pomagala štirim uporabnikom, kar predstavlja tudi najmanjše število uporabnikov, ki jih izvajalka oskrbuje. Raziskave kažejo, da število uporabnikov pomoči na domu danes narašča (Lebar in drugi 2014) tudi zato, ker je v preteklosti pomoč pogosto slonela na vzajemni koristi in ne na nesebičnem čutu dolžnosti do ostarelih družinskih članov (Hvalič Touzery 2007a).

Tabela 6.14: Število uporabnikov, ki jih posamezna izvajalka oskrbuje na domu

Kolikim uporabnikom ste pomagali na domu?	<i>N</i> = 24	%
Enemu	0	0,0
Dvema	0	0,0
Trem	0	0,0
Štirim	1	4,2
Petim ali več	23	95,8

Vseslovenska raziskava in analiza izvajanja pomoči na domu v letu 2010 (Nagode in drugi 2011, 35-36) ugotavlja, da je ena socialna oskrbovalka pokrivala povprečno 8,3 uporabnika. Razmerje med številom oskrbovalcev in socialnimi oskrbovalci se je od 2007 do 2010 povečalo s 7 na 8,3 uporabnika. V letu 2014 pa je po podatkih vseslovenske raziskave izvajanja pomoči na domu (Lebar in drugi 2015) ena socialna oskrbovalka pokrivala povprečno 7,3 uporabnika. Primerjava izsledkov naše raziskave z obema vseslovenskima raziskavama izvajanja pomoči na domu v letu 2010 in 2014 kaže, da so razmerja primerljiva.

Prav tako so izvajalke pomoči na domu z visokimi ocenami ocenile sodelovanje in razumevanje z uporabniki pomoči na domu (Tabela 6.15). Največkrat, kot navaja 45,8 % anketiranih izvajalk pomoči na domu, so zadovoljstvo ocenile z oceno 5. 41,7 % anketirank je zadovoljstvo ocenilo z oceno 4, 12,4 % anketirank pa z oceno 3. Nobena od anketirank sodelovanja in razumevanja z uporabniki pomoči na domu zadovoljstva ni ocenila z oceno 2 ali 1. K zadovoljstvu lahko pripomoreta tudi vseživljenjsko učenje in izobraževanje. Hrovatič (2006) spodbuja izobraževanje in usposabljanje socialnih oskrbovalk, saj z izobraževanjem pletemo mrežo, ki jo moramo tako zgostiti, da bo znanje kot naša osebna investicija dejansko postalo intelektualni kapital tudi pri delu z uporabniki pomoči na domu.

Tabela 6.15: Ocena izvajalcev o sodelovanju in razumevanju z uporabniki pomoči na domu

Ocena sodelovanja in razumevanja z uporabniki	<i>N</i> = 24	%
Nezadovoljna (ocena 1)	0	0,0
Delno nezadovoljna (ocena 2)	0	0,0
Niti nezadovoljna, niti zadovoljna (ocena 3)	3	12,4
Zadovoljna (ocena 4)	10	41,7
Zelo zadovoljna (ocena 5)	11	45,8

Tedensko oskrbovalka v povprečju pomaga štirim uporabnikom, nekatere pa oskrbujejo tudi 5 in več uporabnikov na teden. Stare so v povprečju 47 let, lahko bi trdili, da so v zrelih letih. Čas

oskrbe je opredeljen sporazumno s pogodbo med uporabnikom in izvajalsko institucijo pomoči na domu - s Centrom za socialno delo Ptuj ali Centrom za pomoč na domu Maribor. Znesek plačila oskrbe je odvisen od finančnega stanja uporabnika. Izvajanje storitve sofinancirajo občine, razliko pa doplačajo uporabniki sami.

Ocena potreb med potencialnimi uporabniki pomoči na domu v Sloveniji v letu 2014 (Lebar in drugi 2015) kaže, da so izvajalci pomoči na domu v letu 2014 zavrnil 51 oseb (v skupno 16 občinah), ki so izrazile željo po vključitvi v storitev in so bile do nje tudi upravičene. Razlogov za zavrnitev je več, najpogosteje pa izvajalci navajajo (trenutno) prezasedenost kadra oziroma socialnih oskrbovalk. V nekaj primerih so uporabniki želeli izvajanje storitve ob točno določeni uri, ko so bile vse kapacitete izvajalca polne oziroma zasedene. Po enkrat so uporabnike zavrnil zaradi menjave izvajalca (uporabnike so dejansko napoltili na drugega izvajalca v občini), presežka finančnega okvira, želje po pomoči več kot štiri ure dnevno ter neizpoljenih pogojev za izvajanje storitve.

Izvajalke pomoči na domu smo vprašali, kako ocenjujejo svoje delo. Iz Tabele 6.16 ugotavljamo, da izvajalke najvišje vrednotijo točnost prihodov k uporabniku ($AS = 4,7$). Visoko ocenjujejo tudi pomoč pri osebni higieni ($AS = 4,6$) in nedogovorjene storitve ($AS = 4,5$). Sledijo ocene izvedbe storitev v predvidem času ($AS = 4,4$), funkcije družabništva ($AS = 4,3$). Najnižje anketiranke vrednotijo svoje delo pri pomoči v gospodinjstvu ($AS = 4,2$) in temeljitost pri opravljanju storitve ($AS = 4,2$).

Tabela 6.16: Zmožnosti izvajalcev in njihov trud pri izvajanju pomoči

Dejavnik	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Minimalna vrednost	Maksimalna vrednost
Funkcija družabništva	4,3	0,5	4	5
Pomoč pri gospodinjstvu	4,2	0,6	3	5
Pomoč pri osebni higieni	4,6	0,5	4	5
Nedogovorjene storitve	4,5	0,6	3	5
Temeljnost pri opravljanju storitve	4,2	0,7	2	5
Izvedba storitev v predvidenem času	4,4	0,5	4	5
Točnost prihodov k uporabniku	4,7	0,5	4	5

Flaker in drugi (2008) identificirajo razlike med modelom stare in nove paradigme oskrbe na domu, in sicer v stari paradigmi je organizacija ponudbe ločena na zdravstveno in socialno oskrbo, v novi paradigmi pa se pojavi skupen izraz storitev - dolgotrajna oskrba. Nadalje je po

stari paradigmi bila upravičenost do storitev odvisna od diagnoze, po novi paradigmi pa omenjeni avtorji navajajo potrebe. Za količino potrebnih sredstev za oskrbo avtorji navajajo, da je bila pred novo paradigmo odvisna od prihodkov, po novem pa od dejanskih potreb po zagotavljanju storitev.

Tabela 6.17: Ocena pomoči na domu z organizacijskega stališča

Organizirana pomoč	<i>N</i> = 24	%
Zelo slabo	0	0,0
Slabo	0	0,0
Niti slabo, niti dobro	4	16,7
Dobro	4	16,7
Zelo dobro	9	37,5

Izvajalke pomoči na domu smo tudi vprašali, kako ocenjujejo pomoč na domu z organizacijskega vidika (Tabela 6.17). Več kot polovica izvajalk pomoči na domu (54,2 %) je menila, da gre za dobro ali zelo dobro obliko organizirane pomoči Centra za pomoč na domu Maribor in Centra za socialno delo Ptuj. Štiri izvajalke pomoči na domu (16,7 %) organizacijski vidik ne vrednoti niti dobro niti slabo. Spodbudna je tudi ugotovitev, da nobena izvajalka pomoči na domu organizacije izvajanja ni ocenila kot slabo ali zelo slabo. Hlebec in drugi (2014) organizacijske dileme na področju izvajanja socialne oskrbe na domu v slovenskem okolju vidijo tudi v pomanjkanju izbire med različnimi izvajalci socialne oskrbe na domu.

Izvajalke storitve tudi menijo, da so potrebe po storitvi večje oziroma poročajo, da v svojih lokalnih okoljih prepoznajo osebe, ki bi bile do storitve upravičene, pa se vanjo ne vključijo oziroma za storitev ne zaprosijo. Tako poročajo izvajalci za 125 občin. Prav tako se ocenjuje, da bi se v Sloveniji v letu 2014 v pomoč na domu lahko vključilo še prek 500 oseb, pa tega iz različnih razlogov ne storijo – vzroki so finančni, pomanjkanje ozaveščenosti o storitvi, dostop do neformalnih oblik pomoči in nesprejemanje tuje pomoči (Lebar in drugi 2015, 57).

Izvajalke pomoči na domu za svoje delo prejemajo plačilo Centra za socialno delo Ptuj ali Centra za pomoč na domu Maribor. Več kot polovica izvajalk pomoči na domu z višino plačila ni zadovoljna (54,2 %), saj je materialna stimulacija po njihovem mnenju nezadostna.

Tabela 6.18: Materialna in nematerialna stimulacija izvajalk

Stimulacija izvajalk	<i>N</i> = 24	%
Materialna stimulacija		
<i>Zadostna</i>	11	45,8
<i>Nezadostna</i>	13	54,2
Nematerialna stimulacija		
<i>Zadostna</i>	21	87,5
<i>Nezadostna</i>	3	2,5

Bistveno drugačno podobo slikajo podatki o nematerialni stimulaciji, kjer je le 12,5 % nezadovoljnih. Podatke smo predstavili v Tabeli 6.18. Predpostavljamo, da izvajalke pomoči na domu povezujejo nematerialno stimulacijo z zadovoljstvom pri delu, kar je skladno z že predstavljenimi rezultati o zadovoljstvu z lastnim delom.

Tabela 6.19: Mnenje izvajalk, kako uporabniki izkazujejo zadovoljstvo z njihovim delom

Mnenja izvajalk	<i>N</i> = 24	%
Pozitivno, z lepo besedo in zahvalo	5	20,8
Se razveselijo in stežka pričakujejo mojo vrnitev	5	20,8
So zelo zadovoljni in hvaležni	4	16,7
Z nasmehom, zaupanjem in spoštovanjem	2	8,3
Več energije in boljša volja	1	4,2
Dobro počutje v družbi izvajalk	1	4,2
Pomirjeni	1	4,2

V raziskavi nas je tudi zanimalo, kako uporabniki storitev po mnenju izvajalk pomoči na domu vrednotijo zadovoljstvo s to storitvijo. Izsledke predstavljamo v Tabeli 6.19. Izvajalke so navedle, da uporabniki pomoči na domu verbalno in neverbalno izražajo svoje zadovoljstvo z izvajalci in njihovimi storitvami. Odziv uporabnikov je pozitiven, za storitev se zahvalijo (20,8 %), prav tako se izvajalk razveselijo in jih težko pričakujejo (20,8 %). Uporabniki svoje zadovoljstvo izražajo s hvaležnostjo (16,7 %) ter z nasmehom, zaupanjem in spoštovanjem (8,3 %). Z deleži po 4,2 % so zastopani še odgovori: več energije in boljša volja, dobro počutje v družbi izvajalk in pomirjenost, kar vpliva na kakovost njihovega življenja. Zadovoljstvo uporabnikov na eni in izvajalcev pomoči na domu na drugi strani sta tudi odraz učinkovitosti in odzivnosti socialne politike, ki usmerja strategijo socialnega razvoja s cilji, ukrepi in drugimi instrumenti, ki omogočajo posameznikom in skupinam prebivalstva zadovoljevanje svojih osebnih in skupnih interesov v družbi in državi (Apohal Vučkovič 2000).

Tabela 6.20: Mnenja izvajalk glede razlogov za nesporazume z uporabniki

Mnenja izvajalk glede nesporazumov	<i>N</i> = 24	%
Nesporazumov ni	13	54,2
Slabo počutje uporabnika	3	12,5
Prevelika gospodovalnost	1	4,2
Zaradi urnika poleti	1	4,2
Zaradi urnika, nadomeščanja	1	4,2
Zaradi netočnosti	1	4,2
Včasih želijo uporabniki, da naredim kaj, kar ni v opisu nalog	1	4,2
Trenja s svojci	1	4,2

Prav tako so izvajalke pomoči na domu navedle tudi razmere, zaradi katerih prihaja do nesporazumov med njimi samimi in uporabniki. Več kot polovica izvajalk (54,2 %) pomoči na domu je navedla, da do nesporazumov ne prihaja. Kadar pa do njih prihaja, pa menijo, da gre za težave, ki jih povzročata bolezen ali osebnostna lastnost uporabnikov. Vzrok eventualnih nesporazumov pa je po mnenju anketirank uporabnikovo slabo počutje (12,5 %). 4,2 % delež pripada še naslednjim odgovorom: prevelika gospodovalnost, neustrezen poletni urnik, neustrezna nadomeščanja, zaradi netočnosti, zaradi neizpolnjevanja nalog, ki niti ne sodijo v obseg dogovorjenih nalog in zaradi trenj s svojci.

Izvajalci pomoči na domu opozarjajo, da se ljudje po pomoč poleg opisane neformalne oskrbe obračajo tudi na druge organizirane storitve, ki se pojavljajo na črnem trgu in ki so cenejše od pomoči na domu, ki se izvaja v mreži javne službe. Prav tako izvajalci opažajo, da ponekod ljudje ne želijo sprejeti tuje pomoči, nočejo »tujcev« (ljudi, ki niso njihovi sorodniki, bližnji) v hiši oziroma se jim prepustiti v oskrbo (Lebar in drugi 2015, 57-58).

Vseslovenska raziskava Lebar in drugi (2015) opozarja tudi na spoznanje, da izvajalci navajajo slabo ozaveščenost o storitvi med starejšimi, ki pogosto sami povedo, da za storitev pred vključitvijo še niso slišali. Zato na tem mestu opozarjamo na potrebo po učinkovitejših socialno marketinški aktivnostih, s katerimi se bosta izboljšali obveščenost in ozaveščenost uporabnikov o pomoči na domu.

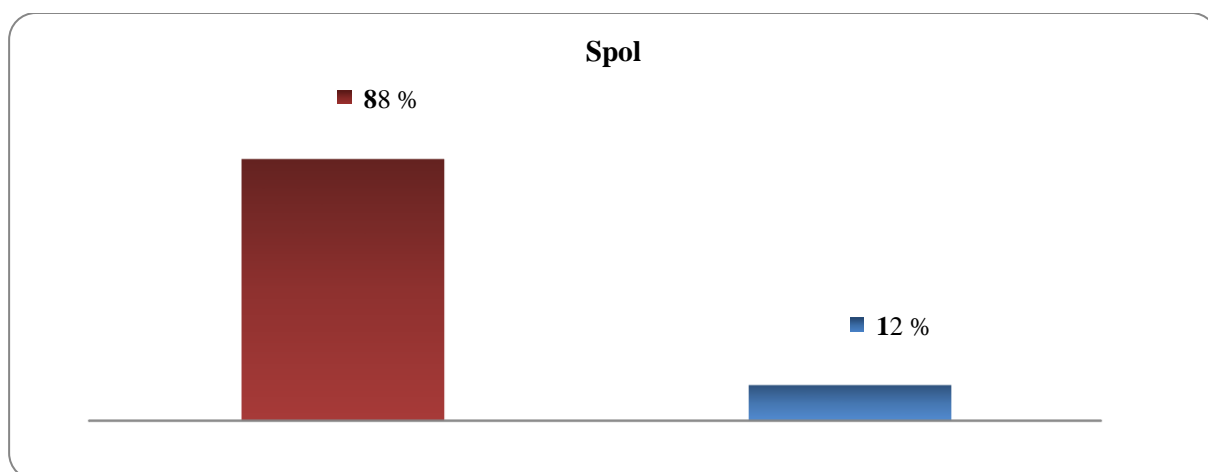
6.3 Analiza podatkov potencialnih uporabnikov pomoči na domu

Izsledke deskriptivne in interferenčne statistike naše raziskave smo primerjali z izsledki analize stanja izvajanja pomoči na domu v Sloveniji v letu 2010 (Nagode in drugi 2011) in 2014 (Lebar in drugi 2015), ki ju je izvedel Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo. Pri interpretaciji smo uporabili tudi spoznanja različnih strokovnjakov, ki smo jih predstavili v teoretičnih izhodiščih magistrskega dela.

6.3.1 Demografski podatki potencialnih uporabnikov pomoči na domu

V anketo je bilo vključenih 25 starih ljudi, ki še ne prejemajo pomoči na domu, so pa zanjo ob potrebi zainteresirani.

Slika 6.10: Spol potencialnih uporabnikov pomoči na domu



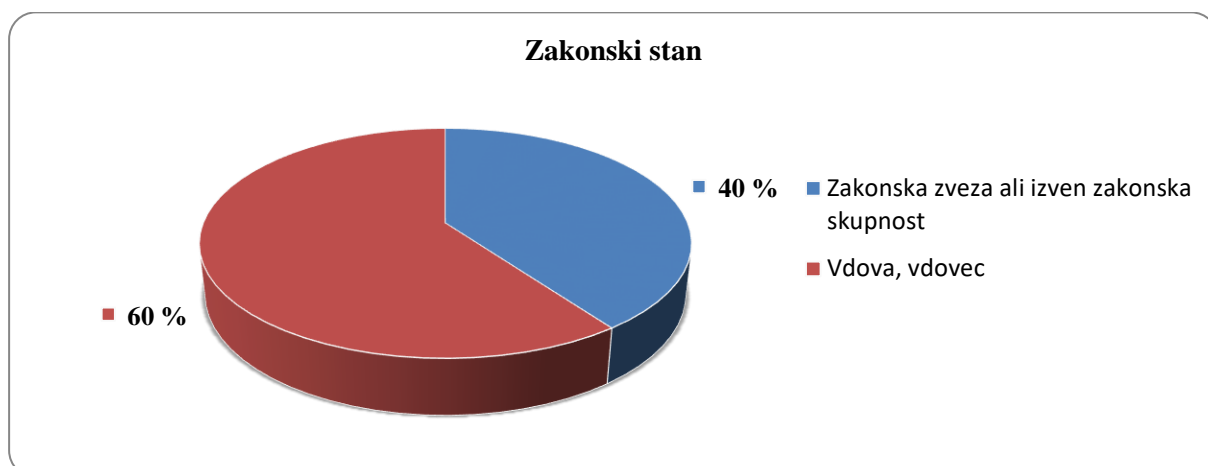
V populaciji potencialnih uporabnikov storitev pomoči na domu je sodelovalo 22 žensk in 3 moški (Slika 6.10).

Tabela 6.21: Starost potencialnih uporabnikov pomoči na domu

Starost potencialnih uporabnikov	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Minimalna vrednost	Maksimalna vrednost
Starost v letih	74,3	9,2	52	86

Podatki iz Tabele 6.21 kažejo, da so potencialni uporabniki stari povprečno 74,3 leta. Najmlajši potencialni uporabnik je star 52 let, najstarejši pa 86 let.

Slika 6.11: Zakonski stan potencialnih uporabnikov pomoči na domu



Na Sliki 6.11 predstavljamo podatke o zakonskem stanju potencialnih uporabnikov. Ugotavljamo, da jih 40 % živi v zakonski zvezi, 60 % anketiranih potencialnih uporabnikov pomoči na domu pa živi samih (ovdoveli ali pa niso v zvezi).

6.3.2 Uporaba pomoči na domu s perspektive potencialnih uporabnikov storitev

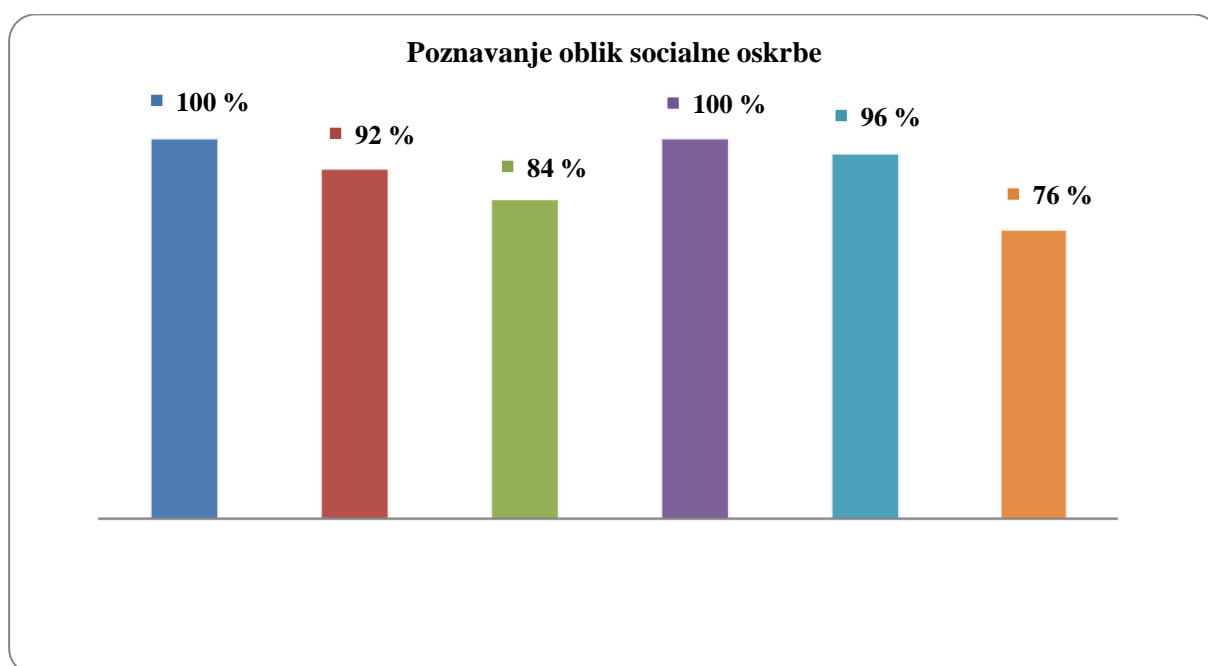
V Tabeli 6.22 prikazujemo, da vsi potencialni uporabniki pomoči na domu poznajo storitve in tudi poznajo specifične oblike pomoči na domu, kot so pomoč v gospodinjstvu, pomoč pri osebni higieni in pomoč pri vzdrževanju socialnih stikov.

Tabela 6.22: Seznanjenost potencialnih uporabnikov z možnostjo uporabe pomoči na domu

Ste seznanjeni z možnostjo uporabe pomoči na domu, če bi jo potrebovali?	<i>N</i> = 25	%
Da	25	100,0
Ne	0	0,0
Ali lahko sami poskrbite za osnovne življenjske potrebe?	<i>N</i> = 25	%
Da	25	100,0
Ne	0	0,0

To kaže na visoko prepoznavnost storitev pomoči na domu v okolju severovzhodne Slovenije, kar lahko bistveno pripomore k izboljšanju kakovosti oskrbe starih ljudi v domačem okolju. Vsi potencialni uporabniki so med anketiranjem še lahko sami poskrbeli za osnovne življenjske potrebe.

Slika 6.12: Poznavanje oblik socialne oskrbe s strani potencialnih uporabnikov



Na Sliki 6.12 predstavljamo strukturo možnih oblik socialne oskrbe, ki jo potencialni uporabniki poznajo. Vsi potencialni uporabniki kot možni obliki socialne oskrbe poznajo domove za ostarele in pomoč na domu. 96 % potencialnih uporabnikov pozna dnevne centre za odrasle, 92 % pa zdravstveno negovalne institucije. 84 % potencialnih uporabnikov je seznanjenih s tem, da med oblike socialne oskrbe sodijo tudi varovana stanovanja. Najmanj uporabnikov (76 %) pozna socialni servis. Vseslovenska raziskava in analiza izvajanja pomoči na domu v 2014 (Lebar in drugi 2015) pa ugotavljata, da izvajalci navajajo slabo zavedanje o storitvi med starejšimi, ki pogosto sami povedo, da za storitev pred vključitvijo še niso slišali.

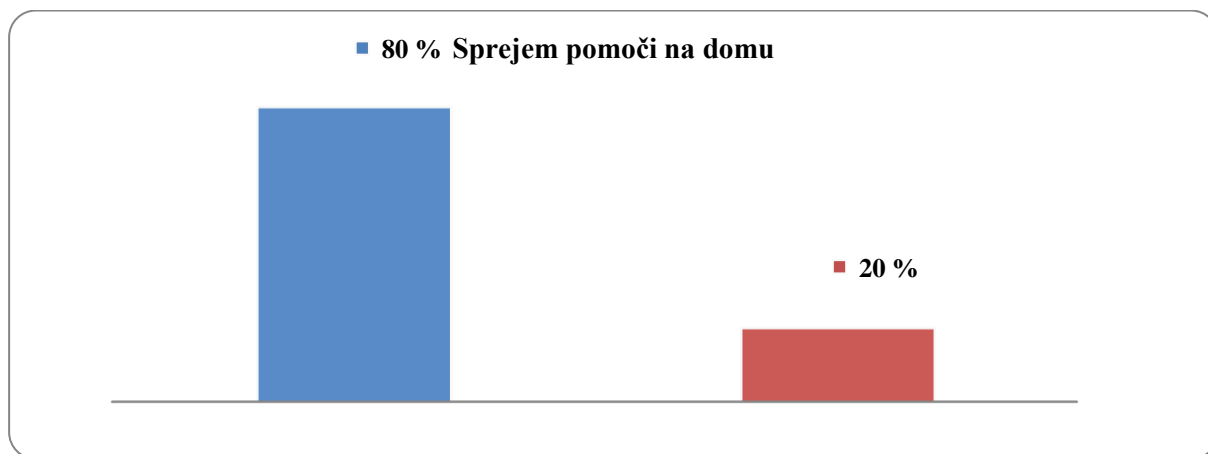
Tabela 6.23: Seznanjenost potencialnih uporabnikov z možnostjo uporabe pomoči na domu

Na koga bi se najprej obrnili ob potrebi po pomoči?	<i>N</i> = 25	%
Na zakonca (partnerja)	15	60,0
Na otroke	9	36,0
Na prijatelje	1	4,0
Na sosede	0	0,0

Zanimalo nas je tudi, na koga bi se potencialni uporabniki najprej obrnili, če bi potrebovali pomoč pri oskrbi. Zanimiv je podatek, da bi se najprej obrnili na zakonca (60 %), v 36 % na otroke in le v 4 % na prijatelje. Sosedje ne uživajo toliko zaupanja, da bi se obrnili nanje. Podatke prikazujemo v Tabeli 6.23.

V letu 2010 je bila ugotovljena potreba potencialnih uporabnikov. Ugotovili so, da bi 170 uporabnikov, ki so ob koncu leta 2010 prejeli pomoč na domu, potrebovali izvajanje storitve v povečanem obsegu dopoldne, 185 uporabnikov bi pomoč potrebovali tudi popoldne, 240 pa tudi ob sobotah, nedeljah in praznikih. Izvajalci so ocenili, da bi ob koncu leta 2010 pomoč na domu potrebovali še 300 oseb, vendar se zanje storitev iz različnih razlogov ni izvajala (Nagode in drugi 2011). Prav tako se ocenjuje, da bi se v Sloveniji v letu 2014 v pomoč na domu lahko vključilo še prek 500 oseb, ki tega iz različnih razlogov ne storijo - finančnih razlogov, neobveščenosti o storitvi, zaradi dostopnosti neformalnih oblik pomoči in nesprejemanja tuje pomoči (Lebar in drugi 2015, 57).

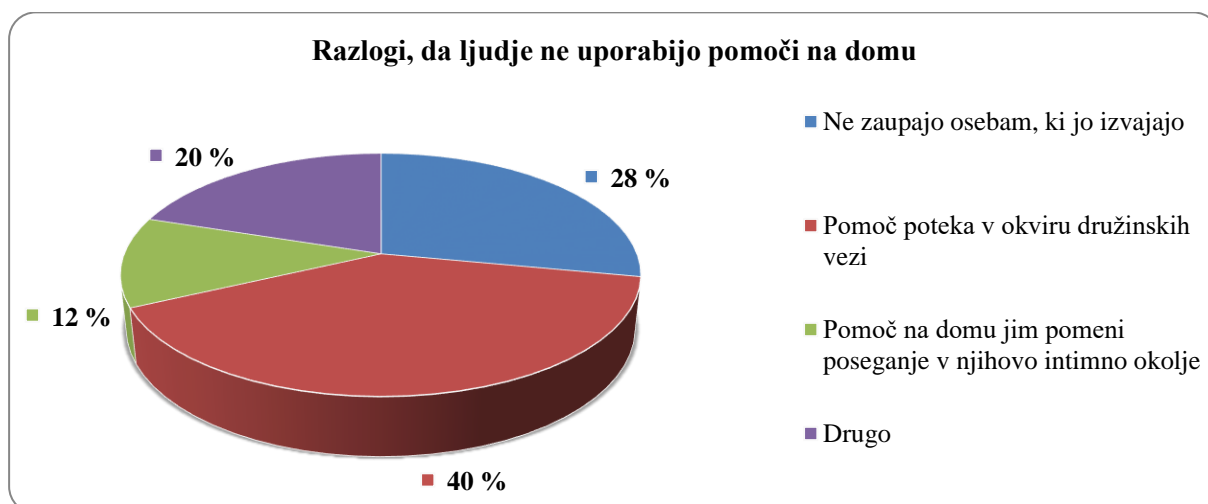
Slika 6.13: Sprejem pomoči na domu po potrebi



Slika 6.13 kaže, da 20 anketiranih potencialnih uporabnikov pomoči na domu (80 %) navaja, da bi ob potrebi pomoči na domu le-to tudi sprejeli.

Vseslovenska raziskava izvajanja pomoči na domu v letu 2014 (Lebar in drugi 2015) ugotavlja, da se ljudje ne odločijo za vstop v storitev, ker se po pomoč pogosto obrnejo na svoja neformalna omrežja, ki lahko predstavljajo nadomestno ali dopolnilno oskrbo formalno organizirani oskrbi. Gre predvsem za pomoč v okviru družine, prijateljev ter medsosedske podpore. Oskrbo pogosto opravijo upokojeni ali brezposelni sorodniki.

Slika 6.14: Razlogi za neuporabo pomoči na domu



Na Sliki 6.14 prikazujemo mnenja potencialnih uporabnikov o razlogih neuporabe pomoči na domu. Kot najpogostejši razlog, da ljudje ne uporabijo pomoči na domu, so potencialni uporabniki navedli, da pomoč poteka v okviru družinskih vezi (40 %). 28 % potencialnih uporabnikov je mnenja, da ljudje ne zaupajo osebam, ki izvajajo pomoč na domu. Ta ugotovitev je zaskrbljujoča, saj 20 % potencialnih uporabnikov meni, da zaradi posega pomoči na domu v intimno okolje ljudi, le-te ne uporabljajo. 12 % potencialnih uporabnikov je navedlo druge razloge, kot so na primer lastna široka socialna mreža, strah, nezaupanje.

Skoraj tri četrtine potencialnih uporabnikov pomoči na domu (72 %) je seznanjenih s finančno shemo financiranja pomoči na domu (Tabela 6.24).

Tabela 6.24: Seznanjenost potencialnih uporabnikov s finančno shemo pomoči na domu

Seznanjenost s finančno shemo pomoči na domu	<i>N</i> = 25	%
Da	18	72,0
Ne	7	28,0

Izsledki naše raziskave so primerljivi z izsledki vseslovenske raziskave izvajanja pomoči na domu v letu 2014 (Lebar in drugi 2015), saj se uporabniki v storitev ne vključijo zaradi štirih glavnih razlogov, in sicer finančnih, pomanjkljive seznanjenosti, dostopnosti neformalnih oblik pomoči in nesprijemanja tuje pomoči. Prav tako Lebar in drugi (2015) v vseslovenski raziskavi izvajanja pomoči na domu v letu 2014 opažajo, da ponekod ljudje ne želijo sprejeti tuje pomoči, nočejo »tujcev« (ljudi, ki niso njihovi sorodniki, bližnji) v hiši oziroma se jim prepustiti v oskrbo.

Tabela 6.25: Potreba po dodatnih oziroma spremenjenih oblikah financiranja pomoči na domu

Potreba po dodatnih oziroma spremenjenih oblikah financiranja	<i>N</i> = 25	%
Da	19	76,0
Ne	6	24,0

V povezavi s financiranjem pomoči na domu nas je zanimalo, ali bi družba morala poskrbeti za dodatne oziroma spremenjene oblike financiranja. Podatke prikazujemo v Tabeli 6.25.

Tabela 6.26: Predlogi potencialnih uporabnikov pomoči za izboljšave kakovosti življenja starih

Predlogi potencialnih uporabnikov	<i>N</i> = 25	%
Financiranje pomoči na domu v okviru zavarovanja za dolgotrajno oskrbo	6	33,3
Medgeneracijsko sožitje in druženje	5	27,7
Višje pokojnine	4	22,2
Hvaležnost mladih	1	5,6
Vsakoletni oddih	1	5,6
Terapevtsko zdravljenje v zdravilišču	1	5,6

Osemnajst potencialnih uporabnikov pomoči na domu navaja nekatere predloge za izboljšanje kakovosti življenja starih: financiranje pomoči na domu v okviru zavarovanja za dolgotrajno oskrbo (33,3 %), medgeneracijsko sožitje in druženje (27,7 %), višje pokojnine (22,2 %). Z deležem 5,6 % so zastopani še naslednji predlogi: hvaležnost mladih, vsakoletni oddih in terapevtsko zdravljenje v zdravilišču (Tabela 6.26).

7 RAZPRAVA

7.1 Preverjanje hipotez

Pri oblikovanju hipotez smo izhajali iz ugotovitev prejšnjih lastnih raziskav (Črnenšek in drugi 2011a; 2011b; 2011c). V nadaljevanju predstavljamo preverjanje vseh treh hipotez, ki smo si jih v raziskavi zastavili. Najprej smo preverjali prvo hipotezo:

H1: Uporabniki socialnovarstvene storitve pomoč na domu izražajo največje zadovoljstvo s storitvijo pomoč v gospodinjstvu.

Za testiranje hipoteze H1 smo izhajali iz izračunanih aritmetičnih sredin zadovoljstva uporabnikov pomoči na domu, in sicer z oceno zadovoljstva pomoči v gospodinjstvu, oceno zadovoljstva pomoči pri osebni higieni in oceno zadovoljstva pomoči pri vzdrževanju osebnih stikov. Uporabniki so pomoč v gospodinjstvu ocenili s povprečno oceno 4,4, pomoč pri osebni higieni s povprečno oceno 3,8 in pomoč pri vzdrževanju osebnih stikov s povprečno oceno 3,3. Iz navedenega lahko sklepamo, da uporabniki najvišje ocenjujejo storitev pomoč v gospodinjstvu in zato hipotezo H1 lahko potrdimo.

V vseslovenski analizi izvajanja pomoči na domu v letu 2014 (Lebar in drugi 2015) se kaže povečanje števila uporabnikov vseh treh vsebinskih sklopov pomoči na domu - največ uporabnikov je prejelo gospodinjstvo pomoč (84,5 %). Zadovoljstvo uporabnikov s storitvami pomoči na domu je odvisna od številnih dejavnikov. Raziskava Filipovič Hrast in drugi (2014, 26) ugotavlja, da imajo stari ljudje v Sloveniji zelo različno dostopnost do storitev pomoči na domu, kar vpliva na kakovost njihovega bivanja v skupnosti. Tudi nacionalna raziskava Hlebec in drugi (2014, 138) o kakovosti socialne oskrbe na domu ugotavlja, da uporabniki dobro ocenjujejo organiziranost oskrbe na domu, ker se z izvajalci enostavno dogovorijo in zato so časovni termini primerni.

Poleg tega smo za testiranje hipoteze H1 uporabili tudi t -test, s katerim smo ugotavljali, ali se posamezne povprečne ocene storitev pomoči na domu, med katere sodi tudi pomoč v gospodinjstvu, statistično značilno razlikujejo od povprečne ocene zadovoljstva s pomočjo na domu.

Tabela 7.1: *T*-test za vrednotenje pomoči na domu z vidika uporabnikov

<i>T</i> -test	Aritmetična sredina	Standardni odklon	<i>t</i> -vrednost	Sig.
Pomoč v gospodinjstvu	4,4	0,7	39,141	<0,001
Pomoč pri osebni higieni	3,8	0,6	37,609	0,001
Pomoč pri vzdrževanju osebnih stikov	3,3	0,5	38,161	<0,001

Rezultati *t*-testa v Tabeli 7.1 kažejo, da pomoč v gospodinjstvu, pomoč pri osebni higieni in pomoč pri vzdrževanju osebnih stikov statistično značilno vplivajo na pomoč na domu. Pri tem je *t*-vrednost najvišja pri storitvi pomoč v gospodinjstvu, kar kaže na to, da le-ta najpomembneje prispeva k skupni oceni zadovoljstva s pomočjo na domu. S tem hipotezo H1, da so uporabniki socialnovarstvene storitve pomoč na domu najbolj zadovoljni s storitvijo pomoč v gospodinjstvu, res lahko potrdimo.

Predstavljamo preverjanje druge hipoteze:

H2: Izvajalci socialnovarstvene storitve pomoč na domu najvišje vrednotijo izvajanje pomoči pri osebni higieni.

Za testiranje hipoteze H2 smo izhajali iz aritmetičnih sredin samoocen zmožnosti izvajalk glede pomoči na domu. Pri tem smo primerjali aritmetične sredine sedmih dejavnikov izvajanja pomoči na domu: funkcijo družabništva, pomoč pri gospodinjstvu, pomoč pri osebni higieni, nedogovorjene storitve, temeljitost pri opravljanju storitve, izvedba storitev v predvidenem času ter točnost prihodov k uporabniku. Izvajalke pomoči na domu so v povprečju najvišje ocenile dejavnik točnost prihodov k uporabniku ($AS = 4,7$), na drugo mesto so postavile dejavnik pomoč pri osebni higieni ($AS = 4,6$), na tretje mesto pa dejavnik nedogovorjene storitve ($AS = 4,5$). Iz navedenega ugotavljamo, da izvajalke pomoči na domu najvišje ne vrednotijo najvišje pomoči pri osebni higieni, zato hipoteze H2 ne moremo potrditi.

Hlebec in drugi (2014) organizacijske dileme pri izvajanju socialne oskrbe na domu v slovenskem okolju vidijo v pomanjkanju izbire med različnimi izvajalci socialne oskrbe na domu. Lebar in drugi (2015) opažajo, da ponekod ljudje ne želijo sprejeti tuje pomoči, nočejo »tujcev« (ljudi, ki niso njihovi sorodniki, bližnji) v hiši oziroma se jim prepustiti v oskrbo. Hrovatič (2006) poudarja pomen izobraževanja in usposabljanja socialnih oskrbovalk pri krepitvi intelektualnega kapitala pri delu z uporabniki pomoči na domu.

Poleg tega smo za testiranje hipoteze H2 uporabili tudi *t*-test, s katerim smo ugotavljali, ali se posamezne povprečne ocene dejavnikov pomoči na domu, med katere sodi tudi pomoč pri osebni higieni, statistično značilno razlikujejo od povprečne ocene zadovoljstva s sodelovanjem in razumevanjem z uporabniki.

Tabela 7.2: *T*-test za vrednotenje pomoči na domu z vidika izvajalk

<i>T</i> -test	Aritmetična sredina	Standardni odklon	<i>t</i> -vrednost	Sig.
Funkcija družabništva	4,3	0,5	44,085	0,001
Pomoč pri gospodinjstvu	4,2	0,8	26,810	0,002
Pomoč pri osebni higieni	4,6	0,5	44,585	<0,001
Nedogovorjene storitve	4,5	0,6	37,380	0,015
Temeljnost pri opravljanju storitve	4,2	0,8	24,751	<0,001
Izvedba storitev v predvidenem času	4,4	0,5	42,964	0,002
Točnost prihodov k uporabniku	4,7	0,5	49,679	<0,001

Rezultati *t*-testa v Tabeli 7.2 kažejo, da je *t*-vrednost najvišja pri dejavniku točnost prihodov k uporabniku, sledi dejavnik pomoč pri osebni higieni in nato dejavnik funkcija družabništva. Glede na navedeno ponovno ugotavljamo, da izvajalke ne vrednotijo najvišje dejavnika pomoč pri osebni higieni, zaradi česar hipoteze H2 ne moremo potrditi.

Na koncu predstavljamo še preverjanje tretje hipoteze:

H3: Domovi za ostarele in pomoč na domu sta obliki socialne oskrbe, ki ju potencialni uporabniki socialnovarstvene storitve pomoči na domu najpogosteje prepoznajo.

Za testiranje hipoteze H3 smo izhajali iz podatkov frekvenčnih porazdelitev o prepoznavanju posameznih socialnovarstvenih storitev med potencialnimi uporabniki na Sliki 6.12. Vseh 25 potencialnih uporabnikov je med storitvami socialne oskrbe prepoznalo domove za ostarele in pomoč na domu. Preostalih oblik, kot so dnevni centri za odrasle, zdravstvene negovalne institucije, varovana stanovanja in socialni servis, ne prepoznajo vsi anketirani potencialni uporabniki storitev pomoč na domu. Iz navedenega ugotavljamo, da sta obliki socialne oskrbe domovi za ostarele in pomoč na domu najpogostejši obliki, ki ju potencialni uporabniki pomoči na domu poznajo, zato hipotezo H3 lahko potrdimo.

Vseslovenska raziskava Lebar in drugi (2015) opozarja na spoznanje, da izvajalci navajajo slabo ozaveščenost o storitvi med starejšimi, ki pogosto sami povedo, da za storitev pomoči na

domu pred vključitvijo še niso slišali. Zato opozarjamo na potrebo po učinkovitejši socialno marketinški aktivnosti, s katero se bosta izboljšali obveščenost in ozaveščenosti uporabnikov o pomoči na domu. Hlebec in drugi (2012) v svoji raziskavi ugotavljajo, da so v današnjem času zelo pomembni skupnostni vidiki medgeneracijske solidarnosti, saj je prav skupnost prostor zagotavljanja nabora različnih storitev za starejše, kot so storitve dolgotrajne oskrbe, različnih podpornih služb v skupnosti ter informacijskih, izobraževalnih in drugih centrov ter programov v skupnosti.

7.2 Prispevek k znanosti

Vsebine in značilnosti modela pomoči na domu, ki jo predstavljamo v sklepnih ugotovitvah, ni bilo mogoče opredeliti še jasneje, saj je področje izjemno kompleksno in delo razvejeno. Raziskava vendarle kaže, da področje ni ustrezno znanstveno in tudi ne sistemsko urejeno in da nujno potrebujemo nov način ureditve. S tem raziskava prispeva ne le k znanosti, ampak s konkretnimi predlogi lahko obogati delo na strokovni ravni in tako prispeva k stroki.

Magistrsko delo predstavlja analizo stanja na področju pomoči na domu na območju Maribora, Ptuja in Majšperka. Identificira dejavnike, ki s pomočjo na domu prispevajo h kakovostnemu življenju starih na eni strani in razvoju stroke na drugi strani. Pri sprejemanju nove regulative na področju dolgotrajne oskrbe v Sloveniji bo magistrsko delo prispevalo nove uvide v problematiko in v iskanje novih oblik pomoči na drugi strani. Magistrsko delo je lahko ustrezna podlaga za nadaljnje raziskave.

8 SKLEPNE UGOTOVITVE

Sedanje demografske, ekonomske in politične razmere kažejo na povečano potrebo po načrtovanju in razvijanju raznovrstnih in dopolnjujočih se oblik pomoči za stare ljudi povsod tam, kjer živijo ali bodo živeli (Hlebec in drugi 2013). Kljub razmeram v družbi, ki so narekovale razpad tradicionalne vloge družine pri skrbi za starega družinskega člana, pa družina ostaja pomemben partner v neformalni mreži pomoči staremu človeku in istočasno posrednik pri zagotavljanju formalnih oblik pomoči (Glavica in Hižman 2007). Pomoč na domu je kot socialnovarstvena storitev namenjena izboljšanju kakovosti življenja starejših ljudi, ki živijo doma in ki zaradi bolezni ne morejo skrbeti sami zase in jim družina ne more zagotoviti potrebne oskrbe (Hlebec in drugi 2010, 9). Med upravičenci so stari ljudje nad 65 let starosti, ki so nesposobni za samostojno življenje zaradi starosti ali s starostjo povezanimi pojavi, in druge osebe, ki ne zmorejo samostojnega življenja (Filipovič Hrast in drugi 2014). Hlebec in drugi (2014, 72) na podlagi spoznanj različnih raziskav poudarjajo, da je oskrba na domu izrazito pomembna za povečanje kakovosti življenja določenega deleža starejših ljudi.

Med glavne dejavnike, ki sprožajo potrebo po pomoči na domu, štejemo poslabšanje zdravstvenega stanja, starostno oslabelost, predvsem potrebo po druženju in s tem po ohranjanju socialne mreže. Vseslovenska raziskava in analiza izvajanja pomoči na domu v letu 2014 (Lebar in drugi 2015, 69) ugotavlja, da pomoč na domu prejema 6.046 oseb, kar je 1,7 % starih nad 65 let, ki zaradi starosti ali pojavov, ki spremljajo starost, niso sposobne za popolnoma samostojno življenje.

Kljub temu, da je bilo v letu 2014 v primerjavi z letom 2013 pet odstotkov več uporabnikov pomoči na domu, pa ugotavljamo, da je realizacija narasla le za desetinko odstotka. Delež oseb v starosti 65 let ali več namreč narašča hitreje kot delež uporabnikov pomoči na domu, ki so v to storitev vključeni zaradi starosti ali pojavov, ki spremljajo starost (Lebar in drugi 2015, 70).

Z magistrsko raziskavo smo ugotovili, da so uporabniki socialnovarstvene storitve pomoč na domu na območju Maribora, Ptuja in Majšperka, ki smo jih zajeli v raziskavo, najbolj zadovoljni s storitvijo pomoč v gospodinjstvu. Ugotavljamo tudi, da izvajalke pomoči na domu v okviru izvajanja storitev najvišje vrednotijo točnost prihodov k uporabniku, sledi pomoč pri osebni higieni in nato funkcija družabništva. Tudi raziskava Hlebec in drugi (2014, 138) o

kakovosti socialne oskrbe na domu, ki je bila izvedena na nacionalni ravni, ugotavlja zadovoljstvo uporabnikov, da je bilo pomoč na domu enostavno pridobiti, da so bile informacije jasne in da večina uporabnikov prejema zadostno število ur pomoči na domu. Lebar in drugi (2015) pa dodajajo, da podatki analize izvajanja pomoči na domu za Slovenijo v letu 2014 kažejo, da pri nekaterih uporabnikih pomoči na domu ostaja določen obseg potreb nezadovoljen, saj bi potrebovali večji obseg pomoči na domu vse dni v tednu. Ista raziskava dalje ugotavlja, da v 6 občinah uporabniki storitev čakajo na storitve več kot 6 dni, v kar 16 občinah pa so zavrnil 51 oseb, upravičenih do pomoči na domu. Med razloge za zavrnitev se uvrščajo prezasedenost oskrbovalk, izvajanje storitve ob točno določeni uri, ko so bile kapacitete izvajalcev že zasedene, želje po pomoči več kot 4 ure dnevno ter presežek finančnega okvira.

Ugotavljamo tudi, da je dobre štiri petine uporabnikov storitev zadovoljnih s storitvami pomoči na domu. Tudi več kot devet desetih izvajalk pomoči na domu je zadovoljnih s svojim delom. Raziskava je pokazala, da je socialnovarstvena storitev pomoč na domu na območju Maribora, Ptuja in Majšperka dobro organizirana, da je seznanjenost z izvajanjem te storitve zadovoljiva in storitve izvajajo z visoko stopnjo zadovoljstva pri uporabnikih in izvajalcih. Tudi nacionalna raziskava Hlebec in drugi (2014, 138) o kakovosti socialne oskrbe na domu ugotavlja, da uporabniki dobro ocenjujejo organiziranost oskrbe na domu ker se z izvajalci enostavno dogovorijo in so zato časovni termini primerni. Vendar pa vseslovenska raziskava izvajanja pomoči na domu v letu 2014 (Lebar in drugi 2015) opozarja, da izvajalci navajajo slabo obveščenost o storitvi med starejšimi, ki pogosto sami povedo, da za storitev pred vključitvijo še niso slišali. Avtorji raziskave zato opozarjajo na potrebo po učinkovitejši socialno marketinški aktivnosti, s katero se bosta izboljšali obveščenost in ozaveščenost uporabnikov o storitvah pomoči na domu.

Zanimiva se zdi ugotovitev, da se uporabniki na oskrbovalke pogosto navežejo in da je izvajanje storitve pomoč na domu dobrodošlo tudi zato. Hkrati pa oskrbovalke s svojim delom vplivajo tudi druge člane podporne socialne mreže uporabnikov, ki ob njih pridobivajo delovne izkušnje. Vsi so si bili enotni, da stari ljudje med pomočjo oskrbovalk delijo z njimi življenjske modrosti in na ta način pogosto vzpostavljajo trdne vezi medgeneracijskega sodelovanja (Šadl in Hlebec 2011), ki je značilno predvsem za družine in ne toliko za socialno omrežje v celoti – med prijatelji in sosedi (Hlebec in drugi 2012). Glede tega Prijatelj in Rus Kovačič (2003)

ugotavljata, da je uporabnikom pomoč na domu pomembna za zagotavljanje občutka varnosti, vrednosti in sprejetosti.

Pri neformalnih družinskih oskrbovalcih gre najpogosteje za osebe srednje generacije, kot ugotavlja raziskava, pa so le-te zaposlene in imajo lastno družino in otroke. Običajno največji delež odgovornosti za izvajanje pomoči na domu nosi hči starega človeka, njegova vnukinja ali nečakinja, ki je pogosto tudi osrednja izvajalka pomoči. Ugotovitve naše raziskave potrjujejo tudi izsledki raziskave Rajer (2015), da je hči najpomembnejši vir prejetanja pomoči staremu človeku. Pomoč staremu človeku ima pozitivne in negativne vplive na starega družinskega člana in neformalne oskrbovalce ter na družino oziroma na družinsko življenje in na odnose med družinskimi člani, kar smo potrdili v naši raziskavi. Šadl in Hlebec (2009) poudarjata pomen emocionalne podpore pri uspešnem staranju in pri oblikovanju medsebojnih odnosov v krogu družine. Hlebec in drugi (2014) dodajajo, da je treba z vidika neformalnih oskrbovalcev poskrbeti tudi za negativne posledice, ki se lahko izražajo v preobremenjenosti, stresu in odsotnosti z dela.

V Sloveniji ima družina pri oskrbi starih ljudi močno vlogo (Filipovič Hrast in drugi 2014). Družina predstavlja temeljni vir opore za vse generacije, saj predstavlja dobro polovico omrežja socialne oskrbe (Hlebec in drugi 2012). Dokler oba ostarela zakonca živita, lahko pomagata drug drugemu, ko pa eden izmed njiju ostane sam in ne zmore poskrbeti za vsakodnevne aktivnosti, mu mora pomagati podporna socialna mreža ali biti zagotovljena možnost oskrbe na domu v sodelovanju patronažne in socialne službe, ki naj bi delovali z roko v roki. To potrjuje tudi Mali (2008), ki opozarja na transformacijo domov za stare v zadnjem času v bolj socialno usmerjene institucije.

Pomoč staremu človeku ima pozitivne in negativne učinke za obe strani, vendar je raziskava magistrskega dela potrdila, da s sodelovanjem obe strani pridobita. Nedvomno bistveno prispeva k medgeneracijskemu sodelovanju. Po drugi strani pa vemo, da se z onemoglim ali obolelim starim članom družine potrebe po pomoči staremu človeku povečajo, kar povzroči preobremenitev primarnega neformalnega oskrbovalca in pogosto inicira vključitev formalnih oblik pomoči (Glavica in Hižman 2007). Tudi to je potrdila naša raziskava, saj ima stari član družine poleg formalne oskrbe na domu najpogosteje zagotovljeno tudi pomoč družinskih članov in socialne mreže, vse dokler zmore samostojno opraviti nekatere aktivnosti. Prijatelj in Rus Kovačič (2003) dalje poudarjata, da sta druženje in bogata socialna mreža osnovni gibal

socializacije in da je razvoj mreže pomoči na domu pomemben za socialno vključevanje starih ljudi.

Raziskava osvetli tudi dejstvo, da navedene oblike pomoči na domu v formalni in neformalni obliki (neformalne oskrbovalke doma in formalne oskrbovalke v okviru raznih centrov), zagotavljajo pretežno ženske. Enako v nacionalni raziskavi ugotavljajo tudi Hlebec in drugi (2014) (delež žensk je 98,4 %) in v vseslovenski raziskavi tudi Lebar in drugi (2015) (delež žensk je 97,4 %). Prav tako v naši raziskavi ugotavljamo, da aktivnosti pomoči na domu opravljajo povprečno pet let. Oskrbovalka z najdaljšim stažem izvaja pomoč na domu petnajst let. Kot zelo pozitivno razumemo dejstvo, da oskrbovalke pomoči na domu navajajo, da opravljanje tovrstne pomoči na domu ugodno vpliva nanje in na uporabnika. Ugotovili smo, da družinski člani zmorejo oskrbovati ostarele svojce še poleg formalne pomoči na domu le v 43 %. Če upoštevamo še pomoč socialne mreže, prejemajo uporabniki poleg formalne pomoči iz okolja še neformalno pomoč v nekaj več kot 50 % primerov. Ugotovitve naše raziskave so primerljive z ugotovitvami raziskave Rajer (2015), da uporabnikom predstavljajo pomemben vir pomoči ožji družinski člani, drugi sorodniki, sosedi, prijatelji in prostovoljci.

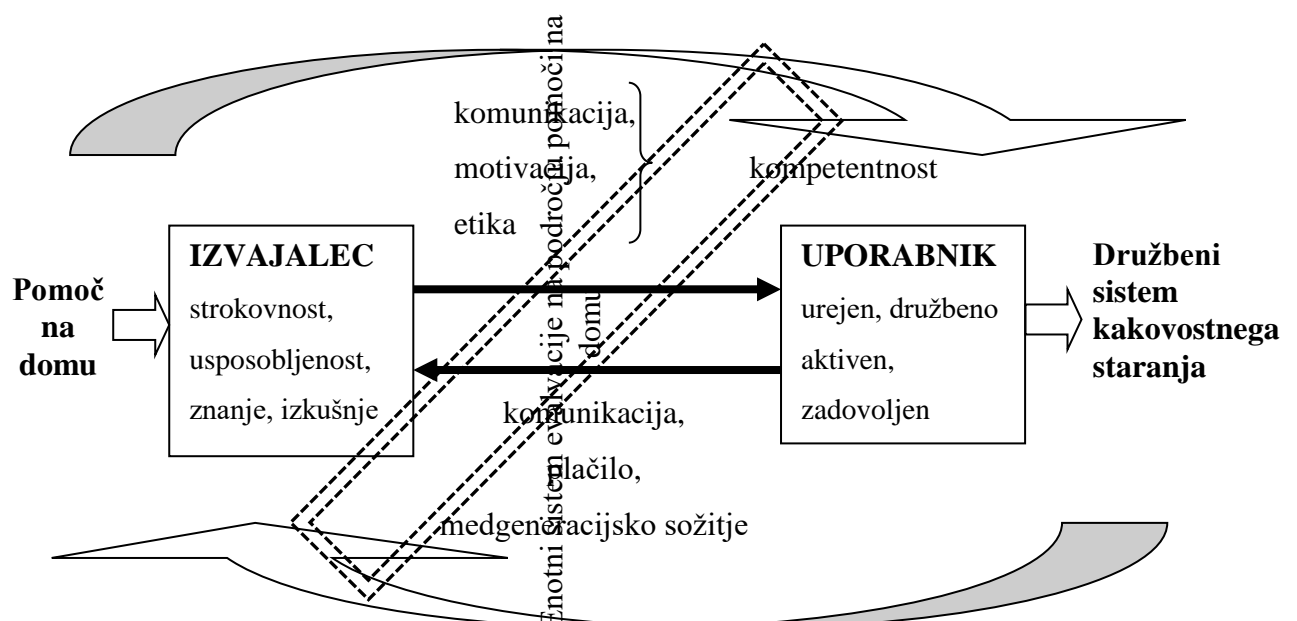
Vsi potencialni uporabniki storitve pomoč na domu, ki smo jih vključili v raziskavo, med storitvami socialne oskrbe prepoznajo domove za stare in pomoč na domu, medtem ko preostalih oblik, kot so dnevni centri za odrasle, zdravstvene negovalne institucije, varovana stanovanja in socialni servis, ne prepoznajo vsi anketirani potencialni uporabniki storitev pomoči na domu. Iz navedenega ugotavljamo, da sta obliki socialne oskrbe – domovi za ostarele in pomoč na domu - najpogostejši obliki, ki ju potencialni uporabniki pomoči na domu poznajo.

Potencialni uporabniki pomoči na domu poznajo navedene storitve pomoči na domu, pomoč bi sprejeli, če bi jo potrebovali, in predlagajo nekatere izboljšave za višjo kakovost življenja, in sicer si želijo, da bi se bilo tudi za navedene storitve mogoče zavarovati ali pa da bi te storitve zajelo obstoječe zavarovanje. Analiza izvajanja pomoči na domu 2014 (Lebar in drugi 2015) opozarja, da bi se v Sloveniji lahko v pomoč na domu vključilo še več kot 500 ljudi, ki pa tega iz različnih razlogov ne stori.

Predlagamo konceptualni model (Slika 8.1), kjer bi del dolgotrajne oskrbe poleg formalnih institucij izvajali tudi v oblikah primerljivih pomoči na domu in tudi pomoč na domu, ki se je pokazala kot potrebna in kakovostna storitev. Menimo namreč, da je treba poenotiti različne

nivoje oskrbe z aspekta standardov, kakovosti in ocenjevanja. Dodaten izziv predstavlja tudi zagotavljanje ustrezne delovne sile, saj kadrov s potrebnim znanjem primanjkuje (Starc 2010). Nova paradigma dolgotrajne oskrbe poudarja znanje, ki temelji na izkustvih, in je osredinjena na uporabnika (Flaker in drugi 2008). S fleksibilnejšo organizacijo dolgotrajne oskrbe (Hvalič Touzery 2009), ki bo kompetentno stopila na to kompleksno področje, bi bilo treba obogatiti in s tem organizacijsko nadgraditi doslejšnje razumevanje dolgotrajne oskrbe, kar potrjujejo Flaker in drugi (2008), ko z novo paradigmo dolgotrajne oskrbe poudarjajo pomen kontinuitete storitev pomoči na domu.

Slika 8.1: Predlog modela organizacije pomoči na domu



Vir: Lastna raziskava (2016).

Lukač (2005) ter Hlebec in drugi (2014) poudarjajo pomen kakovostnega izvajanja pomoči na domu za doseganje nacionalnega programa socialnega varstva v Sloveniji, ki je izhodišče za razvojni potencial socialnega varstva. Demografske spremembe zahtevajo nove storitve pomoči na domu. Pri tem poudarjamo, da je meja med zdravstvenim in socialnim področjem izvajanja dolgotrajne oskrbe slabo definirana. Izvajalci storitev so pogosto nekompetentne osebe, ki za določeno storitev niso dovolj usposobljene. Zato bo treba izostriti in določiti kriterije in obseg nalog za patronažno medicinsko sestro ter za socialno službo in izvajalce pomoči na domu. Iz tega sledi, da bo nujno treba poskrbeti za ustrezno izobraževanje in usposabljanje kadrov (Hrovatič 2006), saj je zagotavljanje pomoči na domu primarno namenjeno posebej ranljivim skupinam ljudi.

Tako kot v razvitih evropskih državah je treba tudi v Sloveniji spodbujati težnjo po zagotavljanju oskrbe na domu z neformalnimi in formalnimi oskrbovalci, z ustrezno razvejanjo mrežo, podporo in ustreznim nagrajevanjem. Družina bo ponovno postala osnovna celica družbe s prepletajočimi medgeneracijskimi vezmi in sodelovanjem, saj Hlebec in drugi (2012) ugotavljajo, da so medgeneracijske vezi najpomembnejši vir opore v bolezni in predstavljajo več kot tretjino opornega omrežja. Treba je zagotoviti zavarovanje za dolgotrajno oskrbo in starostniku zagotoviti čim daljše bivanje v domačem okolju ob ustrezni formalni in neformalni podpori, z vključenostjo svojcev in z namenom zmanjševanja namestitev v institucionalno oskrbo. V institucijo naj bodo nameščeni oskrbovanci s slabšim zdravstvenim stanjem in kadar so izčrpane vse druge možnosti za zagotovitev varnega staranja v domačem okolju. Toda institucija ne more nadomestiti domačega okolja niti se ne more z njim poistovetiti. Razmišljanje v tej smeri je zgrešeno, četudi smo v institucijah pogosto priča dejstvu, da se prenekateri zaposleni maksimalno prizadeva ustvarjati domačnost.

Glede na ugotovitve naše raziskave, da so uporabniki zadovoljni s storitvami pomoči na domu in da bi se potencialni uporabniki ob potrebi po pomoči na domu zanj tudi odločili, bi po tujih primerih dobrih praks lahko upoštevali osredinjenost nove paradigme dolgotrajne oskrbe na uporabnika (Flaker in drugi 2008) in uporabo sodobnih stanovanjskih oblik bivanja starih ljudi (Hvalič Touzery 2009), s katerimi bi delno zapolnili potrebe po pomoči na domu. Zato je pri delu s staro populacijo pomembna tudi uporaba informacijske tehnologije, ki pomaga pri zagotavljanju oskrbe na domu na daljavo, po vzorčnem modelu iz ZDA (Rudel 2008). Prav tako bo za zagotavljanje občutka potrebnosti in koristnosti treba še vitalne starostnike primerno zaposliti (Ovsenik in Ovsenik 2015) in si pri tem pomagati s prakso različnih zaposlitvenih aktivnosti iz tujine (na primer stari ljudje pomagajo šoloobveznim otrokom pri domačih nalogah in opravljajo tudi enostavna sezonska dela v kakšnem podjetju...). V tujini tudi prakticirajo posvojitve starih ljudi, kjer jim na primer na kmetiji zagotovijo oskrbo in občutek varnosti.

Na podlagi teh zgledov zato predlagamo, da se na proučevanem področju bolje razvijeta dejavnost dnevnega varstva starih ljudi in organizacija prevoza za tovrstno obliko varstva starih ljudi. Razvoj navedenih aktivnosti in storitev pa bo po sprejetju zakona o dolgotrajni oskrbi spodbudilo financiranje storitev za dolgotrajno oskrbo. Institucije, ki ponujajo oskrbo v tujini, se povezujejo v holding, nadalje imajo v tujini oskrbovalci, ki oskrbujejo onemoglega člana družine poleg službenih obveznosti, posebne ugodnosti, status in podporo. Naš namen ni bil

posebej raziskovati izobraženosti in strokovnosti izvajalcev pomoči na domu ter organizatorjev pomoči na domu, saj predvidevamo, da imajo dovolj strokovnega znanja, delovnih izkušenj in empatije, da svoje delo opravljajo profesionalno. Predvidevamo, da so se pripravljene izobraževati in so fleksibilni ter da niso samozadostni. Storitve pomoči na domu lahko zagotovijo visoko stopnjo profesionalnosti le v sodelovalnem odnosu in interdisciplinarnem sodelovanju.

Danes pri izvajanju socialnovarstvenih programov vstopa v ospredje vprašanje evalvacije programov v socialnem varstvu. Rode in drugi (2006) so predlagali enotni sistem evalvacije na področju socialnega varstva, katerega namen je zagotoviti stalno spremljanje in izboljšanje kakovosti dela in storitev z enotno organizirano samoevalvacijo, ki bo upoštevala splošne (kakovost življenja, normalizacija, perspektiva moči), strokovne (funkcionalna sposobnost, terapevtski učinek) in specifične kriterije (prepoznavnost v skupnosti, sodelovanje z drugimi institucijami, zadovoljstvo uporabnikov, popis aktivnosti, sodelovanje pri načrtovanju aktivnosti). Hlebec in drugi (2014) še posebej poudarjajo pomen vrednotenja kakovosti storitev pomoči na domu z vidika uporabnikov, njihovih svojcev in socialnih oskrbovalcev.

Raziskava identificira potrebo po organizacijskem prestrukturiranju socialnovarstvene storitve pomoč na domu, ki naj bi bila oblikovana kot kompleksna storitev socialnega in zdravstvenega pristopa. Hlebec in drugi (2014) organizacijske dileme izvajanja pomoči na domu vidijo tudi v pomanjkanju izbire med različnimi izvajalci socialne oskrbe na domu. Vse to nakazuje potrebo po ponovnem in permanentnem evalviranju področja, ki naj bi, glede na to, da živimo v času hitrih sprememb, vneslo spremembe tudi pri pomoči na domu in s tem zagotovilo boljšo kakovost življenja starih. To pa je nenazadnje imperativ, ki mu socialno delo mora slediti.

LITERATURA

Acetto Bojan. 1987. *Starost in staranje. Osnove medicinske gerontologije*. Ljubljana: Cankarjeva Založba.

Anon. 2010. *Nekatere misli in pogledi uporabnikov ter izvajalcev*. Maribor: interno gradivo

Apohal Vučkovič, Lidija. 2000. *Skrb za starejše v Sloveniji. Program razvoja varstva starejših do leta 2005*. Ljubljana: Ministrstvo za delo družino in socialne zadeve.

Blažun, Helena, Janez Vošner in Peter Kokol. 2013. Vpliv informacijsko komunikacijske tehnologije na višjo kakovost življenja starostnikov. V *Sedanost in prihodnost zdravstvenih ved v času globalnih sprememb*, ur. Danica Železnik, Boris Miha Kaučič in Uroš Železnik, 245–256. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede.

Bunc, Janko. 2002. *Slovar tujk*. Maribor: Založba Obzorja.

Bukovec, Boris 2009. Human resources (HRM) kot ključni proces pri obvladovanju organizacijskih sprememb. *Raziskave in razprave 2* (2): 3–25.

Cavanaugh, John C. in Krauss Whitbourne. 1999. *Gerontology: an interdisciplinary perspective*. New York, Oxford: Oxford University Press.

Cijan, Rafael in Vladimir Cijan. 2003. *Zdravstveni, socialni in pravni vidiki starostnikov*. Maribor: Visoka zdravstvena šola Maribor.

Coury, Joanne M. 2001. Staranje doma: Podpora skupnosti kot vir pomoči ostarelim. *Socialni izziv 7* (12): 25–9.

CPD Maribor. 2016. *Pregled poročil dela* (neobjavljeno gradivo). Maribor: Center za pomoč na domu Maribor.

CSD Ptuj. 2016. *Pregled poročil dela* (neobjavljeno gradivo). Ptuj: Center za socialno delo Ptuj.

Čačinovič Vogrinčič, Gabi. 1994. Družinski človek. V *Star človek in družina*, ur. Ida Hojnik Zupanc, 7–11. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije.

--- 1998. *Psihologija družine: prispevek k razvidnosti družinske skupine*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.

--- 2000. Družina in star človek. *Socialno delo 39* (4–5): 287–292.

--- 2008. *Socialno delo z družino*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Črnenšek, Polonca. 2003. *Motivacija za delo in izobraževanje – Zavod Hrastovec – Trate*. Diplomsko delo univerzitetnega študija. Kranj: Fakulteta za organizacijske vede.

Črnenšek, Polonca, Marija Ovsenik in Gabi Čačinovič Vogrinčič. 2011a. Organizacija pomoči na domu in primeri dobre prakse v tujini. V *Medicinske sestre in babice zagotavljamo dostopnost in enakost zdravstvene oskrbe pacientov*, ur. Tamara Štemberger Kolnik, Suzana Majcen Dvoršak in Darinka Klemenc, 60–65. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic.

--- 2011b. Zadovoljstvo uporabnikov pomoči na domu v Podravju – na območju Maribora, Ptuja in Majšperka. V *Gerontologija - izzivi in priložnosti v fizioterapiji*, ur. Friderika Kresal, 335–346. Ljubljana: Zbornica fizioterapevtov Slovenije.

--- 2011c. Zadovoljstvo uporabnikov storitev pomoči na domu v Podravju - na območju Maribora, Ptuja in Majšperka. V *Management, izobraževanje in turizem: solidarnost za socialni kapital*, ur. Aleksandra Brezovec in Janez Mekinc, 226–235. Portorož: Turistica, Fakulteta za turistične študije.

Deklaracija o človekovih pravicah. 1948. Dostopno prek: <http://www.varuh-rs.si/pravni-okvir-in-pristojnosti/mednarodni-pravni-akti-s-podrocja-clovekovih-pravic/organizacija-zdruzenih-narodov/splosna-deklaracija/> (24. oktober 2010).

Drucker, Peter F. 1997. *Obvladajte sebe in nato podjetje*. Brdo pri Kranju: Center Brdo, Sklad za razvoj managementa.

Erikson, Erik H. 1976. *Omladina, kriza, identifikacija*. Titograd: NIP »Pobjeda«.

--- 2014. *Identiteta in življenjski cikel*. Ljubljana: UMco »Pobjeda«.

Filej, Bojana. 2007. *Model kakovosti sistema menedžmenta zdravstvene nege*. Doktorska disertacija. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Filipovič Hrast, Maša, Valentina Hlebec, Duška Knežević Hočevar, Majda Črnič Istenič, Matic Kavčič, Sabina Jelenc Krašovec, Sonja Kump in Jana Mali. 2014. *Oskrba starejših v skupnosti: dejavnosti, akterji in predstave*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Flaker, Vito, 1998. *Odpiranje norosti: vzpon in padec totalnih ustanov*. Ljubljana: Založba /*cf.

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

Gašparovič, Marta. 2003. *Spremembe v razvoju domov za starejše po letu 1990*. Magistrsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Geč, Tatjana. 2013. Obravnava stanovalcev v DOSOR-ju in gerontološko geriatični center - kakovost, partnerstvo in vizija. V *Sedanost in prihodnost zdravstvenih ved v času globalnih sprememb*, ur. Danica Železnik, Boris Miha Kaučič in Uroš Železnik, 286–292. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede.

Glavica, Marija in Radojka Hižman. 2007. *Vloga družine pri skrbi za starega družinskega člana*. Diplomaska naloga. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Gostinčar, Sabina. 2009. *Organiziranje dnevnega varstva za starostnike*. Diplomsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.

Habjanič, Ana. 2006. Arhitektonske ovire starejših v svojem okolju. V *Management sprememb*, ur. Vladislav Rajkovič, 1225–1229. Kranj: Moderna organizacija.

Habjanič, Ana in Polonca Černenšek. 2007. Priprava na zdravo starost. V *Ustvarjalna organizacija*, ur. Vladislav Rajkovič, 78. Kranj: Moderna organizacija.

Habjanič, Ana. 2009. *Quality of institutional elderly care in Slovenia*. Doktorska disertacija. Oulu: Yliopisto University of medicine, Institute of health sciences, nursing science; Maribor: Faculty of health sciences.

Haralambos, Michael in Martin Holborn. 2001. *Sociologija, teme in pogledi*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.

Hlebec, Valentina in Srna Mandič. 2005. Socialna omrežja starejših v obdobju tranzicije v Sloveniji. *Kakovostna starost* 8 (4): 2–16.

Hlebec, Valentina, Matic Kavčič, Maša Filipovič Hrast, Andreja Vezovnik in Martina Trbanc. 2010. *Samo da bo denar in zdravje: življenje starih revnih ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Hlebec, Valentina, Maša Filipovič Hrast, Sonja Kump, Sabina Jelenc Krašovec, Majda Pahor in Barbara Domajnko. 2012. *Medgeneracijska solidarnost v Sloveniji*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Hlebec, Valentina, Matic Kavčič in Gabi Ogulin Počrvina. 2013. *Staranje, izziv za izobraževanje in medgeneracijsko sodelovanje. Učbenik programa za usposabljanje strokovnih delavcev v izobraževanju odraslih*. Ljubljana: Zveza ljudskih univerz.

Hlebec, Valentina, Mateja Nagode in Maša Filipovič Hrast. 2014. *Kakovost socialne oskrbe na domu: vrednotenje, podatki in priporočila*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Hlebec, Valentina in Maša Filipovič Hrast. 2015. Ovrednotenje dostopa do socialne oskrbe na domu z vidika uporabnikov. *Teorija in praksa*, 52 (1/2): 48–66.

Hojnik Zupanc, Ida. 1994. Medgeneracijski odnosi. V *Star človek in družina*, ur. Ida Hojnik Zupanc, 53–62. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije.

--- 1997. *Dodajmo življenje letom: nekaj spoznanj in nasvetov, kako se smiselno in zdravo pripravljati na starost in jo tako tudi živeti*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije.

--- 1999. *Samostojnost starega človeka v družbeno-prostorskem kontekstu*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Hrovatič, Danica. 2006. Neformalno izobraževanje in vrednotenje znanja. Magistrsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Hvalič Touzery, Simona. 2004. Družinska oskrba starih bolnih ljudi v Sloveniji. *Kakovostna starost* 7 (3): 2–16.

--- 2006. Vloga družinskih članov pri oskrbi starih ljudi. *Socialno delo* 45 (1–2): 29–33.

--- 2007a. *Družinska oskrba starih družinskih članov*. Doktorska disertacija. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

--- 2007b. Primeri inovativnih in dobrih praks pomoči onemoglim starim ljudem in njihovim oskrbovalcem v državah Evropske unije. *Kakovostna starost* 10 (4): 35–52.

--- 2009. *Družinski oskrbovalci starih ljudi: stanje in možnosti v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje. *Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo*. 2015. Dostopno prek: <http://www.irssv.si/socialne-zadeve/dolgotrajna-oskrba-in-varstvo-starejsih/pomoc-na-domu-socialna-oskrba-na-domu> (14. december 2015).

Javornik, Jana S. 2006. Predstavitev publikacije Socialni razgledi 2006. *IB revija: za strokovna in metodološka vprašanja gospodarskega, prostorskega in socialnega razvoja Slovenije* 41 (1): 97–107.

Jošt, Špela. 2005. *Stanovanjska oskrba starostnikov v Sloveniji*. Diplomsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.

Kajzer, Alenka. 2007. Izzivi dolgožive družbe v Sloveniji in finska politika aktivnega staranja. V *Vseživljenjsko izobraževanje in aktivno staranje*, ur. Jožko Čuk, Marija Lončar in Nuša Zupanec, 27–31. Ljubljana: Državni svet Republike Slovenije.

Kavčič, Bogdan. 2008. *Organizacijska kultura*. Celje: Visoka komercialna šola.

Klančar, Darinka. 2005. *Starostnik v sodobni družini in družbi*. Družina – zbornik predavanj in razprav. Ljubljana: Zavod.

Kolarič, Zinka. 1984. Definirano in "odprto" v proučevanjih kvalitete življenja. V *Letno strokovno srečanje sociologov Kvaliteta življenja; Drugo posvetovanje Družboslovno raziskovanje v gospodarskih OZD*, ur. Ivan Svetlik, 11–20. Ljubljana: Slovensko sociološko društvo.

Konvencija Mednarodne organizacije dela (št. 102 o minimalnih normah socialne varnosti) Ur. l. RS – MP 54/1992. Dostopno prek: <http://www.mddsz.si> (9. januar 2007).

Kraigher, Tomaž in Barbara Ferk. 2013. *Delovna projekcija prebivalstva Slovenije*. Ljubljana: Urad RS za makroekonomske analize in razvoj.

Kump, Sonja in Sabina Jelenc-Krašovec. 2009. *Vseživljenjsko učenje - izobraževanje starejših odraslih*. Ljubljana: Pedagoški inštitut.

Lešnik, Amadeus in Jurica Ferenčina. 2013. Prevalenca depresije med starejšimi. V *Sedanost in prihodnost zdravstvenih ved v času globalnih sprememb*, ur. Danica Železnik, Boris Miha Kaučič in Uroš Železnik, 434–442. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede.

Lukač, Josip. 2005. *Varstvenodelovni center: med strokovnim izzivom in vsakdanjikom*. Magistrsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Lüssi, Peter. 1990. *Sistemske nauke o socialnem delu*. *Socialno delo* 29 (1–3): 81–94.

Medara, Kasima. 2002. *Mreža socialne oskrbe na domu uporabnika v občinah Velenje, Šoštanj in Šmartno ob Paki*. Diplomsko delo. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

Majhenič, Mirijana. 2005. Podobe starosti jutrišnjega dne. V *Ali smo pripravljeni na starost jutrišnjega dne?*, ur. Mojca Muršec, 24–31. Maribor: Splošna bolnišnica.

Mali, Jana. 2006. Socialnoekonomski položaj starostnikov. V *Izzivi staranja: strokovno srečanje*, 6. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja republike Slovenije.

--- 2008. *Od hiralnic do domov za stare ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Marič Peternelj, Mateja in Helen Starešinić. 2003. *Mladostni v zrelih letih*. Maribor, Rače: Grafis.

Milošević Arnold, Vida. 2003. *Socialno delo s starimi ljudmi: Izbrani članki in referati: študijsko gradivo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

--- 2006. *Socialno delo s starimi ljudmi: Izbrani članki in referati: študijsko gradivo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. 2007. Dostopno prek: <http://www.mddsz.gov.si/> (19. september 2007).

--- 2008. Dostopno prek: <http://www.mddsz.gov.si/> (21. november 2008).

Mesec, Blaž. 1997. Nega na domu: razvoj in inovacije. *Socialno delo* 36 (1): 61–71.

--- 1999. Vrednotenje in uspešnost : socialno varstvo - teme za prihodnost. *Socialni izzivi* 5 (1999): 24-27.

--- 2000. Teorija Roberta Atchleya o kontinuiteti v starosti. *Socialno delo* 39 (4–5): 355–364.

Možina, Stane. 2002. Konflikti interesov pri upravljanju družbe. V *Organizacija: revija za management, informatiko in kadre* 36 (7): 441–442.

Nacionalni program socialnega varstva za obdobje 2006-2010. Dostopno prek: <http://www.mddsz.si> (9. januar 2007).

Nagode, Mateja. 2010. Dostopnost pomoči na domu. V *Od revščine in socialne izključenosti k enakosti, socialni pravičnosti in solidarnosti*, ur. Vesna Leskošek in Borut Petrovič Jesenovec, 56. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Nagode, Mateja, Polonca Jakob Krejan in Simona Smolej Jež. 2011. *Izvajanje pomoči na domu: analiza stanja v letu 2010*. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo.

Nagode, Mateja, Polonca Jakob Krejan in Simona Smolej Jež. 2012. *Izvajanje pomoči na domu: analiza stanja v letu 2011*. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo.

Nagode, Mateja in Lea Lebar. 2013. *Izvajanje pomoči na domu: analiza stanja v letu 2012*. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo.

--- 2014. *Izvajanje pomoči na domu: analiza stanja v letu 2013*. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo.

Nagode, Mateja, Eva Zver, Stane Marn, Anita Jacovič in Davor Dominkuš. 2014. *Dolgotrajna oskrba - uporaba mednarodne definicije v Sloveniji*. Delovni zvezek št. 2/2014, let. XXIII. Ljubljana: Urad RS za makroekonomske analize in razvoj. Dostopno prek: http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/dz/2014/DZ_02_14p.pdf (9. april 2015).

Lebar, Lea, Nadja Kovač in Mateja Nagode. 2015. *Izvajanje pomoči na domu: analiza stanja v letu 2014*. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo.

Nagode, M. 2014. *Vrednotenje kakovosti socialne oskrbe na domu: pristopi in instrumenti*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Novak, Mojca in Mateja Nagode. 2004. Omrežja socialne opore in revščina. V *Omrežja socialne opore prebivalstva Slovenije*, ur. Mojca Novak in drugi, 97–109. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo.

Ovsenik, Jožef. 1999. Organizacijske vede – na poti v novo doktrino organizacije. V *Sodobna razlaga organizacije*, ur. Bogdan Kavčič, Jure Kovač. Kranj: Moderna organizacija.

Ovsenik, Marija in Milan Ambrož. 1999. *Neprofitni avtopoietični sistemi*. Škofja Loka: Institut za samorazvoj.

Ovsenik, Jožef in Ovsenik, Marija. 2000. Sinusoidni algoritem (človeške)-akcijske refleksivnosti. V *19. posvetovanje organizatorjev dela*: 929–941. Kranj: Fakulteta za organizacijske vede.

Ovsenik, Marija in Milan Ambrož. 2000. *Ustvarjalno vodenje poslovnih sistemov*. Portorož: Turistica, Visoka šola za turizem.

--- 2006. *Upravljanje sprememb poslovnih procesov*. Portorož: Turistica, Visoka šola za turizem.

--- 2010. *Celovitost in neznatnost organizacije*. Ljubljana : Institut za management.

Ovsenik, Marija in Nikolaj Lipič, 2011. Aging - challenge of science or art. V *Društvo i tehnologija 2011*, ur. Mario Plenković, 58. Zagreb: Hrvatsko komunikološko društvo.

Ovsenik, Jožef in Marija Ovsenik. 2012. *V mraku preloma tisočletja*. Ljubljana: Inštitut za management; Maribor: Evropsko središče Maribor.

Ovsenik, Marija. 2013. *Identifikacija gradnikov optimalnega organizacijskega modela izobraževanja za turizem v Sloveniji*. Doktorska disertacija. Novo mesto: fakulteta za organizacijske študije.

Ovsenik, Marija in Nikolaj Lipič. 2013. Nasilje nad ženskami v zrelih letih. V *Sedanost in prihodnost zdravstvenih ved v času globalnih sprememb*, ur. Danica Železnik, Boris Miha Kaučič in Uroš Železnik, 293–302. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede.

Ovsenik, Marija in Rok Ovsenik, 2015. Konceptualizacija skupnosti na področju socialne gerontologije - sistemski pogled. V *Znanost in kultura za zdravo družbo*, ur. Bojana Filej, 362-372. Maribor: Alma Mater Europea, Evropski center.

Pajnkihar, Majda. 1999. *Teoretične osnove zdravstvene nege*. Maribor: Visoka zdravstvena šola.

Pečjak, Vid in Božidar Voljč. 2011. Nasilje nad starejšimi intelektualci in intelektualna diskriminacija. *Kakovostna starost 14 (1)*: 3–8.

Pentek, Metka. 1994. Starejši bolnik v krogu svoje družine. V *Star človek in družina*, ur. Ida Hojnik Zupanc, 99–109. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije.

Pihlar, Tanja. 2010. Nasveti nemškega zveznega ministrstva za zdravje o negi in oskrbi. *Kakovostna starost 13 (1)*: 57–60.

Požarnik, Hubert. 1981. *Umetnost staranja*. Ljubljana: Cankarjeva založba.

Praprotnik, Tadej. 2016. Sodobni vidiki osmišljanja človeka. V *Za človeka gre: družba in znanost v celostni skrbi za človeka*, ur. Bojana Filej, 278. Maribor: Alma Mater Europea, Evropski center.

Pravilnik o metodologiji za oblikovanje cen socialnovarstvenih storitev. Ur. l. RS 87/2006, 127/06, 8/07, 51/08, 5/09.

Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev. Ur. l. RS 52/1995, 2/1998, 61/1998, 19/1999 (28/1999 popr.), 127/2003, 125/2004, 120/2005 in *Odločba US*: 192/05-29.

Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo. Ministrstvo za zdravje. Dostopno prek: <http://www.mz.gov.si> (20. december 2006).

Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo – odziv medicinskih sester – 2010: Klemenc D. Dostopno prek: <http://www.zbornica-zveza.si/sl/predlog-zakona-o-dolgotrajni-oskrbi-zavarovanju-za-dolgotrajno-oskrbo/> (9. april 2015).

Prijatelj, Milica in Nada Rus Kovačič. 2003. *Pomoč na domu za starejše in druge uporabnike*. Specialistično delo. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

Protikrizni ukrepi in Zakon o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo. Dostopno prek: <http://www.mddsz.gov.si/si/zakonodaja> in dokumenti/predpisi v pripravi/ (30. september 2015).

Rajer, Carmen. 2015. *Analiza oskrbe starejših na domu – Center za socialno delo Krško*. Magistrsko delo. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Ramovš, Jože, Tone Kladnik in Branka Knific. 1992. *Skupine starih za samopomoč: metodični priročnik*. Ljubljana: Inštitut za socialno medicino in socialno varstvo.

Ramovš, Jože. 2003. *Kakovostna starost. Socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka in Slovenska akademija znanosti in umetnosti.

--- 2005. Medgeneracijsko sodelovanje je pomemben dejavnik kvalitetnega staranja. V *Perspektive starejših v Evropi*, ur. Gerhard Teissl, Gertraud Day in Ana Krajnc, 45-46. Ljubljana: EURAG General Secretariat.

Rener, Tanja, Mateja Sedmak, Alenka Švab in Mojca Urek. 2006. *Družine in družinsko življenje v Sloveniji*. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Založba Annales: Zgodovinsko društvo za južno Primorsko.

Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006-2010. (NPSV). Ur. l. RS 39/2006.

Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013-2020 (ReNPSV 13-20). Ur. l. RS 3/2013.

Rode, Nino, Liliana Rihter in Barbara Kobal. 2006. *Evalvacija programov v socialnem varstvu. Model in postopek izpeljave*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, Inštitut RS za socialno varstvo.

Rudel, Drago. 2008. Oskrba na daljavo pri starostnikih. V *Cvahtetovi dnevi javnega zdravja 2008*, ur. Marjan Bilban, 151-162. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.

Smolej Jež, Simona, Mateja Nagode, Polonca Jakob Krejan, Vid Žiberna, Petra Jerina in Aleš Kenda. 2008. *Izvajanje pomoči na domu: analiza stanja za obdobje januar-junij 2008*. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo.

Starc, Vito. 1999. Novejši pogledi na biologijo staranja. *Zdravstveni vestnik*, 68 (11): 655-672.

Starc, Martina. 2010. Dolgotrajna oskrba v Evropski Uniji. Ljubljana: *Kakovostna starost 13* (1): 54-57.

Strategija varstva starejših do leta 2010. Solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva. Vlada RS sprejela 21.9.2006. Dostopno prek: <http://www.mddzs.si> (9. januar 2007).

SURS. 2003. Popis prebivalstva, gospodinjstev in stanovanj, 2002. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije, 2003. Dostopno prek: <http://www.stat.si/popis2002/> (14. januar 2007).

--- 2011. Predvidena življenjska doba. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije, 2011. Dostopno prek: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=4013 (14. december 2015).

SURS. 2013. Mednarodni dan starejših 2013. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije; 2013b. Dostopno prek: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=5780 (14. december 2015).

--- 2016. Kako sva si različna: ženske in moški od rojstva od otroštva do starosti. Brigita Vrabič Kek, Darja Šter, Tina Žnidaršič. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije, 2016. Dostopno prek: <http://www.stat.si/StatWeb/Common/PrikaziDokument.ashx?IdDatoteke=8866> (4. maj 2016).

Šadl, Zdenka. 2002. Emocionalno delo strokovnjakov med skrbjo in stilizirano predstavo. V *Socialno delo* 41 (6): 311–315.

Šadl, Zdenka in Valentina Hlebec. 2009. »Saj veš, se najprej na domače obrneš« - Emocionalna opora v družinskih omrežjih. V *Starejši ljudje v družbi sprememb*, ur. Valentina Hlebec, 237-253. Maribor: Založba Aristej.

--- 2011. Stiki med mladimi in starimi ljudmi ter neformalna skrb za stare ljudi v Evropi. V *Blaginja pod pritiski demografskih sprememb*, ur. Srna Mandič in Maša Filipovič Hrast, 107-137. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Šlajmer Japelj, Majda, Helena Blažun in Peter Kokol. 2008. Evidence-based guidelines on health promotion for older people. In *Towards evidence-based guidelines in health promotion for older people: social determinants, inequality and sustainability*. Warsaw: Polish Nurses Association.

Štriker, Andreja. 2009. *Ženska – delavka*. Diplomsko delo. Maribor: Pravna fakulteta.

Tooth, Martin. 2006. V jeseni življenja. *Viva – revija za zdravo življenje* 158 (4).

Turk, Zmago, Breda Jesenšek Papež in Eva Turk. 2008. Specifičnost rehabilitacije starostnikov. V *Staranje slovenskega prebivalstva - gerontološki in geriatrični izzivi* 77 (12): 833-838.

Uredba o merilih za določanje oprostitev pri plačilih socialnovarstvenih storitev. Ur. l. RS 110/2004, 124/2004, 114/2006 – ZUTPG.

Vila, Antun in Jure Kovač. 1998. *Osnove organizacije in managementa*. Kranj: Moderna organizacija.

Voljč, Božidar. 2007. Zdravo staranje. *Kakovostna starost* 10 (2): 2–8.

--- 2010. Dolgotrajna oskrba v razvitih evropskih državah. *Kakovostna starost* 13 (1): 50–54.

Vuga, Silva, Nana Domajnko, Marija Jančec, Milena Kum in Stanka Radojčić. 1989. Učna delavnica Svetovne zdravstvene organizacije o planiranju v zdravstvu. *Obzornik zdravstvene nege* 23 (1-2): 83–102.

Zakon o socialnem varstvu. Ur. l. RS 3/2007, 23/2007 popr. 41/2007 popr. 114/06 – ZUTPG, 71/08 – ZUTPG, 73/08 – ZUTPG.

Zelena knjiga. 2005. Communication from the European Commission. Green paper: Confronting demographic change: a new solidarity between tje generation. Brussels. Commission of the European communities. Dostopno prek: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=URISERV%3Ac10128> (14. december 2015).

Zlobec, Vanja. 2004. *Amiši – primer verskega tradicionalizma*. Diplomsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Železnik, Danica. 2007. *Self – care of the home – dwelling elderly people living in Slovenia*. Doktorska disertacija. University of Oulu: Oulun yliopisto; Maribor: Faculty of health sciences.

14. Ali vam predvideni čas zadostuje? (*obkrožite in vpišite*)
a) da b) ne Koliko ur bi zadostovalo? _____ ur

15. Kaj ste na začetku pričakovali od pomoči na domu? (*vpišite*) _____

16. Ali so se vaša pričakovanja uresničila? (*obkrožite*)
a) da, v celoti b) delno c) niso se

17. Ali ste na splošno s storitvami pomoči na domu zadovoljni? Ocenite z ocenami od 1 do 5. (*obkrožite*)

1) nezadostno 2) zadostno 3) dobro 4) prav dobro 5) odlično

III. POMOČ V GOSPODINJSTVU

18. V spodnji razpredelnici so opisane glavne vrste pomoči v gospodinjstvu na domu. V prvi rubriki prosimo označite, katere vrste pomoči ste deležni, s tem, da jo obkrožite, v drugi pa, prosimo ocenite ob tisti pomoči, ki jo prejimate, še stopnjo vašega zadovoljstva, z ocenami od 1 do 5. Ocena 1 - pomeni nezadostno, 2 - zadostno, 3 - dobro, 4 - prav dobro, 5 - odlično

<u>Vrsta storitve</u>	<u>ocena zadovoljstva</u>
<u>Vzdrževanje stanovanja</u>	1 2 3 4 5
<u>Čiščenje</u>	1 2 3 4 5
<u>Likanje</u>	1 2 3 4 5
<u>Postiljanje</u>	1 2 3 4 5
<u>Nakupovanje</u>	1 2 3 4 5
<u>Kurjenje</u>	1 2 3 4 5
<u>Kuhanje in prinašanje hrane</u>	1 2 3 4 5
<u>Druga dela po dogovoru</u>	1 2 3 4 5

IV. POMOČ PRI OSEBNI HIGIENI

19. V spodnji razpredelnici so opisane glavne vrste pomoči na domu pri osebni higieni. V prvi rubriki prosimo označite, katere vrste pomoči ste deležni, s tem, da jo obkrožite, v drugi pa prosimo, ocenite ob tisti pomoči, ki jo prejimate, še stopnjo vašega zadovoljstva z ocenami od 1 do 5. Ocena 1 - pomeni nezadostno, 2 - zadostno, 3 - dobro, 4 - prav dobro, 5 - odlično.

<u>Vrsta storitve</u>	<u>ocena zadovoljstva</u>
<u>Pomoč pri oblačenju</u>	1 2 3 4 5
<u>Pomoč pri hranjenju</u>	1 2 3 4 5
<u>Pomoč pri opravljanju osnovnih življenjskih potreb</u>	1 2 3 4 5
<u>Kopanje in umivanje</u>	1 2 3 4 5

V. POMOČ PRI VZDRŽEVANJU SOCIALNIH STIKOV

20. V spodnji razpredelnici so opisane glavne vrste pomoči na domu pri vzdrževanju socialnih stikov. V prvi rubriki prosimo označite, katere vrste pomoči ste deležni, s tem, da jo obkrožite, v drugi pa prosimo ocenite ob tisti pomoči, ki jo prejimate, še stopnjo vašega zadovoljstva z ocenami od 1 do 5. Ocena 1 - pomeni nezadostno, 2 - zadostno, 3 - dobro, 4 - prav dobro, 5 - odlično.

<u>Vrsta storitve</u>	<u>ocena zadovoljstva</u>
<u>Pomoč za samopomoč</u>	<u>1 2 3 4 5</u>
<u>Vzpostavljanje socialne mreže z okoljem in sorodstvom</u>	<u>1 2 3 4 5</u>
<u>Spremljanje pri opravljanju nujnih obveznosti</u>	<u>1 2 3 4 5</u>
<u>Informiranje ustanov, priprava upravičenca ter njegove družine na institucionalno varstvo</u>	<u>1 2 3 4 5</u>

21. Katero storitev, ki ste je deležni, bi še posebej izpostavili glede zadovoljstva? Prosimo vpišite jo in ocenite z ocenami od 1 do 5. Ocena 1 - pomeni nezadostno, 2 - zadostno, 3 - dobro, 4 - prav dobro, 5 - odlično.

<u>Vrsta storitve</u>	<u>ocena zadovoljstva</u>
<u>_____</u>	<u>1 2 3 4 5</u>
<u>_____</u>	<u>1 2 3 4 5</u>
<u>_____</u>	<u>1 2 3 4 5</u>
<u>_____</u>	<u>1 2 3 4 5</u>
<u>_____</u>	<u>1 2 3 4 5</u>

22. Kaj bi po vašem mnenju še sodilo med storitve pomoči na domu? (*vpišite*)

23. Ali vam pomoč na domu pomeni še kaj več kot le opravljeno storitev? (*vpišite*)

Kaj? _____

24. Ali poznate koga, ki bi prav tako potreboval pomoč na domu? (*obkrožite*)

- a) da b) ne

25. Ali se poleg pomoči na domu s centrov za socialno delo poslužujete tudi drugih virov neformalne pomoči? (*obkrožite*)

- a) ne b) sorodniki c) prijatelji d) sosedge e) znanci f) drugi

26. V čem se po vašem mnenju pomoč na domu s centrov za socialno delo razlikuje od neformalne pomoči na domu? (*vpišite*)

Za sodelovanje se Vam zahvaljujemo!

Priloga B: Anketni vprašalnik o zadovoljstvu izvajalcev pomoči na domu

I. SPLOŠNI DEL

1. Starost (*vpišite*): _____ let
2. Spol (*obkrožite*): a) moški b) ženski
3. Delo na domu izvajam na območju (*vpišite*): _____
4. Koliko časa že izvajate pomoč na domu? (*vpišite*) _____
5. Ali ste z delom zadovoljni? (*obkrožite; možen je en odgovor*)
a) nezadovoljen/a b) delno nezadovoljen/a c) niti nezadovoljen/a, niti zadovoljen/a
d) zadovoljen/a e) zelo zadovoljen/a
6. Kaj bi spremenili pri svojem delu? (*vpišite*) _____

II. REFLEKSIJA UPORABNIKOV NA VAŠO POMOČ NA DOMU

7. Navedite število uporabnikov, ki ste jim doslej že nudili pomoč na domu? (*obkrožite*)
a) ena b) dva c) tri d) štiri e) pet ali več
8. Kaj menite o menjavi uporabnikov pomoči? (*obkrožite*)
a) ne morem se izreči b) me ne moti c) zelo me moti d) mi koristi
9. Ali pomagate večjemu številu uporabnikov hkrati? (Če da, kolikim ? *vpišite*) _____
10. Kako dobro sodelujete in se razumete z vašimi uporabniki pomoči na domu? (*obkrožite*)
1) slabo 2) zadostno 3) dobro 4) prav dobro 5) odlično
11. Ocenite svoje delo po posameznih segmentih vašega dela. Obkrožite oceno, kjer 1 - pomeni nezadostno, 2 - zadostno, 3 - dobro, 4 - prav dobro, 5 - odlično.

<i>Ali storitev izvajate in kako</i>	<i>ocena</i>
<u>Funkcijo družabništva</u>	<u>1 2 3 4 5</u>
<u>Pomoč pri gospodinjstvu</u>	<u>1 2 3 4 5</u>
<u>Pomoč pri osebni higieni</u>	<u>1 2 3 4 5</u>
<u>Temeljnost pri opravljanju storitve</u>	<u>1 2 3 4 5</u>
<u>Nedogovorjene storitve</u>	<u>1 2 3 4 5</u>
<u>Storitve v predvidenem času</u>	<u>1 2 3 4 5</u>
<u>Točnost prihodov k uporabniku</u>	<u>1 2 3 4 5</u>

12. Kako na splošno ocenjujete pomoč na domu z organizacijskega vidika? (*vpišite*)

13. Ali lahko zapišete kakšne predloge za izboljšave na tem področju? (*vpišite*)

14. Se čutite za svoje delo dovolj stimulirani: (*obkrožite v vsaki vrstici*)

- materialno: a) zadostno b) nezadostno
- nematerialno: a) zadostno b) nezadostno

15. Ali vam vaši uporabniki storitev kažejo zadovoljstvo, se odzivajo pozitivno? Opišite reakcije? (*vpišite*) _____

16. Ali prihaja kdaj do kakšnih nesporazumov med vami in uporabniki storitev pomoči na domu? Opišite, zakaj? (*vpišite*) _____

Za sodelovanje se Vam zahvaljujemo!

Priloga C: Anketni vprašalnik za potencialne uporabnike pomoči na domu

I. SPLOŠNI DEL

1. Starost (*vpišite*): _____ let
2. Spol (*obkrožite*): a) moški b) ženski
3. Zakonski stan (*obkrožite*):
a) zakonska zveza ali izvenzakonska skupnost b) razvezan(a)
c) vdova, vdovec d) samski(a)

II. POMOČ NA DOMU

4. Ali poznate možne oblike pomoči socialne oskrbe? (*obkrožite*)
a) domovi za ostarele b) zdravstveno negovalne institucije c) varovana stanovanja
d) pomoč na domu e) dnevni centri za ostarele f) socialni servis
5. Ali ste seznanjeni z izvajanjem pomoči na domu v vaši občini? (*obkrožite*)
a) da b) ne
6. Ali veste katere storitve sodijo v okvir pomoči na domu? (*obkrožite*)
a) da b) ne
7. Ali poznate v svoji okolici osebo, ki bi bila potrebna pomoči na domu? (*obkrožite*)
a) da b) ne
8. Ali menite, da je dom za ostarele najprimernejša oblika socialne oskrbe starih in onemoglih? (*obkrožite*) a) da b) ne
9. Če bi se znašli v situaciji, da bi potrebovali pomoč na domu, ali bo jo sprejeli? (*obkrožite*)
a) da b) ne
10. Na koga bi se najprej obrnili, če bi potrebovali pomoč? (*obkrožite*)
a) na zakonca (partnerja) b) na otroka(e) c) na prijatelja(e) d) na soseda(e)
11. Zakaj menite, da se ljudje ne odločajo za pomoč na domu? (izberite en odgovor; *obkrožite*)
a) ne zaupajo osebam, ki jo izvajajo
b) pomoč poteka v okviru družinskih vezi
c) pomoč na domu jim pomeni poseganje v njihovo intimno okolje
d) drugo (*vpišite*): _____
12. Ali veste, kako poteka financiranje služb za pomoč na domu? (*obkrožite*)
a) da b) ne
13. Menite, da bi morala družba poskrbeti za drugačne oblike financiranja te pomoči? (*obkrožite*) a) da b) ne
14. Kateri so vaši predlogi za izboljšanje kvalitete življenja starih ljudi? (*vpišite*)

Za sodelovanje se Vam zahvaljujemo!